

unicef 
pour chaque enfant

75

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2021

DANS MA TÊTE

Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants



Publié par l'UNICEF depuis 1980, le rapport *La Situation des enfants dans le monde* vise à approfondir les connaissances et à accroître la sensibilisation au sujet des grands enjeux qui touchent les enfants, et plaide en faveur de solutions qui amélioreront leur vie.

Veillez contacter :

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Division de la communication mondiale et du plaidoyer
Permissions
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis
Tél. : +1 (212) 326-7434
Courrier électronique : nyhqdoc.permit@unicef.org

Pour toutes les données ultérieures à la mise sous presse, consulter le site : data.unicef.org.

Citation suggérée : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2021. Dans ma tête : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants*, UNICEF, New York, janvier 2022.

ISBN : 978-92-806-5291-8

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Janvier 2022

Photo de couverture : À Belmopan, au Belize, une fillette et sa mère font un bilan de santé au cours duquel des conseils leur sont dispensés dans le cadre du programme Care for Child Development.

© UNICEF/UN0498225/Cus

REMERCIEMENTS

Équipe chargée de l'élaboration du rapport

Brian Keeley, *Rédacteur en chef* ; Juliano Diniz de Oliveira, *Spécialiste de la recherche et des politiques* ; Tara Dooley, *Rédactrice adjointe* ; Natalie Rykiel, *Chercheuse* ; Dennis Gayanelo, *Associé au programme* ; John McIlwaine, *Directeur de la photographie* ; et Amanda Marlin, *Chef*, Groupe de la rédaction, Bureau des éclairages mondiaux et des politiques.

Analyse des données en matière de santé

Liliana Carvajal, Lauren Francis, Nicolas Gasquet, Jennifer Requejo.

Responsable en matière de santé mentale

Zeinab Hijazi, *Conseillère technique principale en santé mentale*, Groupe des programmes.

Révision et production

Samantha Wauchope, *Spécialiste de la production* ; Ahmed Al Izzi Alnaqshbandi, *Éditeur pour l'arabe* ; Maud Combier-Perben, *Éditrice pour le français* ; Carlos Perellon, *Éditeur pour l'espagnol* ; Yasmine Hage et Baishalee Nayak, *Vérification des faits* ; Upasana Young, *Associée au programme* ; Charlotte Kuo-Benitez (Green Ink), *correctrice*.

Médias et communications

Kurtis Albert Cooper, Helen Wylie, Tess Ingram.

Plaidoyer

Benjamin Perks, Emma Ferguson.

Conception

Blossom.it

Photographie et reportage

VII Photo Agency

Le rapport *La Situation des enfants dans le monde* est produit par le Bureau des éclairages mondiaux et des politiques ; Laurence Chandy, *Directeur*.

Documents de recherche et d'information

Ce rapport se fonde sur des notes d'information préparées par :

Jura L. Augustinavicius et Wietse A. Tol ; Peter Azzopardi, Nisaa Wulan et George Patton ; Manasi Kumar et Shekhar Saxena ; David McDaid et Sara Evans-Lacko ; Lorraine Sherr et Lucie Cluver ; et Aisha K. Yousafzai et Marilyn N. Ahun.

Christian Kieling, Claudia Buchweitz et Arthur Caye ont mené une étude portant spécifiquement sur les facteurs corrélés aux problèmes de santé mentale durant l'enfance et l'adolescence partout dans le monde.

Robert Blum, Shoshanna Fine et Michelle Martinez de l'Université Johns Hopkins ont défini la méthodologie, coordonné les équipes de recherche dans différents pays, formé les personnes chargées des entretiens et analysé les résultats issus des groupes de réflexion organisés en prévision du présent rapport *La Situation des enfants dans le monde*. Un rapport d'accompagnement spécial détaillant les conclusions mises en lumière par ces groupes de réflexion paraîtra en 2022. L'UNICEF remercie Wellcome pour son soutien au projet.

Mark Jordans, Anna Barrett, Myrthe van den Broek et Anna Devereux ont mené un exercice d'établissement des priorités consacré au suivi de la santé mentale.

Angie Jackson-Morris, Ishu Kataria, Erica Kocher, Rachel Nugent et Rachel Stelmach, chez RTI International, ont analysé des données afin d'évaluer le retour sur investissement des interventions en faveur de la santé mentale en milieu scolaire.

Ce rapport est le fruit de la collaboration de nombreuses personnes et institutions. L'équipe chargée de l'élaboration du rapport remercie tous ceux qui ont généreusement contribué à cette publication en y consacrant leur temps, leur expertise et leur énergie, notamment :

Groupe consultatif de haut niveau

Theresa S. Betancourt, Dévora Kestel, Christian Kieling, Manasi Kumar, Bernadette J. Madrid, Vikram Patel, George Patton, Shekhar Saxena, Mark Tomlinson, Victor Ugo, Alberto Vásquez, Miranda Wolpert and Hirokazu Yoshikawa.

Conseil consultatif de la jeunesse

Renata Samuels, *Belize* ; Dido Manolov, *Bulgarie* ; Omnia El Omrani, *Égypte* ; Mohammed Amin Zurak, *Ghana* ; Anjali Singla, *Inde* ; Margianta Surahman Juhanda Dinata, *Indonésie* ; Ali Amirkafi, *République islamique d'Iran* ; Josiah Tualamali'i, *Nouvelle-Zélande* ; Grace Gatera, *Rwanda*.

Groupe consultatif interne (UNICEF)

Liliana Carvajal, Jennifer Requejo, *Division des données, de l'analytique, de la planification et du suivi* ; Kurtis Albert Cooper, Emma Ferguson, Benjamin Perks, Helen Wylie, *Division de la communication mondiale et du plaidoyer* ; Laurence Chandy, Amanda Marlin, *Bureau des éclairages mondiaux et des politiques* ; Rosangela Berman Bieler, Jumana Haj-Ahmad, Zeinab Hijazi, Joanna Lai, Marcy Levy, Ana Nieto, Sarah Thomsen, Ann Wilhoite, *Groupe des programmes* ; David Anthony, Priscilla Idele, *Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF*.

Bureaux de pays, bureaux régionaux et comités nationaux de l'UNICEF

Bangladesh : Amiya Dhara Halder, Muhamed Khaliduzzaman, Abu Sadat Mohammad Sayem, Faria Selim, Nusrat Shabnam Turna ; **Espagne** : Sara Collantes Mateos, Cristina Junquera Abaitua ; **Irlande** : Aedín Donnelly, Vivienne Parry ; **Kazakhstan** : Tatiana Aderikhina, Aigul Kadirova, Veronika Vashchenko, Elvira Yausheva, Zhanar Zhumabekova, Saltanat Zhumanbayeva ; **Kenya** : Andrew Brown, Rose Foley, Catherine Kimotho, Yoko Kobayashi, Daniel Oloo, Monika Sandvik-Nylund ; **Liban** : Roula Abi Saad, Blanche Baz, Johanna Eriksson Takyo, Raquel Fernandez, Stephanie Shanler ; **Mexique** : Adriana Arce Carmona, Iune Baravalle, Soraya Bermejo, Ana Cecilia Carvajal Calcaneo, Dora Giusti, Brenda Hernandez, Andres Ramirez ; **Pérou** : Alvaro Arroyo, Michelle Jimenez, Carolyn McCaffrey, Mariela Tavera, Alessandra Villanueva, Marilu Wiegold ; **Philippines** : Malalay Ahmadzai, Emei Lei Albano-Valdehuesa, Mx Mario Balibago, Margaretha Francia, Jacques Gimeno, Vitto Milanés, Julia Rees, Maria Melizza Tan, Niko Manos Wieland ; **Royaume-Uni** : Ceri Gautama, Ed King, Claire O'Meara, Clare Quarrell ; **Sierra Leone** : Moses Cowan, Katherine Faigao, Mohamed Juana, Amie Lompri Kamara, Diana Mbaindu Koroma, Hailemariam Legesse, Harriet Christiana Mason,

Tapuwa Loreen Mutseyekwa, Yuki Suehiro, Royston Wright ; **Sri Lanka** : Thurairetnam Sarmili, Nadarajah Sutharman, Bismarck Swangin, Suzanne Wooster-Prematilaka.

Division des données, de l'analytique, de la planification et du suivi

Vidhya Ganesh, *Directrice* ; Mark Hereward, *Directeur adjoint* ; Jan Beise, Fikrewold Bitew, Savvy Brar, Claudia Cappa, Samuel Chawker, Asseneth Cheboi, Enrique Delamónica, Mamadou Diallo, Ayca Donmez, Monica Giuffrida, Chika Hayashi, Jiayan He, Lucia Hug, Yves Jaques, Munkhbadar Jugder, Julia Krasevec, Richard Kumapley, Yang Liu, Chibwe Lwamba, Vrinda Mehra, Suguru Mizunoya, Padraic Murphy, Colleen Murray, Mohamed Obaidy, Daniele Olivotti, Khin Wityee Oo, Lauren Pandolfelli, Yukun Pei, Nicole Petrowski, David Sharrow, Tom Slaymaker, Sameen Wajid, Xinxu Wang, Yixin Wang, Danzhen You, Yanhong Zhang.

Division de la communication mondiale et du plaidoyer

Charlotte Petri Gornitzka, *Directrice générale adjointe* ; Paloma Escudero, *Directrice* ; Germain Ake, Marissa Buckanoff, Matias Delfino, Ignacio de los Reyes, Lely Djuhari, Nicole Foster, Jihye Kang, Deborah Toskovic Kavanagh, Carolina Lahoud Doumet, Mary Lynn Lalonde, Mila Linares, Supreet Mahanti, Laura Jane Murchie, Laetitia Pactat, Kavervir Sidhu, Brian Sokol, Helen Wiley, Ruthia Yi, Eric Zuehlke.

Bureau des éclairages mondiaux et des politiques

Fayaz King, *Directeur général adjoint* ; Stefan Bock, Jasmina Byrne, Marianna Da Cunha Pinto Amaral, Kathleen Amanda Edison, Dawit Ghebremichael, Nathalie Goossens, Moira Herbst, Tracy Phan, Camila Teixeira, Steven Vosloo.

Collecte de fonds et partenariats dans le secteur privé

Carla Haddad Mardini, *Directrice* ; Silaja Birks, James Bonney, Hugo Charbit, Bernadette Gutmann, Elizabeth Wabuge.

Groupe des programmes

Omar Abdi, *Directeur général adjoint* ; Sanjay Wijesekera, *Directeur* ; Henriette Ahrens, *Directrice adjointe* ; Helen Belachew, Christopher Borje, Erinna Dia, Maya Elliott, Tanvi Jain, Aboubacar Kampo, Neven Knezevic, Patricia Landinez, Radhika Mitter, Vijaya Ratnam Raman, Sarah Thomson, Maribel E Ullmann, Damilola Walker, Ann Willhoite, Cornelius Williams, Erica Wong.

Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF

Gunilla Olsson, *Directrice* ; Floriza Gennari, Tessa Maria Griffiths, Alessandra Guedes, Josiah Kaplan, Céline Little, Frank Otchere, Gwyther Rees, Manasi Sharma, Ramya Subrahmanian, Daniel Kardefelt Winther.

Remerciements particuliers :

Ea Suzanne Akasha, Mary Jo Baca, Margaret M. Barry, Myron Belfer, BTS and BIGHIT MUSIC, Menelik Desta, Gaya J. Dowling, Ann F. Garland, Petra C. Gronholm, Jazwant Guzder, Laurence J. Kirmayer, Brandon A. Kohrt, Vibha Krishnamurthy, Crick Lund, Suniya S. Luthar, Ricky Martin, Alyssa Milano, Candice Odgers, Arlo Parks, Stefan Swartling Peterson, Kriti Sharma, Beck Smith, Graham Thornicroft, Michael Ungar, Atheendar S. Venkataramani, Willibald Zeck.

Au sein de l'Organisation mondiale de la Santé :

Jorge Castro, Tarun Dua, Michelle Funk, Chiara Servili, Kate Strong, Mark Humphrey Van Ommeren, Marieke Van Regteren Altena.

Au sein de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) : Alike Ferrari et Damian Santomauro.

Au sein du Karolinska Institutet : Jill W. Ahs.

Les articles de la série **Perspectives** qui accompagnent ce rapport seront publiés sur la plateforme La Voix des Jeunes de l'UNICEF (voicesofyouth.org/fr). Ces derniers représentent les vues personnelles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions du Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2021

DANS MA TÊTE

Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	8
---------------------	----------

MESSAGES CLÉS	10
----------------------	-----------

INTRODUCTION - Santé mentale : Place au leadership	15
---	-----------

Un défi ignoré	16
Des appels non entendus	18
Il est temps de faire preuve de leadership	22
L'heure est à l'action	22
À propos de ce rapport	23
#Lovemyself : La campagne de BTS qui vise à aider les jeunes	26

CHAPITRE 1 - La santé mentale	29
--------------------------------------	-----------

La santé mentale : Qu'est-ce que c'est ?	30
Estimations de données	35
Section spéciale : La stigmatisation	42
Les coûts	44

CHAPITRE 2 - Les bases de la santé mentale	51
---	-----------

Le cadre	53
Le développement de l'enfant	56
Traumatisme et stress	60

CHAPITRE 3 - Risque et protection **65**

Les facteurs bénéfiques et délétères **66**

CHAPITRE 4 - Le monde extérieur **85**

Pauvreté **86**

Discrimination **89**

Crises humanitaires **96**

La pandémie de COVID-19 et la santé mentale **100**

Section spéciale : Technologies numériques et santé mentale **108**

Résilience **113**

Section spéciale : Le visage des mauvais traitements **116**

CHAPITRE 5 - Mesures mises en œuvre **119**

Initiatives mondiales et nationales **120**

Changer la donne **124**

Données et recherche **140**

CHAPITRE 6 - Cadre d'action **143**

S'engager, communiquer et agir en faveur de la santé mentale **145**

TABLEAUX STATISTIQUES **174**

AVANT-PROPOS

La pandémie de COVID-19 a bouleversé la vie des enfants du monde entier : ils ont été tenus à l'écart des salles de classe, confinés chez eux et privés du bonheur de jouer avec leurs camarades au quotidien. Incapables de joindre les deux bouts, des millions de familles supplémentaires ont sombré dans la pauvreté. Le travail des enfants, la maltraitance et la violence liée au genre ont également progressé.

Beaucoup d'enfants sont en proie à la tristesse, à la souffrance ou à l'anxiété. Certains se demandent ce qu'il adviendra de ce monde et quelle place leur sera réservée.

Il s'agit en effet d'une période très éprouvante pour les enfants et les jeunes, comme en témoigne la situation mondiale en 2021.

Toutefois, force est de constater qu'indépendamment des effets de la pandémie, un bien trop grand nombre d'enfants à travers le monde souffrent de détresse psychosociale et de problèmes de santé mentale – je pense notamment aux millions d'enfants qui, chaque année, sont contraints de partir de chez eux, marqués par les conflits et les épreuves, et privés de scolarisation, de protection et de soutien.

En réalité, la pandémie de COVID-19 ne représente que la partie émergée de l'iceberg que constituent les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes.

Or, nous ignorons cet iceberg depuis trop longtemps et si nous n'agissons pas, les enfants et les sociétés continueront d'en subir les conséquences désastreuses bien après la fin de cette pandémie.

En fermant les yeux sur la santé mentale des enfants, nous compromettons leur capacité à apprendre, à travailler, à nouer des relations constructives et à contribuer à la vie de la collectivité. En fermant les yeux sur la santé mentale des parents et des personnes ayant la charge d'enfants, nous les privons du soutien dont ils ont besoin pour s'en occuper au mieux et leur apporter des soins attentifs. Enfin, en fermant les yeux sur les problèmes de santé

mentale dans nos sociétés, nous coupons le dialogue, nous renforçons la stigmatisation et nous empêchons les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux de solliciter une aide indispensable.

Devant un tel constat, nous restons trop souvent silencieux, refusant d'embrasser pleinement la complexité de la nature humaine. Ou, pour reprendre les propos de Lea Labaki, défenseuse des droits humains et contributrice à ce projet : nous ne parvenons pas à reconnaître que « la détresse psychologique n'est pas un comportement déviant qu'il convient de réprimer et de dissimuler, mais simplement une facette normale de l'expérience humaine ».

Nous devons sortir du silence.

Nous devons écouter les jeunes qui, partout dans le monde, font de plus en plus entendre leur voix et nous exhortent à agir.

Et nous devons passer à l'action.

Dans la présente édition du rapport *La Situation des enfants dans le monde*, la première jamais consacrée à la santé mentale, l'UNICEF manifeste sa ferme intention d'écouter – et d'agir.

Ces dernières années, nous avons œuvré pour contribuer à préserver la santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants, des adolescents, des parents et des personnes ayant la charge d'enfants dans certaines des situations les plus difficiles au monde. Nous nous sommes également efforcés d'atténuer les effets dévastateurs de la pandémie sur la santé mentale. En 2020, nous avons ainsi atteint 47,2 millions d'enfants, d'adolescents et de personnes ayant la charge d'enfants au travers d'initiatives de proximité en faveur de la santé mentale et de services de soutien psychosocial, notamment en menant des campagnes de sensibilisation communautaire ciblées dans 116 pays, soit dans presque deux fois plus de pays qu'en 2019.

Cette volonté n'aura de cesse de s'accroître dans les années à venir, tout comme nos efforts visant à obtenir des investissements en faveur de la santé mentale et à lutter contre les fléaux de la négligence, de la maltraitance et des traumatismes de l'enfance qui nuisent à la santé mentale d'un bien trop grand nombre d'enfants.

Parce que nous savons que nous devons, *tous ensemble*, en faire davantage.

Dès à présent, aux côtés de partenaires majeurs tels que l'Organisation mondiale de la Santé, les gouvernements et les chercheurs, parmi tant d'autres, nous devons témoigner ensemble de notre engagement à renforcer le leadership et les investissements à l'appui de la santé mentale.

Nous devons agir ensemble pour briser le silence autour de la santé mentale, en luttant contre la stigmatisation, en améliorant nos connaissances sur le sujet et en veillant à ce que les jeunes, en particulier ceux ayant une expérience directe des problèmes de santé mentale, puissent faire entendre leur voix.

Nous devons nous engager ensemble à intervenir dans des domaines clés, notamment en mettant en place un meilleur soutien aux parents et en créant un climat sûr et bienveillant dans les écoles, et à répondre aux besoins des familles en matière de santé mentale en augmentant les investissements et en renforçant les capacités du personnel au sein des systèmes de protection sociale et de soins de proximité, entre autres.

Enfin, nous devons améliorer ensemble la collecte de données, le suivi systématique et la recherche – un enjeu crucial à l'échelle du système des Nations Unies tout entier. En effet, nous n'avons qu'une vision partielle de la santé mentale des enfants et cette dernière reflète surtout la situation dans les pays les plus riches. De manière générale, nous en savons trop peu sur l'état de santé mentale des enfants et des jeunes dans la plupart des régions du monde. De même, nous ne disposons que de connaissances limitées

sur les atouts potentiels de diverses communautés et cultures et sur le soutien qu'elles sont en mesure d'offrir aux enfants et aux familles.

Nous avons un défi de taille à relever. Un défi que la communauté internationale commence tout juste à aborder, malgré les efforts méritoires d'un si grand nombre de personnes, en particulier des jeunes qui ont témoigné, exprimé leurs idées et communiqué leur volonté de changement. Tous les pays sont en développement lorsqu'il s'agit de santé mentale.

Si la tâche qui nous attend est colossale, les retombées – pour chaque enfant, chaque famille et chaque communauté – n'en seront que plus grandes.

Nous ne pouvons plus attendre. Nous ne pouvons pas laisser de côté une génération de plus. L'heure est venue d'agir.



Henrietta H. Fore

Directrice générale de l'UNICEF



MESSAGES CLÉS

Partout dans le monde, des enfants et des jeunes souffrent de troubles mentaux. Souvent ignorés, ces troubles ont pourtant d'importantes répercussions sur leur santé et leur éducation et les empêche d'atteindre leur plein potentiel.

- Selon les estimations, plus de 13 % des adolescents âgés de 10 à 19 ans sont atteints d'un trouble mental diagnostiqué aux termes de la définition de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Cela représente 86 millions d'adolescents âgés de 15 à 19 ans et 80 millions d'adolescents âgés de 10 à 14 ans.
- Dans le groupe d'âge des 10-19 ans, 89 millions de garçons et 77 millions de filles présentent un trouble mental.
- Ce sont dans les régions du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, d'Amérique du Nord et d'Europe de l'Ouest que les taux de prévalence des troubles diagnostiqués sont les plus élevés.
- L'anxiété et la dépression représentent environ 40 % des troubles mentaux diagnostiqués ; parmi les autres pathologies figurent le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, les troubles du comportement, la déficience intellectuelle, le trouble bipolaire, les troubles de l'alimentation, l'autisme, la schizophrénie et un groupe de troubles de la personnalité.
- Les enfants et les jeunes font également état d'une détresse psychosociale qui, sans atteindre le

stade épidémiologique, n'en perturbe pas moins leur vie, leur santé et leurs perspectives d'avenir.

- D'après une étude réalisée par Gallup dans le cadre du rapport *Changing Childhood* de l'UNICEF (à paraître), 19 % (valeur médiane) des jeunes âgés de 15 à 24 ans vivant dans les 21 pays étudiés ont déclaré au cours du premier semestre 2021 qu'ils se sentaient souvent déprimés ou n'avaient goût à rien.

Le coût de l'inaction est immense, non seulement sur le plan financier, mais également en termes de vies humaines et de fardeau pesant sur les familles et les communautés.

- D'après les estimations, 45 800 adolescents se suicident chaque année, soit plus d'un jeune toutes les 11 minutes.
- Le suicide est la cinquième cause la plus courante de décès chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans. Il constitue la quatrième cause de décès chez les garçons âgés de 15 à 19 ans, après les accidents de la route, la tuberculose et les violences interpersonnelles, et la troisième cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans.
- D'après une nouvelle analyse menée aux fins de ce rapport, la perte annuelle de capital humain due aux problèmes de santé mentale chez les enfants âgés de 0 à 19 ans se chiffre à 387,2 milliards de dollars des États-Unis (en parité de pouvoir d'achat). Sur ce total, 340,2 milliards

de dollars É.-U. sont imputables aux troubles tels que l'anxiété et la dépression, la perte due au suicide s'élevant à 47 milliards de dollars É.-U.

- Sur ces 340,2 milliards de dollars, 26,93 % sont attribués aux troubles anxieux, 22,63 % aux troubles du comportement et 21,87 % à la dépression.

Si la mise en place d'interventions visant à promouvoir, à protéger et à prendre en charge la santé mentale des enfants est largement plébiscitée, les investissements restent négligeables.

- L'étude réalisée par Gallup dans le cadre du rapport *Changing Childhood* de l'UNICEF (à paraître) témoigne d'un pressant appel à l'action. Ainsi, 83 % des jeunes (valeur médiane) âgés de 15 à 24 ans de 21 pays sont convaincus qu'il est préférable d'échanger avec les autres et de demander de l'aide pour surmonter les problèmes de santé mentale, au lieu de les gérer seuls.
- Malgré les demandes de soutien, les dépenses publiques médianes en faveur de la santé mentale à l'échelle du globe représentent seulement 2,1 % des dépenses publiques médianes dédiées à la santé en général.
- Certains pays parmi les plus pauvres du monde consacrent moins de 1 dollar É.-U. par personne au *traitement* des problèmes de santé mentale.

- Le nombre de pédopsychiatres est inférieur à 0,1 pour 100 000 habitants dans tous les pays, à l'exception des pays à revenu élevé où ce taux est de 5,5 pour 100 000 habitants.
- Les investissements visant à promouvoir et à protéger la santé mentale – à distinguer de ceux destinés à la prise en charge des enfants confrontés aux problèmes les plus graves – sont extrêmement faibles.
- En raison de ce manque d'investissement, les différents personnels concernés – dont les agents de proximité – ne disposent pas des outils adéquats leur permettant d'apporter une réponse multiseCTORielle aux problématiques de santé mentale, notamment au sein des systèmes de soins de santé primaires, d'éducation et de protection sociale.

Largement stigmatisée et mal comprise, la santé mentale désigne pourtant un état positif de bien-être et constitue une base sur laquelle les enfants et les jeunes construiront leur avenir.

- Bien que le monde prenne de plus en plus conscience de l'incidence des problèmes de santé mentale, la stigmatisation – intentionnelle ou non – reste forte et empêche les enfants et les jeunes de chercher un traitement, limitant ainsi leurs occasions de grandir, d'apprendre et de s'épanouir.
- Au même titre que la santé physique, la santé mentale doit être vue

comme un atout : elle sous-tend la capacité de l'être humain à penser, à ressentir, à apprendre, à travailler, à nouer des relations constructives et à contribuer à la vie de la collectivité. Elle fait partie intégrante de la santé des individus et constitue une base à l'édification de communautés et de nations saines.

- La santé mentale est un continuum pouvant inclure des périodes de bien-être et des périodes de souffrance qui, la plupart du temps, n'évolueront pas vers un trouble diagnosticable.
- La santé mentale est un droit fondamental et essentiel à la concrétisation des objectifs mondiaux, tels que les objectifs de développement durable.

Certains facteurs de risque et de protection influent sur la santé mentale lors des périodes cruciales de développement chez l'enfant.

- Aux étapes déterminantes du développement de l'enfant, divers facteurs fondés sur l'expérience et l'environnement sont susceptibles de menacer la santé mentale ou de contribuer, au contraire, à la protéger. Il convient par conséquent d'adopter des politiques visant à minimiser les facteurs de risque et à optimiser les facteurs de protection.
- Les facteurs de risque et de protection se divisent en trois sphères d'influence : le monde proche de l'enfant, qui s'articule autour des environnements formés par sa famille et les personnes qui

s'occupent de lui ; le monde élargi de l'enfant, qui veille à sa sûreté, à sa sécurité et au développement de liens d'attachement sains en milieu préscolaire, scolaire et communautaire ; et le monde extérieur, qui correspond au siège des grands déterminants sociaux tels que la pauvreté, les catastrophes, les conflits et la discrimination.

- La santé mentale est corrélée aux étapes déterminantes du développement cérébral, sur lequel divers facteurs peuvent avoir une incidence – citons, par exemple, le stress toxique engendré par des expériences traumatiques de l'enfance telles que la maltraitance physique et émotionnelle, la négligence chronique et la violence.
- La recherche a révélé qu'une exposition à au moins quatre expériences traumatiques de l'enfance est étroitement liée à des comportements sexuels à risque, à des problèmes de santé mentale et à la consommation d'alcool ; le lien avec une consommation nocive de drogues et des violences interpersonnelles et autodirigées s'avérant encore plus étroit.

Les pratiques parentales jouent un rôle essentiel dans l'édification de bases solides pour la santé mentale des enfants. Or, un grand nombre de parents ne bénéficient pas d'un soutien suffisant.

- Si les pratiques parentales jouent un rôle fondamental pour la santé

mentale des enfants, un grand nombre de personnes ayant la charge d'enfants ont besoin du soutien de programmes d'éducation parentale pour remplir ce rôle capital, qu'il s'agisse d'obtenir des renseignements, des conseils, une aide financière ou un soutien psychosocial.

- Dans de nombreux cas, elles ont également besoin d'aide pour préserver leur propre santé mentale.
- Avant la conception et durant la petite enfance, les facteurs de risque menaçant la santé mentale de l'enfant incluent l'insuffisance pondérale à la naissance, la malnutrition et la santé mentale maternelles, ainsi que le fait d'avoir des parents adolescents. À l'échelle du globe, 15 % des nouveau-nés sont en insuffisance pondérale et environ 15 % des filles deviennent mères avant l'âge de 18 ans.
- Parmi les facteurs de risque durant l'enfance figurent la mauvaise alimentation et les pratiques éducatives violentes. À l'échelle du globe, environ 29 % des enfants ne bénéficient pas d'une diversité alimentaire minimale.
- Dans les pays du monde les moins avancés, 83 % des enfants sont victimes de discipline violente de la part des personnes qui s'occupent d'eux et 22 % sont soumis à une forme de travail des enfants.
- À l'adolescence, les pratiques parentales attentives et bienveillantes restent l'un des plus puissants facteurs de protection de la santé mentale.

Si les écoles et les milieux éducatifs peuvent offrir un soutien en matière de santé mentale, ils peuvent également exposer les enfants à des risques, tels que l'intimidation et la pression excessive des examens.

- Les écoles ont vocation à créer un climat sain et inclusif dans lequel les enfants acquièrent des compétences capitales qui favorisent leur bien-être. Néanmoins, le milieu scolaire expose aussi les enfants à l'intimidation, au racisme, à la discrimination, à l'influence des pairs et au stress des performances.
- Malgré les liens établis entre apprentissage précoce et développement de l'enfant, environ 81 % des enfants vivant dans les pays les moins avancés ne bénéficient d'aucune éducation durant leur petite enfance.
- Chez les enfants plus âgés, l'absentéisme ou le décrochage scolaires conduisent à l'isolement social, lequel peut engendrer à son tour des problèmes de santé mentale tels que l'automutilation, les pensées suicidaires, la dépression, l'anxiété et la consommation d'alcool ou de drogues.
- D'après les résultats d'une analyse menée par RTI aux fins de ce rapport, les interventions en milieu scolaire qui s'attachent à lutter contre l'anxiété, la dépression et le suicide permettent d'obtenir un rendement de 21,5 dollars É.-U. pour chaque dollar É.-U. investi, et ce, pendant 80 ans.

Divers facteurs socioéconomiques et culturels découlant du monde extérieur, ainsi que les crises humanitaires et les événements tels que la pandémie de COVID-19, sont susceptibles de nuire à la santé mentale.

- La relation complexe entre pauvreté et santé mentale fonctionne dans les deux sens : la pauvreté peut occasionner des problèmes de santé mentale, et inversement, les problèmes de santé mentale peuvent conduire à la pauvreté. À l'échelle du globe, près de 20 % des enfants âgés de moins de 5 ans vivent dans l'extrême pauvreté.
- Les normes de genre ont un effet sur le psychisme des filles et des garçons. Si les filles se heurtent à divers stéréotypes restrictifs concernant le travail, l'éducation et la famille, ainsi qu'au risque d'exposition à la violence au sein du couple, les garçons se sentent quant à eux privés du droit d'exprimer leurs émotions et sont davantage incités à consommer des drogues.
- Bien trop souvent, les enfants se retrouvent en première ligne dans les situations de crise humanitaire : en 2018, 415 millions d'entre eux étaient exposés au stress et aux traumatismes. Les répercussions potentielles qu'engendrent ces situations varient d'un enfant à l'autre : certains feront preuve de résilience tandis que d'autres ressentiront une souffrance extrême et durable.
- Parmi les nombreux cas signalés de maltraitance d'enfants placés

en institution, une proportion élevée des victimes présente un handicap, y compris sur le plan du développement ou de la santé mentale. En outre, de nombreuses données probantes révèlent que les services de santé mentale continuent d'avoir recours aux moyens de contention pour immobiliser les enfants et les jeunes présentant de graves problèmes de santé mentale, et d'appliquer des mesures de coercition et de contrainte.

- Les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale suscitent également de vives inquiétudes. En effet, les recherches font état d'une augmentation des niveaux de stress et d'anxiété chez les enfants et les adolescents. La santé mentale des personnes ayant la charge d'enfants, en particulier des jeunes mères, s'avère également préoccupante.

La mise en œuvre d'interventions dans un éventail de systèmes et de secteurs – notamment au sein des familles, des communautés et des écoles, et par le biais de la protection sociale – peut contribuer à promouvoir et à protéger la santé mentale.

- D'après des évaluations, les programmes d'éducation parentale contribuent à renforcer les liens d'attachement entre l'enfant et la personne qui s'occupe de lui, à réduire le recours à la violence éducative par les parents et à

favoriser le développement cognitif de l'enfant.

- Dans les écoles, certaines démarches d'apprentissage social et émotionnel incluant des interventions généralisées en milieu scolaire et d'autres ciblant spécifiquement les enfants et les jeunes à risque se sont avérées efficaces.
- Les programmes d'assistance en espèces peuvent avoir des effets indirects sur la santé mentale des enfants et des adolescents en favorisant la participation scolaire, la sécurité alimentaire et l'accès aux soins de santé et aux services sociaux.
- Dans les situations de crise humanitaire, la mise en œuvre minutieuse d'interventions brèves et structurées offrant une réponse immédiate aux problèmes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique permet d'améliorer la santé mentale des enfants et des jeunes.

Aussi ce rapport appelle-t-il à s'engager, à communiquer et à agir afin de promouvoir la santé mentale de chaque enfant, de protéger les enfants vulnérables et de prendre en charge les enfants confrontés aux problèmes les plus graves.

S'ENGAGER signifie renforcer le leadership autour d'objectifs clairs, convenus entre partenaires et parties prenantes, et garantir des investissements en faveur des solutions et des ressources humaines

nécessaires dans un éventail de secteurs.

COMMUNIQUER signifie briser le silence autour de la santé mentale, lutter contre la stigmatisation, améliorer nos connaissances dans ce domaine et faire en sorte que les enfants, les jeunes et les personnes ayant une expérience directe des problèmes de santé mentale puissent faire entendre leur voix.

AGIR signifie prendre les mesures qui s'imposent pour minimiser les facteurs de risque et optimiser les facteurs de protection de la santé mentale au sein des environnements qui comptent dans la vie des enfants. Il s'agit également d'accroître les investissements et de renforcer les capacités du personnel de manière à :

- Soutenir les familles, les parents et les personnes ayant la charge d'enfants ;
- Garantir le soutien de la santé mentale en milieu scolaire ;
- Renforcer et équiper les divers systèmes et leur personnel, afin de leur donner les moyens de répondre aux problématiques complexes ;
- Améliorer la collecte de données et d'éléments de preuve, ainsi que la recherche.



Introduction

SANTÉ MENTALE : PLACE AU LEADERSHIP

La pandémie de COVID-19 a bouleversé le monde, engendrant une crise planétaire d'une ampleur jamais rencontrée de notre vivant. Si elle a fait naître d'importantes préoccupations concernant la santé mentale des enfants et des familles, illustrant durement les répercussions qu'un événement extérieur peut avoir sur notre psychisme, cette pandémie offre toutefois la possibilité de reconstruire en mieux. Nous avons ainsi une occasion historique de nous engager, de communiquer et d'agir pour promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale de toute une génération.

Peur. Solitude. Chagrin.

Ces sentiments ont envahi la vie de plusieurs millions d'enfants, de jeunes et de familles lorsque le coronavirus s'est abattu sur le monde en 2019. Durant les premiers temps de la pandémie, en particulier, de nombreux spécialistes ont redouté que ces émotions négatives persistent et mettent à mal la santé mentale de toute une génération¹.

En réalité, il faudra des années avant que nous puissions réellement évaluer les effets de la COVID-19 sur notre santé mentale.

Ainsi, même si le virus s'affaiblit, les effets économiques et sociaux de la pandémie vont continuer de peser sur ces pères et ces mères qui pensaient que le pire était derrière eux, mais qui luttent une fois de plus pour réussir à nourrir leur bébé, sur ce garçon qui a accumulé du retard à l'école après avoir été privé d'apprentissage pendant des mois ou encore sur cette jeune fille qui

a abandonné sa scolarité pour travailler à la ferme ou à l'usine. Ils se feront à jamais sentir sur les aspirations et les revenus de toute cette génération d'enfants dont l'éducation a été perturbée².

Les répercussions de cette pandémie risquent d'éroder le bonheur et le bien-être des enfants, des adolescents et des personnes qui en ont la charge pendant de nombreuses années, et ainsi de mettre en péril les bases mêmes de leur santé mentale.

Si la pandémie nous a enseigné une chose, c'est que notre santé mentale est conditionnée par le monde qui nous entoure. Loin de se résumer à ce qu'il se passe dans l'esprit de chacun, l'état de santé mentale des enfants et des adolescents est profondément affecté par leurs conditions de vie : leurs expériences avec leurs parents et les personnes qui s'occupent d'eux, les liens qu'ils entretiennent avec leurs amis et les occasions qu'ils ont de jouer, d'apprendre et de grandir. Enfin,

la pauvreté, le conflit, la maladie et les possibilités qui sont offertes à ces enfants et à ces adolescents sont tout autant d'éléments qui influent sur leur santé mentale.

Si la pandémie nous a enseigné une chose, c'est que notre santé mentale est conditionnée par le monde qui nous entoure.

Si ces liens n'étaient pas clairs avant la pandémie, nul ne peut les ignorer aujourd'hui.

Voilà la réalité qui se trouve au cœur du rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021*.

Un défi ignoré

La pandémie nous a appris que la santé mentale avait une dimension positive, qu'elle constituait un atout. Elle permet à une petite fille de s'épanouir grâce à l'amour et au soutien de sa famille qui l'accompagne dans les bons et les mauvais moments de la vie quotidienne. Elle permet à un adolescent de parler et de rire avec ses amis, de les soutenir quand ils ne vont pas bien et de se tourner vers eux quand il ne va pas bien. Elle permet à une jeune femme d'avoir un but dans la vie et la confiance en elle nécessaire pour relever des défis et réussir. Elle permet à une mère ou un père de soutenir la santé émotionnelle et le bien-être de son enfant, en créant des liens et de l'attachement.

Comme en témoignent les objectifs de développement durable, qui établissent un lien entre la santé mentale et les bases d'un monde sain et prospère,

le monde prend de plus en plus conscience des liens existant entre la santé mentale et physique et le bien-être ainsi que du rôle que joue cette première dans de nombreux aspects de la vie. En effet, lorsqu'elles ont défini le programme mondial en faveur du développement, les nations du monde ont accordé une place fondamentale à la promotion et à la protection de la santé mentale et du bien-être.

Pourtant, les gouvernements et les sociétés continuent d'investir bien trop peu dans la **promotion**, la **protection** et la **prise en charge** de la santé mentale des enfants, des jeunes et des personnes qui s'occupent d'eux.

Dans certains pays les plus pauvres du monde, les gouvernements dépensent moins de 1 dollar des États-Unis par personne et par an dans le **traitement**

de la santé mentale. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure dépensent quant à eux environ 3 dollars É.-U. par personne par an³. De telles sommes sont insuffisantes pour traiter les problèmes de santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes qui ont la charge d'enfants, en particulier lorsqu'ils sont atteints des pathologies les plus lourdes. Sans parler du fait que le budget restant pour promouvoir la bonne santé mentale des enfants et des personnes qui s'occupent d'eux est quasiment inexistant.

Très lourd sur le plan économique, le coût de cette négligence représente une perte de potentiel humain de 387,2 milliards de dollars É.-U. pour les économies nationales, d'après les calculs réalisés par David McDaid et Sara Evans-Lacko (Département de la politique sanitaire de la London School



Discussion entre amies au Niger :
Entretenir des liens amicaux favorise
la santé mentale.
© UNICEF/UN0439614/Dejongh

of Economics and Political Science) pour les besoins de ce rapport.

Le coût de cette négligence dans la vie des personnes concernées est en revanche incalculable.

Il se ressent dans les familles, les écoles et les communautés touchées par le suicide, qui représente la quatrième cause de décès chez les 15-19 ans⁴. Chaque année, près de 46 000 enfants et adolescents âgés entre 10 et 19 ans mettent un terme à leur vie, ce qui signifie qu'un enfant ou un adolescent se suicide toutes les 11 minutes⁵.

Il se ressent dans les difficultés quotidiennes rencontrées par les 13 % d'adolescents qui souffrent d'un problème de santé mentale. Il se ressent chez les 15-19 ans, en particulier, lorsque l'apparition de troubles mentaux se traduit par la perte de vies humaines et d'années de vie en bonne santé⁶.

Il se ressent dans les voix des jeunes lorsqu'ils parlent de leur expérience de

la dépression et de l'anxiété ou de leur détresse généralisée, sans que celle-ci se transforme systématiquement en trouble. Dans le cadre de l'élaboration de ce rapport, l'UNICEF a collaboré avec des chercheurs de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health à l'origine de la Global Early Adolescent Study, une étude mondiale sur le début de l'adolescence, afin de donner la parole à des adolescents (voir encadré 1 : *Les réponses des adolescents*).

Ainsi, dans un groupe de discussion ouvert aux 15-19 ans en Jamaïque, une jeune fille a indiqué qu'elle pensait que tous les adolescents traversaient, à un moment ou à un autre, une période de faible dépression due à la difficulté de déterminer « qui ils sont en tant que personnes ». Le problème, selon elle, c'est que ces sentiments peuvent être « exacerbés ou alimentés » par le monde extérieur.

« Je pense que tout se joue à ce moment-là », a-t-elle ajouté. « Pour moi, ça devient problématique quand les

sentiments ou les émotions de ce type sont négligés. »

Une jeune fille participant à un groupe de discussion de la même tranche d'âge en Égypte a clairement parlé de l'incidence d'une santé mentale négligée ou, pour reprendre ses propos, de la « fatigue psychologique », sur l'avenir d'un jeune.

« Cela nous donne l'impression de ne pas vivre notre vie et d'être incapables de faire quoi que ce soit », a-t-elle indiqué. « Même si on a des ambitions, on ne parvient pas à les réaliser, parce qu'on est totalement abattus psychologiquement. »

ENCADRÉ 1.

Les réponses des adolescents

Dès lors que la santé mentale est concernée, il est impératif d'écouter les expériences, les inquiétudes et les idées des enfants et des adolescents.

C'est la raison pour laquelle l'UNICEF s'est associé avec les chercheurs de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHU), à l'origine de la Global Early Adolescent Study, une étude mondiale sur le début de l'adolescence, afin d'organiser des groupes de réflexion sur la santé mentale et le bien-être. Pour mener à bien ce projet, l'UNICEF a bénéficié de l'appui financier du Wellcome Trust.

De février à juin 2021, des partenaires locaux ont donc animé des discussions avec des adolescents âgés de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans en Belgique, au Chili, en Chine, en Égypte, aux États-Unis, en Indonésie, en Jamaïque, en Jordanie, au Kenya, au Malawi, en République démocratique du Congo, en Suède et en Suisse. Les échanges avec ces groupes de réflexion se sont appuyés sur un guide élaboré en amont par l'UNICEF, la JHU et les partenaires locaux.

À l'issue de cette étape, les données qualitatives ont été codées à l'aide d'une approche inductive d'analyse

thématique et affinées tout au long du processus d'analyse des données. Ces données sont disponibles sur demande. Tous les sites dans lesquels ont eu lieu ces discussions ont obtenu l'approbation du Comité de protection des personnes local.

Le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021* inclut des données qualitatives issues de ces discussions ainsi que des citations d'adolescents ayant participé aux groupes de réflexion. Un rapport connexe plus complet sur ces discussions sera publié prochainement.

Une vaste majorité de jeunes et de personnes plus âgées – soit près de quatre personnes sur cinq – pensent que personne ne devrait avoir à affronter seul des problèmes de santé mentale.

Des appels non entendus

De jeunes militants, dont certains ont contribué à l'élaboration de ce rapport et nous ont conseillés, ont lancé un appel courageux pour que la santé mentale soit prise en compte dans différents contextes à travers le monde. Certains nous ont parlé des problèmes de santé mentale et de bien-être qu'ils avaient rencontrés, des difficultés traversées par leurs amis et leurs pairs et de la nécessité, pour les enfants et les adolescents, d'apprendre à demander de l'aide.

Ce ne sont pas des cas isolés. Une étude mondiale réalisée par Gallup pour le compte de l'UNICEF montre que dans la plupart des pays du monde, une vaste majorité de jeunes et de personnes plus âgées – soit près de quatre personnes sur cinq – pensent que personne ne devrait avoir à affronter seul des problèmes de santé mentale. Ces personnes étaient au contraire convaincues que la meilleure solution consistait à parler de ces expériences et à chercher de l'aide.



Demander de l'aide : Toutes les générations, jeunes et moins jeunes, pensent qu'il est préférable de demander de l'aide pour surmonter les problèmes de santé mentale.

© UNICEF/UNI389214/Wilande

ENCADRÉ 2.

Vers l'ouverture du dialogue ?

Dans l'immense majorité, les jeunes sont convaincus qu'il est préférable de solliciter une aide extérieure en cas de problèmes de santé mentale, au lieu d'essayer de les gérer seuls : c'est ce qui ressort d'une enquête menée par l'UNICEF et Gallup dans 21 pays au cours du premier semestre 2021.

Ainsi, 83 % des jeunes (valeur médiane) âgés de 15 à 24 ans se sont accordés à dire qu'il était préférable d'échanger avec les autres et de demander de l'aide pour surmonter les problèmes de santé mentale. En comparaison, seuls 15 % des répondants ont jugé qu'il s'agissait d'une affaire personnelle et qu'il valait mieux régler ces problèmes par soi-même.

Parmi les 21 pays à l'étude, l'Inde fait figure d'exception avec 41 % de jeunes favorables à l'échange.

De manière générale, les attitudes ont très peu varié entre les générations : à l'échelle de ces 21 pays, environ quatre personnes sur cinq dans le groupe d'âge supérieur (40 ans et plus) ont également soutenu cette solution.

Pourcentage médian de personnes vivant dans les 21 pays concernés qui pensent que la meilleure façon de surmonter les problèmes de santé mentale consiste à échanger avec les autres et à demander de l'aide :

	Jeunes âgés de 15 à 24 ans	Adultes âgés de 40 ans et plus
La meilleure façon de surmonter les problèmes de santé mentale consiste à échanger avec les autres et à demander de l'aide.	83	82
La santé mentale est une affaire personnelle qu'il est préférable de régler par soi-même.	15	17

Source : *Changing Childhood* [à paraître].

Les différences étaient toutefois plus significatives dans certains pays : si les jeunes et les adultes se sont majoritairement exprimés en faveur de l'échange en Allemagne, au Japon et en Ukraine, un écart d'au moins 14 points a été observé entre ces deux groupes d'âge. Cela soulève des questions intéressantes quant aux autres attitudes à l'égard de la santé mentale susceptibles de différer selon les générations et à leur évolution au fil

du temps dans différentes régions du monde.

Toutes les conclusions issues du projet Changing Childhood seront publiées dans un rapport de l'UNICEF en novembre 2021.

Remarque : Dans le cadre du projet Changing Childhood, Gallup a interrogé par téléphone plus de 20 000 personnes dans 21 pays entre février et juin 2021. Cette enquête ciblait deux populations distinctes : les jeunes âgés de 15 à 24 ans et les adultes âgés de 40 ans et plus. Les marges d'erreur moyennes se sont établies à 6,7 % dans le groupe d'âge inférieur et à 6,4 % dans le groupe d'âge supérieur. La méthodologie et les modalités de recherche seront décrites en détail dans le rapport *Changing Childhood* de l'UNICEF (à paraître).



Des liens étroits : Un programme de prévention du suicide au Kazakhstan a permis à une mère et sa fille de se rapprocher.
© UNICEF/UN0474761/Babajanyan/VII Photo

ENCADRÉ 3.

Moral en berne

Un jeune sur cinq (soit une médiane de 19 %) déclare se sentir déprimé ou n'avoir goût à rien : c'est ce qui ressort d'une enquête menée par l'UNICEF et Gallup dans 21 pays au cours du premier semestre 2021. Cette proportion variait selon les pays : presque un jeune sur trois s'est exprimé en ce sens au Cameroun, contre seulement un sur dix en Éthiopie et au Japon.

À l'heure où la pandémie de COVID-19 a fait naître d'importantes préoccupations quant à la santé mentale des jeunes, ces conclusions offrent un éclairage intéressant sur ce qu'ils ressentent réellement. Néanmoins, il est important de souligner que ces chiffres illustrent uniquement la perception directe des jeunes, sans lien avec un quelconque diagnostic médical de dépression.

Sachant par ailleurs qu'ils se fondent sur une seule réponse, et non sur les multiples questions posées dans le cadre des travaux de recherche consacrés à la santé mentale, ils ne permettent pas non plus d'estimer la prévalence de manière satisfaisante. Enfin, aucune estimation comparable n'ayant été établie avant la pandémie, ces chiffres ne reflètent pas les répercussions de cette dernière sur la santé mentale des jeunes.

En raison des lacunes en matière de collecte de données et du manque de suivi systématique, nous avons une vision extrêmement restreinte de l'état de santé mentale des jeunes et de leurs besoins en la matière. Comme le précise le chapitre 6 du présent rapport, cette situation empêche de déterminer les priorités de prise en charge de la santé mentale et d'élaborer des politiques en conséquence.

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant déclaré se sentir déprimés ou n'avoir goût à rien :

Cameroun	32
Mali	31
Indonésie	29
Zimbabwe	27
France	24
Allemagne	24
États-Unis	24
Brésil	22
Liban	21
Royaume-Uni	20
Argentine	19
Kenya	19
Pérou	16
Bangladesh	14
Inde	14
Maroc	14
Nigéria	14
Ukraine	12
Espagne	11
Éthiopie	10
Japon	10
Médiane des 21 pays	19

Source : *Changing Childhood* [à paraître].

Remarque : Dans le cadre du projet *Changing Childhood*, Gallup a interrogé par téléphone plus de 20 000 personnes dans 21 pays entre février et juin 2021. Cette enquête ciblait deux populations distinctes : les jeunes âgés de 15 à 24 ans et les adultes âgés de 40 ans et plus. Les marges d'erreur moyennes se sont établies à 6,7 % dans le groupe d'âge inférieur et à 6,4 % dans le groupe d'âge supérieur. La méthodologie et les modalités de recherche seront décrites en détail dans le rapport *Changing Childhood* de l'UNICEF (à paraître).

Pourtant, plusieurs millions de personnes à travers le monde n'ont personne à qui parler ni aucun lieu dans lequel se rendre pour se faire aider.

Pourquoi ?

La promotion, la protection et la prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents se heurtent à une multitude d'obstacles. Certains, de nature systémique, sont attribuables à un manque de financement, de leadership, de coordination intersectorielle et de personnel qualifié.

Bien trop souvent, notre capacité à prendre soin de la santé mentale est annihilée par notre incapacité à en parler. Les enfants, les adolescents et les personnes qui ont la charge d'enfants ont parfois des difficultés à trouver les mots justes pour parler de leurs sentiments. Ils peuvent avoir peur d'être la cible de mots blessants, de moqueries et de violences en raison de la stigmatisation et des incompréhensions entourant la santé mentale.

L'une des incompréhensions les plus répandues consiste justement à ne pas voir que la santé mentale, au même titre que la santé physique, a une connotation positive. Alex George, médecin et vedette de la télé-réalité au Royaume-Uni, connaît bien la souffrance associée à la santé mentale. Son frère s'est suicidé à l'âge de 19 ans. Il explique cela de la manière suivante : quand les gens parlent de la santé physique, ils l'associent à l'activité physique et à une alimentation saine. Quand ils parlent de la santé mentale, ils l'associent à la dépression, à l'anxiété et à la tristesse.

« En réalité, la santé mentale, c'est aussi la résilience », a-t-il affirmé dans un journal britannique en février 2021. « C'est aussi le bonheur, ou encore le courage⁷. »

Cette incapacité à conférer une connotation positive à la santé mentale reflète souvent l'influence de la pensée biomédicale, centrée sur le diagnostic

Appel à l'aide : Grâce à une ligne d'assistance en Ukraine, Valia, 15 ans, a pu obtenir protection et soutien.
© UNICEF/UN0399561/Filippov



des problèmes et l'administration de médicaments. Il convient pourtant de comprendre la santé mentale comme un continuum. Quel que soit le stade de notre vie, chacun d'entre nous peut se trouver à un point différent de ce continuum. Nous connaissons à la fois des périodes où nous jouissons d'une bonne santé mentale – nous serons alors capables d'apprécier la vie et de gérer ses hauts et ses bas – et des périodes de grande détresse. Certains d'entre nous pourront également souffrir de problèmes de santé mentale à long terme et handicapants.

Ainsi, **nous avons tous une santé mentale.**

Pourtant, certains considèrent la santé mentale comme un luxe ou un problème réservé aux autres, qui ne peut pas les toucher **eux** ni **leur** communauté. Il ne fait aucun doute sur le fait que la culture et le contexte influent sur la manière dont les troubles mentaux

sont vécus, compris et traités. Au lieu d'être ignorées – ce qui est souvent le cas – ces perspectives et ces compréhensions différentes doivent au contraire orienter les interventions en faveur de la santé mentale. Ainsi, en s'appuyant sur les points forts de ces sociétés, ces mesures n'en seront que plus bénéfiques et mieux acceptées. On retrouve toutefois des points communs universels dans la manière dont est vécue la santé mentale dans toutes les sociétés. En effet, comme le remarquait la Commission *Lancet* sur la santé mentale dans le monde et le développement durable, « la souffrance émotionnelle occupe une place aussi fondamentale que la souffrance physique dans l'expérience humaine »⁸.

Il est temps de faire preuve de leadership

L'absence de **leadership** et d'**engagement** se trouve au cœur de l'échec de nos sociétés à répondre aux besoins en matière de santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes qui ont la charge d'enfants. Pour obtenir des résultats en matière de santé mentale, il est essentiel que les dirigeants mondiaux et nationaux, ainsi qu'un large éventail de parties prenantes, formulent des engagements, en particulier des engagements financiers, qui reflètent le rôle joué par les déterminants sociaux et d'autres facteurs dans cette problématique. Les implications d'une telle approche sont colossales. Elles exigent que nous axions nos efforts sur un objectif commun : celui de soutenir les enfants et les adolescents

à des moments cruciaux de leur développement afin de minimiser les facteurs de risque et de maximiser les facteurs de protection.

En parallèle de cet engagement, il est impératif de **communiquer** : nous devons mettre un terme à la stigmatisation, briser le silence entourant la santé mentale et veiller à ce que les jeunes soient entendus, en particulier ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale. Nous n'arriverons à pas à élaborer des initiatives et des programmes pertinents en faveur de la santé mentale sans écouter la voix des jeunes ni sans leur participation active et leur mobilisation.

Enfin, nous avons besoin d'**action** : nous devons mieux soutenir les parents de sorte qu'ils puissent à leur tour mieux soutenir leurs enfants ; nous avons besoin d'écoles qui répondent aux besoins sociaux et émotionnels des enfants ; nous devons décloisonner la santé mentale dans le système de santé et de répondre aux besoins des enfants, des adolescents et des personnes qui en ont la charge dans un éventail de systèmes, notamment l'éducation parentale, l'éducation, les soins de santé primaires, la protection sociale et l'action humanitaire ; et enfin, il nous faut améliorer les données, la recherche et les éléments de preuve afin de mieux comprendre la prévalence des problèmes de santé mentale et de parfaire les interventions.

L'heure est à l'action

La pandémie de COVID-19 a paralysé notre monde, provoquant une crise mondiale sans précédent de notre vivant. Elle a fait naître de graves inquiétudes sur la santé mentale des enfants et de leur famille durant les confinements et a illustré de manière criante l'incidence que les événements du monde au sens large pouvaient avoir sur nos esprits. Elle a aussi souligné la fragilité des systèmes de soutien à la santé mentale dans de nombreux pays et a montré, une fois de plus, que ces épreuves touchaient de manière disproportionnée les communautés les plus défavorisées.

Cependant, la pandémie nous a également offert une occasion de reconstruire un monde meilleur. Comme l'indique ce rapport, nous sommes conscients du rôle clé joué par les parents et les personnes qui ont la charge d'enfants dans le développement de la santé mentale durant la petite enfance, de même que nous sommes conscients du besoin de liens des enfants et des adolescents ainsi que des effets dévastateurs de la

pauvreté, de la discrimination et de la marginalisation sur la santé mentale. Bien qu'il nous reste encore beaucoup de travail à accomplir pour élaborer des interventions adéquates, nous sommes déjà conscients de l'importance de la mise en place de certaines mesures clés, telles que la lutte contre la stigmatisation, le soutien aux parents, la création d'écoles bienveillantes, la collaboration multisectorielle, la mise en place d'équipes de santé mentale compétentes, et l'établissement de politiques qui encouragent les investissements et jettent des bases solides dans le domaine de la santé mentale et du bien-être.

Nous avons une occasion sans précédent de nous engager, de communiquer et d'agir afin de promouvoir, de protéger et de prendre en charge la santé mentale de toute une génération. Nous pouvons concourir à établir les bases qui permettront de doter une génération tout entière des compétences nécessaires pour poursuivre ses rêves, réaliser son potentiel et contribuer au monde.

Nous avons une occasion sans précédent de nous engager, de communiquer et d'agir afin de promouvoir, de protéger et de prendre en charge la santé mentale de toute une génération. Nous pouvons concourir à établir les bases qui permettront de doter une génération tout entière des compétences nécessaires pour poursuivre ses rêves, réaliser son potentiel et contribuer au monde.



L'heure est à l'action : Le monde a une occasion unique de consolider les bases de la santé mentale des enfants du monde entier.
© UNICEF/UN0231458/Nazer

À propos de ce rapport

Le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021* examine la santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes qui en ont la charge. Il se concentre sur les facteurs de risque et de protection inhérents à la santé mentale et au bien-être à des moments décisifs de nos vies. Il vise à nous aider à mieux comprendre les besoins particuliers des enfants, des adolescents et des personnes qui s'occupent d'eux, et à explorer les problèmes entourant la santé mentale du point de vue des jeunes. Enfin, ce rapport a pour objectif de mettre en lumière une approche globale pour **promouvoir** une bonne santé mentale pour chaque enfant, **protéger** les enfants vulnérables et **prendre soin** des enfants confrontés aux problèmes les plus graves.

Le **chapitre 1** confère une connotation positive à la santé mentale qu'il définit comme un continuum et décrit les effets nocifs de la stigmatisation. Il présente la prévalence des problèmes de santé mentale et examine leur coût économique.

Le **chapitre 2** présente un cadre pour comprendre la santé mentale et le bien-être des enfants, en se concentrant sur le monde proche de l'enfant, le monde élargi de l'enfant et le monde extérieur. Il explique le rôle du développement de l'enfant pour comprendre les facteurs de risque et de protection associés à la santé mentale et jeter les bases qui permettront aux enfants de bien se construire.

Le **chapitre 3** examine les facteurs particuliers de risque et de protection de la santé mentale au cours de la vie – depuis la période qui précède la conception jusqu'à la deuxième décennie de vie – en soulignant l'importance de l'éducation parentale attentive, de la nutrition, des environnements d'apprentissage et des relations avec les pairs.

Le **chapitre 4** s'intéresse au monde extérieur et examine les effets de la pauvreté, de la discrimination, des crises humanitaires et de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale. Il explore également notre compréhension naissante de la résilience.

Le **chapitre 5** évalue l'état actuel de la prise en charge de la santé mentale des enfants et des jeunes, en examinant les interventions mondiales ainsi que les programmes portant sur l'éducation parentale, l'éducation, la protection sociale, les systèmes de soins de santé primaires et les situations de crise humanitaire. Il aborde en outre le problème particulier du suicide et l'importance des données et de la recherche.

Le **chapitre 6** propose des recommandations visant à **promouvoir** la santé mentale de chaque enfant, à **protéger** les **enfants** vulnérables et à **prendre en charge** les enfants confrontés aux problèmes les plus graves. Ces recommandations sont ancrées dans trois principes : **l'engagement**, la **communication** et **l'action**.

ÉTUDE DE CAS

Liban

Le nouveau programme national en faveur de la santé mentale à l'épreuve

En 2020, le Liban a mis à l'essai un nouveau plan national en faveur de la santé mentale.

Le 4 août, une puissante explosion a dévasté la zone portuaire de Beyrouth. À l'époque, Jad, 9 ans, était à la maison avec sa mère*. Son père travaillait au port. Il s'en est sorti avec une perte de l'audition et une blessure handicapante au dos.

Si Jad a réussi à fuir de chez lui indemne de toute blessure physique, il a par la suite souffert d'une grave anxiété et d'une peur incontrôlable des explosions. Il a cessé de s'alimenter, refusait de sortir de sa nouvelle maison et est devenu très introverti.

« Mon père était blessé, ma mère était bouleversée et ma maison, dévastée », explique Jad. « Je ne savais pas quoi faire pour aider. »

Jad a enfin reçu de l'aide lorsque Himaya, une organisation de protection de l'enfance non gouvernementale qui rendait visite aux familles au lendemain de l'explosion, est venue frapper à la

porte de sa résidence temporaire.

Le travail d'Himaya s'inscrivait dans le cadre de l'intervention de soutien psychosocial en réponse à la catastrophe de Beyrouth qui a été activée immédiatement après l'explosion. Le plan d'intervention a été mis en œuvre au titre du Programme national en faveur de la santé mentale, le premier programme du Liban à proposer une approche de proximité de la santé mentale et du soutien psychosocial à travers le pays.

Ce programme a été fondé en 2014 par le Ministère de la santé publique du Liban avec le soutien de partenaires, dont l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et International Medical Corps. Initialement, il avait pour objectif de répondre aux besoins en matière de santé mentale générés par la crise en Syrie et l'arrivée de réfugiés syriens au Liban. Cependant, le programme s'est également attaché à normaliser les services de santé mentale et de soutien psychosocial grâce à des plateformes de proximité dans tout le pays.

« Pendant trop longtemps, ce domaine du bien-être a été négligé, comme s'il s'agissait d'un aspect superficiel des soins de santé », affirme le Dr Rabih El Chammay, psychiatre et directeur du programme. « Le Programme national en faveur de la santé mentale s'emploie à renforcer la sensibilisation du public à la santé mentale, à réduire la stigmatisation qui y est associée et à l'inscrire dans le cadre d'une stratégie nationale globale de soins de santé. »

Le programme supervise une Équipe spéciale chargée de la santé mentale et du soutien psychosocial, coprésidée par l'OMS et l'UNICEF, qui coordonne le travail de plus de 60 organisations. Il collabore étroitement avec le Groupe de travail sur la protection de l'enfance dans les situations d'urgence et le Comité de soutien psychosocial, qui travaillent avec l'équipe spéciale afin de fournir des outils et des conseils normalisés visant à harmoniser les programmes de soutien psychosocial destinés aux enfants, aux personnes



Explosion : La maison de Jad, 9 ans, a été détruite dans l'explosion du port de Beyrouth.
© UNICEF/UN0475286/UNICEF Liban

qui ont la charge d'enfants et aux communautés.

Le programme cible en outre les centres de santé primaire et fournit des formations à la santé mentale aux infirmiers, aux travailleurs sociaux et aux professionnels de la santé générale dans les hôpitaux afin de veiller à les doter de connaissances élémentaires.

Enfin, le Programme national en faveur de la santé mentale a marqué le début d'une nouvelle ère pour la santé mentale au Liban – une ère centrée sur les communautés et le bien-être, plutôt que sur de simples traitements médicaux dans les hôpitaux.

« Nous devons accorder davantage d'importance aux soins de santé mentale, qui ne doivent plus être un luxe réservé aux riches, mais un service de base, acceptable et fondé sur les droits humains, accessible à tous les membres de la communauté à proximité de l'endroit où ils vivent », affirme le Dr El Chammay.

L'explosion qui a frappé le port de Beyrouth n'est pas le seul événement qui a mis à l'épreuve la nouvelle approche de santé mentale et de soutien psychosocial du programme national en 2020. En effet, cette explosion a exacerbé une situation déjà tendue au Liban, marquée notamment par l'effondrement de l'économie, l'augmentation de la pauvreté et la multiplication des troubles sociaux et politiques. Par ailleurs, en 2020, à l'instar du reste du monde, le pays a également subi les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale de sa population.

En riposte à la pandémie, le Gouvernement du Liban et ses partenaires dans le domaine de la santé mentale ont associé leurs efforts afin de créer un plan de proximité visant à promouvoir la santé mentale, à protéger la population contre le stress induit par la situation et à lui fournir un soutien personnalisé. Ce plan a mobilisé des acteurs d'une multitude de secteurs, notamment la protection de l'enfance, la santé, l'éducation et la communication pour le développement. Ces derniers ont mené une campagne de sensibilisation sur des plateformes

en ligne et numériques, mis en place un service de soutien émotionnel par téléphone, déployé des campagnes nationales à la télévision et organisé des sessions interactives en ligne destinées aux adolescents et aux jeunes, entre autres initiatives.

La nouvelle approche du Liban en matière de santé mentale a permis à Jad et à sa famille d'avoir facilement accès à un service de soutien à la santé mentale – un service dont ils n'auraient pas pu bénéficier à une autre époque. Jad a reçu la visite d'un travailleur social et suivi une thérapie par le dialogue avec Maria Sfeir, une psychologue d'Himaya. Celle-ci a été dispensée en ligne en raison des restrictions liées à la COVID-19.

Avec le temps, Jad a réussi à s'aventurer en dehors de chez lui, malgré ses peurs récurrentes, et a fait de « courageux progrès », se réjouit la Dr Sfeir.

*Nous n'avons pas communiqué le nom de famille de Jad afin de protéger son identité. Nous nous sommes entretenus avec lui à Beyrouth, le 9 avril 2021.

ENCADRÉ 4.

#BTSLoveMyself : Mettre fin à la violence et améliorer l'estime personnelle et le bien-être des enfants et des jeunes

Créé en République de Corée en 2013, l'emblématique groupe de pop BTS remporte l'un des plus grands succès de notre époque, avec cinq singles classés n° 1 des ventes en moins d'un an, 38 millions d'abonnés sur Twitter et un fan club mondial baptisé « The ARMY ».

En 2017, BTS et sa maison de disques, BIGHIT MUSIC, se sont alliés à l'UNICEF pour mettre l'influence du groupe au service de la lutte contre la violence, la maltraitance et l'intimidation et pour promouvoir l'estime personnelle et le bien-être des jeunes partout dans le monde. Dans le cadre de son soutien à l'UNICEF, le groupe s'est adressé aux dirigeants mondiaux à l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies à New York, a sorti en exclusivité un clip vidéo pour soutenir la campagne de l'UNICEF appelant à la bienveillance et à la gentillesse, et a installé des stands d'informations relatives à cette campagne lors des concerts qu'il a donnés à travers le monde.

En plus d'avoir récolté 3,6 millions de dollars des États-Unis au profit des actions de l'UNICEF visant à mettre fin à la violence, le groupe a véhiculé des messages positifs auprès de millions de jeunes pour les inciter à s'aimer comme ils sont et à prendre soin d'eux-mêmes. Le hashtag #BTSLoveMyself a généré, d'après Twitter, près de 5 millions de tweets et a engendré, d'après Talkwalker, plus de 50 millions d'interactions (mentions J'aime, retweets, réponses, commentaires, etc.) en provenance de la quasi-totalité des pays du globe.

« Nous avons lancé le message LOVE MYSELF pour atteindre les jeunes, essayer d'améliorer leur vie et les aider à faire valoir leurs droits. Cette démarche nous a également incités à appliquer nous-mêmes cette devise, ce qui nous a fait grandir à titre personnel et collectif. Nous espérons qu'un maximum de gens se sont rendu compte qu'ils pouvaient puiser, dans les marques de bienveillance d'autrui, la force nécessaire pour s'aimer

eux-mêmes. Nous souhaitons que le message LOVE MYSELF continue à circuler et à mettre du bonheur dans la vie de chacun. Nous serions tous les sept très honorés de poursuivre cette campagne afin de rendre tout l'amour que nous avons reçu et de donner aux gens la force de s'aimer eux-mêmes. Nous espérons continuer à servir cette cause et à jouer notre rôle de porte-parole pour encourager la bienveillance et favoriser le bonheur », a déclaré BTS à propos de la campagne.

Pendant la pandémie de COVID-19, les réflexions personnelles des membres du groupe ont été d'une grande aide pour les enfants et les jeunes se sentant isolés, frustrés et coupés du monde. Jauharra, 23 ans, originaire des Philippines (@paralumanssi_) a ainsi adressé les mots suivants aux jeunes chanteurs :

**« Merci à tous
pour aujourd'hui.
Vous venez de me
sauver la vie. »**

En mars 2021, BTS et BIGHIT MUSIC ont renouvelé leur engagement en faveur de la campagne LOVE MYSELF, annonçant une contribution de plus d'un million de dollars des États-Unis au profit de l'UNICEF, en plus des sommes provenant de la vente des produits dérivés LOVE MYSELF et d'une partie des recettes issues de l'album LOVE YOURSELF.



Message positif : L'emblématique groupe de pop BTS s'adresse aux mélomanes et aux Nations Unies.

© UNICEF/UN0238385/Garten, UN Photo



Des soins attentifs : Aider les parents, comme cette mère en Inde, à mieux soutenir leurs enfants est essentiel sur le plan de la santé mentale.
© UNICEF/UN0377921/Panjwani



Chapitre 1

LA SANTÉ MENTALE

État positif de bien-être nécessitant des soins attentifs, la santé mentale est un domaine d'investissement essentiel pour soutenir les enfants et la collectivité. Malheureusement, cette considération est bien trop souvent reléguée au second plan – voire aucunement prise en compte – dans la réflexion des décideurs, des dirigeants et des familles. Résultat, plusieurs millions d'enfants et de jeunes luttent en silence, se heurtant à la stigmatisation et à l'incompréhension. Si ce silence coûte des millions de dollars chaque année à nos sociétés, le prix à payer pour les enfants et les familles est incommensurable.

En sécurité : Fidel, 11 ans, a été exposé à la violence et à l'exploitation dans les rues de Côte d'Ivoire. Aujourd'hui, il est hébergé dans un centre où il se sent « en sécurité... protégé ».

© UNICEF/UNI362880/Dejongh

La santé mentale sous-tend la capacité de l'être humain à penser, à ressentir, à apprendre, à travailler, à nouer des relations constructives et à contribuer à la vie de sa communauté et du monde. Elle fait partie intégrante de la santé des individus et constitue une base à l'édification de communautés et de nations saines.

Il s'agit d'un droit qui doit être promu et protégé.

À l'échelle mondiale, bien trop d'enfants et d'adolescents souffrent de problèmes de santé mentale, parmi

lesquels la dépression, l'anxiété et les troubles du comportement et de l'attention. Pour les enfants et les adolescents concernés, ce problème de santé mentale fait partie du quotidien, de même que la prise en charge et la possibilité de vivre une vie saine font partie de leurs droits essentiels.

Pourtant, bien trop d'enfants et d'adolescents luttent en silence, muselés par l'incompréhension, la stigmatisation et le manque d'initiatives globales visant à promouvoir et à protéger la santé mentale et les soins destinés à ceux qui en ont le plus besoin.

Le coût de ce silence peut se calculer en jours, en mois, en années et en vies perdus. Pour les enfants et les jeunes, en particulier, il peut se calculer en rêves anéantis.

Si les problèmes de santé mentale affectent lourdement les enfants et les jeunes, ils privent aussi les sociétés de potentiel humain. Ce coût peut se calculer en capital humain perdu, une perte qui interfère avec l'harmonie et la prospérité des familles, des communautés et des nations.

La santé mentale : Qu'est-ce que c'est ?

Le terme « santé » est associé à l'activité physique, à une alimentation nutritive et à une vie équilibrée sur les plans professionnel, familial et récréatif. Cependant, il suffit de lui apposer l'adjectif « mentale » pour qu'il soit associé à un tableau bien plus sombre, rempli d'idées fausses et de termes péjoratifs, tels « dangereux », « fou », « possédé » ou « dingue ». La santé mentale est considérée comme un problème qui touche les personnes qui réfléchissent trop et sa prise en charge, comme un luxe réservé à ceux qui ont trop de temps et d'argent à dépenser. Dans de nombreuses régions du monde, la santé mentale est uniquement abordée sous l'angle biologique ou médical (*voir encadré 12. Les traitements médicamenteux chez l'enfant*).

Cependant, la santé mentale n'est ni un trouble, ni même une absence de trouble. Il s'agit d'une dimension positive de l'état de santé.

Ainsi, dans son document fondateur, l'OMS a inclus la santé mentale dans sa définition de la santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹.

Envisagée sous un angle positif, la santé mentale est décrite comme « un état dynamique d'équilibre intérieur », qui implique la capacité à appliquer des compétences sociales, émotionnelles et cognitives essentielles de manière à appréhender efficacement la vie et le monde². D'autres définitions associent une bonne santé mentale à la capacité « d'apprécier la vie et de surmonter les difficultés auxquelles nous sommes confrontés »³. En général, les capacités émotionnelles, cognitives, fonctionnelles, sociales, physiques et spirituelles sont mentionnées dans la plupart des définitions⁴.

La santé mentale est souvent associée au bien-être – un concept vaste qui englobe la santé, l'économie, la nutrition et la psychologie⁵. Dans son rapport *Worlds of Influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries* (Mondes d'influence : comprendre ce qui façonne le bien-être de l'enfant dans les pays riches), le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF définit le bien-être en trois catégories : le bien-être mental, le bien-être physique et les compétences de la vie courante⁶. La santé mentale et le bien-être des enfants et des jeunes sont liés aux parents et aux personnes

qui s'occupent d'eux, lesquels jouent un rôle actif dans la construction de leur vie.

Un cadre récemment élaboré pour les adolescents en particulier a identifié cinq domaines nécessaires à leur bien-être : une bonne santé assortie d'une nutrition optimale ; des relations, des valeurs positives et la contribution à la société ; des environnements sûrs et bienveillants ; l'apprentissage, les capacités, les compétences, l'éducation et l'employabilité ; la capacité d'action et la résilience⁷.

La santé mentale n'est ni un trouble, ni même une absence de trouble. Il s'agit d'une dimension positive de l'état de santé.

Si l'ensemble de ces cadres décrivent ce que sont une bonne santé mentale et le bien-être, ces derniers s'entendent généralement selon les trois catégories suivantes⁸ :

ENCADRÉ 5.

La santé mentale : Un droit et un objectif

La santé mentale est inextricablement liée à la santé dans sa globalité – la santé des individus, des communautés, des nations et des économies.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a reconnu ce lien dans sa Constitution en définissant la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Ce document fondateur a par ailleurs affirmé que le « meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre » constituait un droit fondamental ainsi qu'une condition essentielle pour la paix et la sécurité⁹.

Depuis 1948, année durant laquelle la Constitution de l'OMS est entrée en vigueur, une multitude de mécanismes internationaux ont affirmé le droit à la santé mentale et fourni des structures visant à la protéger¹⁰. En 1991, l'Assemblée générale des Nations Unies a affirmé le droit aux soins de santé mentale et a insisté sur les droits fondamentaux des personnes atteintes d'un handicap psychosocial¹¹.

Pour ce qui est des enfants, la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 a établi un cadre permettant de comprendre l'importance des services de santé mentale à destination des enfants et des jeunes¹². Cette convention appelle les États Membres à protéger l'intérêt supérieur des enfants et des jeunes et à lutter contre un grand nombre des risques qui menacent leur santé mentale, notamment la discrimination, la violence et la privation de liberté. La convention insiste en particulier sur la responsabilité des États Membres de garantir la survie et le développement optimaux des enfants et des jeunes, ce qui inclut

l'accès aux soins de santé. Elle appelle les États Membres à promouvoir la réadaptation physique et psychologique ainsi que la réinsertion sociale des enfants et des jeunes victimes de toute forme de négligence, de maltraitance, de traitement ou de châtement dégradants, ou de conflit armé. Elle met aussi en avant les droits des enfants et des jeunes handicapés à bénéficier de soins de santé mentale et à vivre une vie saine.

En outre, la Convention relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif, adoptés en 2006, ont marqué un engagement mondial à l'égard des droits humains et des libertés fondamentales des personnes handicapées¹³. Cette convention appelle à s'écarter de l'approche médicalisée du handicap en général et des problèmes de santé mentale en particulier¹⁴. Elle souligne également en quoi les facteurs sociaux, politiques et économiques renforcent, de bien des manières, les disparités pour les personnes atteintes d'un handicap psychosocial.

Les Nations Unies ont également déployé des efforts particuliers pour traiter les déficiences développementales. En 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a publié une résolution qui appelait les gouvernements à protéger les droits des enfants et des familles affectées par un trouble du spectre autistique, par des troubles du développement et des handicaps connexes¹⁵. Enfin, en 2014, l'Assemblée mondiale de la santé a demandé que davantage d'interventions multisectorielles soient déployées en appui aux mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique¹⁶.

En outre, en adoptant les objectifs de développement durable (ODD) en 2015, les États Membres des Nations Unies ont reconnu que la santé mentale constituait un bien public mondial et un droit que les pays avaient l'obligation de protéger¹⁷.

Les objectifs de développement durable, qui fournissent une feuille de route pour la paix, la prospérité et la durabilité dans le monde, appellent le monde à adopter des approches de promotion, de prévention et de traitement dans le domaine de la santé mentale et du bien-être. Ils envisagent « un monde où tous jouissent d'un accès équitable à une éducation de qualité à tous les niveaux, aux soins de santé et à la protection sociale, où la santé physique et mentale et le bien-être social soient assurés »¹⁸.

La promotion, la protection et la prise en charge de la santé mentale des enfants et des jeunes ont un rôle à jouer dans la réalisation de la plupart des 17 objectifs de développement durable. Outre l'objectif 3 qui appelle les États Membres à « permettre à tous de vivre en bonne santé et [à] promouvoir le bien-être de tous à tout âge »¹⁹, les ODD s'attaquent à un grand nombre des facteurs de risque qui menacent la santé mentale des enfants et des jeunes. En effet, les objectifs portant sur la pauvreté, les inégalités, la nutrition, l'éducation, l'égalité des genres, les communautés durables et la justice sociale jouent également un rôle vital dans la santé mentale des enfants et des jeunes. Parallèlement, la prise en charge de la santé mentale aidera les États Membres à atteindre ces objectifs²⁰.

- Le bien-être émotionnel, soit la capacité à être positif, heureux, calme, paisible et intéressé par la vie ;
- Le bien-être social, soit la capacité à évoluer dans le monde combinée à la sensation de compter et à un sentiment d'appartenance ;
- Le bien-être fonctionnel, soit la capacité à acquérir des compétences et des connaissances qui nous aident à prendre des décisions positives et à surmonter les difficultés de la vie.

Un continuum

Au cours de leur vie, les enfants et les jeunes passeront probablement par différents états de bonne santé mentale et de bien-être. Beaucoup seront aussi confrontés à des problèmes de santé mentale de gravité variée.

Il arrive aussi que certaines personnes présentant une bonne santé mentale générale souffrent malgré tout de troubles mentaux. Ainsi, une personne à qui l'on a diagnostiqué un problème de santé mentale peut réussir à développer un sentiment de bien-être positif – un sentiment de santé mentale – en dépit de symptômes pénibles ou affaiblissants²¹. Inversement, une personne à qui l'on n'a pas diagnostiqué de tels troubles pourra éprouver différents états de santé mentale au cours de sa vie.

Par conséquent, le fait de cibler uniquement les problèmes – en ne s'appuyant que sur des interventions médicales – ne correspond pas à la diversité des expériences humaines en matière de santé mentale et peut limiter les efforts visant à promouvoir et à protéger la santé mentale lors de la prise en charge des personnes en détresse.

La bonne santé mentale

Des chercheurs ont conçu des échelles visant à mesurer la bonne santé mentale. Parmi les indicateurs mesurés figurent l'acceptation de soi, l'optimisme, la résilience, des relations de qualité avec les parents

ou les pairs, un sentiment de but dans la vie, et la sensation de s'épanouir ou de réussir²². D'autres échelles visant à mesurer la bonne santé mentale évaluent la manière dont les gens se perçoivent dans le cadre de leur vie sociale, notamment leur sentiment d'acceptation sociale et leur intégration au sein de la collectivité.

Lorsqu'on parle de bonne santé mentale, il devient clair que l'absence de problème de santé mentale et la santé mentale sont deux concepts différents²³. Les enfants et les jeunes sans problème de santé mentale peuvent connaître – et connaîtront probablement – différents niveaux de bonne santé mentale au cours de leur vie. Sur la base de ce constat, les chercheurs ont conclu que la majeure partie de la population pouvait avoir une santé mentale modérée. Parmi ces personnes, certaines pouvaient s'épanouir et d'autres, aller mal. D'autres encore pouvaient souffrir d'un trouble mental pouvant faire l'objet d'un diagnostic.

Les problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale peuvent s'inscrire dans le cadre d'un continuum. Ce continuum comporte des niveaux allant d'une détresse modérée et temporaire à des troubles progressifs et graves, en passant par des problèmes gérables pouvant devenir chroniques ou non. Au cours de sa vie, l'enfant peut se trouver à n'importe quel niveau de ce continuum.

Ce continuum peut inclure des problèmes répandus, tels que l'anxiété, la dépression, la psychose, et les troubles liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Les estimations mondiales de la prévalence des troubles mentaux et de la perte de vies humaines et d'années de vie en bonne santé sont calculées à partir de données portant sur des troubles, tels que : la dépression, l'anxiété, le trouble bipolaire, les troubles de l'alimentation, les troubles du spectre autistique, les troubles du comportement, les troubles liés à la

consommation d'une substance, la déficience intellectuelle idiopathique, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité ainsi que certains groupes de troubles de la personnalité²⁴.

Pour les enfants et les jeunes, en particulier, comprendre la santé mentale passe par le fait de reconnaître que ce concept est intrinsèquement lié aux valeurs sociétales et familiales, aux normes culturelles, aux attentes sociales et aux capacités en matière de développement.

Il est essentiel de remarquer, cependant, que la plupart des problèmes de santé mentale ne sont pas suffisamment graves pour être diagnostiqués²⁵. Par exemple, un jeune peut faire état d'une « dépression » ou d'une « anxiété » dans une situation particulière, mais ces émotions ne vont pas nécessairement évoluer au point d'interférer avec sa vie quotidienne ou de nécessiter un diagnostic et un traitement.

Le contexte est essentiel

Pour les enfants et les jeunes, en particulier, comprendre la santé mentale passe par le fait de reconnaître que ce concept est intrinsèquement lié aux valeurs sociétales et familiales, aux normes culturelles, aux attentes sociales et aux capacités en matière de développement. Par exemple, les perceptions relatives à un comportement

acceptable et à un fonctionnement social approprié ne sont pas toutes les mêmes et dépendent de la situation, de l'âge et de la culture de chacun.

En outre, les difficultés et les traumatismes ne sont pas compris de

la même façon dans tous les contextes culturels, ce qui a une incidence sur la compréhension de la santé mentale²⁶. De la même manière, les attentes relatives au bonheur, à l'épanouissement personnel et à la satisfaction évoluent au fur et à mesure que l'enfant grandit

et diffèrent d'un pays à l'autre, d'une communauté à l'autre, et, parfois, d'une famille à l'autre. Les évaluations de la santé mentale doivent donc prendre en compte les différents contextes culturels, sociaux, politiques et environnementaux.

ENCADRÉ 6.

Termes clés

Le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021* emploie le terme « problème de santé mentale » pour décrire un large éventail de problèmes susceptibles de varier en gravité, de modérés et temporaires à graves et permanents. Un grand nombre de termes peuvent être stigmatisants et sont remplacés par des expressions telles que « personne ayant rencontré un problème de santé mentale », « consommateur de services de santé mentale » ou « survivant de la psychiatrie »²⁷. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) utilise également le terme « problème de santé mentale » dans certaines ressources pour parler de troubles mentaux, de troubles neurologiques, de troubles liés à l'usage de substance, du risque de suicide et des déficiences psychosociales, cognitives et intellectuelles associées²⁸. Les spécialistes de la santé mentale emploient toutefois une multitude de termes, qui ont parfois un sens plus précis, notamment les termes suivants:

Classifications des problèmes de santé mentale : Classifications officielles des troubles mentaux tirées de publications telles que la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) de l'OMS et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie.

Trouble mental : Terme englobant une variété de troubles assortis de différents symptômes²⁹. L'OMS inclut l'anxiété, la dépression, la schizophrénie, l'alcoolisme et la toxicomanie dans sa définition des troubles mentaux³⁰.

Santé mentale : La santé mentale est définie par l'OMS comme un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »³¹. Pour les enfants, la définition de la santé mentale prend nécessairement en compte des marqueurs propres à leur âge et à la période de leur vie et inclut un sentiment positif d'identité, la capacité

à gérer leurs pensées et leurs émotions, la capacité à nouer des relations ainsi que la capacité à apprendre et à acquérir une éducation.

Santé mentale et soutien psychosocial : Expression composite employée par le Comité permanent interorganisations pour « [décrire] tout type de soutien endogène et exogène visant à protéger et/ou promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental »³².

Psychosocial : Terme décrivant l'influence de facteurs sociaux sur l'esprit et le comportement ainsi que la corrélation entre l'esprit et la société dans le développement humain³³.

Handicap psychosocial : Terme utilisé pour faire référence à « toutes les personnes qui, indépendamment de la manière dont elles s'identifient ou du diagnostic qu'elles ont reçu, se heurtent à la discrimination et à des obstacles sociétaux en raison d'un diagnostic de santé mentale réel ou perçu ou d'une détresse subjective »³⁴. L'expression « troubles mentaux et

handicaps psychosociaux » est utilisée dans l'ensemble du *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* de l'OMS³⁵. Le terme « personne ayant un handicap psychosocial » est privilégié par les mécanismes et les organismes internationaux spécialisés dans les droits humains qui représentent les personnes handicapées³⁶.

Bien-être : Concept vaste en lien avec une multitude de domaines tels que la santé, l'économie, la nutrition et la psychologie³⁷. En général, ce terme implique des éléments émotionnels, psychologiques et sociaux.

Modèle biopsychosocial : Approche globale de la santé mentale prenant en compte des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux.



Le soutien d'une mère : Au Honduras, Lourdes aide Jose, 14 ans, à surmonter les conséquences du harcèlement, un facteur de risque connu pour la santé mentale.
© UNICEF/UN0231740/Zehbrauskas

Estimations de données

Dans la quasi-totalité des régions du monde, dans les pays riches comme dans les pays pauvres, les problèmes de santé mentale – et leur absence de prise en charge – continuent de provoquer des souffrances considérables chez les enfants et les jeunes et constituent la principale cause de décès, de maladie et de handicap, en particulier chez les adolescents plus âgés.

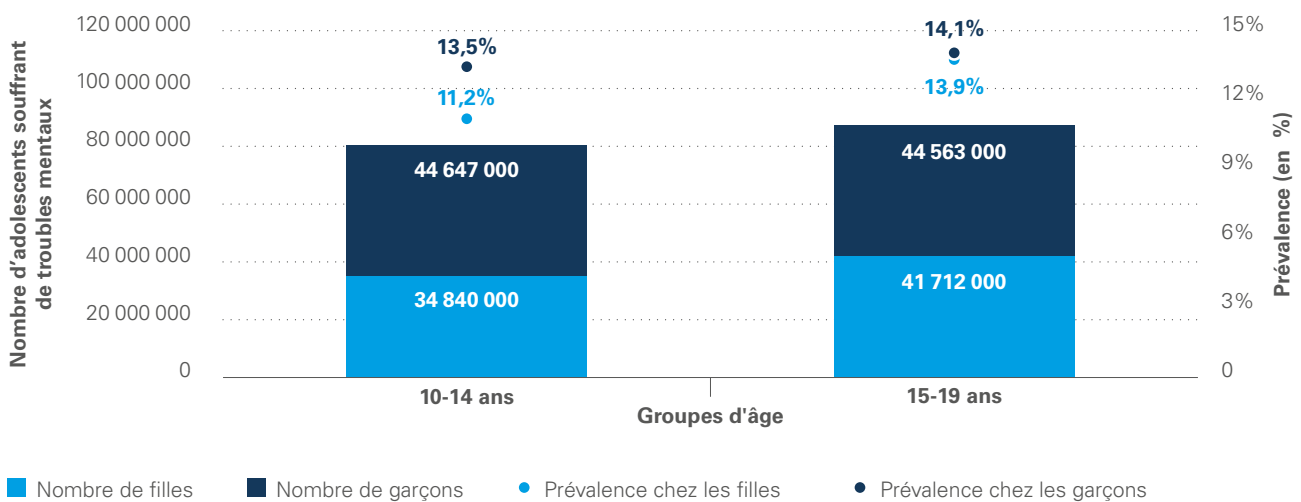
Pour mesurer ce coût humain, les spécialistes calculent notamment la prévalence des troubles mentaux.

En 2020, le monde comptait plus de 1,2 milliard d'adolescents âgés de 10 à 19 ans³⁸. Selon les estimations, plus de 13 % d'entre eux étaient atteints d'un trouble mental³⁹. Cela représente 86 millions d'adolescents âgés de 15 à 19 ans et 80 millions d'adolescents âgés de 10 à 14 ans

(voir figure 1.1). Quel que soit le groupe d'âge, les garçons sont légèrement plus susceptibles que les filles de souffrir d'un tel trouble. Les filles courent toutefois plus de risques de souffrir d'un problème de santé mentale prenant la forme d'une détresse psychologique, d'un manque de satisfaction dans la vie ou d'épanouissement et de bonheur, d'après une étude menée en 2021 auprès d'adolescents dans 73 pays⁴⁰.



FIGURE 1.1. Estimations de la prévalence et du nombre d'adolescents souffrant de troubles mentaux dans le monde, 2019



Remarque : Les chiffres ont été arrondis au millier le plus proche ; les calculs se fondent sur les troubles suivants : la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires, les troubles de l'alimentation, les troubles du spectre autistique, les troubles du comportement, la schizophrénie, la déficience intellectuelle idiopathique, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) ainsi qu'un groupe de troubles de la personnalité.

Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Global Burden of Disease Study*, 2019.

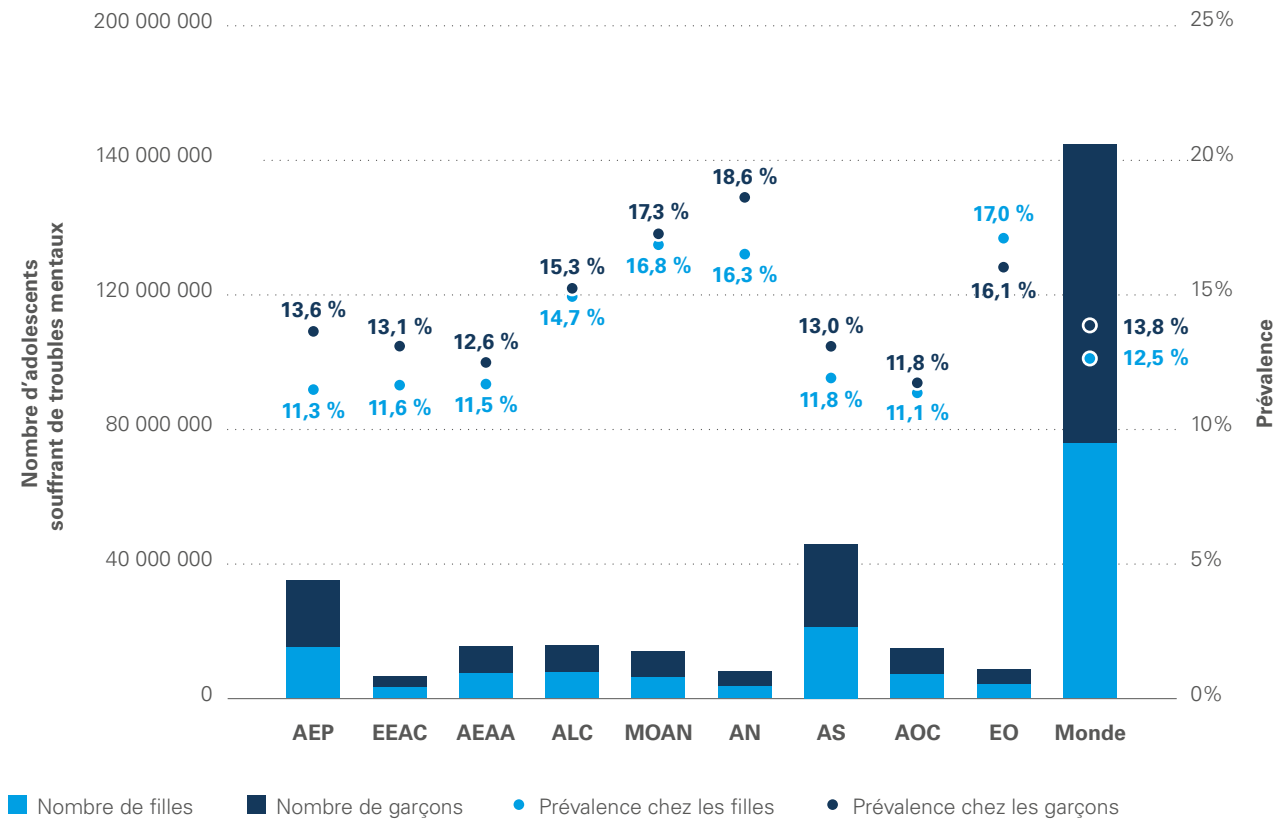
Chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, les garçons enregistraient des taux de prévalence plus élevés (13,8 %) ainsi qu'un nombre plus important de troubles mentaux que les filles appartenant au même groupe d'âge

(12,5 %). Les régions d'Asie de l'Est et du Pacifique et d'Asie du Sud comptaient le plus grand nombre d'adolescents souffrant de troubles de santé mentale. Les régions du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, d'Amérique du Nord et

d'Europe de l'Ouest, quant à elles, enregistraient les taux de prévalence les plus élevés (voir figure 1.2). Les mêmes tendances ont été observées chez les adolescents de deux groupes d'âge : 10-14 ans et 15-19 ans.



FIGURE 1.2. Estimations de la prévalence des garçons et des filles âgés de 10 à 19 ans atteints de troubles mentaux dans le monde et par région de l'UNICEF, 2019



Remarque : AEP, Asie de l'Est et Pacifique ; EEAC, Europe de l'Est et Asie centrale ; AEAA, Afrique de l'Est et australe ; ALC, Amérique latine et Caraïbes ; MOAN, Moyen-Orient et Afrique du Nord ; AN, Amérique du Nord ; AS, Asie du Sud ; AOC, Afrique de l'Ouest et centrale ; EO, Europe de l'Ouest. Les calculs se fondent sur les troubles suivants : la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires, les troubles de l'alimentation, les troubles du spectre autistique, les troubles du comportement, la schizophrénie, la déficience intellectuelle idiopathique, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) ainsi qu'un groupe de troubles de la personnalité.

Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Global Burden of Disease Study*, 2019.

Anxiété, dépression et autres troubles

Chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, l'anxiété et la dépression représentent près de 40 % des

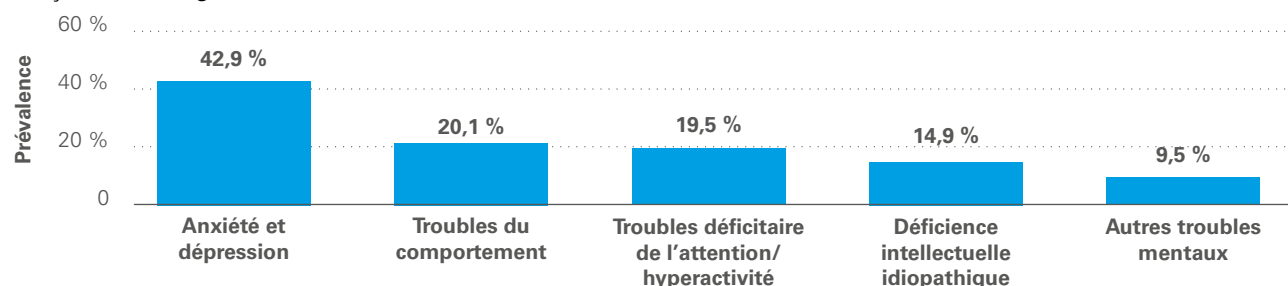
troubles mentaux inclus dans l'étude sur la charge mondiale de morbidité de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)⁴¹. Ces pathologies incluent les troubles de l'anxiété, le trouble déficitaire de l'attention/

hyperactivité, les troubles du comportement, les troubles dépressifs, la déficience intellectuelle, le trouble bipolaire, les troubles de l'alimentation, l'autisme, la schizophrénie ainsi qu'un groupe de troubles de la personnalité.

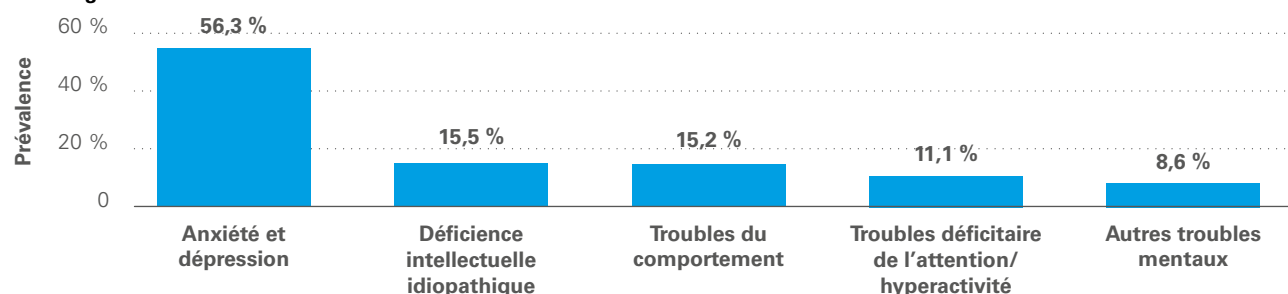


FIGURE 1.3. Estimations de la prévalence des principaux troubles mentaux dont souffrent les adolescents, 2019

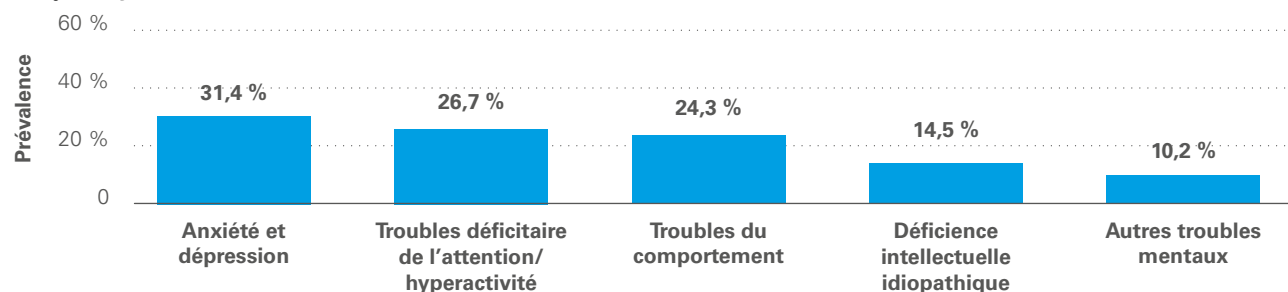
Garçons et filles âgés de 10 à 19 ans



Filles âgées de 10 à 19 ans



Garçons âgés de 10 à 19 ans



Remarque : La somme des taux de prévalence des troubles individuels est supérieure à 100 % en raison de l'existence de comorbidités entre les différents troubles. Les calculs se fondent sur les troubles suivants : la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires, les troubles du spectre autistique, les troubles de l'alimentation, les troubles du comportement, la schizophrénie, la déficience intellectuelle idiopathique, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) ainsi qu'un groupe de troubles de la personnalité.

Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Global Burden of Disease Study*, 2019.

Suicide

Bien que l'adolescence fasse partie des périodes de la vie où l'on est en meilleure santé, quelque 45 800 adolescents meurent de suicide chaque année, selon les estimations les plus récentes de l'OMS disponibles lors de l'élaboration de ce rapport. Cela qui signifie qu'un enfant ou un adolescent se suicide toutes les 11 minutes. Plus les jeunes progressent dans l'adolescence, plus ce risque augmente (voir figure 1.4).

À l'échelle mondiale, le suicide est la cinquième cause la plus courante de décès chez les adolescents âgés de 10 à

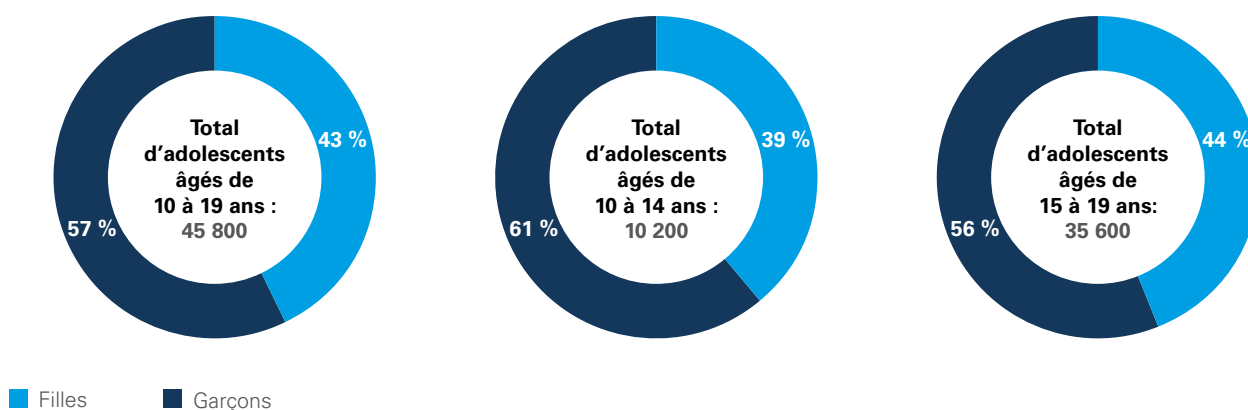
19 ans⁴². Il constitue la quatrième cause de décès chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans (voir figure 1.5), et fait partie des 10 premières causes de décès chez les adolescents plus jeunes. Il s'agit de la quatrième cause de décès chez les garçons âgés de 15 à 19 ans après les accidents de la route, les violences interpersonnelles et la tuberculose (voir figure 1.6), et la troisième cause de décès chez les filles du même groupe d'âge après la tuberculose et les pathologies maternelles. Les filles sont cependant moins nombreuses – 5 filles sur 100 000 chaque année – à mourir de suicide que les garçons – 6 garçons sur 100 000 chaque année.

Le suicide est la première cause de décès des adolescents âgés de 15 à 19 ans en Europe de l'Est et en Asie centrale, la deuxième cause de décès en Amérique du Nord, en Europe de l'Ouest, en Asie du Sud et en Afrique de l'Ouest et centrale, et la troisième cause de décès en Amérique latine et aux Caraïbes (voir figure 1.5).

Le suicide est la cinquième cause la plus courante de décès chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans.



FIGURE 1.4. Estimations du nombre de décès par suicide dans le monde par groupe d'âge et sexe, 2019



Remarque : Les résultats ont été arrondis à la centaine la plus proche ; les intervalles de confiance sont les suivants : groupe d'âge 10-19 ans : 32 641-63 068, groupe d'âge 10-14 ans : 6 517-15 490 et groupe d'âge 15-19 ans : 26 124-47 578.

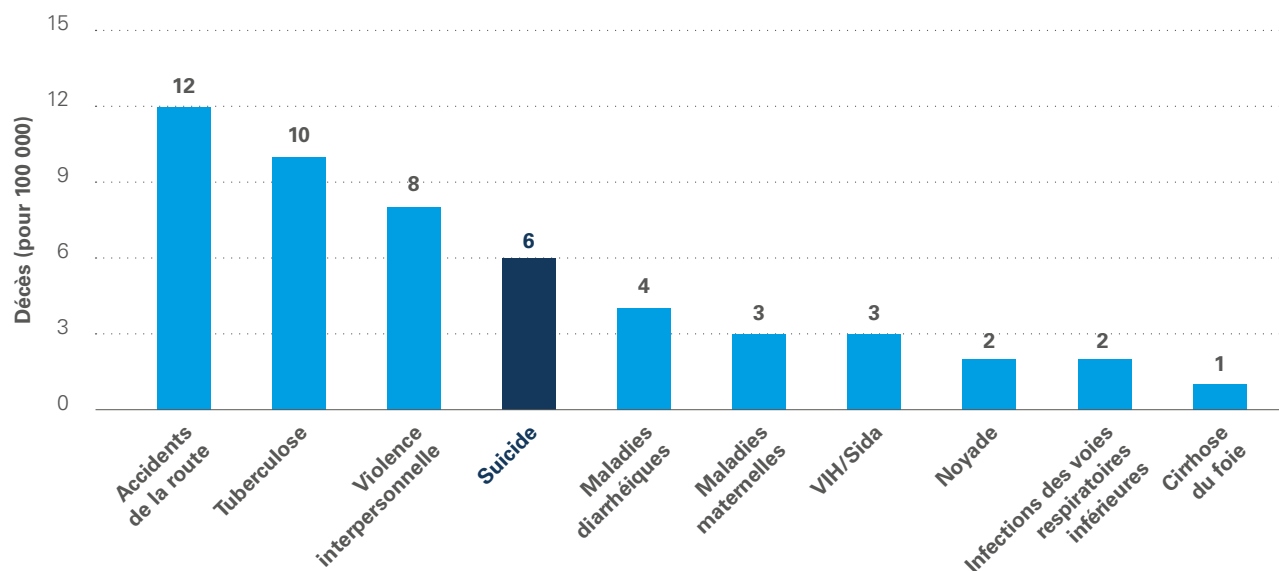
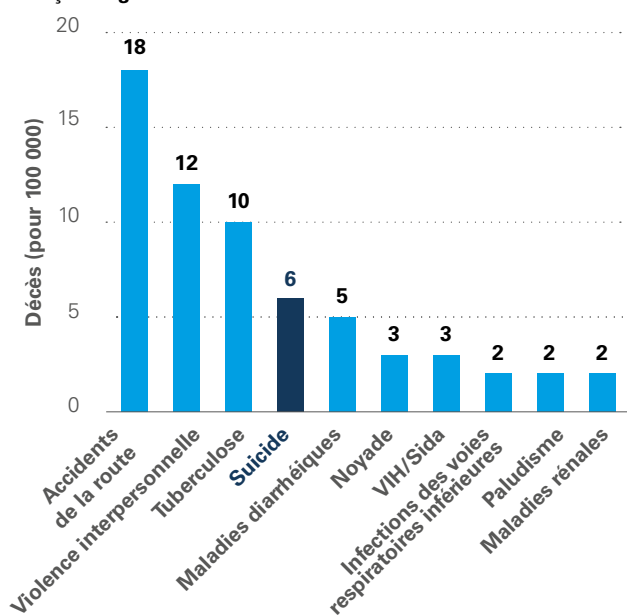
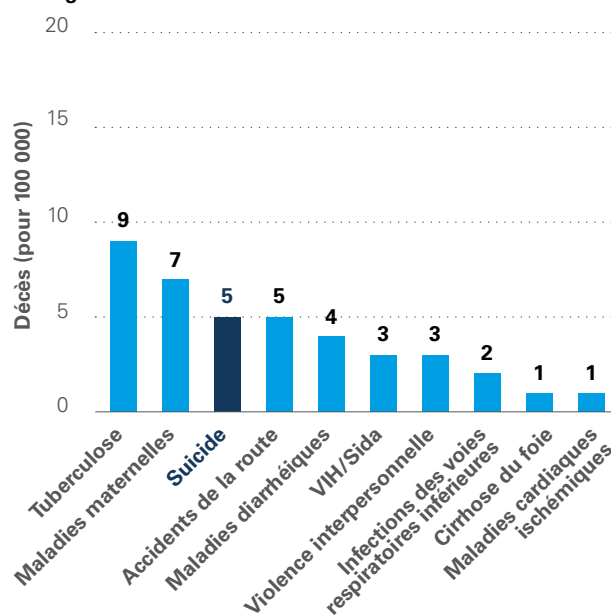
Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations de la santé mondiale de l'OMS, 2019. Les estimations mondiales ont été calculées sur la base des données de population du rapport *Perspectives de la population mondiale 2019* de la Division de la population des Nations Unies.



FIGURE 1.5. Classement des cinq principales causes de décès des adolescents âgés de 15 à 19 ans dans les différentes régions de l'UNICEF, 2019

Région	Classement	Cause
Monde	1	Accidents de la route
	2	Tuberculose
	3	Violence interpersonnelle
	4	Suicide
	5	Maladies diarrhéiques
Europe de l'Est et Asie centrale	1	Suicide
	2	Accidents de la route
	3	Violence interpersonnelle
	4	Noyade
	5	Infections des voies respiratoires inférieures
Amérique du Nord	1	Accidents de la route
	2	Suicide
	3	Violence interpersonnelle
	4	Toxicomanie
	5	Noyade
Europe de l'Ouest	1	Accidents de la route
	2	Suicide
	3	Anomalies congénitales
	4	Toxicomanie
	5	Leucémie
Asie de l'Est et Pacifique	1	Accidents de la route
	2	Tuberculose
	3	Noyade
	4	Suicide
	5	Violence interpersonnelle
Afrique de l'Est et australe	1	Accidents de la route
	2	VIH/sida
	3	Tuberculose
	4	Violence interpersonnelle
	5	Maladies maternelles
Amérique latine et Caraïbes	1	Violence interpersonnelle
	2	Accidents de la route
	3	Suicide
	4	Noyade
	5	Leucémie
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1	Accidents de la route
	2	Violence collective et intervention juridique
	3	Violence interpersonnelle
	4	Maladies cardiaques ischémiques
	5	Suicide
Asie du Sud	1	Tuberculose
	2	Suicide
	3	Maladies diarrhéiques
	4	Accidents de la route
	5	Violence interpersonnelle
Afrique de l'Ouest et centrale	1	Tuberculose
	2	Accidents de la route
	3	Maladies maternelles
	4	Violence interpersonnelle
	5	VIH/sida

Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations de la santé mondiale de l'OMS, 2019 ; les estimations mondiales et régionales ont été calculées sur la base des données de population du rapport *Perspectives de la population mondiale 2019* de la Division de la population des Nations Unies.


FIGURE 1.6. Les dix principales causes de mortalité chez les garçons et des filles âgés de 15 à 19 ans, 2019
Garçons et filles âgés de 15 à 19 ans

Garçons âgés de 15 à 19 ans

Filles âgées de 15 à 19 ans


Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations de la santé mondiale de l'OMS, 2019 ; les estimations mondiales ont été calculées sur la base des données de population du rapport *Perspectives de la population mondiale 2019* de la Division de la population des Nations Unies.

ENCADRÉ 7.

Mise en garde sur les données

Une multitude de raisons nous pousse à traiter avec prudence les estimations relatives à la santé mentale en général, et ce qu'elles disent du suicide et de l'automutilation en particulier. Historiquement, le suicide a toujours été sous-déclaré⁴³. Nous manquons donc de données sur cette problématique et les données collectées ne sont pas de bonne qualité. Par exemple, pour produire des estimations sur le suicide, l'Organisation mondiale de la Santé n'a pu s'appuyer que sur les données de 80 États Membres disposant de systèmes d'enregistrement des données d'état civil de qualité⁴⁴.

Par ailleurs, le suicide est parfois un sujet sensible. Ainsi, la sous-déclaration des cas de suicide est probablement liée à la stigmatisation entourant cette pratique dans de nombreuses cultures et familles. Le caractère illégal des comportements suicidaires dans certains pays peut également conduire à une sous-déclaration et à une mauvaise classification des décès par suicide. L'enregistrement des suicides dans les registres nationaux peut impliquer les autorités médicales et légales, et les procédures peuvent varier. Les suicides sont souvent classés comme des décès d'intention indéterminée ou de cause inconnue ou comme des accidents. Les suicides des enfants et des adolescents, en particulier, sont plus susceptibles d'être enregistrés comme des décès de cause indéterminée ou accidentelle, non seulement en raison de postulats sur le stade de développement des victimes, mais aussi pour protéger les familles concernées contre la stigmatisation sociale⁴⁵.

L'analyse des données sur les problèmes de santé mentale est une tâche complexe. La plupart des pays du monde ne disposant pas de telles données, celles-ci ne sont ni collectées,

ni analysées, ni utilisées pour élaborer des politiques et des programmes efficaces ou pour affecter des ressources⁴⁶. En outre, dans les pays et régions à revenu faible et intermédiaire, les données sur la santé mentale des enfants et des adolescents ne couvrent que 2 % de la population⁴⁷, ce qui rend la charge mondiale de morbidité due à des troubles mentaux particulièrement difficile à calculer, puisque près de 90 % de la population mondiale d'adolescents (estimée à 1,2 milliard d'adolescents) vivent dans des pays à revenu faible et intermédiaire.

Les pays qui collectent des données, quant à eux, n'utilisent pas les mêmes méthodes, si bien que souvent, leurs données ne sont pas comparables. Par conséquent, la plupart des informations déclarées sur la prévalence des troubles mentaux, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, sont des estimations modélisées à partir d'une faible quantité de données objectives.

Il est impossible de concevoir et de mettre en œuvre des politiques et des programmes appropriés pour protéger les enfants sans disposer de données de qualité sur la prévalence des problèmes de santé mentale et sur les facteurs de risque et de protection. De telles données sont aussi indispensables pour affecter les ressources nécessaires afin de soutenir les adolescents qui ont besoin de soutien⁴⁸.

Or, la production de données de qualité ne peut se faire sans investissement⁴⁹. Alors que le coût mondial de la prise en charge des problèmes de santé mentale devrait dépasser 6 000 milliards de dollars É.-U. en 2020, les investissements dans la recherche plafonnent toujours à 3,7 milliards de dollars É.-U. par an, d'après des

calculs réalisés entre 2015 et 2019. Soit une dépense qui correspond à environ 0,50 centime de dollars É.-U. par personne par an. Sur cette somme, seuls 33 % sont consacrés à la recherche sur la santé mentale des jeunes.

En outre, seuls 2,4 % des fonds affectés à la recherche sont consacrés aux pays à revenu faible et intermédiaire, où vivent pourtant 84 % de la population mondiale.

La plupart des rapports sur la prévalence des troubles mentaux, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, sont des estimations modélisées à partir d'une faible quantité de données objectives.

SECTION SPÉCIALE

La stigmatisation

Bien que le monde prenne de plus en plus conscience de l'incidence des problèmes de santé mentale sur la vie des personnes concernées et les communautés, la stigmatisation entourant la santé mentale reste si forte qu'elle continue de saper les efforts de promotion de la santé mentale et de protection des enfants et des jeunes vulnérables⁵⁰.

La discrimination, intentionnelle ou non, induite par la stigmatisation empêche les enfants et les jeunes de chercher un traitement, limitant ainsi leurs occasions de grandir, d'apprendre et de s'épanouir⁵¹. En effet, les enfants et les jeunes qui ont osé parler indiquent que le rejet, l'incompréhension et la discrimination associés à la stigmatisation entourant la santé mentale peuvent être plus handicapants que le problème de santé mentale dont ils souffrent.

Lors des discussions avec les groupes de réflexion organisés conjointement avec les chercheurs de la Global Early Adolescent Study (étude mondiale sur le début de l'adolescence) de l'Université Johns Hopkins (JHU) et 13 organisations partenaires du monde entier, les participants ont confirmé que la stigmatisation associée à la santé mentale pouvait les dissuader de se faire aider. Ils s'inquiétaient du jugement de leur famille, de leurs amis, du personnel scolaire et de leur communauté s'ils parlaient de leurs problèmes de santé mentale. Cette inquiétude était particulièrement vive chez les garçons, qui se sentaient inhibés par les normes de genre associées à leur sexe.

Ces craintes sont à l'origine du silence entourant les problèmes de santé mentale.

« Pour beaucoup, le stress et les maladies mentales sont un sujet très anxiogène. On n'a pas vraiment envie d'en parler [...]. La société en a fait toute une affaire, et ça a tendance à être mal vu », a ainsi indiqué une adolescente participant à un groupe de réflexion ouvert aux jeunes de 15 à 19 ans en Suède.

« Quand on sait qu'on a un problème, mais qu'on ne veut en parler à personne [...], ce problème finit par nous ronger », a affirmé un garçon d'un groupe de réflexion ouvert à la même tranche d'âge au Kenya.

« Ceux qui vont chez le psychologue se font parfois traiter de fous », a témoigné une fille d'un groupe de réflexion ouvert aux adolescents de 10 à 14 ans en Égypte.

La stigmatisation entourant la santé mentale est le résultat d'une combinaison de facteurs tels que l'ignorance, les préjugés et la discrimination⁵². Selon Sir Graham Thornicroft, coprésident de la nouvelle Commission *Lancet* sur la stigmatisation et la discrimination, la stigmatisation est un problème de connaissances, d'attitude et de comportement.

La stigmatisation entourant la santé mentale commence tôt dans la vie de l'enfant. À 6 ans, les enfants entendent tous les jours des termes péjoratifs en rapport avec la santé mentale, tels que les adjectifs « fou » ou « dingue »⁵³. À

10 ans, ils ont intégré les stéréotypes culturels sur les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Des études ont par ailleurs montré que, bien que les connaissances sur les problèmes de santé mentale augmentent avec l'âge, ces connaissances n'étaient pas toujours synonymes d'acceptation.

Le genre joue aussi un rôle dans la compréhension qu'ont les enfants de la santé mentale. Des études ont montré que les garçons étaient plus susceptibles que les filles d'être victimes et auteurs de stigmatisation⁵⁴. Par exemple, une étude portant sur des adolescents d'origines ethniques variées aux États-Unis a montré que les garçons étaient plus enclins que les filles à stigmatiser une personne souffrant d'un problème de santé mentale et de l'isoler socialement⁵⁵.

Les enfants ne stigmatisent pas d'eux-mêmes les problèmes de santé mentale ; beaucoup reproduisent des comportements qu'ils ont observés dans leur entourage. Par exemple, une étude transversale menée auprès de 566 enseignants du cycle secondaire en Inde du Sud a constaté que près de 70 % d'entre eux considéraient la dépression non pas comme une maladie, mais comme un signe de faiblesse qui était imprévisible sans pour autant être dangereux⁵⁶.

Même les spécialistes de la santé mentale ont contribué à perpétuer cette stigmatisation. En effet, l'histoire de la psychiatrie regorge d'exemples de professionnels qui ont diagnostiqué des maladies à des personnes faisant preuve d'un comportement considéré



Réduits au silence : La stigmatisation, intentionnelle ou non, peut empêcher les enfants de demander de l'aide.

© UNICEF/UN0423115/Grigoryan

comme inacceptable sur le plan social ou politique, les plaçant, contre leur gré, dans des asiles ou des hôpitaux semblables à des prisons⁵⁷.

Risques individuels et structurels

Les influences de la stigmatisation liée à la santé mentale peuvent être complexes. De manière générale, cependant, la stigmatisation peut influencer des individus et des structures sociales⁵⁸. Dans les deux cas, elle peut être volontaire ou involontaire.

À l'échelle individuelle, la stigmatisation, lorsqu'elle est intériorisée, peut façonner l'estime de soi d'un enfant, ses actions, ses émotions et ses stratégies d'adaptation. Chez les adolescents, en particulier, elle peut aussi provoquer un sentiment de honte et de rejet social et la peur de ne pas s'intégrer. Elle

peut aussi avoir une influence sur le développement de leur identité, ce qui affecte leur réussite à l'école et dans la vie⁵⁹.

La stigmatisation peut également dissuader les personnes souffrant de problèmes de santé mentale de se faire aider – c'est l'un de ses effets les plus nocifs⁶⁰. Elle peut même empêcher les enfants et les jeunes de parler de leurs symptômes aux personnes dont ils sont les plus proches, poussant de nombreux jeunes à affronter seuls leurs problèmes de santé mentale⁶¹.

La stigmatisation peut à la fois provoquer des problèmes de santé mentale et les exacerber. Combinée à d'autres facteurs de stress, tels que la discrimination liée à la race, au genre, au handicap, à l'orientation sexuelle ou au vécu, elle peut contribuer à miner la santé mentale des individus concernés. Par exemple, les enfants et les adolescents recrutés par des groupes armés sont souvent victimes de stigmatisation lorsqu'ils essaient de réintégrer leur communauté, ce qui a tendance à aggraver leur état de santé mentale déjà fragile⁶². Inversement, des

tensions sociales et une stigmatisation chroniques – telles que l'intimidation et la sensation d'être rejeté par ses parents – sont associées à une prévalence plus élevée de problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes LGBTQ+ (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et queers ou autres)⁶³.

La stigmatisation peut aussi être structurelle lorsqu'elle influence les lois, les politiques, les attitudes et les normes culturelles, et enfreint les droits humains⁶⁴. Il arrive que des lois et des politiques restreignent les libertés des personnes souffrant de troubles de santé mentale et que des médias contribuent à perpétuer certains stéréotypes, par exemple. De telles pratiques peuvent avoir des conséquences involontaires, comme celles de priver les interventions de santé mentale du soutien nécessaire pour se développer, de limiter la recherche sur la santé mentale, et de restreindre le remboursement des traitements par les assurances maladie.

Les coûts

Si le fait d'ignorer la santé mentale peut avoir des coûts humains dévastateurs pour les individus, les familles et les communautés, le fait de ne pas traiter les problèmes de santé mentale peut avoir des coûts financiers (le coût de l'inaction) tout aussi destructeurs pour les sociétés.

David McDaid et Sara Evans-Lacko du Département de la politique sanitaire de la London School of Economics and Political Science ont estimé le coût mondial des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents âgés de 0 à 19 ans pour le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021*. Cette estimation repose sur la valeur de la perte de capital mental – ou des ressources cognitives et émotionnelles – que les enfants et les jeunes auraient apporté à l'économie si leurs problèmes de santé mentale ne les en avaient pas empêchés.

McDaid et Evans-Lacko ont commencé par estimer la charge de morbidité imputable à la santé mentale exprimée en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY). Une année de vie ajustée sur l'incapacité représente la perte d'une année de vie en bonne santé en raison d'un handicap ou d'un décès prématuré⁶⁵. Les chercheurs ont ensuite attribué une valeur monétaire à chaque année vécue sans handicap en s'appuyant sur la production moyenne que chaque personne apporte à une économie. Une DALY équivaut donc au produit intérieur brut (PIB) par habitant d'un pays, exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA). Cette formulation a l'avantage de permettre une comparaison à l'échelle mondiale.

À l'aide de cette méthode, McDaid et Evans-Lacko ont estimé que la perte annuelle de capital humain imputable aux problèmes de santé mentale s'élevait à 340,2 milliards de dollars É.-U. (PPA en dollars)⁶⁶. Les principaux

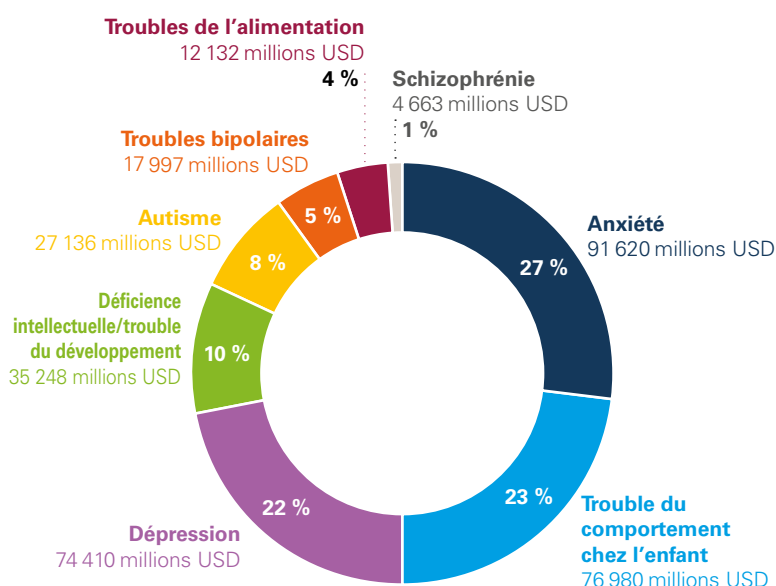


Les soins de santé mentale font partie intégrante des soins de santé. Je souffre moi-même d'un trouble d'anxiété généralisée qui m'a amenée à être hospitalisée, donc je suis bien placée pour savoir à quel point il est essentiel de recevoir des soins de santé de qualité. J'ai aussi constaté par moi-même à quel point la stigmatisation entourant la santé mentale pouvait être nocive et dangereuse. Cela ne peut plus durer. Il est grand temps que nous unissions nos efforts et que nous mettions un terme à cette stigmatisation pour que chaque personne – indépendamment de sa situation économique, de son genre, de sa race et de l'endroit où elle vit – puisse chercher et recevoir en toute sécurité les soins médicaux dont elle a besoin pour sa santé mentale.

Alyssa Milano est une actrice américaine également auteure, réalisatrice, animatrice, militante et humanitaire. Elle a été nommée Ambassadrice de bonne volonté de l'UNICEF en 2003.



FIGURE 1.7. Coût des troubles mentaux basé sur le PIB par habitant de chaque pays ajusté au pouvoir d'achat, en millions de dollars É.-U.



Source : McDaid, David et Sara Evans-Lacko, « The Case for Investing in the Mental Health and Well-being of Children », note d'information pour le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, mai 2021.

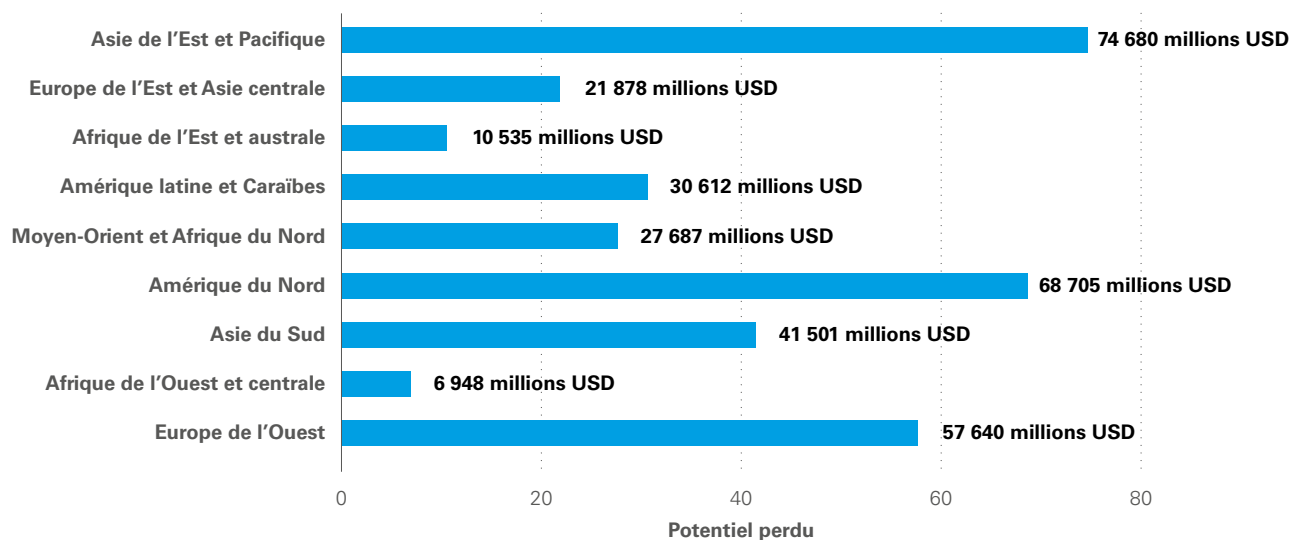
troubles responsables de ce coût sont les suivants (voir figure 1.7) :

- Les troubles de l'anxiété : 26,93 % ;
- Les troubles du comportement : 22,63 % ;
- La dépression : 21,87 %.

En outre, la perte induite par l'automutilation intentionnelle s'élève à 47 milliards de dollars É.-U. Mis bout à bout, ces coûts représentent une perte de capital humain de 387,2 milliards de dollars É.-U. par an.



FIGURE 1.8. Perte de capital humain occasionnée par les troubles mentaux par région de l'UNICEF basée sur la valeur des DALY dans chaque pays, en millions de dollars É.-U. (PPA en dollars)⁶⁷



Source : McDaid, David et Sara Evans-Lacko, « The Case for Investing in the Mental Health and Well-being of Children », note d'information pour le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, mai 2021.

Selon ces estimations, le coût économique des troubles mentaux est plus élevé dans les économies plus productives. Cependant, il est important de rappeler que, pour des raisons démographiques, la charge *épidémiologique* des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents est disproportionnée dans les pays les moins avancés. En effet, dans les pays pauvres, les enfants et les jeunes représentent une part plus importante de la population que dans les pays riches⁶⁸.

McDaid et Evans-Lacko ont donc proposé une autre approche pour estimer le coût mondial des problèmes de santé mentale des enfants. Cette approche attribue la même valeur au handicap partout dans le monde. Selon ce calcul, une DALY a un coût monétaire de 16 951 dollars É.-U. – soit le revenu moyen annuel par habitant à l'échelle mondiale exprimé en PPA. Cette approche a permis d'estimer le coût

mondial de la perte de capital humain à 393,2 milliards de dollars É.-U. (dollars en PPA), et la perte induite par l'automutilation à 57,7 milliards de dollars É.-U., ce qui représente au total une perte de potentiel humain de 451 milliards de dollars É.-U. par an.

Et comme si cela n'était pas suffisant, le coût des problèmes de santé mentale, automutilation exclue, devrait encore augmenter. Si les tendances se confirment, le coût mondial du potentiel humain perdu (basé sur le coût mondial des DALY) s'élèvera à 420 milliards de dollars É.-U. d'ici à 2040.

Bien que stupéfiantes, ces estimations ne reflètent toujours pas l'intégralité des dégâts économiques occasionnés par les problèmes de santé mentale. Les calculs étant basés sur les années de vie perdues en raison d'une incapacité ou d'un décès, ils ne sont pas entièrement représentatifs des fardeaux économiques et fiscaux que

les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents font peser sur les systèmes de santé, d'éducation, de protection sociale et de justice pénale, par exemple.

Or, ces pressions peuvent être considérables. Au Brésil, une étude portant sur des enfants âgés de 6 à 14 ans à São Paulo et à Porto Alegre a estimé qu'un enfant qui souffrait d'un problème de santé mentale coûtait 2,2 fois plus cher au secteur de la santé, aux services sociaux et à ses parents qu'un enfant jouissant d'une bonne santé mentale. Une autre étude réalisée en Grande-Bretagne a quant à elle démontré que les enfants et les jeunes en proie à un trouble de santé mentale coûtaient 15 fois plus cher aux services publics que les enfants et les jeunes sans problème de santé mentale.

Les économies ne sont pas les seules à ressentir le coût de la santé mentale. Les individus et leur famille

le ressentent aussi. Les problèmes de santé mentale durant l'enfance ont des retombées financières sur les personnes concernées – souvent jusqu'à un âge avancé.

En Suède, par exemple, les hommes de 19 ans à qui l'on avait diagnostiqué un problème de santé mentale durant leur service militaire présentaient des taux de chômage plus élevés au cours des 20 années suivantes. De même, des données de l'Étude nationale britannique sur le développement de l'enfant ont montré que les personnes de 50 ans qui avaient souffert d'un trouble de santé mentale durant leur enfance avaient un revenu familial inférieur de 28 % à celui de leurs pairs n'ayant pas connu de tels problèmes.

Et ces coûts ne sont pas seulement financiers. En Nouvelle-Zélande, par exemple, une étude ayant suivi une cohorte d'enfants de 7 ans a constaté que les enfants qui présentaient les problèmes de comportement les plus graves étaient aussi ceux qui avaient le moins bien réussi dans leur vie 18 ans plus tard. Ils couraient notamment 11 fois plus de risques d'être arrêtés ou condamnés, ils étaient plus susceptibles d'être parents à l'adolescence, ils risquaient davantage de vivre de l'assistance sociale, couraient plus de risques d'être au chômage pendant plus de 12 mois et enregistraient une incidence plus élevée de tentatives de suicide.

Au Brésil, des données portant sur plus de 5 000 enfants à Pelotas ont montré que les enfants ayant des problèmes de comportement à l'âge de 11 ans présentaient un risque 38 % plus élevé d'être déscolarisés et sans emploi ni formation au moins jusqu'à l'âge de 22 ans⁶⁹. Ils étaient aussi 92 % plus susceptibles d'adopter un comportement criminel, 39 % plus susceptibles d'avoir des comportements dangereux avec l'alcool et 32 % plus susceptibles de consommer des substances illégales nocives pour leur santé.

La promotion, la prévention et la prise en charge de la santé mentale génèrent un retour sur investissement qui se mesure en potentiel réalisé pour les individus, lesquels participent davantage à la vie de leur communauté, de leur école, de leur lieu de travail et de leur famille.

Rentabilité des investissements

Si les études sur le coût de l'inaction mettent l'accent sur les pertes de capital humain induites par les problèmes de santé mentale, il convient de préciser qu'à l'inverse, l'action – soit le fait d'investir dans des efforts visant à promouvoir et à protéger la santé mentale des enfants et des jeunes – comporte des avantages financiers.

D'après les estimations de l'organisation United for Global Mental Health, les problèmes de dépression et d'anxiété dans l'ensemble des groupes de population coûtent au monde près de 2 500 milliards de dollars É.-U. par an en productivité économique perdue, un coût qui devrait encore augmenter⁷⁰. Les entreprises qui investissent dans la santé mentale de leurs employés ont un taux de conservation des effectifs quatre fois supérieur aux autres et, en moyenne, reçoivent 5 dollars É.-U. pour chaque dollar É.-U. qu'elles investissent dans le bien-être.

Cependant, les avantages ne sont pas que financiers. La promotion, la prévention et la prise en charge de



Enseignements à tirer : Les écoles, à l'instar de celle-ci, en Indonésie, peuvent offrir un soutien en matière de santé mentale.
© UNICEF/UN0473685/ljazah

la santé mentale génèrent un retour sur investissement qui se mesure en potentiel réalisé pour les individus, lesquels participent davantage à la vie de leur communauté, de leur école, de leur lieu de travail et de leur famille.

Ainsi, des données probantes montrent que pour les adolescents âgés de 10 à 19 ans, les investissements réalisés en faveur des interventions en milieu scolaire peuvent être efficaces et rentables. Pour les besoins du présent rapport, des chercheurs de RTI International ont examiné les résultats de dispositifs d'intervention dont le champ était universel (en s'adressant à tous les élèves d'un établissement) et de dispositifs qui ciblaient davantage les besoins des élèves à risque. Les programmes couvraient la prévention universelle de l'anxiété et de la dépression, la prévention universelle du suicide et la prévention ciblée de la dépression chez les adolescents très vulnérables. Pour réaliser leur analyse, les chercheurs se sont servis d'un modèle de Markov qui incluait des données émanant des 36 pays concentrant 80 % de la charge mondiale de ces troubles mentaux chez les adolescents en 2017.

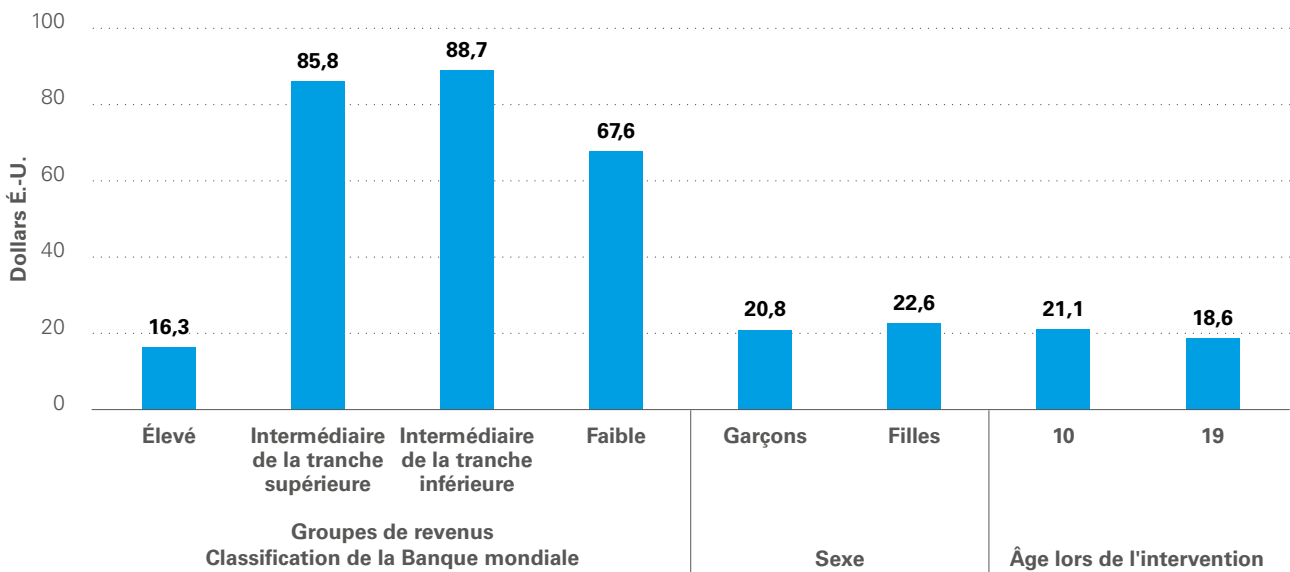
D'après les résultats de cette analyse, les interventions en milieu scolaire qui s'attachaient à lutter contre l'anxiété, la dépression et le suicide permettaient d'obtenir un rendement de 21,5 dollars É.-U. pour chaque dollar É.-U. investi, et ce, pendant 80 ans⁷¹. Les pays à revenu

intermédiaire de la tranche inférieure enregistraient le meilleur retour sur investissement, avec un rendement de 88,7 dollars É.-U. pour chaque dollar investi. Ils étaient suivis par les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure avec un rendement de

85,8 dollars É.-U., par les pays à revenu faible avec un rendement de 67,6 dollars É.-U., et par les pays à revenu élevé avec un rendement de 16,3 dollars É.-U. Il n'y avait pas de différence significative dans les résultats en fonction de l'âge ou du sexe des adolescents (voir figure 1.9).



FIGURE 1.9. Rendement des interventions en faveur de la santé mentale des adolescents réalisées en milieu scolaire, en dollars É.-U.



Source : RTI International, « The Return on Investment for School-based Prevention of Mental Health Disorders », note d'information pour le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, mai 2021.

Bien que peu d'études sur le sujet aient été réalisées dans les pays à revenu faible, une poignée d'évaluations économiques indiquent que les investissements en faveur de la prévention des problèmes de santé mentale, de l'automutilation et du suicide ont le potentiel d'engendrer des bénéfices. Les nouvelles études portant sur les programmes qui réduisent efficacement la prévalence des problèmes de santé mentale peuvent également fournir des modèles pour calculer le rendement de l'investissement en faveur de la protection et à la promotion de la santé mentale.

L'une de ces études s'est employée à calculer le retour sur investissement de KiVA, un programme reposant sur des études et des données probantes

élaboré par une université finlandaise⁷². Ce programme visait à prévenir le harcèlement, un facteur de risque reconnu des problèmes de santé mentale. KiVA repose sur un modèle de prévention, d'intervention et de suivi, et s'attache à accroître les sentiments d'empathie et d'auto-efficacité chez les élèves et à encourager ces derniers à lutter contre le harcèlement en classe. En Angleterre, le programme a été dispensé par des enseignants à des élèves âgés de 7 à 11 ans.

À la lumière des résultats déjà obtenus par le programme et des estimations des coûts à long terme du harcèlement, les chercheurs ont estimé qu'au Royaume-Uni, la mise en œuvre du programme pouvait offrir un rendement

à court terme de 1,58 dollar É.-U. pour chaque dollar investi. Le rendement à long terme passait à 7,52 dollars É.-U. pour chaque dollar investi.

Bien que davantage d'études doivent être réalisées, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ce type de modèles de recherche indique que les investissements en faveur des efforts visant à promouvoir et à protéger la santé mentale peuvent être rentables sur le plan financier. Plus important encore, de tels investissements peuvent éviter aux enfants et aux jeunes de subir les souffrances à court terme induites par les problèmes de santé mentale ainsi que les conséquences à long terme de ces problèmes sur leur vie.

ÉTUDE DE CAS

Pérou

Des soins de santé mentale de proximité

Aujourd'hui, Andre*, 14 ans, se voit comme un jeune homme ouvert d'esprit et capable de s'adapter à de nouvelles situations. Pourtant, il y a près de deux ans, sa mère, Roxana, recevait un appel désespéré de l'école.

« Il s'était réfugié sous une table, il pleurait et il disait qu'il ne voulait plus vivre », témoigne-t-elle.

Roxana était consciente que son fils avait besoin d'aide. Malheureusement, à l'époque, ils vivaient dans la banlieue nord de Lima, dans la maison d'une tante où ils partageaient une petite chambre. Les hôpitaux et les cliniques privées étaient trop éloignés – ou trop chers. Ils se sont néanmoins rendus dans un centre de santé local qui leur a permis de bénéficier du régime public d'assurance maladie et d'être orientés vers le Centre de santé mentale de proximité de Carabayllo, situé à 10 minutes en bus de chez eux.

Ce Centre de santé mentale de proximité a été installé dans un stade municipal réaffecté. Il compte une équipe multidisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'un travailleur social et de pharmaciens. Il propose des services visant à prévenir les problèmes de santé

mentale ainsi que des soins spécialisés pour les personnes souffrant de troubles modérés à sévères, enfants et adolescents compris.

Les professionnels du centre de proximité ont diagnostiqué à Andre une anxiété et une dépression, en partie liées à la séparation de ses parents. Ils lui ont prescrit un antidépresseur et l'ont orienté vers un psychologue, un psychiatre et un travailleur social afin qu'il suive une thérapie.

« Nous avons mis en place un plan intégré afin de l'aider à comprendre et à gérer son problème », indique Yesica Chambilla, psychologue. « Nous lui avons fourni des outils qui lui permettent de progresser seul. »

Le centre de santé mentale a également prodigué des conseils à Roxana, qui joue un rôle actif dans la thérapie de son fils.

Ce plan intégré fait partie du modèle de soins de santé mentale de proximité mis en place au Pérou, qui consiste à proposer aux Péruviens des services rattachés aux centres de santé primaires, à proximité de leur domicile, de sorte qu'ils puissent bénéficier du

réseau de soutien de leur communauté.

Ce modèle de soins de proximité a été institué dans le but de combler le fossé entre les besoins en matière de services de santé mentale et leur disponibilité au Pérou. En 2013, le Ministère de la santé péruvien estimait qu'une personne sur cinq souffrait de problèmes de santé mentale. Selon ces mêmes estimations, parmi ces personnes, seule une personne sur cinq recevait les soins dont elle avait besoin. À l'époque, seuls trois hôpitaux situés à Lima prodiguaient des soins de santé mentale.

Face à l'ampleur des besoins et grâce au soutien du plaidoyer du Bureau du Médiateur – un organe de supervision chargé de protéger les droits du peuple et de surveiller la fourniture des services publics⁷³ – le Gouvernement du Pérou a institué une série de réformes visant à élargir les soins de proximité. Ces réformes incluaient d'ajouter la couverture des soins de santé mentale dans le programme d'assurance maladie national et d'établir un programme budgétaire en faveur de la santé mentale axé sur les résultats⁷⁴, lequel a contribué à stimuler les dépenses publiques. En 2019, le pays s'est doté d'une nouvelle loi nationale en faveur de la santé mentale⁷⁵.



Mieux dans sa tête : Avec le soutien d'un centre de soins de proximité, Andre a pu surmonter ses problèmes de santé mentale : « Je me sens beaucoup mieux et je ne veux pas baisser les bras », affirme-t-il
© UNICEF/UN0476518/Mandros

Grâce à ces mesures, le réseau de centres de santé mentale de proximité du pays s'est élargi, passant de 22 centres en 2015 à 203 centres en 2021. Trente unités spécialisées implantées dans des hôpitaux non spécialisés et 48 maisons de transition complètent l'action de ces centres⁷⁶. Malheureusement, ces avancées n'ont pas tardé à être mises à l'épreuve par la pandémie de COVID-19.

En effet, selon une enquête en ligne réalisée par le Ministère de la santé et l'UNICEF en 2020, un tiers des enfants et des adolescents du pays ont rencontré des difficultés socioémotionnelles durant la pandémie⁷⁷. De nombreux adultes, dont Roxana, se sont temporairement retrouvés au chômage quand le pays s'est confiné pendant 106 jours, du 16 mars au 30 juin 2020. Durant cette période, les enfants et les adolescents, parmi lesquels Andre, ont été contraints de rester chez eux et la demande de services de santé mentale a augmenté.

Face à cette situation, le Ministère de la santé a, avec le soutien de l'UNICEF, publié en 2020 des conseils particuliers pour la prise en charge des adolescents dans le contexte de la COVID-19 suivis en 2021 par des orientations techniques

pour prodiguer des soins de santé mentale complets aux adolescents⁷⁸. Grâce au soutien de l'UNICEF et de la CEDAPP, une organisation non gouvernementale qui fournit des services psychosociaux, le Ministère de la santé du Pérou a pu mettre à l'essai une ligne d'assistance téléphonique gratuite pour les adolescents souffrant de problèmes de santé mentale et leur famille. Entre décembre 2020 et avril 2021, cette ligne est venue en aide à 821 personnes en proie à l'anxiété, à la dépression et à des problèmes familiaux. Parmi elles, 48 % étaient des adolescents.

« Deux défis importants nous attendent à l'avenir », indique le Dr Yuri Cutipé, Directeur général du département de Santé mentale au sein du Ministère de la santé : « Nous devons, d'une part, continuer d'élargir les services de proximité tout en veillant à ce qu'ils soient de la même qualité dans tout le pays, et d'autre part, développer des programmes particuliers pour les populations vulnérables dans le cadre d'une approche multisectorielle. »

Le confinement a été stressant pour Andre, mais il a pu s'entretenir

régulièrement avec son psychologue au téléphone. Il a également passé plus de temps avec sa mère, qu'il ne voyait généralement que tard le soir lorsqu'elle rentrait de son travail, situé à l'autre bout de Lima.

« J'ai récupéré le temps perdu avec mon fils », témoigne Roxana.

Plus d'un an après s'être rendu pour la première fois dans le centre, Andre se sent mieux et commence à arrêter son traitement.

*« Avant d'être pris en charge, j'allais très mal », affirme-t-il.
« Je me sentais malade et je refusais de manger. Je me sens beaucoup mieux maintenant et je ne veux pas baisser les bras. »*

*Les prénoms ont été modifiés afin de protéger l'identité d'Andre et de Roxana. Nous nous sommes entretenus avec eux en juin 2021 à Lima.



Chapitre 2

LES BASES DE LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale des enfants et des jeunes est le fruit de leurs expériences et des environnements dans lesquels ils évoluent. Elle est façonnée par les parents et les personnes ayant la charge d'enfants, par la collectivité et le milieu scolaire, ainsi que par la pauvreté, les conflits et les maladies. Aux étapes déterminantes du développement de l'enfant, ces expériences et ces environnements sont susceptibles de nuire à la santé mentale ou, au contraire, de la promouvoir et de la protéger.

Sphères d'influence

La santé mentale des enfants et des jeunes est déterminée par l'interaction de facteurs biologiques et de l'exposition à des expériences et des environnements provenant de **trois sphères d'influence** :

Le **MONDE EXTÉRIEUR**, qui comprend des déterminants sociaux à grande échelle, tels que la pauvreté, les catastrophes, les conflits, la discrimination, les migrations et les pandémies.

Le **MONDE ÉLARGI DE L'ENFANT**, qui lui apporte de la sûreté et de la sécurité – en personne et en ligne – ainsi que des liens d'attachement sains à l'école et au sein de la communauté.

Le **MONDE PROCHE DE L'ENFANT**, à savoir le monde formé par la mère, le père et les personnes qui s'occupent de lui. Dans ce monde, une alimentation adaptée, un foyer sûr et l'implication des personnes concernées jouent un rôle fondamental.

Ces sphères d'influence contribuent à façonner de manière dynamique et évolutive notre état de santé mentale à chaque étape de notre vie – de la période périnatale à l'âge adulte, en passant par l'enfance et l'adolescence.

Les premières étapes de la vie établissent les bases de la santé mentale de l'enfant pour le reste de son existence.

Le développement et la santé mentale des enfants et des jeunes sont déterminés par une interaction complexe de facteurs biologiques,

d'expériences et d'environnements intervenant entre la période précédant la conception et l'entrée dans l'âge adulte. Au cours de l'enfance et de l'adolescence, cette dynamique complexe jette les bases psychologiques, émotionnelles, sociales, cognitives et comportementales de leur santé mentale et de leur vie.

Les étapes déterminantes de développement qui surviennent au cours de l'enfance et de l'adolescence offrent des occasions uniques de promouvoir et de protéger la santé mentale des enfants et des jeunes.

Le cadre

Une multitude de facteurs façonnent la santé mentale des enfants et des jeunes. De même, une multitude de cadres expliquent les effets de l'interaction de ces influences sur leur santé mentale.

Le cadre présenté dans ce rapport souligne le rôle crucial des influences socioécologiques sur la santé mentale de l'enfant ainsi que les effets déterminants des expériences et de l'environnement sur les étapes décisives du développement de l'enfant : la période précédant sa conception, la période périnatale, la petite enfance, la phase intermédiaire de l'enfance et l'adolescence.

Les influences socioécologiques

Le cadre proposé pour comprendre la santé mentale des enfants et des jeunes dans le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021* repose sur des cadres existants. Il s'appuie notamment sur l'approche écosystémique d'Urie Bronfenbrenner¹, sur le cadre présenté dans le rapport *Innocenti Report Card 16: Worlds of Influence – Understanding what shapes child well-being in rich countries* (Fiche de résultats 16 du Centre de recherche Innocenti : Mondes d'influence – Comprendre ce qui façonne le bien-être de l'enfant dans les pays riches)², et sur l'approche des déterminants sociaux de la santé mentale axée sur les étapes de la vie de l'OMS³.

Le cadre proposé dans ce rapport est organisé autour de trois sphères

d'influence : le **monde proche de l'enfant**, le **monde élargi de l'enfant** et le **monde extérieur**.

De la naissance à la fin de l'adolescence, le **monde proche de l'enfant**, à savoir le monde formé par la mère, le père et les personnes qui s'occupent de lui, exercent des influences primaires sur sa santé mentale. Dans ce monde, plusieurs facteurs jouent un rôle essentiel : une alimentation adaptée, un foyer stable et sûr, des personnes informées et impliquées, et des environnements bienveillants et enrichissants.

Une autre sphère d'influence apparaît lorsque le monde de l'enfant s'agrandit. C'est ce que l'on appelle le **monde élargi de l'enfant**. En sus des facteurs essentiels présents dans le monde proche de l'enfant, le monde élargi de l'enfant doit lui apporter de la sûreté et de la sécurité – en personne et en ligne – ainsi que des liens d'attachement sains dans l'environnement préscolaire, à l'école et au sein de la communauté.

Le **monde extérieur** constitue la troisième sphère d'influence. Il joue également un rôle fondamental dans la santé mentale de l'enfant. Il inclut des déterminants sociaux à grande échelle, tels que la pauvreté, les catastrophes, les conflits, la discrimination, les migrations et les pandémies, qui perturbent la vie des enfants et des jeunes. Le monde extérieur joue également un rôle dans la vie des

mères, des pères et des personnes qui ont la charge d'enfants et commence à exercer une influence directe sur la santé mentale et l'avenir des jeunes lorsqu'ils entrent dans l'adolescence et dans l'âge adulte.

Les étapes déterminantes de développement qui surviennent au cours de l'enfance et de l'adolescence offrent des occasions uniques de promouvoir et de protéger la santé mentale des enfants et des jeunes.

ÉTUDE DE CAS

Sierra Leone

Prendre soin des personnes qui ont la charge d'enfants

Mbalu Turay a tout de suite su que Kankay Suma subissait un stress considérable.

Les signaux envoyés par cette femme enceinte déjà mère de trois enfants n'ont pas échappé à la professionnelle, conseillère qualifiée, agente de santé de proximité et animatrice du Groupe local de soutien aux mères.

« Il me suffit de regarder les mères durant les réunions du groupe de soutien pour reconnaître immédiatement une personne qui traverse un moment difficile », indique Mbalu.

Kankay traversait, en effet, « un moment difficile ». Cette maman vit en dehors de la ville dans une zone rurale du district de Kambia, en Sierra Leone, un pays qui enregistre un taux élevé de mortalité maternelle et néonatale et qui dispose d'un système de santé fragile manquant de personnel.

Il était devenu difficile pour Kankay de marcher 30 minutes pour aller chercher de l'eau au puits et de ramasser du bois dans la brousse pour faire feu. Elle était isolée de ses voisins. Et elle souffrait de complications liées à sa grossesse.

Grâce aux compétences acquises lors de sa formation visant à apprendre à prendre soin des personnes qui ont la charge d'enfants, Mbalu a réussi à gagner la confiance de la femme enceinte et a pu lui fournir un soutien émotionnel. Elle a également mis Kankay en relation avec un responsable communautaire de la santé de proximité, qui lui a permis de bénéficier de services médicaux et communautaires essentiels.

Au cours des semaines qui ont suivi la rencontre entre les deux femmes, Mbalu s'est rendue tous les jours auprès de Kankay et de sa famille. Elle a conseillé la maman, a écouté ses

inquiétudes, lui a redonné confiance en elle et lui a fourni des conseils pratiques pour gérer son stress.

« Au sein de notre communauté, les gens ont tendance à blâmer ceux qui montrent des signes de tristesse », affirme Mbalu. « Cependant, grâce au programme "Prendre soin des personnes qui ont la charge d'enfants", [beaucoup d'entre nous] savent désormais qu'il faut faire preuve de gentillesse et de sympathie à l'égard de ceux qui se sentent abattus. »

Ce programme de formation équipe les agents en première ligne, notamment les agents de santé de proximité tels que Mbalu, des connaissances et des compétences nécessaires pour prendre soin du bien-être émotionnel des personnes qui s'occupent d'enfants,



Soutien aux mères : En Sierra Leone, une agente de santé de proximité « prend dans ses bras » une mère et son nouveau-né.
© UNICEF/UN0475700/Duff/VII Photo

à savoir les mères, les pères et toute autre personne prodiguant des soins primaires aux nouveau-nés et aux jeunes enfants.

La formation repose sur un concept qui semble simple : pour fournir aux enfants le meilleur départ possible dans la vie, il est essentiel de prendre soin des personnes qui s'occupent d'eux. Surtout, il est primordial d'axer les efforts sur les personnes vulnérables, notamment les parents adolescents. Le programme part du principe selon lequel la santé mentale et le bien-être émotionnel des personnes qui ont la charge d'enfants sont des éléments fondamentaux sans lesquels elles ne peuvent élever leurs enfants et en prendre soin⁴. Ces soins attentifs, à leur tour, stimulent la santé mentale de l'enfant.

Les formations proposées par le programme développent les

compétences interpersonnelles et de conseils des agents de première ligne et proposent un ensemble de ressources et d'activités pour renforcer la confiance en elles des personnes qui ont la charge d'enfants, leur bien-être émotionnel ainsi que leur capacité à tisser des liens avec leurs enfants en bas âge et à les soutenir⁵. Le programme forme des agents de santé professionnels et de proximité afin qu'ils puissent aider les personnes qui ont la charge d'enfants à mettre en place des stratégies pour surmonter les difficultés et le stress du quotidien. Les agents sont aussi formés à aider les personnes qui s'occupent d'enfants à trouver le soutien et les services dont elles ont besoin, le cas échéant.

Mbalu a mis à profit ces compétences lorsqu'elle a rencontré Kankay pour la première fois. Elle a même continué de rendre visite à la famille après la

naissance du bébé, baptisé Mark, afin de soutenir la mère, le père, le nouveau-né ainsi que ses frères et sœurs.

« Mbalu m'a prise dans ses bras et m'a emmenée à l'hôpital pour la première fois de ma vie », témoigne Kankay. « Elle m'a montré comment prendre soin de moi et de ma famille. »

« Je remercie Mbalu pour [les services] qu'elle nous a rendus », ajoute Kankay. « L'un nous a aidés à rester en vie, et l'autre nous a rappelé que nous méritons d'être heureux. »

Le développement de l'enfant

Ces trois sphères d'influence façonnent la santé mentale des individus durant les premières étapes de leur vie et fournissent un cadre pour comprendre le contexte dans lequel évoluent les enfants et les jeunes. Au sein de ce contexte, cependant, le développement de la santé mentale est aussi lié à des étapes décisives du développement de l'enfant – la période précédant la conception, la période périnatale, la petite enfance, la phase intermédiaire de l'enfance et l'adolescence. Au cours de ces étapes décisives, le cerveau des enfants et des adolescents se développe grâce à l'interaction dynamique de leurs gènes, de leurs expériences et de l'environnement dans lequel ils vivent⁶. Ce développement survient en réaction à une combinaison de déterminants biologiques et psychosociaux.

Le début de la vie

Cette interaction commence avant la conception et affecte les processus génétiques, biologiques et développementaux de l'enfant⁷. Par exemple, des éléments de preuve indiquent qu'un processus épigénétique influencé par une détresse psychosociale, des substances toxiques et une exposition aux drogues peut altérer les cellules impliquées dans la reproduction⁸. Les cellules ainsi modifiées sont susceptibles d'influencer l'expression des gènes chez la mère qui risque de transmettre ces modifications à l'enfant.

Le développement neural commence dans le ventre de la mère, où se forme également le système nerveux. Dès la fin de la période fœtale, les parties du cerveau chargées de traiter les informations complexes sont reliées entre elles et l'empreinte cellulaire de base est en place.

Après la naissance du bébé, le cerveau continue de se développer à une vitesse fulgurante, formant plus de

1 million de connexions neurales par seconde⁹. Durant cette période, la capacité du cerveau à changer est à son niveau le plus élevé ; c'est une période de neuroplasticité accrue, au cours de laquelle les connexions dans le cerveau se forment, se reforment et se renforcent constamment. Au fur et à mesure que le cerveau du bébé se développe, les connexions neurales se renforcent mutuellement, adoptant une structure et une fonction de plus en plus complexes tandis qu'elles définissent un schéma pour le comportement, la capacité à apprendre et la santé mentale à venir de l'enfant.

Durant ces périodes périnatales et néonatales essentielles, le développement neural – et la plasticité du cerveau – sont susceptibles d'évoluer¹⁰. Des expériences et des environnements positifs peuvent promouvoir le développement du cerveau tandis que des expériences et des environnements négatifs peuvent devenir des facteurs de risque¹¹.

Durant la période périnatale et la petite enfance, les expériences et les environnements qui affectent le développement du cerveau ont principalement trait au foyer de l'enfant et aux personnes qui s'occupent de lui. La plupart des études sur le développement et la santé mentale de l'enfant portent sur l'influence de la mère¹². Des études commencent toutefois à examiner l'influence du père dans la santé mentale des enfants et des jeunes dans un contexte où les hommes participent de plus en plus à l'éducation de leurs enfants dans de nombreuses régions du monde.

La première décennie de vie

Le début de la première décennie de vie se caractérise par une plasticité cérébrale importante et par un développement neural rapide. Durant la petite enfance, les enfants acquièrent les compétences sensorielles, motrices,

linguistiques et socioémotionnelles dont ils auront besoin pour réfléchir, résoudre des problèmes, communiquer, exprimer et percevoir des émotions, et tisser des relations. De la naissance à l'âge de 3 ans, les enfants apprennent à témoigner de l'affection et à exprimer leur joie, leur mécontentement et leur détresse envers les inconnus. Ils réagissent à la détresse des autres, recherchent l'attention et manifestent leur contrariété. De de 4 à 8 ans, ils commencent à apprendre à jouer avec les autres, à se faire des amis et à reconnaître, exprimer et contrôler leurs émotions.

Au cours de la première décennie de vie, la mère, le père et les autres personnes qui ont la charge de l'enfant restent sa principale source d'influence. Cependant, durant la phase intermédiaire de l'enfance, le monde de l'enfant s'élargit. Les environnements d'apprentissage commencent à influencer le développement de ses compétences transposables ainsi que sa santé physique et mentale.

La deuxième décennie de vie

Longtemps perçue comme une phase ingrate à traverser avant d'entrer dans l'âge adulte, l'adolescence est aujourd'hui reconnue comme une période d'importantes transitions biologiques, neurologiques et sociales. Elle est aussi de plus en plus considérée comme une période déterminante pour libérer le potentiel humain et instaurer une bonne santé mentale à long terme¹³.

L'adolescence est une période marquée par des transitions neurologiques dynamiques dans les régions du cerveau qui affectent la perception sociale et la cognition¹⁴. Les cellules nerveuses commencent à transmettre des informations plus rapidement et plus efficacement d'une région à l'autre, ce qui permet au cerveau de réaliser des processus complexes.

Des changements structuraux surviennent également dans les régions responsables de la mémoire affective, des capacités socioémotionnelles et des fonctions exécutives, telles que le contrôle des impulsions et la flexibilité cognitive.

Ces transitions neurologiques se poursuivent souvent jusque dans les premières années de la vingtaine.

La puberté fait aussi partie des transitions déterminantes de l'adolescence. En règle générale, la puberté survient entre les âges de 8 ans et 12 ans chez les filles, et de 9 et 14 ans chez les garçons¹⁵. Bien que limitées, des données probantes suggèrent que la maturation sexuelle, les variations d'humeur liées aux hormones et les changements observés au niveau du corps et de l'apparence peuvent profondément affecter la santé mentale des adolescents.

L'apparition précoce de la puberté comporte des risques particuliers pour la santé mentale des jeunes. Si les risques se recoupent quel que soit le sexe, la puberté précoce est associée

à des comportements d'extériorisation antisociaux chez les garçons¹⁶ et à l'anxiété, à la dépression et à des troubles de l'alimentation chez les filles¹⁷. Pour les deux sexes, la maturité physique précoce est associée à des rapports sexuels précoces, à la délinquance et à la consommation de substances.

La puberté coïncide également avec l'apparition des problèmes de santé mentale, bien qu'on ne comprenne toujours pas clairement ce phénomène¹⁸. La période durant laquelle survient la puberté peut toutefois jouer un rôle.

L'adolescence est également marquée par une évolution des rôles sociaux. À 10 ans, les enfants vivent souvent avec leurs parents ou les personnes qui s'occupent d'eux, vont pour la plupart à l'école et assument rarement des responsabilités d'adultes. Si certains sont toujours scolarisés ou en formation à 19 ans, d'autres vivent seuls, travaillent déjà dans le secteur formel ou informel, et peuvent même avoir des enfants. À 24 ans, il n'est pas rare que les jeunes aient un emploi, vivent en couple et soient parents.

Ces transitions impliquent une évolution des relations avec la famille et la communauté et exposent directement les jeunes à des déterminants sociaux susceptibles d'affecter leur santé mentale, leur apprentissage et l'acquisition de compétences transposables. À l'adolescence, les parents restent un pilier de la santé mentale des jeunes. Cependant, celle-ci ne repose plus seulement sur les personnes ayant la charge des enfants et le foyer. Les pairs, l'école et la communauté commencent à jouer des rôles plus importants dans la vie des jeunes¹⁹. Des déterminants sociaux tels que la pauvreté, les conflits, les normes de genre, la technologie et l'emploi exercent ainsi une plus grande influence sur la manière dont les jeunes apprennent et travaillent, sur l'endroit où ils vivent et sur leurs relations avec leur famille, leurs amis et leur communauté.

Or, si les déterminants sociaux affectent la santé mentale tout au long de la vie, à l'adolescence, ils peuvent se transformer en risques directs et amenuiser les possibilités d'éducation, de formation et d'emploi des jeunes.



La place du père : Au Timor-Leste, un père s'occupe de son enfant et prend son rôle à cœur.
© UNICEF/UNI222719/

ENCADRÉ 8.

Relier les périodes déterminantes

Les périodes déterminantes de développement sont liées à des aspects décisifs du développement de l'enfant, notamment les liens d'attachement, les cascades développementales, les risques cumulatifs et l'ancrage biologique.

Liens d'attachement

Les liens d'attachement font référence à un principe psychologique qui régit la relation émotionnelle que l'enfant entretient avec sa mère, son père ou toute autre personne s'occupant de lui et qui est susceptible de lui apporter une sensation de sécurité et de protection²⁰. Les liens d'attachement permettent à l'enfant de se sentir suffisamment en sûreté et en sécurité pour s'aventurer à l'extérieur de chez lui et explorer le monde²¹.

Des liens d'attachement positifs, sensibles et bienveillants fournissent à l'enfant un modèle sur lequel s'appuyer pour se développer en tant que personne, développer son identité et nouer d'autres relations²². Des liens d'attachement forts stimulent la capacité de l'enfant à développer des compétences telles que la curiosité, la gestion des émotions, l'empathie et la réciprocité dans ses relations avec les autres²³.

Si les liens d'attachement sont présents tout au long du développement de l'enfant, ceux-ci évoluent au fil du temps. De 6 à 9 mois, les enfants resserrent les liens qu'ils entretiennent avec la personne qui s'occupe d'eux²⁴. Durant la phase intermédiaire de l'enfance, les liens qu'ils entretiennent avec cette personne n'ont plus besoin d'être immédiats ou physiques. Ils peuvent être séparés d'elle plus longtemps, même si leur relation occupe toujours

une place centrale, en particulier dans les moments de détresse²⁵.

À l'adolescence, les jeunes tissent des liens d'attachement sûrs avec leurs pairs. Les liens qu'ils entretiennent avec leurs parents et les personnes qui s'occupent d'eux restent essentiels, mais leur nature tend à évoluer en réponse à un besoin grandissant d'indépendance et d'autonomie²⁶.

Les parents adolescents peuvent avoir du mal à créer des liens d'attachement avec leur nouveau-né. Les grossesses précoces peuvent entraver le développement des capacités émotionnelles et cognitives nécessaires pour tisser des liens sains avec le bébé²⁷. En outre, le besoin d'attachement des nouveau-nés peut se heurter au désir grandissant d'autonomie des parents adolescents²⁸. Le fait de devenir parent à l'adolescence s'accompagne généralement de risques, tels que la pauvreté et un manque de soins prénatals et de soutien social, ce qui complique encore plus le développement de liens d'attachement sûrs entre le parent et l'enfant.

Cascades développementales

De la naissance à l'adolescence, des expériences et des environnements positifs et négatifs peuvent avoir un effet de cascade sur le développement de l'enfant ou du jeune²⁹.

Durant les premières phases de développement, des expériences positives telles que des soins attentifs et une nutrition optimale provoquent une cascade de développement positif. À l'inverse, des expériences négatives, telles que la négligence, la maltraitance et le stress extrême persistant, augmentent l'exposition à d'autres risques.

L'exposition à des risques tels que la négligence et la violence durant la petite enfance peut provoquer à terme des difficultés à l'école, des problèmes avec les pairs et des abus d'alcool³⁰. L'exposition à des expériences traumatiques à fortes doses peut avoir des retombées sur le développement cognitif, la santé physique et mentale, la réussite scolaire et la réussite professionnelle.

Risques cumulatifs

Les effets des expériences et des environnements, qu'ils soient positifs ou négatifs, sont aussi cumulatifs. Des études portant sur la petite enfance montrent que plus un enfant est exposé à des facteurs de risque différents et plus il y est exposé souvent, plus il court de risques de rencontrer des problèmes cognitifs, sociaux et émotionnels plus tard dans sa vie.

D'après une étude charnière réalisée en 1979, un enfant qui n'avait été exposé à aucun facteur de risque ou qui avait été exposé à un seul facteur de risque avait 2 % de chances de souffrir d'un problème de santé mentale plus tard dans sa vie. La probabilité de souffrir de troubles augmentait à chaque exposition, atteignant 20 % pour un enfant exposé à quatre risques au cours de la petite enfance³¹.

En plus d'avoir des effets cumulatifs, les facteurs de risque fonctionnent aussi par groupes, ce qui signifie que l'existence de certaines expériences traumatiques peut en signaler d'autres. Par exemple, un enfant qui rencontre des difficultés à la maison est susceptible d'en rencontrer également à l'école³². Ces groupes de risques concernent particulièrement les enfants qui vivent dans la pauvreté ou qui sont

issus d'une minorité ethnique ou d'une communauté immigrée³³.

Ancrage biologique

Des études indiquent également que l'exposition à des facteurs de risque durant les premières périodes de développement du cerveau peut modifier la physiologie et l'expression génique de l'enfant. C'est ce que l'on appelle l'ancrage biologique³⁴. Ces changements peuvent avoir des effets positifs et négatifs sur la résilience et la vulnérabilité face aux traumatismes³⁵. Les expériences et les environnements négatifs qui perturbent le développement biologique ou cérébral de l'enfant, tels que la négligence, le stress, la violence et la pauvreté, peuvent affaiblir sa résilience et accroître sa vulnérabilité. À l'inverse, des expériences positives peuvent favoriser la résilience.

En 2001, des chercheurs ont mené une étude sans précédent sur des enfants qui avaient passé plus de 8 mois dans des orphelinats roumains au cours de leur première année de vie. Cette étude a mis en lumière les bouleversements chimiques occasionnés par les expériences traumatiques³⁶. En effet, six ans après leur adoption, les enfants de l'orphelinat présentaient toujours des niveaux plus élevés de cortisol (une hormone libérée en réaction au stress) que les autres enfants.

Privations durant la petite enfance : Des conséquences à vie

Au cours des dernières décennies, quantité de chercheurs ont observé le développement d'enfants ayant souffert de privations extrêmes dans des institutions roumaines en suivant des enfants qui avaient été adoptés par des familles au Royaume-Uni³⁷.

D'après les conclusions de ces études, les privations subies durant la petite enfance avaient des conséquences lourdes et durables sur la santé mentale des enfants, et ce, en dépit des années passées par la suite au sein d'une famille bienveillante dotée de ressources suffisantes.

Les études ont montré que la durée passée dans l'institution était étroitement liée aux problèmes de santé mentale rencontrés à l'âge de 6 ans, parmi lesquels le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, les troubles du spectre autistique et le trouble de désinhibition du contact social, qui fait partie des troubles de l'attachement. À l'adolescence et à l'entrée dans l'âge adulte, les enfants qui avaient été exposés plus longtemps à des privations étaient plus enclins à souffrir de problèmes de santé mentale comme l'anxiété et la dépression.

Les enfants ayant subi les privations les plus lourdes étaient aussi plus susceptibles de moins bien réussir à l'école et dans leur vie professionnelle.

Traumatisme et stress

À partir de la naissance et tout au long de la première et de la deuxième décennie de vie, le stress et le traumatisme exercent aussi un rôle déterminant dans le développement et la santé mentale des enfants et des jeunes. Chaque événement stressant ou traumatique présente des risques pour la santé mentale. Cependant, quand ils surviennent tôt dans la vie, le stress et le traumatisme peuvent déclencher des réactions susceptibles d'avoir des conséquences biologiques et mentales permanentes.

Le stress toxique

L'enfant expérimentera différents degrés de stress au cours de sa vie, de l'état de fœtus à l'adolescence. À petites doses, le stress est essentiel au bon développement du cerveau et à la santé mentale ; à fortes doses, en revanche, il devient toxique³⁸.

Le National Scientific Council on the Developing Child (Conseil national scientifique sur le développement de l'enfant de l'Université de Harvard) a défini un cadre reconnu qui inclut trois niveaux de stress : positif, tolérable et toxique³⁹. Le stress positif est modéré et bref, et fait partie du quotidien. Il survient lorsqu'un enfant reçoit un vaccin ou rencontre une personne qui va s'occuper de lui. Le stress tolérable est plus intense, mais reste bref, ce qui donne au cerveau le temps de s'en remettre.

Sur le plan biologique, le stress augmente le rythme cardiaque et la tension artérielle et provoque une libération d'hormones, notamment le cortisol⁴⁰. Les effets du stress positif et tolérable sur le cerveau de l'enfant sont atténués par l'attention aimante des adultes qui s'occupent de lui et qui peuvent le reconforter et l'apaiser. Ces adultes peuvent créer un environnement sûr malgré les menaces du monde extérieur, et aider

l'enfant à se remettre d'expériences difficiles.

En revanche, les dégâts provoqués par le stress toxique peuvent durer toute la vie.

Le stress toxique se caractérise par une activation brutale, fréquente ou prolongée des mécanismes de gestion du stress d'un individu. Chez l'enfant, le stress toxique survient lorsqu'aucun adulte aimant n'est présent pour lui apporter de la sécurité et du réconfort⁴¹. Au cours des périodes prénatales et postnatales, le stress toxique peut interférer avec le développement du cerveau. Il peut limiter les connexions neurales dans des régions du cerveau en lien avec le raisonnement, l'apprentissage, la mémoire, la prise de décision, la régulation du comportement et le contrôle des impulsions. Il engendre également une suractivité dans les régions du cerveau responsables des réactions à la peur, à l'anxiété et au contrôle des impulsions, ce qui peut provoquer des réactions excessives et l'incapacité d'interpréter les menaces avec discernement⁴². Le stress toxique peut aussi diminuer la libération et la régulation du cortisol, ce qui peut perturber la mémoire du cerveau et les fonctions liées à l'humeur.

Selon certaines études, l'exposition au stress de la mère durant la période prénatale peut même affecter la manière dont l'enfant réagira au stress plus tard dans sa vie.

Les expériences traumatiques de l'enfance

Chez l'enfant, la maltraitance physique et émotionnelle, la négligence chronique et la violence font partie des expériences générant un stress toxique. C'est ce que l'on appelle les expériences traumatiques de l'enfance.

Chaque événement stressant ou traumatique présente des risques pour la santé mentale. Cependant, quand ils surviennent tôt dans la vie, le stress et le traumatisme peuvent déclencher des réactions susceptibles d'avoir des conséquences biologiques et mentales permanentes.

En général, les expériences traumatiques de l'enfance sont définies comme des « sources de stress [persistantes, fréquentes et intenses] que les enfants peuvent subir tôt dans la vie »⁴³. Habituellement, ce terme est utilisé pour décrire les expériences traumatiques qui surviennent durant la petite enfance, mais il peut concerner tous les enfants, de la naissance à l'âge de 17 ans.

La définition des expériences traumatiques de l'enfance ne cesse d'évoluer⁴⁴, mais inclut à l'heure actuelle la maltraitance, la négligence et les dysfonctionnements familiaux, notamment une maladie mentale touchant l'adulte qui s'occupe de l'enfant, la toxicomanie et la violence interpersonnelle⁴⁵. Elle comprend également des expériences qui surviennent en dehors du foyer et de la famille. Cela englobe les violences dans la communauté environnante,

le fait de vivre dans un quartier qui n'est pas sûr, le sans-abrisme, le harcèlement, la discrimination liée à la couleur de peau ou aux origines ethniques de l'enfant, et l'insécurité de revenu⁴⁶.

Cette compréhension plus vaste des expériences traumatiques de l'enfance se reflète dans la définition de l'OMS, qui inclut « la maltraitance sous des formes multiples, la négligence, la violence entre les parents ou les personnes qui ont la charge d'enfants, d'autres types de dysfonctionnements familiaux graves, tels que l'alcoolisme et la toxicomanie, et la violence entre pairs, au sein de la communauté et collective »⁴⁷.

Le stress toxique associé aux expériences traumatiques de l'enfance peut provoquer des problèmes de santé physique et mentale et entraver le développement social et la réussite scolaire⁴⁸. Les effets des expériences traumatiques de l'enfance se ressentent à vie et influent sur les taux de maladie cardiaque, de diabète, d'obésité, de dépression, de toxicomanie, de tabagisme, d'échec scolaire, de chômage et de décès prématuré.

Malheureusement, ces expériences ne sont que trop courantes. Or, plus elles sont nombreuses, plus elles laissent de séquelles.

Aux États-Unis, plus des deux tiers de la population signalent avoir vécu au moins une expérience traumatique de l'enfance, et un quart, au moins trois⁴⁹. Les auteurs d'une méta-analyse d'études menées dans 17 pays, dont le Canada, la Chine, les États-Unis, la Lettonie, le Monténégro, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, ont constaté qu'une exposition à au moins quatre expériences traumatiques de l'enfance était étroitement liée à des comportements sexuels à risque, à des problèmes de santé mentale et à la consommation d'alcool ; le lien avec une consommation nocive de drogues



Traumatisme : Le stress toxique engendré par des expériences traumatiques de l'enfance nuit considérablement à la santé mentale.
© UNICEF/UNI318250/Ryeng

et des violences interpersonnelles et autodirigées était encore plus étroit⁵⁰.

La violence au sein du couple peut également entraîner des problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes qui en sont témoins. Une étude menée au Cambodge, au Malawi et au Nigéria a montré qu'un quart à un tiers des enfants avaient été exposés à la violence au sein du couple dans leur milieu familial. Pour beaucoup, cette expérience augmentait le risque de souffrance mentale⁵¹.

Les conflits et l'insécurité sociale et politique peuvent aussi être à l'origine d'expériences traumatiques pour les enfants et les jeunes⁵². Certains de ces traumatismes sont provoqués par une expérience directe de la guerre ou de la violence ; d'autres par la destruction de la famille ou de la communauté, notamment en raison de la perte d'un être cher ou de l'effondrement des services, tels que l'éducation et les soins de santé.

À l'adolescence, de nouveaux traumatismes peuvent survenir dans la vie des jeunes tandis que leur rôle au sein de la famille et de la société évolue. Ces traumatismes peuvent prendre la forme d'un mariage précoce, de violences interpersonnelles, de violences liées au genre, et de violences au sein du couple.

ÉTUDE DE CAS

Kenya

Appel à l'aide : Un service d'assistance téléphonique gratuit pour protéger les enfants

Depuis son bureau de Nairobi, installée dans une cabine protégée, bien à l'écart de ses collègues, Barbra Sillingi écoute attentivement avant de parler calmement dans le casque de son téléphone.

Conseillère à Childline Kenya, un service d'assistance téléphonique national destiné aux enfants victimes de problèmes de santé mentale et de violence, « les écouter » est autant sa mission que sa passion.

« Quand un enfant vient nous parler, on ne doit pas l'ignorer », affirme Barbra Sillingi. « Il faut écouter sa voix, écouter ce qu'il a à dire, parce qu'il a des sentiments, comme tout le monde. Il a besoin d'être aimé. »

Depuis mars 2020, quand le premier cas de COVID-19 a été officiellement confirmé, Barbra a dû redoubler d'efforts, car le nombre d'appels hebdomadaires a explosé. En mai

2020, Childline Kenya a reçu plus de 1 200 appels, contre un peu moins de 500 en mai 2019.

« L'augmentation des appels peut s'expliquer par le fait que les enfants ont passé beaucoup de temps chez eux durant la période de la COVID-19 et n'allaient pas à l'école », explique Beatrice Muema, Directrice des opérations du service d'assistance téléphonique de Childline Kenya. « Davantage d'enfants étaient vulnérables aux abus sexuels, à la négligence et aux maltraitements physiques. »

La COVID-19 a exercé une pression considérable sur les enfants au Kenya. Beaucoup ont eu des difficultés à gérer les restrictions de déplacement mises en place pour enrayer la propagation du coronavirus. Certains ont été exposés à des risques accrus, en particulier

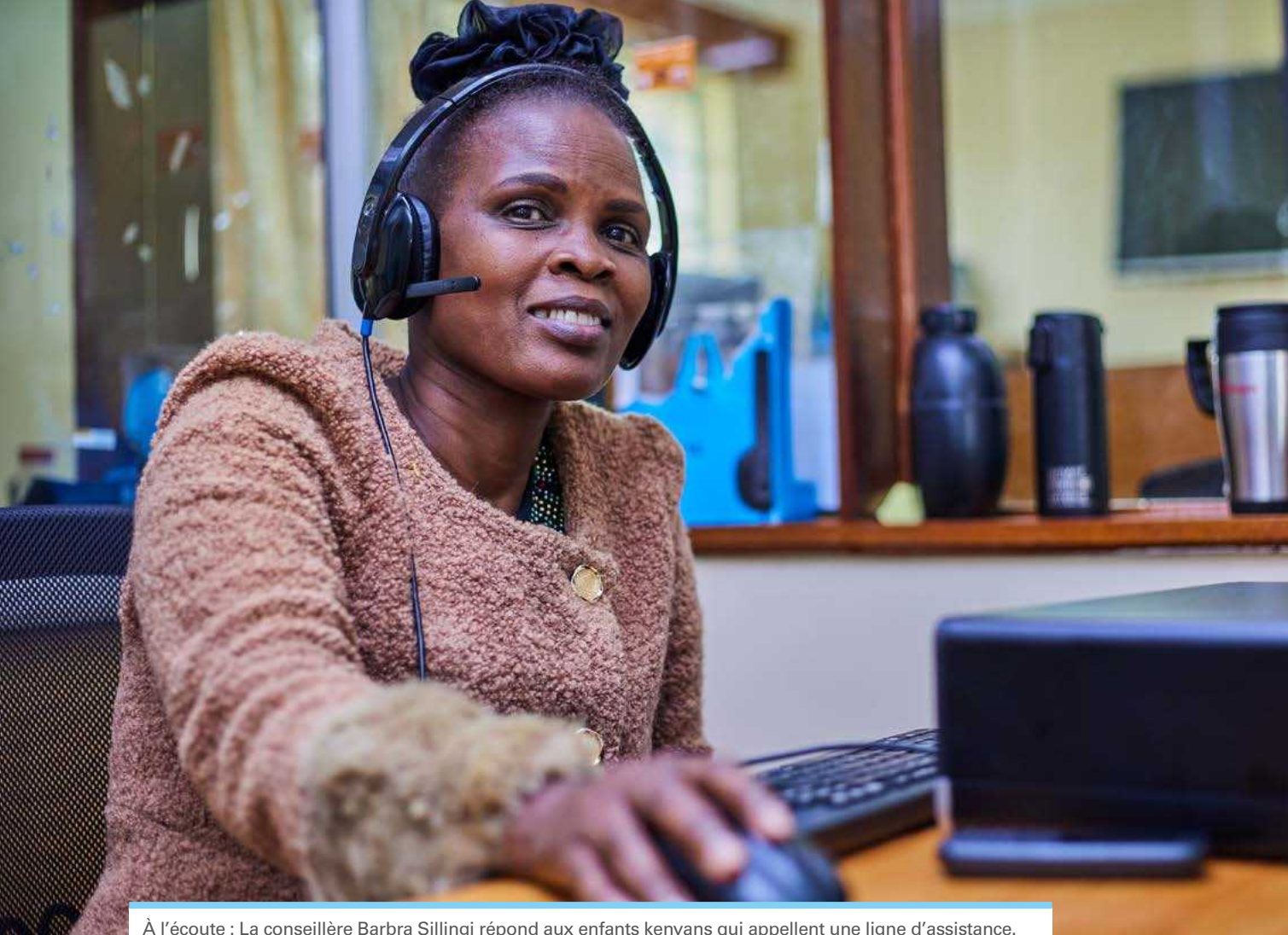
durant les fermetures d'écoles. Entre les restrictions liées à la COVID-19, les fermetures d'écoles et l'augmentation des risques, de nombreux enfants ont eu besoin de se tourner vers une personne qui pouvait vraiment les écouter.

« Les enfants subissent un stress énorme que la plupart des parents ne comprennent pas », indique Barbra Sillingi.

Tout au long de la pandémie, Barbra a prodigué des conseils à chacun de ses interlocuteurs et signalé certains cas aux autorités locales afin qu'elles interviennent.

« J'adore ce que je fais », affirme-t-elle. « C'est ma passion. »

Childline Kenya a été créé en 2006 avec le soutien du Gouvernement du Kenya, de l'UNICEF et d'autres partenaires. Ce service d'urgence gratuit disponible 24 heures sur 24



À l'écoute : La conseillère Barbra Sillingi répond aux enfants kenyans qui appellent une ligne d'assistance.
© UNICEF/UN0489179/Orina

permet à toute personne à travers le pays de signaler anonymement des cas de mauvais traitements infligés à des enfants et d'autres problèmes de protection de l'enfance en appelant gratuitement le 116 ou en se rendant sur Childlinekenya.co.ke. La ligne propose également des services de conseils personnalisés et met les enfants en rapport avec des services de soutien au sein de leur communauté.

Childline Kenya travaille aussi avec le Département des services de l'enfance afin qu'il intervienne quand des enfants sont en danger et, si possible, qu'il les place avec d'autres membres de leur famille.

L'UNICEF fournit des fonds aux conseillers ainsi que du matériel et des formations aux membres du personnel. Durant la pandémie de COVID-19, l'organisation a financé l'augmentation d'un tiers des effectifs afin de répondre à la hausse des demandes.

« Lorsqu'il y avait des restrictions de déplacement et que les enfants étaient déscolarisés, c'était l'un des seuls canaux qui permettait aux enfants et aux adultes de signaler les cas de violence et qui permettait aux enfants de s'exprimer », indique Bernard Njue Kiura, Spécialiste de la protection de l'enfance d'UNICEF Kenya.

L'UNICEF a en outre aidé Childline Kenya à instaurer le télétravail, en permettant aux conseillers de répondre aux appels de chez eux en toute sécurité. L'UNICEF a également fait la promotion du service en lançant une campagne nationale de sensibilisation du public baptisée « Spot it, Stop it », qui encourageait les enfants en détresse à appeler gratuitement le 116.

« Depuis la COVID-19, les gens au Kenya sont plus enclins à discuter des problèmes de

santé mentale, qu'il s'agisse du Gouvernement, des prestataires de services, des communautés ou encore des enfants », indique Njue Kiura. « Notre capacité à parler de ces problèmes s'est améliorée. »



Chapitre 3

RISQUE ET PROTECTION

S'il est possible d'agir sur les nombreux facteurs non biologiques qui ont des effets tantôt bénéfiques, tantôt délétères sur la santé mentale, il faut tout d'abord cerner et comprendre ces facteurs. L'adoption d'une approche axée sur les soins attentifs *de la part et en faveur* des parents et des personnes ayant la charge d'enfants peut faire une réelle différence pour la santé mentale des enfants, tout comme la mise en place de milieux éducatifs sûrs et motivants, dans lesquels les enfants peuvent acquérir des compétences non spécialisées et renforcer leur résilience. À l'approche de l'adolescence, les relations entre pairs contribuent également à forger les normes et les comportements que les enfants intérioriseront leur vie durant.

La santé mentale des enfants peut être menacée par des facteurs fondés sur leurs expériences et leur environnement à des étapes décisives de leur développement. Quand ils surviennent tôt et de manière brutale, ces facteurs de risque ont des effets nocifs sur le développement neural de l'enfant, sur sa santé mentale, sur son bien-être, sur son apprentissage et sur son avenir.

Ces risques peuvent provenir du **monde proche de l'enfant**, du **monde élargi de l'enfant** et du **monde extérieur**.

N'étant pas de nature biologique, beaucoup peuvent toutefois être évités. Le recensement des facteurs de risque les plus courants peut donc faciliter l'élaboration de programmes et de politiques visant à promouvoir et à protéger la santé mentale.

Les facteurs bénéfiques et délétères

Bien que les chercheurs aient rassemblé beaucoup d'informations au cours des dernières années, il existe peu de méthodes systématiques pour recenser les risques courants en matière de santé mentale. À l'échelle mondiale, les données sont rares et la diversité des expériences culturelles et des compréhensions entourant la santé mentale peut compliquer l'identification, le recueil et le suivi des informations.

Une chose est sûre, cependant : les facteurs de risque – également dénommés marqueurs de risque – n'entraînent pas nécessairement une mauvaise santé mentale. En effet, il existe rarement une relation de cause à effet directe entre un facteur de risque et un problème de santé mentale. Ces facteurs forment une chaîne de probabilités qui augmente la possibilité du risque. Cette chaîne est modulée par la durée de l'exposition, le contexte et le moment auquel les enfants y sont exposés¹.

En outre, les effets des facteurs de risque et de protection varient en fonction de l'enfant et de son contexte social, économique et environnemental². Ainsi, une expérience, un événement ou un environnement nocif pour la santé mentale d'un enfant n'aura pas nécessairement le même effet sur un autre enfant.

Pour compliquer encore les choses, certains environnements peuvent à la fois introduire des facteurs de risque et de protection en fonction de la situation. L'école en est un bon exemple. Elle peut promouvoir et protéger la santé mentale en fournissant des occasions d'apprentissage stimulantes et en offrant une plateforme pour la fourniture de services essentiels de prise en charge. Cependant, elle peut aussi être un facteur de risque – un lieu où les enfants et les jeunes sont confrontés à la violence, au harcèlement, au stress et à des environnements d'apprentissage maltraitants.

Si tout n'est pas simple, certains facteurs déterminants influent considérablement sur la santé mentale des enfants et des jeunes aux différentes étapes de leur vie. Ce chapitre du rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021* se concentre sur trois facteurs particulièrement pertinents dans le **monde proche de l'enfant** et le **monde élargi de l'enfant** : l'éducation parentale, les environnements d'apprentissage et les relations avec les pairs.

En plus d'examiner des données et des études, ce chapitre met en avant des réflexions d'adolescents ayant participé aux discussions organisées par l'Université Johns Hopkins.

De nombreux facteurs de risque pouvant être évités, il est essentiel de comprendre la répartition des risques les plus courants afin d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions plus efficaces de promotion et de protection de la santé mentale.

ENCADRÉ 9.

Une approche des risques prévalents axée sur les différentes étapes de la vie

De nombreux facteurs de risque pouvant être évités, il est essentiel de comprendre la répartition des risques les plus courants afin d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions plus efficaces de promotion et de protection de la santé mentale. Malheureusement, il est parfois difficile d'interpréter la prévalence des facteurs de risque au sein des populations à l'échelle mondiale, régionale et locale, car il n'est pas toujours possible d'obtenir des informations uniformisées.

Pour combler cette lacune, une équipe de spécialistes de l'Universidade Federal do Rio Grande do Sul au Brésil a examiné les données normalisées des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), des Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et de l'Enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS) afin d'estimer la prévalence des facteurs associés à des problèmes de santé mentale dans les pays visés par ces enquêtes³. Ils ont ainsi dégagé plus de 50 facteurs pour lesquels des données étaient disponibles dans 47 à 146 pays, en fonction du facteur concerné. Ils se sont ensuite servis des indicateurs utilisés dans ces enquêtes pour dresser une liste de 23 facteurs de risque associés à la période périnatale, à la petite enfance, à l'enfance et à l'adolescence durant les deux premières décennies de la vie de l'enfant. Leur choix s'est dans un premier temps fondé sur l'existence de revues systématiques ou de méta-analyses décrivant une association entre l'exposition au facteur concerné et le début d'un problème de santé

FIGURE 3.1: Facteurs affectant la santé mentale au cours des différentes étapes de la vie

Période périnatale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Âge de la mère inférieur à 18 ans au moment de la naissance de l'enfant 2. Insuffisance pondérale à la naissance
Petite enfance	<ol style="list-style-type: none"> 3. Absence de diversité alimentaire minimale acceptable composée d'au moins cinq groupes d'aliments sur les huit groupes existants 4. Absence d'inscription dans l'enseignement préscolaire 5. Absence de jeux, notamment de jouets et d'objets faits maison, fabriqués ou domestiques
Enfance	<ol style="list-style-type: none"> 6. Absence de fréquentation de l'école primaire 7. Discipline violente 8. Travail des enfants 9. Décès des parents
Adolescence	<ol style="list-style-type: none"> 10. Absence d'amis proches 11. Harcèlement 12. Absence d'activité physique 13. Comportement sédentaire 14. Surpoids 15. Maigreur 16. Forte consommation d'alcool 17. Consommation de marijuana 18. Absence de fréquentation de l'école secondaire 19. Déscolarisation, absence d'emploi et de formation 20. Mariage des enfants 21. Violence au sein du couple – sexuelle 22. Violence au sein du couple – physique 23. Violence au sein du couple – psychologique

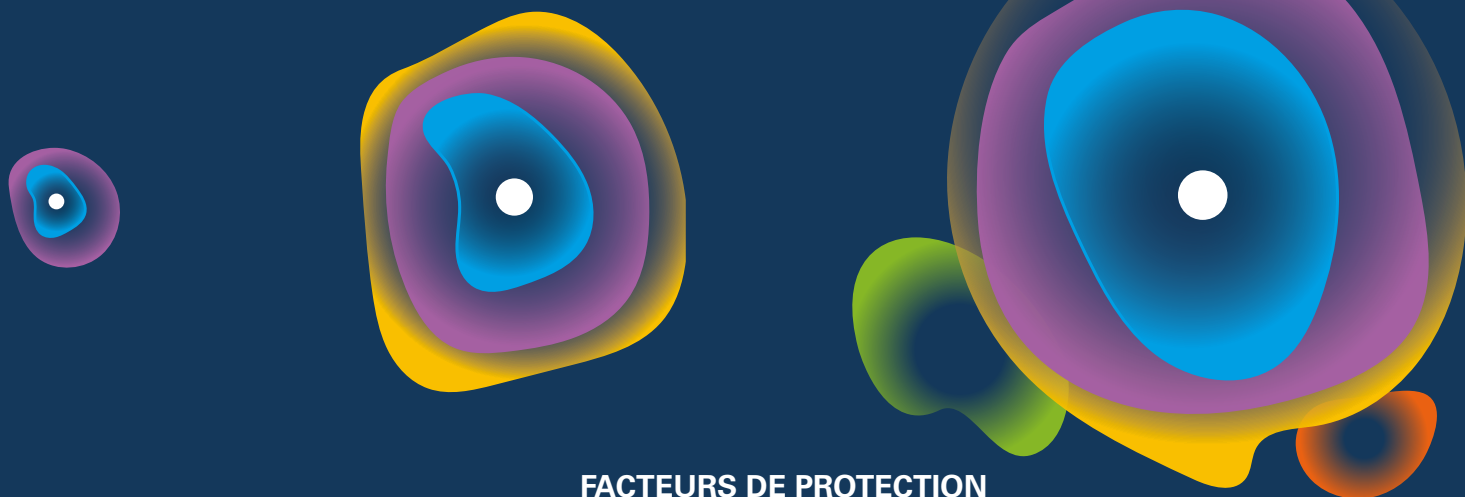
mentale. Ces facteurs ont par la suite été validés par des spécialistes du domaine.

Bien que ces 23 facteurs ne soient ni causaux ni exhaustifs – et reposent uniquement sur les indicateurs disponibles dans les trois types

d'enquêtes choisis pour obtenir des informations – l'étude offre un aperçu de certains des facteurs de risque les plus courants et contient des indications sur les premières mesures à prendre pour promouvoir et protéger la santé mentale.

Facteurs de risque et de protection

D'importants risques pour la santé mentale et facteurs de protection essentiels apparaissent tout au long de la vie. Certains facteurs, toutefois, constituent à la fois des facteurs de risque et de protection.



FACTEURS DE PROTECTION

Environnements scolaires sûrs, parents, personnes s'occupant d'enfants, discipline positive, nutrition, foyer, communauté.

FACTEURS DE RISQUE

Environnements scolaires non sûrs, violence, pauvreté, guerre, maladies, COVID-19.

L'éducation parentale

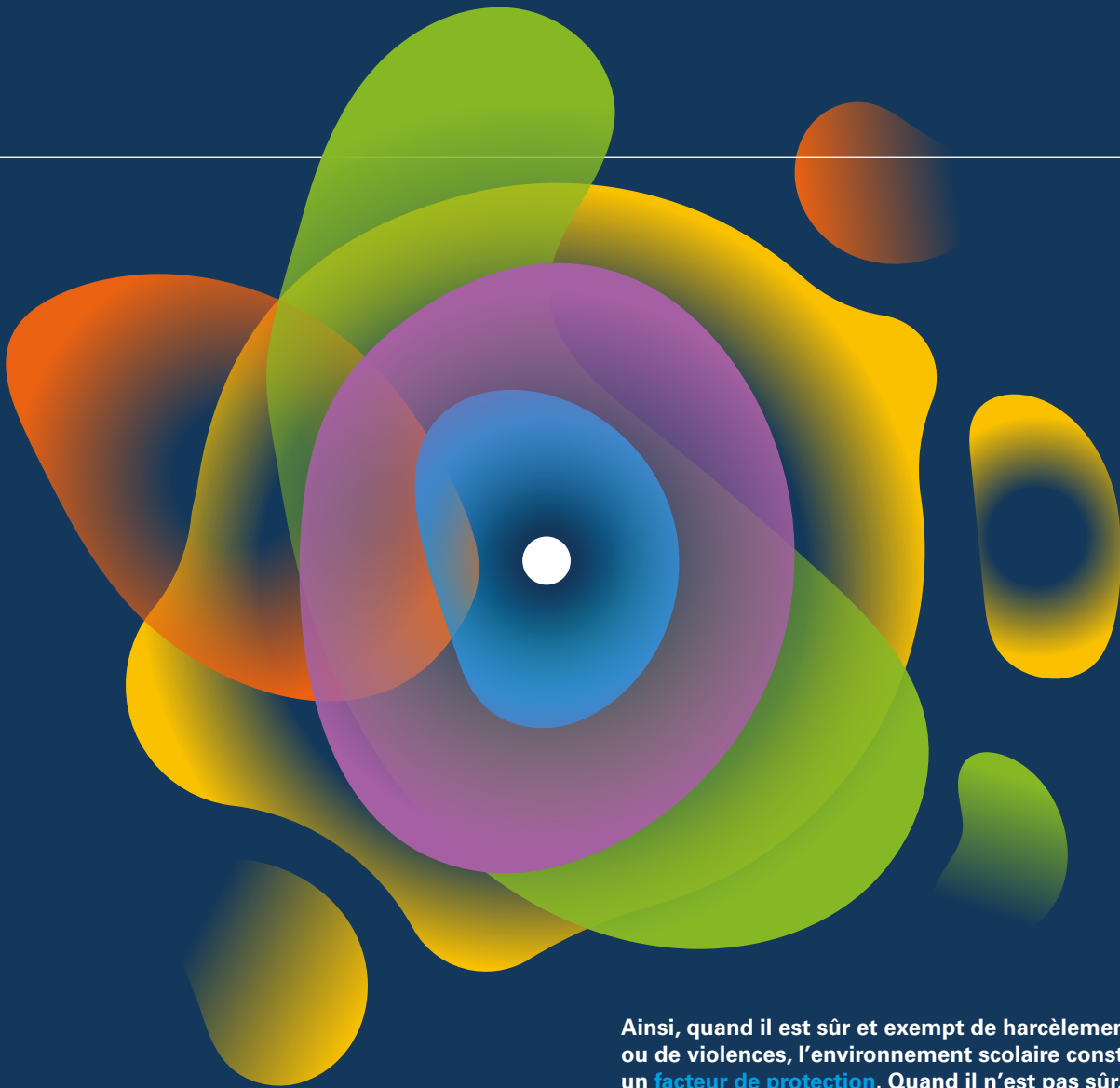
L'éducation parentale joue un rôle fondamental dans la santé mentale des enfants. Elle est associée à la nutrition, à la sécurité, à la stimulation et à la protection que les mères, les pères et les personnes ayant la charge d'enfants fournissent aux enfants et aux adolescents.

L'éducation parentale commence à jouer un rôle avant la conception au travers de la santé mentale, de l'état nutritionnel, et de la situation sociale et économique des mères, des pères et des personnes qui ont la charge d'enfants. Durant la petite enfance, ces derniers constituent la principale

source d'influence dans le **monde proche de l'enfant**. Ils ont le pouvoir de créer un monde qui encourage des liens d'attachement et qui fournit nutrition, protection, stimulation active et occasions d'apprentissage précoce à l'enfant.

Ils continuent d'exercer une influence déterminante durant l'enfance, même si le **monde élargi de l'enfant** prend plus d'importance. Leur rôle ne consiste plus seulement à nourrir et à protéger l'enfant, mais aussi à lui fournir des occasions de jouer et à lui donner accès à des possibilités d'apprentissage, notamment dans l'enseignement préscolaire et primaire.

L'éducation parentale joue un rôle fondamental dans la santé mentale des enfants. Elle est associée à la nutrition, à la sécurité, à la stimulation et à la protection que les mères, les pères et les personnes ayant la charge d'enfants fournissent aux enfants et aux adolescents.



Ainsi, quand il est sûr et exempt de harcèlement ou de violences, l'environnement scolaire constitue un facteur de protection. Quand il n'est pas sûr, il constitue à l'inverse un facteur de risque.

Le monde de nombreux enfants s'élargit encore à l'adolescence, ce qui entraîne l'apparition de nouveaux facteurs de risque et de protection en matière de santé mentale. Certains de ces risques proviennent du **monde extérieur** et découlent de déterminants sociaux à grande échelle tels que la pauvreté, les conflits et les pandémies (voir chapitre 4). Cependant, le monde proche de l'enfant et le monde élargi de l'enfant restent d'importantes sources de protection dans la vie des adolescents. Même si c'est une période durant laquelle les jeunes se tournent vers le monde extérieur pour donner un sens à leur vie et se faire une place au sein de la communauté, une éducation parentale

attentive et bienveillante demeure l'une des meilleures protections contre les problèmes de santé mentale.

Les risques

De bonnes pratiques parentales ne suffisent pas. Les environnements toxiques, marqués par des violences au sein du couple, par exemple, peuvent constituer une menace pour la santé mentale des enfants⁴. Pour fournir à leurs enfants les bases dont ils ont besoin pour jouir d'une bonne santé mentale tout au long de leur vie, les mères, les pères et les personnes qui ont la charge d'enfants doivent avoir accès à un foyer sûr, à des aliments nutritifs, à des possibilités d'apprentissage, et à

des soins de santé et de santé mentale complets, et bénéficier du soutien de politiques favorables à la vie de famille⁵. Ces éléments essentiels les équipent des ressources dont *ils* ont besoin pour renforcer *leur* santé mentale. C'est ainsi qu'ils peuvent fournir des soins attentifs à leurs enfants et leur donner des bases solides pour jouir d'une bonne santé mentale.

En revanche, la santé mentale des enfants est menacée quand les mères, les pères et les personnes qui s'occupent d'eux ne disposent pas des ressources dont ils ont besoin pour leur fournir des soins de santé, une bonne nutrition, de la sécurité et un foyer bienveillant.

ENCADRÉ 10.

Les grands changements commencent par de petits pas

Au moins 16,13 milliards de livres sterling – soit près de 22 milliards de dollars É.-U. – chaque année⁶.

C'est la somme exorbitante dépensée par l'Angleterre en raison de son **manque d'investissement** dans la santé mentale, le bien-être et le développement des enfants de moins de 5 ans. C'est ce que lui a coûté la prise en charge de problèmes qui auraient pu être évités en prenant des mesures en faveur de la petite enfance – des problèmes associés à des comportements antisociaux, à des troubles mentaux et physique à long terme et à la criminalité.

C'est le coût des occasions perdues pour une nation tout entière et ses enfants.

Pour remettre ce chiffre en perspective, c'est près de cinq fois le budget affecté par l'Angleterre à l'enseignement préscolaire et aux prestations de garde d'enfants.

Ce chiffre a été calculé par la London School of Economics pour les besoins du rapport *Big Changes Start Small*, publié par le Royal Foundation Centre for Early Childhood (centre de la Fondation royale pour la petite enfance) en juin 2021.

Bien qu'il s'agisse déjà d'une somme colossale, le rapport avance qu'il ne s'agit que d'une fraction des pertes occasionnées par l'absence d'investissement en faveur des enfants en bas âge, de leur famille et des personnes qui s'occupent d'eux. En effet, ce chiffre n'inclut pas les pertes de productivité et de gains individuels occasionnés par le fait que les enfants

n'atteignent pas leur niveau de développement optimal, par exemple.

Or, selon le rapport de la Royal Foundation, près d'un tiers des enfants de 5 ans n'atteignent pas un bon niveau de développement, sans parler du fait que les enfants issus de milieux défavorisés ont déjà accumulé 4,6 mois de retard par rapport à leurs pairs lorsqu'ils entrent à l'école.

La Royal Foundation a émis six principales recommandations afin de réduire ces pertes annuelles de 16,13 milliards de livres sterling :

- Sensibiliser le public à l'importance de la petite enfance dans la vie des individus et des nations ;
- Bâtir des sociétés en meilleure santé mentale et plus attentives ;
- Créer des communautés de soutien ;
- Renforcer les effectifs qui soutiennent les familles et les jeunes ;
- Recueillir et utiliser davantage de données afin de mieux prendre soin des enfants, des familles et des personnes qui ont la charge d'enfants ;
- Appuyer des changements à long terme en faveur d'un soutien global et préventif durant la petite enfance.

Selon le rapport de la Royal Foundation, ces mesures essentielles ont des effets évidents sur la santé mentale. Catherine Middleton, Duchesse de Cambridge, est l'auteure de l'avant-propos de ce rapport. Elle y explique qu'elle a commencé à s'intéresser à la petite enfance en échangeant avec des adultes qui reconstruisaient leur vie après avoir rencontré des problèmes souvent associés à des troubles mentaux. Elle a été frappée par la fréquence à laquelle ces personnes établissaient

un lien entre leur santé mentale et les expériences qu'elles avaient vécues durant leur petite enfance.

Elle est désormais convaincue qu'il existe un lien clair entre les premières années de notre enfance et les personnes que nous devenons. Le rapport appelle donc à ne plus seulement axer les efforts sur les besoins physiques des enfants, mais aussi sur leurs besoins émotionnels et sociaux.

Il sera peut-être difficile d'atteindre cet objectif, écrit-elle, mais les grands changements commencent par de petits pas.

Le début de la vie

De nombreux risques susceptibles d'affecter la santé mentale émergent avant la conception et durant la période périnatale. Parmi ces risques figurent l'insuffisance pondérale à la naissance, la malnutrition maternelle, la santé mentale maternelle et le fait de devenir parent à l'adolescence.

À l'échelle mondiale, 15 % des enfants présentent une insuffisance pondérale à la naissance⁷, ce qui les rend vulnérables aux troubles de l'attention, aux troubles du comportement et aux troubles sociaux⁸. L'insuffisance pondérale à la naissance peut avoir des conséquences jusque dans leur vie d'adulte et est associée à des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et de timidité et à une moins bonne fonction sociale. Les mères adolescentes et leurs enfants sont par ailleurs exposés à une multitude de risques⁹. Or, près de 15 % des filles deviennent mères avant l'âge de 18 ans.

Il convient de s'intéresser au rôle déterminant des parents et des personnes qui ont la charge d'enfants pour comprendre les raisons de la survenue de tels facteurs ainsi que leurs liens avec la santé mentale¹⁰. Si une insuffisance pondérale à la naissance peut être provoquée par une variété de facteurs, elle peut aussi être liée au fait que la mère ait consommé de l'alcool, de la nicotine ou de la drogue pendant sa grossesse, par exemple. Ainsi, les programmes qui aident les femmes enceintes à arrêter de fumer et à réduire leur consommation d'alcool entraînent également une baisse des problèmes d'insuffisance pondérale à la naissance et des risques pour la santé mentale¹¹.

La malnutrition maternelle peut aussi mettre en péril la santé mentale de l'enfant avant et durant la grossesse. À l'échelle mondiale, 9 % des femmes présentent une insuffisance pondérale et 30 % souffrent d'anémie¹². Durant la grossesse, la malnutrition, qui inclut la dénutrition, la surnutrition et l'obésité, peut empêcher le transfert des nutriments de la mère au fœtus

par le placenta¹³. La malnutrition peut également avoir une incidence sur la santé mentale de la mère durant la grossesse, ce qui peut à son tour engendrer des effets sur la santé mentale de l'enfant.

Un nombre bien trop important de femmes sont exposées à des risques de troubles mentaux durant leur grossesse, une situation susceptible d'affecter leur santé et leur bien-être ainsi que la santé et le bien-être de leur enfant. La plupart des études qui établissent un lien entre la santé mentale de la mère et celle de l'enfant se concentrent sur la dépression et l'anxiété, deux problèmes qui affectent des millions de femmes à travers le monde. Par exemple, une étude menée en 2020 a conclu que la dépression prénatale était courante dans le monde entier, mais qu'elle ne faisait l'objet d'aucune étude ciblée et n'était pas correctement traitée¹⁴.

La dépression maternelle prénatale peut avoir des conséquences physiques, telles qu'une insuffisance pondérale à la naissance, une naissance prématurée et des complications liées à la grossesse. Elle est également liée à des problèmes de développement et à des troubles émotionnels et de l'attachement chez l'enfant¹⁵ susceptibles d'avoir des retombées à long terme¹⁶. Par exemple, les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress ressentis par la mère durant la grossesse peuvent annoncer des problèmes de santé mentale chez l'enfant durant l'enfance et l'adolescence.

La plupart des études portent sur les problèmes de santé mentale des femmes. Cependant, de nouvelles données probantes indiquent que la santé mentale du père est aussi liée à celle de l'enfant. D'après une étude réalisée en 2016, près de 8 % des pères souffrent de dépression durant la période prénatale¹⁷. Des cas de dépression paternelle ont été signalés avant et après la naissance et sont souvent associés au stress et à une mauvaise santé. Si la corrélation entre l'état d'esprit maternel et paternel

reste obscure, les études montrent systématiquement que la dépression paternelle a des effets faibles à modérés sur les enfants, et ce, qu'ils soient exposés ou non à la dépression maternelle.

Les parents adolescents pâtissent d'une multitude de désavantages susceptibles d'avoir des conséquences à long terme sur la santé mentale de leurs enfants. La maternité chez les adolescentes, en particulier, présente des risques pour les nouveau-nés, tels qu'une naissance prématurée et une insuffisance pondérale à la naissance – deux facteurs liés à l'apparition de problèmes de santé mentale plus tard dans la vie¹⁸. En outre, la grossesse chez les adolescentes a des répercussions sur la nutrition, la santé mentale et la réussite scolaire et professionnelle potentielle de la mère¹⁹.

La promotion de la santé et du bien-être et la protection des adolescents vulnérables – qu'ils soient parents ou

Pour fournir à leurs enfants les bases dont ils ont besoin pour jouir d'une bonne santé mentale tout au long de leur vie, les mères, les pères et les personnes qui ont la charge d'enfants doivent avoir accès à un foyer sûr, à des aliments nutritifs, à des possibilités d'apprentissage, et à des soins de santé et de santé mentale complets, et bénéficier du soutien de politiques favorables à la vie de famille.

non – posent les bases d'une bonne santé durant la période précédant la conception et du bon développement de la prochaine génération. Chez les parents adolescents, un soutien précoce peut stimuler le bon développement du fœtus et de l'enfant durant la petite enfance, et influencer à terme le parcours de vie de l'enfant.

La première décennie

Si l'éducation parentale peut contribuer à poser des fondations solides avant la naissance, la première décennie de vie renferme de multiples occasions de développer la santé mentale de l'enfant. Cependant, des risques importants associés au rôle des parents continuent d'apparaître durant cette période, notamment une alimentation incomplète et l'absence de jouets et d'occasions de jouer et d'apprendre.

Ces risques ne sont pas rares. À l'échelle mondiale, bien trop d'enfants ne reçoivent pas les apports nutritionnels de base dont ils ont besoin pour se développer durant les premières années de leur vie, à savoir des aliments issus de cinq des huit groupes d'aliments essentiels. La forte prévalence d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ne bénéficient pas d'une diversité alimentaire minimale – 29 % dans le monde – en dit long sur l'ampleur potentielle des effets d'une nutrition insuffisante sur la santé mentale de ces enfants²⁰.

Chez les nouveau-nés, l'insécurité alimentaire est associée à des troubles de l'attachement ainsi qu'à des problèmes mentaux et cognitifs. Chez les enfants âgés de 3 à 5 ans, une alimentation incomplète peut être associée à des comportements agressifs, à une humeur anxieuse et dépressive, à une déficience de l'attention et à une hyperactivité²¹.

La nutrition n'est pas le seul risque survenant au cours de la première décennie de vie. L'enfant peut aussi être marqué par une absence de livres et de jouets, notamment d'objets domestiques ou trouvés à l'extérieur, tels que des

bâtons et des pierres. De nouveau, la prévalence est élevée. Dans les pays les moins développés, 50 % des enfants de moins de 5 ans n'ont pas de jouets chez eux et 98 % n'ont pas de livres²².

En soi, la présence de jouets n'est pas un marqueur principal du développement de l'enfant. Cependant, c'est un bon indicateur des soins prodigués à l'enfant à la maison, de l'importance des interactions actives entre l'enfant et ses parents ou les personnes qui s'occupent de lui, et du rôle fondamental du jeu dans l'apprentissage précoce²³.

La discipline violente et le travail des enfants font également partie des risques pour la santé mentale en lien avec les pratiques parentales. Là encore, la prévalence est considérable. Dans les pays les moins avancés, 83 % des enfants sont victimes de discipline violente de la part des personnes qui s'occupent d'eux²⁴ et 22 % sont soumis à une forme de travail des enfants

La deuxième décennie

Les relations avec les parents et les personnes qui s'occupent d'enfants continuent de jouer un rôle central dans le développement et la santé mentale des adolescents. Selon des chercheurs, le fait de ne pas vivre avec un adulte impliqué constituait un facteur de risque associé à des problèmes de santé mentale à l'adolescence. Une multitude de raisons dont les décès et les migrations peuvent expliquer qu'aucun adulte ne soit présent pour s'occuper de l'enfant. Une étude menée en Chine sur des enfants dont les parents avaient quitté la maison pour des raisons professionnelles, par exemple, a montré que ces enfants étaient exposés à des risques accrus de dépression, d'anxiété, de pensées suicidaires, de troubles du comportement et de consommation de substances²⁵. Quand cette absence est liée à un décès, des interventions de gestion du deuil, même brèves, peuvent prévenir les traumatismes liés à la douleur et diminuer le risque de problèmes de santé mentale chez les enfants concernés²⁶.

Des soins parentaux attentifs et bienveillants restent l'un des plus grands facteurs de protection de la santé mentale tout au long de l'adolescence. D'après une étude menée aux États-Unis, les soins maternels durant l'adolescence sont associés à de plus faibles risques de dépression et de troubles de l'alimentation et du comportement. Les soins paternels, quant à eux, sont associés à une plus faible anxiété sociale et à une consommation d'alcool moins importante. Les parents protègent également la santé mentale de leur adolescent en communiquant avec lui et en surveillant ses activités.

Cependant, plus les enfants progressent dans l'adolescence, plus les parents doivent adapter leur style d'éducation. Une éducation trop autoritaire peut devenir problématique. Par exemple, le fait de contrôler la capacité d'action de l'adolescent dans le monde est associé à une anxiété sociale et à une consommation d'alcool accrues, mais à des niveaux plus faibles de trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. À l'inverse, les adolescents coupés tôt de leurs parents ou des personnes qui s'occupent d'eux, qui connaissent une autonomie prématurée, sont confrontés à des niveaux élevés de risques ayant trait à leur santé et à leur comportement en raison de problèmes de bien-être²⁷.

Bien que les études s'intéressent généralement au style d'éducation parentale ou aux liens interpersonnels, le contexte familial peut aussi renfermer des occasions de protéger la santé mentale des adolescents. L'activité physique, l'alimentation et la consommation de substances chez les adolescents, en particulier, reflètent souvent les attentes et les pratiques de leurs parents en la matière. Il est donc important de fournir aux adultes qui ont la charge d'enfants un soutien pour lutter contre ces problèmes dans leur propre vie afin d'encourager chez les adolescents la mise en place d'habitudes saines en matière de santé mentale.

ENCADRÉ 11.

Nutrition, activité physique et poids corporel

La nutrition fait partie des piliers d'une bonne santé mentale à vie. Dans la même logique, la malnutrition et l'insécurité alimentaire peuvent devenir des facteurs de risque. Si les risques pour la santé mentale liés à la nutrition portent souvent sur la période périnatale, la nutrition reste un facteur de risque et de protection jusqu'à la fin de l'adolescence.

Une alimentation incomplète est associée à des risques de santé mentale tels qu'une insuffisance pondérale à la naissance tandis qu'une bonne nutrition peut constituer un important facteur de protection.

Ainsi, les interventions en faveur de la nutrition qui fournissent aux mères des suppléments oraux en vitamine A, en calcium ou en zinc, par exemple, tout en les informant sur la nutrition et en les traitant contre le paludisme ont permis de réduire les risques d'insuffisance pondérale à la naissance²⁸.

À la naissance de l'enfant, l'allaitement au sein constitue un facteur de protection crucial présentant des bienfaits physiques et psychologiques tant pour le bébé que pour la mère. Les bienfaits de la mise au sein dans l'heure suivant la naissance sont éprouvés. Cette pratique permet notamment de réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies infectieuses, et stimule même l'intelligence²⁹. L'allaitement au sein constitue aussi une composante importante des soins attentifs et donne à la mère et à l'enfant une occasion de tisser des liens, ce qui peut fournir au nouveau-né un sentiment d'attachement et de réconfort³⁰.

Malgré ces avantages, la mise au sein précoce dans l'heure suivant la naissance ne survient que dans 48 % des cas, et seuls 44 % des bébés de moins de 6 mois sont exclusivement nourris au sein³¹.

À l'adolescence, l'insécurité alimentaire est associée à des problèmes de santé mentale incluant l'anxiété, la dépression, les tentatives de suicide et la consommation de substances³². Des études ont également établi un lien entre l'insécurité alimentaire et de graves problèmes de santé mentale à l'âge adulte³³.

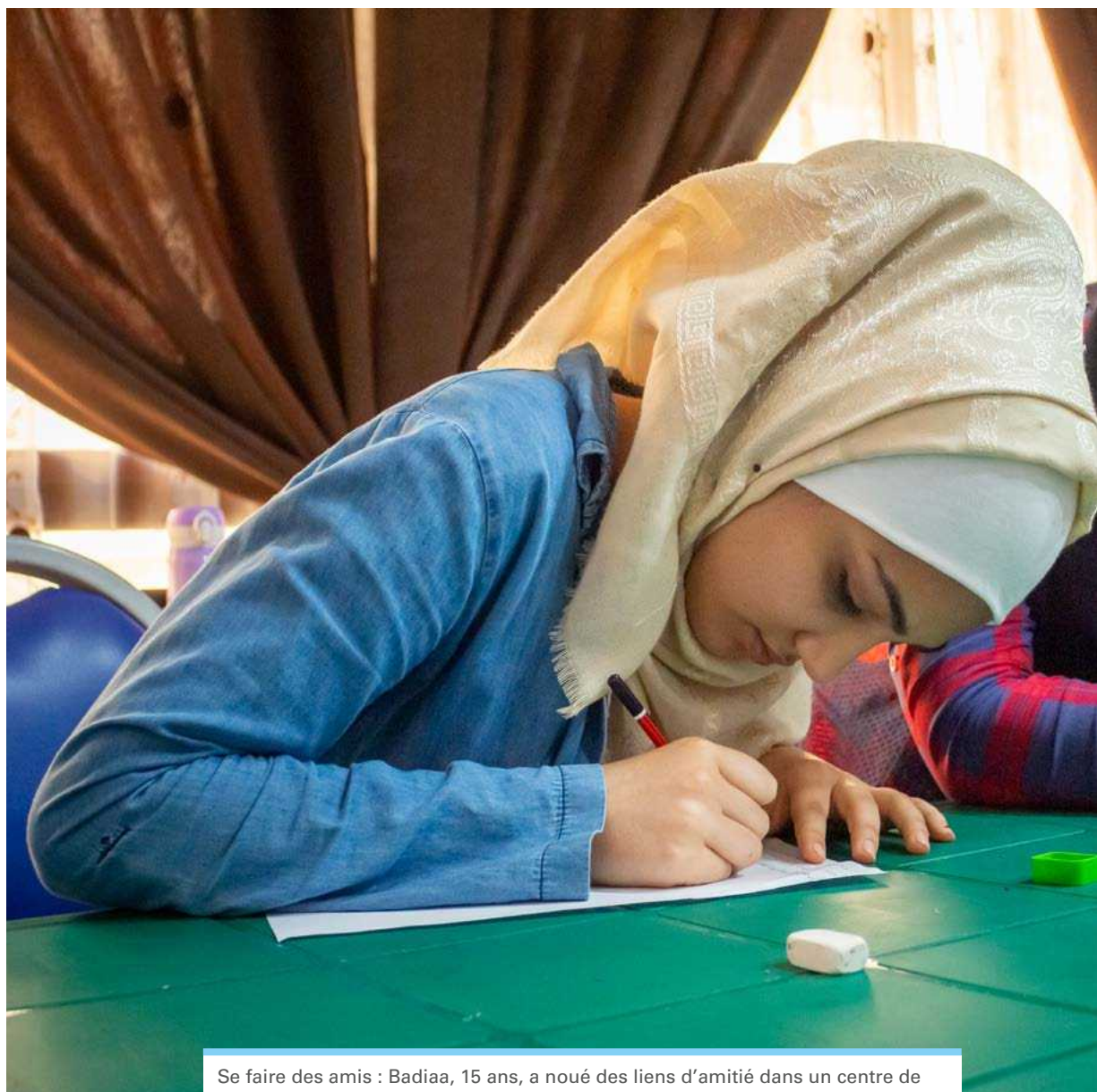
À l'échelle mondiale, le problème de la malnutrition reste préoccupant. En effet, 22 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance ou sont trop petits pour leur âge, 7 % souffrent d'émaciation modérée à sévère ou sont trop maigres pour leur taille, et 6 % présentent un surpoids modéré à sévère³⁴. De même, 11 % des enfants âgés de 5 à 19 ans sont maigres ou très maigres, et 18 % sont en surpoids ou obèses³⁵.

À l'adolescence, le surpoids et l'obésité peuvent devenir des facteurs de risque particuliers liés à l'anxiété et à la dépression. Une absence d'activité physique devient également un marqueur de risque pour les problèmes de santé mentale. Or ces risques sont susceptibles de devenir de plus en plus courants face à l'augmentation de la proportion d'enfants et d'élèves en surpoids et ayant une activité physique insuffisante³⁶. En effet, d'après les données disponibles, parmi les adolescents âgés de 11 à 17 ans qui sont scolarisés, 78 % des

garçons et 85 % des filles ne font pas suffisamment d'activité physique³⁷.

Les comportements sédentaires et le temps passé devant un écran sont également associés à un manque de sommeil, un autre facteur de risque pour la santé mentale³⁸. Beaucoup d'adolescents n'ont pas les neuf heures de sommeil par nuit dont ils ont besoin, selon les estimations³⁹. Or, ce problème semble chronique dans le monde entier. La somnolence est la conséquence la plus évidente du manque de sommeil. Cependant, celui-ci peut aussi avoir des retombées à long terme sur la santé physique et le bon développement du cerveau⁴⁰. Par exemple, au cours des dernières années, des données probantes ont associé un sommeil insuffisant et de piètre qualité à l'apparition de problèmes de santé mentale divers, notamment la dépression, l'anxiété, les tendances suicidaires et la perte de jugement⁴¹. Une étude portant sur des adolescents âgés de 14 à 18 ans aux États-Unis a montré que, pour chaque heure de sommeil perdue, la probabilité de se sentir triste et désespéré augmentait de 38 %⁴².





Se faire des amis : Badiia, 15 ans, a noué des liens d'amitié dans un centre de soutien psychosocial en République arabe syrienne.
© UNICEF/UN0410508/Chnkdji



Comme tous les parents, la pandémie m'a rendu anxieux. Je m'inquiète pour le bien-être de mes enfants, la santé de ma famille et la manière dont nous allons surmonter tout ça. Heureusement, j'arrive à ne pas communiquer la plupart de ces inquiétudes à mes enfants. Mais de nombreuses familles n'ont pas cette possibilité. Bien trop d'enfants souffrent parce que leurs parents souffrent et se demandent comment ils vont tenir jusqu'au jour suivant. Si nous voulons améliorer la situation des enfants, nous devons améliorer la santé mentale des parents. Soutenir les parents et les personnes qui ont la charge d'enfants, c'est soutenir les enfants et les jeunes.

Né à Porto Rico, Ricky Martin a gagné de multiples Grammy et Latin Grammy Awards en tant que chanteur et compositeur. Ses talents d'acteur lui ont également valu d'être nommé aux Emmy Awards. Auteur à succès reconnu par le New York Times, Ricky Martin est aussi réalisateur, militant et humanitaire. Il a été nommé Ambassadeur de bonne volonté de l'UNICEF en 2003.



De la période précédant la conception jusqu'à la fin de l'adolescence, les mesures visant à promouvoir la santé mentale et à protéger les plus vulnérables s'attachent à prendre soin des personnes qui s'occupent d'enfants et à encourager une éducation parentale active.

L'avis des jeunes

Les adolescents qui ont participé aux groupes de réflexion organisés par l'Université Johns Hopkins ont confirmé que la famille avait une influence considérable sur leur santé mentale et leur bien-être. Ces jeunes, originaires de 13 pays à travers le monde, étaient tous confrontés à la même série de risques au quotidien : un manque de soutien et de compréhension, des disputes et des conflits au sein de leur famille, des problèmes de communication avec leurs parents et les personnes qui s'occupent d'eux, un manque d'attention de leurs parents et des problèmes de négligence.

« Beaucoup de parents ne s'occupent pas de leur fille. Ils lui disent : "Tu n'étais pas désirée, nous ne voulons pas de toi et tu n'es pas notre fille." La fille en vient à se détester et à regretter d'être venue au monde », a par exemple affirmé une jeune fille participant à un groupe de réflexion destiné aux 10-14 ans en Jordanie.

De nombreuses discussions ont fait apparaître d'autres facteurs de risque moins courants, dont le contrôle exercé par les parents, la pression parentale, l'instabilité financière, la conception traditionnelle des rôles propres à chaque genre, et l'importance accordée à l'éducation et à la santé mentale.

« Ils nous disent ce que nous devons ou ne devons pas faire et dire. Ils nous disent comment nous habiller. Ils nous forcent à devenir avocat, alors qu'on n'en a vraiment pas envie, parce qu'on aimerait travailler dans un salon de coiffure, par exemple », a témoigné une participante à un groupe de réflexion destiné aux 10-14 ans en Belgique.

« Ils me disent que je suis l'enfant, qu'ils sont mes parents, et que par conséquent, je dois comprendre qu'en tant qu'enfant, je dois me comporter comme tel, ce qui signifie obéir à mes parents », a expliqué une adolescente participant à un groupe de réflexion ouvert aux jeunes âgés de 15 à 19 ans en Indonésie.

Au Kenya, un garçon participant à une discussion destinée aux 15-19 ans a établi un lien entre la pauvreté, la pression familiale et l'éducation : « Certains se rendent compte qu'ils seront une charge pour leurs parents s'ils poursuivent leurs études. Tôt ou tard, ils vont adopter un comportement criminel, comme voler, et commencer à se droguer pour atténuer le stress. »

D'autres risques courants ont émergé dans des pays particuliers. Par exemple, en Belgique, en Chine et en Suisse, les adolescents ont parlé de la pression qu'exerçaient sur eux leurs parents et les personnes qui s'occupaient d'eux pour qu'ils réussissent à l'école. Au Chili et en Jamaïque, ils ont parlé des critiques émises par leur famille, qui ciblaient généralement les filles, et qui portaient préjudice à leur santé mentale. Au Kenya et au Malawi, les participants ont mis l'accent sur les risques liés à l'instabilité financière et à la maltraitance verbale, physique et sexuelle. En Égypte et en Jordanie, ils ont parlé de la maltraitance verbale et physique, et ont insisté sur le contrôle exercé par leur famille. Pour les filles, ce contrôle était aussi exercé par leurs frères.

Dans certains pays, les adolescents ont indiqué que la stigmatisation au sein de la société et de leur famille pouvait constituer un risque susceptible de mettre leur vie en danger. Ils ont notamment fait référence à la stigmatisation entourant les comportements sexuels, les grossesses non désirées, la consommation de substances, l'image corporelle et la pauvreté. La stigmatisation liée aux violences sexuelles ressortait particulièrement des conversations menées avec certaines filles en Égypte et en Jordanie, qui indiquaient que ces violences les exposaient au rejet des membres de leur famille et de leur communauté.

« Elle risque d'être battue par les membres de sa famille, d'avoir peur d'eux et [de se suicider] pour éviter qu'ils la punissent et parce qu'elle a l'impression d'avoir jeté la honte sur

sa famille », a ainsi expliqué une fille participant à un groupe de réflexion destiné aux 10-14 ans en Jordanie.

Les facteurs de protection

De la période précédant la conception jusqu'à la fin de l'adolescence, les mesures visant à promouvoir la santé mentale et à protéger les plus vulnérables s'attachent à prendre soin des personnes qui s'occupent d'enfants et à encourager une éducation parentale active.

Le Cadre pour des soins attentifs pour le développement de la petite enfance fait partie des outils les plus reconnus pour encourager ce type d'éducation parentale durant les premières années de la vie de l'enfant⁴³. Élaboré par l'UNICEF, le Groupe de la Banque mondiale, l'OMS, l'Early Childhood Development Action Network (ECDAN) et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ce cadre identifie cinq composantes essentielles à la fourniture de soins attentifs et au bon développement de l'enfant : une bonne santé, une nutrition adéquate, des soins répondant aux besoins des enfants, la sécurité et la sûreté, et des occasions d'apprentissage précoce⁴⁴. Récemment, la portée de ce cadre a été élargie afin de lutter contre les idées préconçues sur l'adolescence⁴⁵. La nouvelle version du cadre se concentre ainsi sur la promotion de la résilience et sur le développement de la santé tout au long de la vie, dans l'objectif d'atténuer les conséquences des risques et de renforcer le capital humain.

Pour que les parents et les personnes qui s'occupent d'enfants soient à même d'accomplir leur rôle, il est tout aussi important de prendre directement en charge *leur* santé mentale. Ainsi, fournir un soutien à la santé mentale dans le cadre des soins prénatals peut limiter les problèmes de santé mentale chez la mère, par exemple. Une revue portant sur 13 essais a montré que la mise en place d'interventions psychosociales délivrées par des

agents de santé de proximité dans les pays à revenu faible et intermédiaire réduisait la dépression maternelle prénatale. Grâce à ces interventions, les enfants jouissaient notamment de meilleurs échanges avec leur mère et d'une croissance et d'un développement cognitif de meilleure qualité⁴⁶.

Plus particulièrement, les interventions portant à la fois sur la nutrition et des soins interactifs stimulaient le développement cognitif des enfants. En Jamaïque, par exemple, des enfants présentant un retard de croissance ont reçu la visite d'un agent de santé de proximité dans le cadre d'un programme de nutrition. Ces agents encourageaient les mères et les personnes qui avaient la charge d'enfants à interagir activement avec leur enfant en jouant avec lui. Cela avait un effet considérable sur le développement cognitif de ce dernier, qui continuait d'en ressentir les bienfaits dans le domaine de l'emploi plus de 20 ans après l'intervention⁴⁷.

Durant la première décennie de l'enfant, il est essentiel de porter une attention systématique aux piliers garantissant une bonne santé mentale tout au long de la vie, en particulier pour les enfants à risque. Durant cette période, les soins attentifs restent fondamentaux pour la santé mentale de l'enfant.

Une éducation parentale active reste un facteur de protection déterminant de la santé mentale de l'adolescent. Durant cette période pleine de transitions, ce type d'éducation peut stimuler la capacité des adolescents à faire preuve de résilience face à des expériences traumatiques et avoir des effets à long terme sur leur santé et leur éducation⁴⁸. Quel que soit le contexte culturel, le fait d'entretenir des relations chaleureuses avec les personnes qui s'occupent d'eux peut avoir des résultats positifs pour les adolescents, en leur permettant notamment d'avoir une meilleure estime d'eux-mêmes et une meilleure santé mentale, et de réduire leur niveau de stress ainsi que

leurs problèmes psychologiques et comportementaux⁴⁹.

Selon des données probantes, les programmes qui fournissent des informations et un soutien aux parents et aux personnes qui ont la charge d'adolescents peuvent être bénéfiques pour les jeunes. Quand ils sont efficaces, de tels programmes permettent en particulier aux parents et aux personnes qui ont la charge d'enfants de mieux comprendre les différentes étapes du développement des adolescents ainsi que leur développement sexuel, d'adopter de meilleures attitudes d'éducation parentale, et de bénéficier d'occasions d'acquérir de nouvelles compétences et stratégies d'éducation⁵⁰.

Selon des orientations récentes de l'UNICEF, pour être efficaces, les programmes destinés aux parents et aux personnes ayant la charge d'adolescents doivent présenter les caractéristiques suivantes : s'appuyer sur les points forts des adolescents, tenir compte des genres, encourager la participation des adolescents, prendre en compte les différences en matière d'aptitudes et reposer sur des données probantes⁵¹. Des programmes réussis sont axés sur les éléments suivants :

- De la chaleur, de l'amour et de l'affection ;
- Le développement de l'adolescent ;
- Une communication respectueuse ;
- Une discipline positive ;
- Des environnements sûrs ;
- Une réponse aux besoins élémentaires ;
- La santé mentale des parents et des personnes ayant la charge d'adolescents.

ENCADRÉ 12.

Les traitements médicamenteux chez l'enfant

Les médicaments psychotropes sont de plus en plus utilisés pour traiter des problèmes comme le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité et la dépression⁵². Les données sur ce sujet sont rares et portent principalement sur des pays à revenu élevé, mais indiquent que l'utilisation de ces médicaments augmente considérablement.

Ainsi, entre 2005 et 2012, les taux de prescription d'antidépresseurs aux enfants de moins de 19 ans auraient augmenté de 60,5 % au Danemark, de 49,2 % en Allemagne, de 17,6 % aux Pays-Bas, de 54,4 % au Royaume-Uni et de 26,1 % aux États-Unis. Entre 2008 et 2016, ce taux a augmenté de 78,3 % en Nouvelle-Zélande⁵³. Cependant, des données suggèrent un ralentissement de ces tendances à la hausse dans certains pays⁵⁴.

Dans une certaine mesure, ces augmentations reflètent une réalité : la disponibilité des services de santé mentale a augmenté dans de nombreux pays et ces derniers sont utilisés par les enfants et les jeunes⁵⁵. Mais cela ne représente qu'une partie du tableau et ne répond pas aux nombreuses inquiétudes entourant la prescription de tels médicaments à des enfants.

L'une de ces inquiétudes porte sur la prescription excessive de ces médicaments, même si ce n'est pas le cas partout. De nombreuses régions du monde n'ont pas les traitements nécessaires et manquent de personnel qualifié, ce qui signifie que les enfants qui auraient besoin de tels médicaments n'y ont pas accès.

Cette inquiétude a été portée au Comité des droits de l'enfant. En 2015, celui-ci a mis en garde contre l'utilisation excessive de médicaments

pour traiter le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité « bien qu'il apparaisse de plus en plus clairement que ces médicaments ont des effets néfastes⁵⁶ ». Il a par ailleurs établi un lien clair entre le nombre des prescriptions et le nombre excessif de diagnostics⁵⁷.

Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité fait l'objet d'une attention particulière. De plus en plus de données probantes indiquent que, dans certains pays, ce trouble est diagnostiqué de manière excessive chez les enfants et les adolescents. En revanche, il est moins diagnostiqué dans les pays qui ont encore peu d'outils de dépistage adaptés et acceptés sur le plan culturel⁵⁸. De nombreux facteurs contribuent à ces erreurs de diagnostic, comme le fait que les professionnels s'appuient davantage sur leur jugement personnel que sur des critères établis. Une telle pratique peut entraîner des taux plus élevés de diagnostic chez les garçons que chez les filles, ainsi que chez les enfants qui sont plus jeunes que la moyenne au sein de leur classe ou de leur groupe de camarades⁵⁹.

Cela soulève toutefois un problème encore plus important : ces approches biomédicales des interventions de santé mentale ne s'attaquent pas toujours aux déterminants sociaux qui influent sur la santé mentale de nombreux enfants, tels que la pauvreté, les inégalités, la violence et les expériences traumatiques de l'enfance⁶⁰. De même, elles ne reflètent pas nécessairement le besoin d'adapter les soins de santé mentale à la manière dont chaque culture appréhende la détresse mentale, la guérison et le relèvement.

Dans le domaine médical également, certains critiquent ce qu'ils considèrent

comme un élargissement excessif des catégories de diagnostic qui ne repose sur aucun fondement scientifique solide⁶¹. Certains redoutent par ailleurs que cette prescription excessive de médicaments empêche de percevoir les avantages des approches non médicales, qui s'attachent notamment à promouvoir et à protéger la santé mentale plutôt qu'à traiter les troubles mentaux.

De nombreuses régions du monde n'ont pas les traitements nécessaires et manquent de personnel qualifié, ce qui signifie que les enfants qui auraient besoin de tels médicaments n'y ont pas accès.

Les médicaments peuvent jouer un rôle important dans le traitement des problèmes de santé mentale. Cependant, davantage d'études doivent être menées pour comprendre leurs effets sur les enfants et les adolescents à une période de développement cognitif, social et neural rapide. En effet, les médicaments peuvent avoir des effets très différents sur les jeunes et sur les adultes⁶². L'utilisation de médicaments doit aussi s'inscrire dans le cadre d'une approche biopsychosociale globale de la santé mentale qui répond aux besoins de chaque enfant. Les enfants, les adolescents et leur famille doivent pouvoir accéder à une panoplie d'interventions d'ordre médical, thérapeutique et autre, et recevoir le soutien dont ils ont besoin pour prendre des décisions informées qui s'inscrivent dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

L'apprentissage

Si les occasions d'apprentissage précoce font partie des principes fondamentaux du Cadre pour des soins attentifs⁶³, l'éducation inclusive et les environnements d'apprentissage continuent de jouer un rôle déterminant jusqu'à la fin de l'adolescence.

Les risques

Durant la petite enfance, l'absence d'enseignement préscolaire peut constituer un risque pour la santé mentale de l'enfant. En tant que marqueur de la santé mentale, l'inscription dans ce type d'enseignement peut mettre en avant l'importance de l'apprentissage précoce et des échanges enrichissants entre l'enfant et la personne qui s'occupe de lui. De tels échanges surviennent en jouant, en chantant, en parlant et en lisant des livres, et alimentent une fonction neurologique essentielle : ils stimulent la création de connexions neurales à une période déterminante du développement du cerveau de l'enfant. Des études ont montré que la mise en place d'une stimulation interactive par un adulte aimant pouvait stimuler le

développement social et émotionnel des tout petits.

Malgré l'existence de liens entre les occasions d'apprentissage précoce et le développement de l'enfant, près de 81 % des enfants dans les pays les moins avancés ne sont pas inscrits dans l'enseignement préscolaire⁶⁴.

Les risques sont présents jusqu'à l'adolescence, période marquée par les transitions entre l'école, les formations et la vie active.

En 2019, près de 200 millions d'adolescents et de jeunes en âge de fréquenter le secondaire étaient déscolarisés⁶⁵. D'après les chiffres de l'Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), le taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter le primaire était de 9 % chez les filles et de 7 % chez les garçons ; pour les garçons et les filles en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire, il était de 15 % ; et pour les garçons et les filles en âge de fréquenter le deuxième cycle du secondaire, il s'élevait à 35 %⁶⁶.

En outre, 12 % des garçons et 22 % des filles âgés de 15 à 19 ans étaient déscolarisés, sans emploi ni formation⁶⁷, une situation qui touche deux fois plus les femmes que les hommes à l'échelle mondiale, avec des disparités plus ou moins importantes en fonction des régions⁶⁸. Celles qui avaient une vie professionnelle avaient souvent des emplois instables ou informels qui ne leur garantissaient aucune stabilité économique. Sur les 429 millions de jeunes travailleurs dans le monde, 13 % vivent en situation d'extrême pauvreté, soit avec moins de 1,90 dollar É.-U. par jour, et 17 % dans une situation de pauvreté modérée, soit avec moins de 3,20 dollars É.-U. par jour⁶⁹.

La déscolarisation et le décrochage scolaire peuvent entraîner un isolement social susceptible de provoquer des troubles mentaux, parmi lesquels l'automutilation, des pensées suicidaires, la dépression, l'anxiété

et la consommation de substances⁷⁰. Or ces troubles menacent eux aussi l'apprentissage. En effet, des études ont montré que la consommation de substances et les troubles associés à des comportements perturbateurs pouvaient constituer un risque d'absentéisme et de décrochage scolaire⁷¹.

Les obstacles à l'emploi et à la stabilité économique entravent la transition naturelle vers le rôle d'adulte et provoquent des risques de troubles mentaux⁷². Par exemple, une étude réalisée par la ville de Mexico en 2012 a montré que les jeunes qui n'avaient pas d'emploi et qui ne suivaient aucune forme de formation ou d'éducation étaient plus enclins à souffrir de problèmes de santé mentale. Ils étaient aussi plus susceptibles de consommer des substances, notamment des drogues et de l'alcool, et étaient plus vulnérables au suicide⁷³.

Malheureusement, il arrive aussi que les risques associés à l'apprentissage émanent de l'environnement, comme l'ont indiqué des jeunes participant aux groupes de réflexion organisés par l'Université Johns Hopkins. Certains associaient l'école à la violence sexuelle et à la violence liée au genre.

« Les enseignants harcèlent les filles même dans les écoles primaires ou préparatoires. Elles subissent des attouchements et ne peuvent pas en parler, parce que si elles le font, elles auront de mauvaises notes ou les gens leur diront "Ce n'est pas vrai. Aucun enseignant ne ferait ça." », a ainsi affirmé une fille participant à un groupe de réflexion ouvert aux 15-19 ans en Égypte.

Pour d'autres, l'environnement scolaire mettait les projecteurs sur les inégalités induites par la pauvreté et favorisait le harcèlement. Un garçon participant à un groupe de réflexion destiné aux adolescents plus âgés au Malawi a partagé son expérience :

« À l'école, le règlement dit que l'on doit bien s'habiller et que l'on doit être bien chaussés. Mais quand notre famille n'a pas les moyens de nous acheter de bonnes chaussures, on doit aller à l'école en sabots en plastique. Certains s'amusent à nous les voler et à se lancer en criant : "Regarde ça !" Toute la classe commence à se moquer de nous. C'est tellement blessant. C'est vraiment dur. »

Les facteurs de protection

En dépit des risques parfois présents dans le milieu éducatif, l'école peut servir et sert de plateforme pour la mise en place de services multidimensionnels de santé et de santé mentale dans des pays du monde entier. Elle fait également partie des lieux les plus importants pour la promotion des compétences émotionnelles et sociales, et constitue un cadre idéal pour atteindre un nombre considérable d'adolescents confrontés à des problèmes de santé mentale⁷⁴.

Durant la petite enfance, les programmes de garde d'enfant et d'enseignement préscolaire enregistrent de très bons résultats, faisant ainsi état d'une association positive avec le développement des compétences cognitives et socioémotionnelles⁷⁵. L'enseignement préscolaire peut favoriser la collaboration avec les parents, stimuler le développement intellectuel et socioémotionnel de l'enfant et instaurer des comportements sains⁷⁶. Nombre de ces bienfaits perdurent jusqu'à l'âge adulte⁷⁷. Cependant, la qualité des programmes reste essentielle à leur réussite. Les interventions les plus efficaces fournissent aux enfants une attention personnalisée, des ressources ludiques variées, des lectures interactives et des salles de classe organisées.

À l'adolescence, des environnements d'apprentissage sûrs, prévisibles et bienveillants peuvent favoriser la résilience⁷⁸. Les occasions d'apprentissage qui permettent l'acquisition de compétences

transposables, également dénommées compétences non spécialisées ou socioémotionnelles, peuvent aider les jeunes à devenir des apprenants et des citoyens vifs et capables de s'adapter, qui disposent des outils nécessaires pour affronter des difficultés d'ordre personnel, scolaire, social et économique⁷⁹.

Au-delà des bienfaits de l'apprentissage pour la santé mentale, l'école fournit une plateforme essentielle pour promouvoir et protéger la santé mentale des enfants et des jeunes et prendre en charge les enfants qui en ont besoin. Dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, des données probantes montrent que les interventions en milieu scolaire sont bénéfiques pour la santé mentale⁸⁰. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ces interventions ont été associées à une meilleure estime de soi, à une meilleure gestion des émotions, à une baisse de l'anxiété et de la dépression, et à un meilleur bien-être général. De nombreuses interventions combinent la promotion de la santé mentale et d'autres types de soutien, tels que l'éducation sexuelle et l'activité physique. Certaines ciblent le développement des compétences sociales, émotionnelles, de résolution de problème et d'adaptation, tandis que d'autres ciblent des populations vulnérables précises, telles que les enfants affectés par le VIH/sida ou la guerre⁸¹.

Les approches de l'apprentissage social et émotionnel généralisées en milieu scolaire⁸², en particulier, fournissent aux élèves les connaissances, les attitudes et les compétences dont ils ont besoin pour comprendre et gérer leurs émotions, se fixer des objectifs et les atteindre, faire preuve d'empathie, entretenir des relations positives et prendre des décisions responsables⁸³. Des données probantes en provenance du monde entier montrent que l'apprentissage social et émotionnel et les approches généralisées en milieu scolaire améliorent le bien-

être émotionnel des élèves, leur comportement social et leurs résultats scolaires⁸⁴. Ces approches sont aussi associées à une diminution des risques de dépression, d'anxiété et de stress et se sont montrées efficaces pour limiter la consommation de substances, les comportements antisociaux et les pratiques sanitaires et sexuelles dangereuses.

Les interventions déployées au titre de ces approches généralisées et portant sur une multitude de composantes obtiennent des résultats particulièrement bons⁸⁵. Un examen des initiatives en faveur de la santé mentale en milieu scolaire, publié en 2020, a indiqué que les interventions unidimensionnelles, en revanche, n'étaient que peu efficaces⁸⁶. Toutefois, une approche par paliers générerait de meilleurs résultats lorsqu'elle comportait des interventions universelles destinées à l'ensemble des élèves de l'établissement et visant à prévenir les troubles émotionnels et comportementaux, des interventions particulières destinées à un petit groupe d'élèves à risque, et des interventions ciblées et individuelles pour les élèves souffrant de troubles émotionnels et comportementaux.

Bien qu'il ait été prouvé que les interventions axées sur l'apprentissage social et émotionnel fonctionnent, de nombreux obstacles les empêchent d'être efficacement mises en œuvre dans les établissements scolaires à travers le monde. Pour que leur mise en œuvre soit réussie, il est essentiel de comprendre le contexte particulier dans lequel elles opèrent. Pour cela, il est impératif de se renseigner sur les problèmes rencontrés par l'établissement ainsi que sur son contexte culturel.

ÉTUDE DE CAS

Irlande

Mindout : L'apprentissage social et émotionnel au service du bien-être des adolescents

Comme la plupart de ses camarades de classe du Gonzaga College, un établissement d'enseignement secondaire situé dans le comté de Dublin, Jude* veut réussir à l'école. Cependant, la pression peut être accablante.

« Certains d'entre nous ont vraiment besoin de prendre du recul », indique le jeune homme de 17 ans. « J'ai vu des camarades faire des crises d'angoisse avant les examens. La pression est réelle. »

Or cette pression n'est pas que scolaire. Bien trop souvent, les adolescents subissent la pression de leurs pairs, la stigmatisation sociale et des stéréotypes restrictifs – autant d'éléments susceptibles de peser sur leur santé mentale. La santé mentale était d'ailleurs l'un des trois problèmes majeurs mentionnés par les

jeunes lorsque l'Irlande a élaboré une Stratégie nationale pour la jeunesse en 2015⁸⁷.

Mindout, un programme d'apprentissage social et émotionnel universel reposant sur des données probantes, offre une occasion de répondre à certaines inquiétudes en matière de santé mentale et de bien-être qui préoccupent les jeunes en Irlande.

Intégré dans le système de santé publique irlandais, Mindout s'adresse aux jeunes âgés de 15 à 18 ans en milieu scolaire et extrascolaire⁸⁸. Il a également été intégré dans le programme d'éducation sociale, personnelle et à la santé, une composante obligatoire du programme d'études.

Mindout se compose de 13 sessions articulées autour d'un manuel structuré à l'intention des enseignants. Le



Sous pression : « J'ai vu des camarades faire des crises d'angoisse avant les examens », raconte Jude, 17 ans, étudiant à Dublin.

© UNICEF/UN0505797/UNICEF Ireland

programme, qui repose sur des stratégies d'enseignement interactives afin d'impliquer les élèves, a pour objectif d'aider les participants à acquérir des compétences sociales et émotionnelles essentielles, telles que la conscience de soi, l'autogestion, la conscience sociale, la gestion des relations et la prise de décisions responsables.

D'après une évaluation réalisée dans 32 établissements défavorisés, quand il était correctement mis en œuvre, le programme permettait d'améliorer les compétences sociales et émotionnelles des participants et de réduire le stress et la dépression.

Aryn Penn enseigne l'éducation personnelle, sociale et à la santé au Gonzaga College, où étudie Jude, et a été formée à Mindout. Le programme l'a aidée à faire preuve d'une plus grande empathie à l'égard des difficultés rencontrées par ses élèves, indique-t-elle.

« Il m'a vraiment permis d'envisager la scolarité sous l'angle du bien-être, alors que nous avons si souvent tendance à nous concentrer uniquement sur les résultats », affirme l'enseignante.

Mindout a permis aux élèves d'acquérir des compétences simples, comme savoir écouter, trouver des moyens de se faire aider et aider leurs pairs qui en ont besoin.

« Plus je voyais les bénéficiaires qu'en tiraient les élèves, plus je réfléchissais à ma propre expérience en tant qu'enseignante. Je me suis dit qu'il fallait que j'aide les jeunes durant cette période de leur vie où ils se sentent vulnérables plutôt que de mettre l'accent sur les devoirs et les examens », ajoute-t-elle.

Quant à Jude, il affirme que Mindout l'a aidé à renforcer ses compétences de communication, à mieux s'accepter et à développer des stratégies d'adaptation.

« Je pense que le programme nous apporte vraiment des connaissances utiles », affirme-t-il. « Il y a des choses que l'on sait déjà au fond de nous, mais c'est positif de les revoir. On se rend compte que ces techniques peuvent nous aider quand on est stressé. »

* Nous n'avons pas communiqué le nom de famille de Jude afin de protéger son identité. Nous nous sommes entretenus avec lui à Dublin.

Les relations avec les pairs

Les multiples transitions qui surviennent dans la vie des adolescents font apparaître de nouveaux risques et augmentent parfois l'exposition à des risques déjà présents. Surtout, les pairs prennent plus de place dans la vie des jeunes, et constituent à la fois des facteurs de risque et de protection.

À l'adolescence, les enfants commencent à se forger un sentiment d'identité en dehors du cercle familial au contact de leurs pairs. Ces derniers les aident à se constituer un réseau social et à comprendre leur rôle au sein de leur communauté. Durant les premières années de l'adolescence, les enfants se tournent vers leurs pairs pour apprendre à se comporter socialement et cherchent à obtenir leur approbation. Plus tard, l'appartenance à un groupe leur confère un statut social à une période où ils sont sensibles à l'exclusion sociale. Avec le temps, ils commencent à se conformer aux normes de ce groupe.

Les risques

L'importance croissante des relations entre pairs à l'adolescence fait apparaître deux principaux facteurs de risque pour la santé mentale : le harcèlement et le manque d'amitiés⁸⁹.

Le harcèlement – en ligne et en personne – et les persécutions entre pairs deviennent plus courants à l'adolescence, une situation qui entraîne des effets nocifs sur la santé mentale des jeunes⁹⁰. Ces relations toxiques ont une incidence sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. Elles sont également associées à de moins bons résultats scolaires, à la solitude, à l'obésité et au surpoids. Au moins une méta-analyse a trouvé des éléments de preuve convaincants sur l'existence d'une relation de cause à effet entre le harcèlement, d'une part, et l'anxiété, la dépression, une mauvaise santé générale et mentale, l'automutilation sans volonté suicidaire, les tentatives de suicide et les pensées suicidaires, d'autre part⁹¹.

Les enfants et les jeunes handicapés sont quant à eux confrontés à un « double désavantage » en matière de harcèlement, en particulier dans le contexte scolaire⁹². D'après une étude fondée sur des données longitudinales de la Millennium Cohort Study et de la Longitudinal Study of Young People in England, les enfants et les jeunes handicapés couraient plus de risques d'être harcelés à l'école et le harcèlement dont ils faisaient l'objet était directement lié à leur handicap plutôt qu'à d'autres facteurs de stigmatisation. Face à ce risque accru, les effets traumatiques peuvent également augmenter.

L'avis des jeunes

Le harcèlement, qu'il s'agisse de harcèlement « traditionnel » ou de harcèlement en ligne, était la principale inquiétude des adolescents participant aux groupes de réflexion organisés par l'Université Johns Hopkins.

Par exemple, une fille d'un groupe de réflexion en Indonésie a expliqué que ses camarades se moquaient d'elle parce qu'elle était « trop petite et trop maigre ». Cette expérience l'a blessée et a rompu les liens d'amitié qu'elle entretenait.

« J'étais harcelée par mes amis », a-t-elle affirmé. « Après avoir été blessée et déçue, j'ai appris à faire preuve d'indifférence envers eux. »

De nombreux participants ont indiqué ne pas faire confiance à leurs camarades. Ce manque de confiance en empêchait beaucoup de s'appuyer sur leurs amis lorsqu'ils rencontraient des problèmes de santé mentale. « Je n'aime pas me confier à mes amis, parce qu'ils risquent d'exposer mes secrets. Je préfère ne pas parler, même si je souffre plus », a ainsi témoigné une jeune fille participant à un groupe de réflexion ouvert aux 15-19 ans.

Les participants ont aussi parlé de l'influence négative des « mauvais » amis et du pouvoir de la pression exercée par les pairs en

ce qui concerne la consommation de drogues et d'alcool, les rapports sexuels, la violence, le harcèlement et le vol. « Même si on ne fume pas, lorsque le groupe qu'on fréquente fume de la marijuana, on va finir par se mettre à fumer pour faire comme les autres [...]. On ne peut pas faire partie du groupe si on n'adopte pas les mêmes comportements que lui. Donc on se force et on se rend compte qu'on a commencé à prendre une mauvaise habitude », a ainsi expliqué un garçon participant à une discussion destinée à des adolescents plus âgés au Malawi.

Cependant, les adolescents participant aux groupes de réflexion, garçons comme filles, ont également parlé de l'importance d'entretenir des amitiés solides et de la détresse générée par l'isolement social. Beaucoup ont indiqué que leurs pairs constituaient un rempart de protection pour leur santé mentale. Souvent, ils étaient même leur principale source de soutien.

« Quand on n'a pas de bonnes relations avec nos parents, on peut se tourner vers nos amis ou nos frères et sœurs du même âge parce qu'ils nous comprennent mieux », a témoigné une participante à l'un des groupes de réflexion destinés à des adolescents plus âgés en Suède.

Consommation de substances

La consommation de substances – l'alcool et la marijuana, en particulier – fait partie des facteurs de risque les plus courants pour la santé mentale des adolescents. Selon les chiffres les plus récents, 36 % des garçons et 17 % des filles âgés de 15 à 19 ans avaient consommé au moins une boisson alcoolisée au cours de l'année écoulée⁹³. Le risque associé à un tel comportement tient en partie aux effets de ces substances sur le cerveau en développement des jeunes. En effet, celles-ci peuvent influencer sur des activités du développement neural à une période où se développent les régions du cerveau impliquées dans la compréhension des émotions, des

récompenses, de la planification et des conséquences.

De nombreux facteurs influent sur la consommation de substances chez les adolescents. Les pairs peuvent encourager cette pratique comme la prévenir. Les normes familiales et communautaires jouent toutefois un rôle majeur dans la consommation d'alcool et de marijuana à l'adolescence.

Les facteurs de protection

Bien qu'ils puissent être une source de relations toxiques et de harcèlement, les pairs peuvent aussi constituer des facteurs positifs de soutien à la santé mentale.

Par exemple, les adolescents sont moins susceptibles d'adopter des comportements risqués, tels que la consommation de drogues, d'alcool et de cigarettes, si leurs camarades les en dissuadent. De la même manière, ils sont plus susceptibles de prendre part à des activités positives telles que le bénévolat si leurs pairs les y encouragent⁹⁴.

En général, les adolescents qui ont des amis proches sont plus heureux⁹⁵. Ils ont également un d'amour-propre plus développé et sont plus à même de se faire aider dans les moments difficiles⁹⁶. Dans l'enseignement secondaire, le fait d'entretenir des amitiés solides

les aide à s'adapter et peut réduire les problèmes de comportement et les difficultés scolaires⁹⁷.

ENCADRÉ 13.

Violence et santé mentale

Chaque année, plus d'un milliard de jeunes âgés de 12 à 17 ans seraient confrontés à des violences interpersonnelles qui affectent leur santé mentale en provoquant des dépressions, de l'anxiété, des suicides et des problèmes comportementaux et sociaux⁹⁸.

Les familles sont souvent exposées à plusieurs formes de violences à la fois. Or, les enfants exposés à une discipline violente et à des violences infligées à leur mère ont plus de risques de subir ou de perpétuer des violences à l'âge adulte⁹⁹.

Il est donc essentiel de prévenir l'exposition à la violence durant l'enfance pour promouvoir la santé mentale. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de joindre l'acte à la parole. Les données probantes nous

orientent toutefois vers certains points de départ essentiels pour mettre en œuvre les interventions nécessaires.

Par exemple, le fait d'identifier les femmes et les adolescentes enceintes à risque de subir des violences au sein du couple et de dépister la dépression postnatale s'est avéré être un angle d'attaque efficace pour repérer les mères et les enfants à risque¹⁰⁰. De même, le fait de proposer un soutien tenant compte des dimensions de genre aux nouveaux et aux jeunes parents peut à la fois promouvoir le développement de la petite enfance et prévenir la violence à l'encontre des enfants et des femmes¹⁰¹.

Les services de santé constituent également un point de départ important pour identifier les enfants et les personnes ayant la charge

d'enfants susceptibles d'être victimes ou auteurs de violences¹⁰². Ainsi, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande vivement que les prestataires de soins de santé soient attentifs aux signes de violences lorsqu'ils examinent les enfants, en particulier quand ceux-ci présentent des troubles susceptibles d'être provoqués ou aggravés par la maltraitance. Les victimes pourront ainsi recevoir des soins adaptés et être orientées vers des services de soutien, ce qui pourra prévenir de futurs préjudices.



Chapitre 4

LE MONDE EXTÉRIEUR

Le monde extérieur a une incidence sur la santé mentale : la pauvreté nuit à la santé physique et mentale des enfants et risque de les exposer à la violence et aux traumatismes ; la discrimination peut être source d'inégalités, de préjugés et d'exclusion sociale ; et les crises humanitaires et les pandémies – à l'instar de la COVID-19 – sont susceptibles d'engendrer une souffrance extrême et durable. La résilience aide les enfants à mieux surmonter ces situations de stress et, contrairement à ce que beaucoup de gens pensent, il est possible de la cultiver.

Au-delà du **monde proche de l'enfant** et du **monde élargi de l'enfant**, le **monde extérieur** constitue une sphère d'influence majeure qui peut avoir des effets bénéfiques comme délétères sur la santé mentale des enfants et des jeunes.

De nombreux événements et déterminants sociaux qui façonnent la vie des enfants proviennent du monde extérieur. Les catastrophes naturelles, les conflits ou les situations d'urgence sanitaire à l'échelle mondiale sont autant de tragédies qui peuvent survenir à tout moment. Certains déterminants sociaux, tels que la

pauvreté et la discrimination, sont également susceptibles de perturber le développement d'un enfant et ont souvent des conséquences directes non seulement chez les enfants et les adolescents, mais aussi sur les personnes qui s'occupent d'eux, les communautés et les écoles. Le monde extérieur n'influence pas la santé mentale de tous les enfants et les jeunes de la même manière. De fait, certains d'entre eux présentent des facteurs de risque ou bénéficient au contraire de facteurs de protection multiples, en fonction de leur situation, de leur vécu et de leur milieu culturel. Aussi s'avère-t-il essentiel de mener des

actions nuancées, qui reconnaissent l'importance de la culture et du contexte, pour préserver et promouvoir la santé mentale et prendre soin des enfants vulnérables.

Le présent chapitre analyse les principaux déterminants sociaux de la santé mentale, à savoir la pauvreté et la discrimination, et examine les effets engendrés par les crises humanitaires (y compris la COVID-19) chez les enfants et les jeunes. Enfin, ce chapitre explore la notion de résilience et la façon dont elle pourrait contribuer à renforcer la promotion et la protection de la santé mentale.

Pauvreté

La pauvreté est un déterminant social majeur de la santé mentale qui influe sur la vie d'un trop grand nombre d'enfants et de personnes ayant la charge d'enfants.

D'après un rapport de 2020, 356 millions d'enfants (soit 17,5 %) vivent dans l'extrême pauvreté, c'est-à-dire avec moins de 1,90 dollar des États-Unis par jour pour subvenir à leurs besoins¹. À l'échelle du globe, près de 20 % des enfants âgés de moins de 5 ans vivent dans l'extrême pauvreté².

La pauvreté ne se définit pas seulement comme un manque d'argent : elle recouvre d'autres dimensions, telles qu'un accès précaire à l'éducation, à la santé, à l'alimentation, à l'eau et à l'assainissement³. À l'aune de cette définition, 644 millions d'enfants souffrent de pauvreté multidimensionnelle⁴.

Effets

S'il ne fait aucun doute, le lien entre pauvreté et santé mentale n'en demeure pas moins complexe⁵.

En moyenne, un enfant issu d'une famille pauvre rencontre davantage de difficultés dans la vie qu'un enfant

issu d'une famille aisée. Parmi ces difficultés, citons un mauvais état de santé physique et mentale, une moins bonne réussite scolaire et professionnelle, ainsi qu'une prévalence accrue des comportements à risque et de la délinquance⁶. En outre, la pauvreté accroît la probabilité que les enfants et les jeunes courent différents risques, notamment en matière de violence, de traumatisme, d'exclusion sociale, de maladie et d'insécurité alimentaire et hydrique⁷.

Si la plupart des travaux de recherche sur la pauvreté et la santé mentale s'attachent à explorer les *corrélations* et les *liens de causalité*⁸ qui les unissent, il convient néanmoins de constater que ces liens fonctionnent dans les deux sens : la pauvreté peut occasionner des problèmes de santé mentale, et inversement, les problèmes de santé mentale peuvent conduire à la pauvreté⁹. Ainsi, la pauvreté peut nuire à la santé mentale des enfants et des jeunes en les exposant à divers risques tels que le stress extrême, la violence et les traumatismes. Réciproquement, la recherche démontre que les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux peuvent sombrer dans la pauvreté en raison d'une hausse des frais médicaux, d'une baisse de

productivité, du chômage et de la stigmatisation qui les empêche de solliciter un traitement et de participer à la société¹⁰.

Répercussions en chaîne

La pauvreté peut également avoir des effets multiples qui, aggravés par une exposition continue, auront des répercussions en chaîne tout au long de la vie d'un enfant ou d'un jeune.

Dès la naissance, la pauvreté exerce une influence majeure sur la santé mentale des enfants au travers des effets subis par les personnes qui s'occupent d'eux¹¹. Le stress engendré par la pauvreté peut compromettre la capacité des personnes ayant la charge d'enfants à adopter systématiquement des pratiques parentales positives. Or, il s'agit d'un élément clé dans le développement cérébral et la santé mentale des plus jeunes.

À titre d'exemple, la recherche a établi un lien entre les contraintes quotidiennes liées à la pauvreté et la dépression chez les mères, un trouble susceptible d'entraver à son tour les interactions avec leur nouveau-né¹². Le stress engendré par la pauvreté est également corrélé aux punitions infligées par les parents ou à leur



Soutien : Cette fillette, en Inde, bénéficie de transferts en espèces et de services de soutien psychosocial dans le cadre d'une protection de remplacement.
© UNICEF/UN0378229/Panjwani

La pauvreté est un déterminant social majeur de la santé mentale qui influe sur la vie d'un trop grand nombre d'enfants et de personnes ayant la charge d'enfants.

familles défavorisées courent le risque d'avoir des problèmes de mémoire ou des difficultés à prendre des décisions et à accepter une récompense retardée. Or, de tels dysfonctionnements peuvent nuire à la santé mentale¹⁸.

Espoirs et rêves

La pauvreté peut également avoir de profondes répercussions psychologiques sur la capacité des enfants et des adolescents à saisir des opportunités et à réaliser leurs rêves¹⁹.

Au sein de groupes de discussion organisés par la JHU, des adolescents ont expliqué avec éloquence quels sont les effets de la pauvreté sur leur vie et leur santé mentale. Ainsi, la pauvreté les a contraints à abandonner l'école, les a fait basculer dans la criminalité et la prostitution, et les a incités à consommer davantage d'alcool et de drogues. Selon leurs propos, la pauvreté favorise les mariages durant l'enfance et les grossesses précoces, et contribue au stress, à la tristesse, au désespoir et au suicide.

La recherche a montré que les enfants et les jeunes se forgent leur vision du monde au regard des situations de stress et de privation qu'ils ont traversées²⁰. L'absence de grands rêves et le manque d'objectifs peuvent alors conduire les enfants vivant dans la pauvreté à adopter une vision étriquée, avec le risque qu'ils perdent finalement tout espoir²¹.

attitude négligente. Or, durant les premières années de vie, ce type de pratiques éducatives peut être source d'anxiété, de dépression et de problèmes comportementaux¹³. Par ailleurs, un lien a été établi entre la pauvreté – et la détresse qu'elle suscite chez les parents – et les expériences traumatiques de l'enfance, notamment la maltraitance et les abus sexuels¹⁴.

Le degré d'exposition à la pauvreté entre également en ligne de compte. De fait, plus l'enfant vit longtemps dans la pauvreté, plus les risques encourus en matière de santé mentale sont importants¹⁵. À titre d'exemple, les chercheurs de la Millennium Cohort Study au Royaume-Uni ont constaté que le risque d'apparition de troubles

mentaux chez les enfants ayant vécu dans la pauvreté en bas âge augmentait entre l'âge de 3 ans et de 11 ans¹⁶. En outre, les mères de ces derniers faisaient état d'une plus grande détresse psychologique, qui s'est elle aussi accentuée à mesure que leurs enfants grandissaient. De la même façon, une étude danoise a établi un lien entre l'exposition sporadique à la pauvreté durant l'enfance et les troubles du comportement, les problèmes psychosociaux et le stress au début de l'adolescence¹⁷.

Lorsque les contraintes associées à la pauvreté s'accumulent sans qu'un adulte prenne soin de l'enfant et le protège, le développement cognitif de ce dernier est alors mis en péril. Par conséquent, les enfants issus de

La pauvreté – et le fait d’en sortir – peuvent modifier les attentes des enfants et les aspirations nourries par les parents à leur égard. En Éthiopie, l’étude internationale Young Lives portant sur la pauvreté infantile a démontré que les aspirations exprimées par les enfants (et partagées par leurs parents) étaient en lien avec la pauvreté²². Parmi les participants, 84 % des enfants issus de la plus haute tranche de revenu avaient l’intention de faire des études à l’université, contre seulement 67 % des enfants dans les tranches les plus basses. Cette étude a également révélé que les aspirations étaient un facteur fiable de prédiction du niveau d’éducation atteint.

La pauvreté a par ailleurs une incidence sur la prise de décision à long terme. D’après des études, la précarité incite les jeunes à se concentrer sur la satisfaction de leurs besoins immédiats, une contrainte qui les conduit à réfléchir à court terme, à céder à l’impatience et à prendre des risques.

La santé mentale et le comportement des enfants et des jeunes dépendent aussi des possibilités qui leur sont offertes. À titre d’exemple, le tabagisme et la consommation d’alcool ont augmenté chez les adolescents appartenant à des minorités sous-représentées aux États-Unis à la suite du retrait d’une politique sociale qui permettait à bon nombre d’entre eux de faire des études universitaires²³. De la même façon, toujours aux États-Unis, un programme offrant des avantages sociaux aux adultes sans papier d’origine hispanique âgés de 19 à 50 ans s’est accompagné d’une baisse de la détresse psychologique²⁴.

Les inégalités de revenu jouent également un rôle psychologique et peuvent avoir des effets préjudiciables pour la santé mentale, la dépression étant la conséquence la plus fréquemment observée²⁵. Bien que les conclusions soient mitigées, il est possible que cet effet découle de l’anxiété d’obtenir un statut ou d’un

sentiment de défaite et de honte né de la comparaison entre groupes sociaux. Une autre théorie fait valoir que les inégalités de revenu érodent la confiance dans la société et nuisent aux interactions sociales, favorisant ainsi l’isolement, l’aliénation et la solitude²⁶. Si la plupart des études sur les inégalités de revenu et la santé mentale concernaient les adultes, certaines se sont néanmoins penchées sur le risque encouru à l’adolescence, un stade critique du développement où la confiance et l’appartenance au groupe sont essentielles pour se forger sa propre identité (voir chapitre 2).

Interventions possibles

La relation complexe entre pauvreté et problèmes de santé mentale exige des interventions multisectorielles tout aussi complexes afin de protéger et de promouvoir la santé mentale.

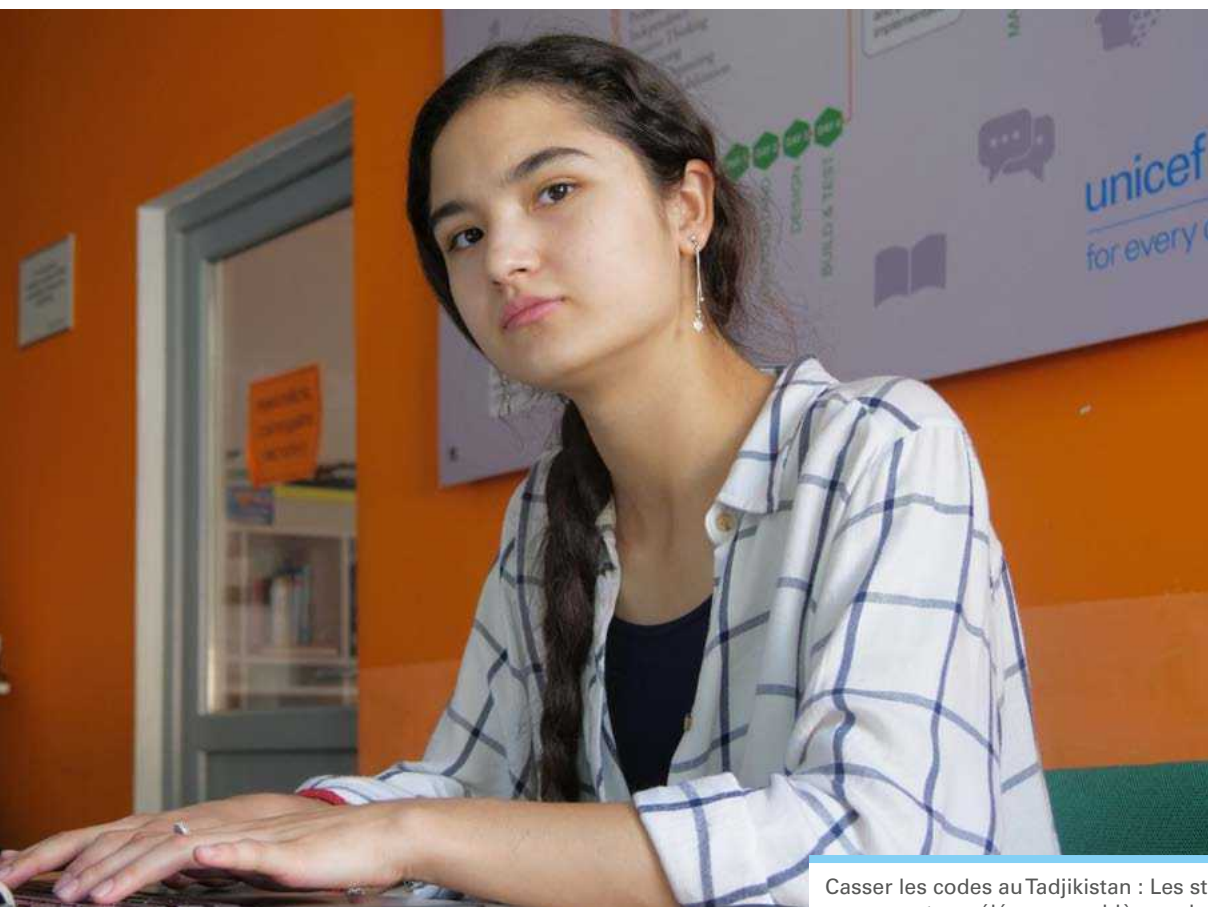
Les programmes d’assistance en espèces, par exemple, affichent des résultats prometteurs en matière de niveau d’éducation atteint, d’utilisation des services de santé, de sécurité alimentaire et de travail des enfants²⁷. À titre d’exemple, un programme de transferts monétaires sans conditions au Kenya a eu pour effet de réduire les symptômes de dépression chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, la plus forte baisse ayant été observée chez les hommes âgés de 20 à 24 ans²⁸.

Au Rwanda, le modèle Sugira Muryango (Strengthen the Family) a porté ses fruits grâce à une approche multisectorielle alliant un programme de développement de la petite enfance à un programme de protection sociale déjà en place²⁹, dans le but de réduire la violence familiale et d’inciter les pères à s’occuper davantage de leurs enfants et à jouer plus souvent avec eux.

Dans le cadre de cette intervention, des agents de proximité non spécialisés ont été formés pour rendre visite aux familles vivant dans l’extrême pauvreté afin d’aider les parents et

les personnes (hommes et femmes) ayant la charge d’enfants à adopter une approche axée sur les soins attentifs, la gestion des émotions et la résolution des problèmes³⁰. Une amélioration des pratiques a ainsi été observée, notamment en matière d’interactions parent-enfant, de soins réactifs et de nutrition. Par ailleurs, la violence au sein du couple et le recours aux pratiques éducatives violentes ont diminué, tout comme les cas d’anxiété et de dépression chez les personnes s’occupant d’enfants.





Casser les codes au Tadjikistan : Les stéréotypes liés au genre sont corrélés aux problèmes de santé mentale.
© UNICEF/UN0433581/Fazylova

Discrimination

La discrimination est, elle aussi, largement reconnue comme un facteur de risque en matière de santé mentale, même si le lien peut s'avérer complexe et d'autant plus difficile à comprendre qu'il faut tenir compte de l'interaction entre les multiples formes de discrimination ciblant les enfants et les jeunes – que ce soit en termes de genre, de race, de statut socioéconomique, d'orientation sexuelle ou de handicap.

La discrimination fondée sur le genre, par exemple, peut être exacerbée et plus stigmatisante en cas d'intersection avec des motifs liés à la race, à l'origine ethnique, au statut socioéconomique ou à l'identité sexuelle³¹. Autre cas de figure : les expériences de discrimination raciale peuvent varier en fonction du genre³². Si les travaux de recherche

sont mitigés et tributaires du contexte, les données probantes indiquent que la combinaison de ces facteurs de risque a souvent des effets aggravants sur la santé mentale et le bien-être³³. Il peut s'avérer utile, par ailleurs, de prendre en compte le recoupement entre les différentes formes de discrimination pour mettre en évidence les désavantages cumulés qui influent sur l'expérience vécue et la santé mentale³⁴.

Genre

S'il faut tenir compte de l'entrecroisement fréquent des différents motifs sur lesquels repose la discrimination, les chercheurs ont tenté d'explorer les effets sur la santé mentale de différentes formes de discrimination. Par exemple, les inégalités de genre et les normes sociales préjudiciables fondées sur

le genre peuvent se traduire par la définition de rôles et de responsabilités qui limitent les possibilités offertes, restreignent les comportements acceptés, mettent un frein aux attentes et répriment l'expression de soi. Or, toutes ces contraintes peuvent nuire à la santé mentale³⁵. Si, dans la plupart des sociétés, l'inégalité entre les genres pénalise les filles³⁶, les normes de genre n'en sont pas moins susceptibles d'affecter la santé mentale de tous. En effet, ces croyances enracinées déterminent le comportement ou le mode d'expression individuelle attendu d'un point de vue social³⁷. Variant d'une société, d'une communauté, voire d'un foyer à l'autre, elles peuvent conditionner la façon dont une personne est traitée, ainsi que l'autorité, les possibilités et les ressources dont elle peut ou non bénéficier³⁸.

Si les normes de genre peuvent avoir une incidence sur le développement de l'enfant avant même sa naissance, ces dernières deviennent généralement plus restrictives et plus enracinées à l'adolescence, puis à l'âge adulte.

C'est particulièrement le cas des normes relatives au genre féminin, qui restreignent davantage l'indépendance, la liberté de déplacement et l'éducation des adolescentes. En outre, le mariage des enfants et la violence liée au genre, ainsi que les attentes familiales et culturelles, peuvent limiter les possibilités offertes et constituer des obstacles importants à l'autodétermination. À la fin de l'adolescence, les stéréotypes restrictifs concernant le travail, l'éducation et la famille entravent parfois les ambitions naissantes et les perspectives d'avenir des jeunes femmes. La violence à l'égard des femmes, y compris au sein du couple, est par ailleurs susceptible de nuire à la santé physique et mentale.

À l'échelle du globe, par exemple, 5 % des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans et 19 % avant l'âge de 19 ans³⁹. D'après les données de 2018, 16 % des filles sont victimes d'actes de violence au sein du couple⁴⁰.

Le rôle des garçons, lui aussi, est déterminé par des normes de genre restrictives. Il arrive ainsi que les garçons, sous l'effet néfaste de certaines notions associées à la masculinité, soient incapables d'exprimer leurs émotions ou de solliciter de l'aide. Cette conception de la virilité peut également exercer une pression sur les garçons et les inciter à prendre des risques, à essayer des drogues et à faire preuve de violence.

Ces risques, qui transcendent souvent les sphères d'influence socioéconomiques, se manifestent dans le monde proche de l'enfant, le monde élargi de l'enfant et le monde extérieur. Si le mariage des enfants et la violence interpersonnelle, par exemple, découlent souvent de stéréotypes et

de normes culturelles sexospécifiques – de puissants déterminants sociaux de la santé mentale – ces pratiques sont également associées aux comportements et aux attentes de la famille et de la communauté⁴¹.

On constate également, à partir de l'adolescence, des différences entre les genres en matière de santé mentale, notamment dans le diagnostic des troubles associés. Les troubles d'intériorisation tels que l'anxiété et la dépression, par exemple, sont plus fréquemment diagnostiqués chez les filles, tandis que les problèmes de toxicomanie et de violence ont davantage tendance à s'observer chez les garçons⁴². Si la souffrance morale se manifeste souvent différemment chez les filles et chez les garçons⁴³, le risque de dépression (bien que faible) est le même pour les deux sexes avant la puberté. À partir de l'âge de 12 ans environ, les filles sont toutefois plus susceptibles d'être en proie à la dépression que les garçons⁴⁴.

Déterminer l'origine des écarts entre les genres concernant la détresse psychologique et la satisfaction dans la vie telles qu'elles sont déclarées, ainsi que les cas de dépression et de troubles anxieux, s'avère complexe. D'après une étude sur la santé mentale et le bien-être des adolescents menée en 2021 dans différents pays du monde entier, les filles font état d'une moindre satisfaction dans la vie et d'une plus grande détresse psychologique que les garçons. Toutefois, l'écart ainsi mesuré entre filles et garçons s'avère supérieur dans divers pays à revenu élevé comme la Finlande et la Suède, comparativement à certains pays à revenu plus faible. D'après les auteurs de ce rapport, cet écart plus important pourrait s'expliquer par le stress découlant de nouvelles attentes sexospécifiques contradictoires et par la frustration des filles face à la discrimination ou à d'autres obstacles qui entravent leur réussite dans des domaines dont les portes leur ont récemment été ouvertes⁴⁵.

« Les filles peuvent parler à leurs camarades et à leurs parents de ce qu'elles ressentent, alors que les garçons doivent tout garder pour eux », a raconté un participant du groupe destiné aux 15-19 ans en Jamaïque.



Lutter contre la stigmatisation : Au Rwanda, Christian, 18 ans, évoque ses nombreuses aptitudes.
© UNICEF/UN0375722/Rudakubana

ENCADRÉ 14.

L'avis des jeunes

Dans les 13 pays où la JHU a organisé des groupes de réflexion, les adolescents ont évoqué les effets des normes de genre sur leur santé mentale. Les garçons et les filles avaient des préoccupations différentes.

Les filles ont souvent abordé l'incidence des normes restrictives sur leur bien-être. Parmi les principaux thèmes figurait la pression sociale en matière d'apparence physique. Ces normes restrictives variaient selon le contexte.

En Égypte et en Jordanie, par exemple, les filles ont expliqué que les familles valorisent et font davantage confiance aux garçons. Elles ont parlé des restrictions de sortie et de liberté, et des jugements émis à la moindre interaction avec les garçons. Elles ont également fait part de leurs inquiétudes quant au mariage d'enfants et aux grossesses précoces.

Dans le groupe de discussion des 15-19 ans en Jordanie, une participante a déclaré : « [Je me sens] déprimée, car

je ne peux pas aller à l'école secondaire comme mes amies ». Pour elle, la famille est à l'origine du problème : « On ne nous donne pas la liberté de faire ce que nous voulons, on nous refuse tout, sous prétexte que "ce n'est pas convenable" pour une fille ».

Dans le groupe de discussion des 15-19 ans au Malawi, une participante a raconté que les familles comptent généralement sur les filles pour prendre en charge la plupart des tâches ménagères, ce qui suppose souvent d'abandonner l'école. « Ils disent "Comme on a un garçon, notre fille ne nous servira à rien plus tard." Donc ils confient toutes les tâches ménagères à leur fille et leur fils ne fait rien. »

Toutefois, les normes sociales déterminent également qu'il est plus acceptable de solliciter de l'aide en cas de problèmes de santé mentale quand on est une fille.

Dans les 13 pays concernés, les garçons et les filles ont évoqué l'incidence des

normes de genre néfastes en matière de masculinité. Selon leurs propos, la pression sociale veut que les garçons soient forts, impassibles, invulnérables et capables de se débrouiller seuls. Cette pression donnait moins lieu à des difficultés émotionnelles qu'à des problèmes comportementaux, tels que la violence, les agressions, la toxicomanie et les pratiques sexuelles à risque. Certains garçons ont également évoqué la pression de subvenir aux besoins de leur famille et l'appât de la criminalité pour remplir l'obligation ainsi perçue.

« Les filles peuvent parler à leurs camarades et à leurs parents de ce qu'elles ressentent, alors que les garçons doivent tout garder pour eux », a raconté un participant du groupe destiné aux 15-19 ans en Jamaïque.

ÉTUDE DE CAS

Bangladesh

Autonomisation et indépendance :
Des services de santé mentale
destinés aux adolescents

À 17 ans, Alia* avait déjà connu le deuil et l'instabilité.

Sa mère est morte quand elle avait 9 ans et son père s'est remarié. Celui-ci est décédé à son tour quand elle avait 16 ans, lui laissant la responsabilité de s'occuper de sa petite sœur.

Déterminée à poursuivre ses études, la jeune fille a trouvé un emploi de femme de ménage. Elle s'est également procuré des conseils et des informations dans un centre local de services de santé destinés aux adolescents, dans le quartier de Mirpur, à Dhaka.

Son rêve, et le rêve de sa mère mourante, était qu'elle puisse devenir une femme indépendante.

« Grâce au programme du centre, j'ai appris à m'exprimer, à surmonter mes difficultés et à demander de l'aide », témoigne Alia. « Peu importe la gravité de la crise, on peut résoudre n'importe quel problème

en parlant et en recevant l'attention nécessaire. »

Le programme de services de santé destinés aux adolescents a été fondé par le Directeur général de la planification familiale et l'UNICEF avec le soutien de l'Association bangladaise pour la prévention de l'avortement septique (BAPSA). Des services de santé destinés aux adolescents ont été déployés à grande échelle dans tout le pays avec le soutien du Ministère bangladais de la santé et de la protection de la famille. En tout, près de 1 240 programmes ont été mis en œuvre dans des établissements de santé. Si, à Dhaka, l'UNICEF et la BAPSA appuient six programmes de services de santé destinés aux adolescents, des organisations non gouvernementales soutiennent également d'autres programmes à Dhaka et dans tout le pays.

Les services de santé destinés aux enfants sont un programme de grande envergure doté d'une multitude d'objectifs. Ils fournissent aux adolescents

âgés de 10 à 19 ans des informations sur la santé menstruelle et procréative et la puberté. Ils leur proposent en outre un soutien psychosocial et des services de conseils individuels et collectifs. Ils incluent également des activités récréatives et culturelles ainsi que des formations à orientation professionnelle dans des domaines tels que l'informatique et la photographie.

Dans l'ensemble des districts du Bangladesh, les programmes de services de santé destinés aux adolescents aident généralement entre 2 000 et 3 000 adolescents tous les mois.

« Nous garantissons aux adolescents qu'il s'agit d'un espace sûr dans lequel ils peuvent s'exprimer librement », indique Mahamudul Hassan, conseiller d'un centre de services de santé destinés aux adolescents à Dhaka. « Nous les rassurons sur le fait que nous traiterons toutes leurs questions dans la plus stricte confidentialité. »



Autonome : Alia, 17 ans, a trouvé du soutien et concrétisé son rêve de mener une vie indépendante.
© UNICEF/UN0470727/Akhter VII Photo

Durant la pandémie de COVID-19, le programme de services de santé destinés aux adolescents s'est adapté aux directives de distanciation physique en proposant des sessions sur les toits des immeubles, dans les champs, dans des cours extérieures et par téléphone ou en vidéo.

« Entre l'isolement prolongé et l'interruption de leurs interactions sociales avec leurs amis et la communauté, les adolescents ont souffert de dépression et d'épuisement », indique Mou Juliet, conseillère du programme. « Nos services de conseils les ont aidés à gérer cette situation, à mieux communiquer avec leur famille et à rester motivés durant cette période éprouvante. »

Le programme s'est également adressé aux parents et aux communautés afin de les sensibiliser à la santé sexuelle et procréative et à la santé mentale des adolescents – brisant ainsi le silence et luttant contre le manque d'informations.

« Grâce aux conseils qu'elle a reçus dans le cadre du programme, ma fille a développé les compétences dont elle avait besoin pour s'attaquer à des problèmes qui nuisaient à son bien-être psychologique », affirme Minu Alam. Sa fille, Sharmin Akhter Eti, 19 ans, fait désormais partie des jeunes animateurs du centre de services de santé destinés aux adolescents du quartier d'Azimpur, à Dhaka.

« Elle arrive même à discuter avec moi ou avec d'autres adultes et à dissiper un grand nombre de nos confusions et de nos idées reçues. »

En effet, les jeunes animateurs, garçons et filles, jouent un rôle vital dans les programmes de services de santé destinés aux adolescents, car ils viennent en aide à d'autres adolescents dans les centres et échangent avec des membres de leur famille et de leur communauté. Le fait de devenir un jeune animateur a aidé Mohammad

Shohan, 18 ans, à gagner de la crédibilité auprès des membres de sa famille. Il peut ainsi leur fournir des informations, des conseils et un soutien.

« Le programme de services de santé destinés aux adolescents a contribué à briser les tabous sociaux [...] que nous véhiculons sur le développement des adolescents », affirme le jeune homme. « Cela m'a donné confiance en moi [...] et m'a permis de parler de ces sujets avec assurance. »

Une fois ses examens du secondaire terminés, Alia est aussi devenue jeune animatrice bénévole.

Et elle a déjà atteint un objectif de taille : elle vit seule avec sa petite sœur de 15 ans, Shima, et elles ne dépendent de personne.

* Nous n'avons pas communiqué le nom de famille d'Alia afin de protéger son identité. Nous nous sommes entretenus avec elle à Dhaka en avril 2021.

Racisme

Le racisme a un effet profond, enraciné et généralisé sur la santé mentale des enfants et des jeunes. Dans bien des cas, ce lien s'explique par le stress accru, la stigmatisation et la discrimination que les enfants et les jeunes subissent au quotidien.

De manière générale, le racisme expose les enfants et les jeunes à la discrimination, au risque d'être défavorisés, aux préjugés, aux stéréotypes, aux microagressions et à l'exclusion sociale pour des motifs de race ou d'origine ethnique⁴⁶. En plus de dévaloriser la victime et de la rendre impuissante, le racisme peut lui interdire l'accès aux ressources ou aux opportunités⁴⁷. Qu'il se manifeste directement ou indirectement, le racisme nuit gravement à la santé mentale et au bien-être des enfants⁴⁸.

La lutte contre le racisme et l'élimination des causes profondes de discrimination jouent un rôle essentiel dans la protection de la santé mentale d'un grand nombre d'enfants et de jeunes.

D'après la recherche, le racisme agit sur la santé mentale de multiples façons : il a des répercussions sur les résultats scolaires des enfants et des adolescents, nuit à leur fonctionnement cognitif et à leur estime personnelle, et limite leur accès aux soins de santé. Il est également susceptible d'induire des symptômes tels que troubles du

sommeil, solitude, dépression, anxiété ou détresse, et d'augmenter les taux de toxicomanie ou de délinquance⁴⁹.

Le fait d'être victime de racisme peut avoir des répercussions en chaîne au sein des familles et des communautés, en causant un transfert du traumatisme vécu par un adulte chez l'enfant dont il s'occupe, par exemple⁵⁰. Enfin, la discrimination raciale a tendance à aggraver la stigmatisation associée aux maladies mentales⁵¹.

Si les degrés d'exposition au racisme sont susceptibles de varier au cours de la vie, les répercussions sur la santé mentale peuvent être encore plus graves durant les périodes sensibles du développement d'un enfant⁵², en sachant que les plus jeunes s'avèrent particulièrement vulnérables⁵³. Au fil du temps, le stress chronique qu'engendre un racisme persistant peut ainsi accroître le risque de souffrir plus tard de problèmes de santé mentale⁵⁴.

Le racisme peut également peser dans le diagnostic des troubles de santé mentale. Aux États-Unis, par exemple, les enfants blancs sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de TDAH, tandis que les enfants issus des communautés noires et hispaniques seront davantage jugés comme ayant un comportement perturbateur, en conséquence de quoi leurs trajectoires de prise en charge seront très différentes⁵⁵.

En conclusion, la lutte contre le racisme et l'élimination des causes profondes de discrimination jouent un rôle essentiel dans la protection de la santé mentale d'un grand nombre d'enfants et de jeunes⁵⁶.

Handicap

Loin de constituer un groupe homogène, les enfants et les jeunes handicapés présentent un vaste éventail de profils déterminés en fonction de leur race, leur identité de genre, leur langue, leur religion,

leur origine ethnique ou leur statut économique, entre autres⁵⁷.

Et bien trop souvent, ils sont victimes de discrimination croisée fondée sur ces multiples facteurs.

En cas de handicap psychosocial, la discrimination peut se manifester dans plusieurs sphères d'influence. Ainsi, les enfants et les jeunes concernés sont confrontés, d'une part, à la discrimination de leurs camarades et du monde qui les entoure et sont souvent victimes, d'autre part, de pratiques généralisées telles que la mise à l'écart des autres enfants et jeunes, la médicalisation excessive et le placement en institution, sans compter les risques de violence et de maltraitance dans ces établissements.

Éliminer ces formes de discrimination impose d'adopter un modèle des droits humains qui reconnaisse les recoupements existant entre les différentes formes de discrimination et la complexité qui en résulte et offre une solution au cas par cas, en tenant compte de l'intérêt supérieur et du point de vue de l'enfant.

Communauté lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre, queer/en questionnement et autre (LGBTQ+)

Les enfants et les jeunes d'orientation sexuelle et d'identité de genre variantes se heurtent à d'importantes formes de discrimination croisée qui leur ferment des portes et les exposent à la violence⁵⁸.

Une situation qui peut augmenter les risques pour leur santé mentale.

D'après un rapport de 2020 fondé sur la Millennium Cohort Study au Royaume-Uni, par exemple, les jeunes de la communauté LGBTQ+ âgés de 14 ans étaient cinq fois plus susceptibles de présenter des symptômes de dépression et de s'automutiler que

leurs camarades hétérosexuels⁵⁹. L'intimidation, la victimisation, l'inactivité physique, les restrictions alimentaires, la non-acceptation de l'apparence physique et la consommation de drogues étaient aussi plus courantes. En outre, ces jeunes âgés de 14 ans faisaient état d'une moindre satisfaction dans la vie et d'une estime personnelle inférieure, et déclaraient avoir des liens moins étroits avec les personnes qui s'occupent d'eux.

Ces risques n'existent pas uniquement au Royaume-Uni. Une méta-analyse portant sur la santé mentale des jeunes LGBTQ+ a révélé des taux élevés de tentative de suicide, d'anxiété et de dépression⁶⁰. Les cas de dépression, en particulier, étaient associés à l'intimidation, au rejet familial, aux crimes de haine⁶¹, à l'oppression intériorisée, au stress engendré par la dissimulation et la gestion d'une identité stigmatisée et à des mécanismes d'adaptation mal adaptés⁶². En outre, les jeunes LGBTQ+, en particulier les garçons, s'avèrent plus exposés au risque de victimisation à l'école, avec des répercussions potentielles sur leur scolarité, leur santé et leur développement⁶³. Les jeunes ayant une identité non binaire, par ailleurs, sont susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale plus graves, de bénéficier d'un moins bon soutien social et de courir davantage le risque d'être victimes de maltraitance et de victimisation⁶⁴.

Groupes autochtones

Partout dans le monde, des groupes autochtones sont également confrontés à la discrimination et aux risques qu'elle engendre pour la santé mentale⁶⁵. En Nouvelle-Zélande, par exemple, une corrélation a été établie entre les cas de suicide et de dépression et la discrimination raciale subie par les jeunes maoris⁶⁶. En Australie, les enfants autochtones victimes de racisme à l'école étaient plus susceptibles de présenter des problèmes émotionnels et des troubles

du comportement⁶⁷. En Suède, une enquête menée auprès d'enfants du peuple sami a révélé une diminution du sentiment de bien-être en grandissant⁶⁸.

De manière plus générale, un examen systématique de diverses études menées dans 30 pays et territoires a constaté en 2018 que les taux de suicide étaient plus élevés chez de nombreuses populations adultes autochtones qu'au sein des populations non autochtones. À Taïwan et en Alaska, certains groupes autochtones enregistraient des taux de suicide jusqu'à sept fois supérieurs à ceux observés chez les populations non autochtones, mais c'est au Brésil et au Canada que les plus fortes disparités ont été constatées, avec des taux 20 fois plus élevés chez les groupes autochtones qu'au sein des populations non autochtones⁶⁹.

Interventions possibles

Pour lutter contre les problèmes de santé mentale découlant de l'interaction entre différentes formes de discrimination, il faut le plus souvent commencer par comprendre les problématiques à l'œuvre, puis intervenir dans l'optique d'éliminer cette discrimination.

À titre d'exemple, la mise en œuvre de mesures contre les normes de genre peut contribuer à mobiliser les adolescents et les jeunes et à renforcer leur autonomie, offrant ainsi un puissant outil de promotion de la santé mentale. En 2019, un examen des initiatives visant à réduire les inégalités de genre a constaté un lien entre ces programmes et des améliorations de la santé chez les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans. D'après cette étude, dix des programmes avaient le potentiel de faire évoluer les normes de genre⁷⁰. Tous avaient en commun les quatre facteurs suivants : une collaboration intersectorielle, une collaboration avec différents types de parties prenantes, une mise en œuvre diversifiée et une priorité axée sur la participation sociale et l'autonomisation.

La lutte contre les problèmes de santé mentale chez les jeunes passe aussi par le renforcement du sentiment d'appartenance à une minorité et de l'importance qu'ils y accordent. Par exemple, des études montrent que les peuples autochtones du Canada peuvent améliorer leur résilience en renouant un lien avec la langue, la culture et les récits de leurs ancêtres et en participant activement à la défense des affaires autochtones⁷¹.

Chez les enfants et les jeunes ayant un handicap psychosocial, les efforts axés sur l'estime personnelle et la lutte contre l'autostigmatisation ont également contribué à lutter contre les effets de la discrimination. En parallèle, l'optimisme des personnes s'occupant d'eux et leur confiance dans les aptitudes de l'enfant ont fait rempart à l'autostigmatisation⁷².

Par ailleurs, les systèmes de prise en charge de la santé mentale doivent tenir compte de l'entrecroisement des formes de discrimination et de son effet chez les personnes concernées⁷³. À titre d'exemple, des lignes directrices récentes visant à lutter contre le racisme dans la prestation des soins de santé mentale appellent les praticiens à se sensibiliser eux-mêmes aux questions de discrimination, de microagression et de profilage racial et à s'informer des répercussions potentielles de ces pratiques sur la santé mentale, ainsi qu'à mener une évaluation complexe des besoins du patient d'un point de vue culturel, à prescrire un traitement médicamenteux en dernier recours uniquement et à mettre en place une approche thérapeutique individualisée et culturellement adaptée en tenant compte des problèmes liés au racisme.

Crises humanitaires

En 2021, près de 235 millions de personnes dans le monde ont eu besoin d'une aide humanitaire dans le cadre d'une crise telle qu'une guerre, une catastrophe, un déplacement ou une épidémie⁷⁴. Bien trop souvent, les enfants se retrouvent en première ligne : en 2018, 415 millions d'entre eux ont exposés au stress et au traumatisme qu'engendrent ces situations⁷⁵.

L'effet des crises humanitaires sur la santé mentale des enfants et des jeunes repose sur une combinaison complexe de risques dont les répercussions potentielles varient d'un enfant à l'autre. Par exemple, certains enfants auront une réaction affectant modérément leur santé mentale et leur fonctionnement, malgré une exposition massive à la violence⁷⁶, tandis que d'autres ressentiront une souffrance extrême et durable.

Troubles complexes

Les enfants et les familles plongés au cœur d'une crise humanitaire n'en conservent pas moins leurs antécédents en matière de soins et de protection, d'insécurité ou de traumatismes. Se focaliser sur un seul événement traumatisant (guerre, déplacement, catastrophe) risque alors d'occulter le spectre des expériences qui façonnent leur santé mentale.

La pauvreté, par exemple, fait souvent partie du vécu des enfants et des jeunes en situation de crise humanitaire. Certains n'ont jamais connu autre chose. D'autres ont vu leur famille basculer dans la précarité à la suite d'un déplacement.

En situation de crise, il arrive que le fonctionnement des écoles soit perturbé, que certains membres de la famille partent ou arrivent, et que les enfants perdent leurs parents ou soient séparés des personnes qui

s'occupent d'eux. Ces changements sont de nouvelles sources de stress et aggravent les contraintes existantes, telles que la violence familiale et les difficultés économiques. Dans les environnements mis en place pour répondre aux situations de crise humanitaire, comme les camps et les zones de réinstallation de réfugiés par exemple, la routine est rapidement bouleversée, ce qui ajoute au stress et aux conditions de vie déjà éprouvantes.

L'âge et le stade du développement d'un enfant ou d'un jeune peuvent également modifier sa réaction aux situations de stress. Par exemple, une étude systématique menée chez des enfants âgés de 0 à 6 ans exposés à la guerre a recensé des symptômes de stress post-traumatique et de dépression, des troubles du sommeil, des altérations dans la façon de jouer et des symptômes psychosomatiques comme les maux de ventre. Chez les adolescents, le stress post-traumatique, la dépression, l'agressivité, l'anxiété et les troubles du sommeil étaient prévalents⁷⁷.

Les événements particuliers que vit chaque enfant ou adolescent lors d'une crise peuvent également avoir des conséquences diverses sur sa santé mentale⁷⁸. Le fait de perdre un être cher, de subir des blessures et d'être témoin ou victime d'un événement traumatisant peut avoir une issue différente selon les cas, en sachant que l'accumulation de telles épreuves risque d'en décupler les effets sur la santé mentale⁷⁹. On observe ainsi une courbe dose-effet : plus l'exposition est importante, plus la santé mentale est menacée. De fait, l'exposition chronique aux situations de conflit a été corrélée à une augmentation des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux⁸⁰.

Par ailleurs, les enfants ayant ce type d'antécédents voient souvent leurs symptômes exacerbés lorsqu'ils se

L'effet des crises humanitaires sur la santé mentale des enfants et des jeunes repose sur une combinaison complexe de risques dont les répercussions potentielles varient d'un enfant à l'autre.

trouvent en situation de crise ou dans un contexte fragile. À titre d'exemple, l'exposition aux catastrophes a été associée à l'aggravation des troubles anxieux et à l'apparition de phobies, de troubles paniques, d'une angoisse de la séparation et d'une anxiété généralisée.

La santé mentale et le bien-être des enfants et des jeunes peuvent pâtir des effets directs, mais aussi indirects, d'un conflit, notamment de la défaillance des services et des systèmes de santé, d'éducation ou d'approvisionnement en eau et d'assainissement⁸¹. Bon nombre de ces effets se font sentir sur plusieurs générations et ont des conséquences à long terme sur la santé mentale. C'est pourquoi il est essentiel de se concentrer également sur les interventions en matière de santé mentale dans le cadre des efforts visant à mieux reconstruire au lendemain des conflits ou des crises.



En déplacement : Des enfants réfugiés et migrants dans un centre d'accueil temporaire en Grèce.
© UNICEF/UNI375433/Canaj/Magnum Photos

ENCADRÉ 15.

La santé mentale chez les enfants migrants

Les souvenirs sont encore douloureux pour ce jeune migrant éthiopien de 18 ans⁸².

« Je n'oublierai jamais les épreuves que j'ai traversées », raconte-t-il. « Les mots me manquent pour exprimer à quel point je me suis senti seul et désespéré. »

À l'échelle du globe, près de 41 millions de migrants sont âgés de moins de 20 ans⁸³. Leurs motivations sont diverses : certains sont en quête d'opportunités ou souhaitent rejoindre des membres de leur famille ; d'autres fuient la violence et la persécution. Quelle que soit la raison de leur départ, nombreux sont ceux dont la santé mentale et le bien-être ont été profondément affectés par cette expérience.

Dans la Corne de l'Afrique, où ce jeune homme de 18 ans a été interrogé en 2019, la plupart des enfants et des jeunes migrants n'ont pas quitté leur région d'origine⁸⁴. Leurs expériences s'avèrent complexes et s'accompagnent d'effets à la fois positifs et négatifs sur leur bien-être, comme l'illustre le rapport *Reimagining*

Migration Responses: Learning from children and young people who move in the Horn of Africa, publié en 2021 par le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF.

Fruit d'enquêtes menées auprès d'enfants et de jeunes migrants âgés de 14 à 24 ans vivant dans des camps de déplacés et de réfugiés, des régions frontalières et des zones urbaines, ce rapport souligne qu'une telle expérience peut engendrer du stress et de l'anxiété et causer des traumatismes chez de nombreux enfants et jeunes migrants à des stades critiques de leur développement.

Outre les épreuves du voyage, les enfants et les jeunes migrants ont fait état d'une exposition régulière à certains facteurs de stress extrême au sein de leur communauté d'origine et de leur communauté d'accueil, parmi lesquels figuraient la persistance de désavantages juridiques et matériels et l'exclusion sociale et financière.

Les enfants et les jeunes migrants interrogés dans le cadre de cette étude

ont déclaré se sentir très anxieux, souffrir d'isolement et craindre l'exploitation et la maltraitance. Ils ont déploré la dissolution de leurs réseaux de soutien communautaire et familial pendant leur déplacement, l'interruption de leur éducation, le sentiment permanent de manquer d'indépendance et l'absence de possibilités de carrière viables. Ils ont également été victimes de stigmatisation, de marginalisation et de négligence – autant de facteurs qui, après les avoir conduits à quitter leur foyer, sont restés des obstacles à leur intégration dans les communautés où ils se sont installés.

Néanmoins, les récits de ces enfants et de ces jeunes témoignent aussi de leur résilience, de leur capacité d'adaptation face à l'incertitude et de leur détermination à poursuivre leurs rêves d'un avenir meilleur à travers la migration.

ÉTUDE DE CAS

Mexique

Donner un sens à la tristesse : Protéger la santé mentale des enfants migrants non accompagnés

Quand elle est arrivée au refuge, María a d'abord ressenti de la tristesse*. Elle ne pensait pas terminer son périple dans ce lieu et avait vécu de nombreuses mésaventures sur le chemin.

En novembre 2020, l'ouragan Eta a dévasté son pays natal, le Honduras, tuant ses parents et la laissant orpheline. Alors âgée de 16 ans, la jeune fille a tout quitté dans l'idée de rejoindre de la famille aux États-Unis.

Les espoirs de María se sont évanouis quand elle a été arrêtée par des agents de l'immigration à proximité de la frontière entre le Guatemala et le Mexique. De là, elle a été transférée à l'Albergue Temporal para Niñas y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados, un refuge temporaire pour les filles et les adolescentes migrantes séparées de leur famille ou non accompagnées.

Financé par le Gouvernement du Mexique, ce refuge de 29 lits situé à

Tapachula fonctionne avec le soutien de l'UNICEF et est géré par la municipalité locale. Il répond aux besoins essentiels des pensionnaires en leur fournissant nourriture, hébergement et sécurité ainsi qu'un soutien psychologique tandis que les agents du refuge évaluent leur situation afin de voir s'il est possible de les réunir avec des membres de leur famille. Durant leur séjour, qui peut officiellement durer jusqu'à 45 jours, les filles sont tenues de rester dans le refuge.

« Des études ont montré que les enfants souffrent de stress lorsqu'ils sont confinés dans un seul espace et qu'ils sont enfermés », affirme Adriana Arce, Responsable du bureau extérieur de l'UNICEF à Tapachula. « Ils souffrent également de stress durant leur périple, quand ils migrent d'un pays à l'autre. Ces situations génératrices de stress et d'anxiété peuvent provoquer des problèmes de santé mentale. »

Outre les difficultés rencontrées sur le chemin, de nombreuses pensionnaires ont fui des dangers chez elles, explique Montserrat García Lozano, Directrice du refuge. Certaines ont été victimes d'abus, de la violence des gangs et de la traite des êtres humains. Certaines filles, à l'instar de María, ont migré seules, contraintes de tout quitter en raison de catastrophes naturelles et des effets des changements climatiques. Elles sont bien trop nombreuses à arriver au refuge avec un bagage qui, sans le soutien d'un adulte bienveillant, peut générer un stress toxique – et mettre gravement en péril leur développement et leur santé mentale.

L'UNICEF aide l'Albergue Temporal para Niñas y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados à renforcer son programme de soins complets centré sur l'enfant. Les interventions incluent le renforcement de la résilience et le développement de compétences de la vie courante, ainsi que l'organisation



Fabrication de masques : Ce matériel est destiné à une activité de soutien psychosocial dans un foyer accueillant de jeunes migrantes non accompagnées au Mexique.
© UNICEF/UN0436866/Guerrero VII Photo

d'activités psychosociales grâce à la récréation et au sport.

« Leurs droits, leur résilience, leur estime de soi et le pouvoir de diriger leur vie voyagent avec elles », indique Ana Cecilia Carvajal, chargée de superviser le soutien psychosocial fourni par les partenaires de l'UNICEF sur le terrain. « Notre objectif est de leur apporter du soutien, de leur rappeler leur valeur et de les aider à penser de manière positive. »

Le refuge temporaire comporte deux niveaux ainsi qu'une petite zone de restauration extérieure et un jardin. Les dortoirs et la salle de classe se trouvent au premier étage. Le rez-de-chaussée abrite les bureaux du personnel ainsi qu'une salle pour les bébés. En mars 2021, durant le séjour de María, 18 autres filles et quatre bébés vivaient dans le refuge. Assise dans la salle de classe, les fenêtres inondées de soleil, María nous raconte son histoire et

son expérience à l'Albergue Temporal para Niñas y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados. Elle s'exprime avec assurance et regarde les adultes et ses pairs droit dans les yeux.

Durant son séjour, María a mis un point d'honneur à suivre les cours et a appris à gérer son stress et à réguler ses émotions, explique-t-elle. Elle a pris conscience de ses droits. Malgré la tristesse, sa foi l'a aidée à garder espoir et à rester concentrée sur l'avenir, indique-t-elle.

« Parfois, on apprend beaucoup de choses même si on ne sait pas pourquoi Dieu nous a mis sur ce chemin », affirme-t-elle.

*Le prénom a été modifié afin de protéger l'identité de María. Nous nous sommes entretenus avec elle en mars 2021 à l'Albergue Temporal para Niñas y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados.



Coup de main : En Équateur, l'enseignant Luis Carlos Anchico aide Brithany, 11 ans, à apprendre ses leçons pendant le confinement.
© UNICEF/UN0490148/Kingman

La pandémie de COVID-19 et la santé mentale

Si les enfants semblent avoir échappé aux pires effets de la COVID-19 sur la santé physique, cette pandémie n'en a pas moins bouleversé leur vie et causé de vraies inquiétudes pour leur santé mentale et leur bien-être.

À l'échelle du globe, au moins un enfant sur sept a été directement soumis à des mesures de confinement⁸⁵. Par ailleurs, plus de 1,6 milliard d'enfants ont été privés d'éducation et parmi eux, au moins 463 millions n'ont bénéficié d'aucun moyen d'apprentissage à distance⁸⁶. En juillet 2021, soit plus de 18 mois après l'avènement de cette crise, deux enfants sur cinq vivant en Afrique de l'Est et en Afrique australe étaient déscolarisés en raison de la pandémie, selon les estimations de l'UNICEF⁸⁷. À la suite des fermetures d'écoles, ces enfants ont ainsi dû abandonner leur routine réconfortante ponctuée d'activités pédagogiques et sportives, de loisirs, de relations amicales et d'occasions de développement social et émotionnel.

« Vous ne vous en rendez pas compte, mais le confinement à la maison est plus difficile à vivre quand on fait des études », a déclaré une jeune participante suisse au sein du groupe de réflexion des 15-19 ans organisé par la JHU. « Même si on se dit qu'on va étudier, l'aspect social est extrêmement important pour nous et joue beaucoup sur notre humeur. »

Son expérience a trouvé écho chez un garçon vivant aux États-Unis : « J'ai l'impression de ne tirer aucun bénéfice de cet [enseignement en ligne]. J'ai beaucoup de mal à me motiver pour travailler », explique-t-il.

Si beaucoup d'enfants et d'adolescents ont pu compter sur leur famille pour compenser partiellement ce déficit d'éducation et d'apprentissage, les fermetures d'établissements scolaires ont accentué la pression pesant sur les personnes ayant la charge d'enfants, au détriment de leur santé mentale et de leur bien-être.

La pandémie a porté un coup supplémentaire aux enfants souffrant de problèmes de santé mentale particuliers. D'après l'OMS, les services de santé mentale prenant en charge les enfants et les adolescents ont subi des perturbations dans plus de deux tiers des 130 pays à l'étude, tandis que les services de santé mentale en milieu scolaire ont été perturbés dans près de quatre pays sur cinq⁸⁸.

Il faut ensuite évoquer les effets à long terme. Après des années de progrès, la pandémie a entraîné une hausse brutale du nombre d'enfants touchés par la pauvreté monétaire⁸⁹. D'après les estimations de l'UNICEF et de Save the Children, jusqu'à 142 millions d'enfants supplémentaires auraient basculé sous le seuil national de pauvreté de leur pays en 2020. Autrement dit, près de deux enfants sur cinq dans le monde vivent dans la pauvreté⁹⁰.

Il est par ailleurs probable que l'incertitude économique et la perte de revenu entraînent une hausse des



Si beaucoup d'enfants et d'adolescents ont pu compter sur leur famille pour compenser partiellement ce déficit d'éducation et d'apprentissage, les fermetures d'établissements scolaires ont accentué la pression pesant sur les personnes ayant la charge d'enfants, au détriment de leur santé mentale et de leur bien-être.

mariages précoces. Ainsi, jusqu'à 10 millions de filles supplémentaires courent le risque d'être mariées durant leur enfance au cours de la prochaine décennie⁹¹. La malnutrition s'est elle aussi aggravée et les voyants sont au rouge : 9,3 millions d'enfants supplémentaires pourraient souffrir d'émaciation d'ici à fin 2022⁹². Enfin, on estime qu'au moins 1,5 million d'enfants ont perdu des parents ou des grands-parents avec lesquels ils vivaient, ce qui les expose à un risque accru de maltraitance et de placement en institution⁹³.

En outre, la pandémie a fait naître des inquiétudes particulières concernant la santé mentale de certains groupes vulnérables dans des pays marqués par les conflits et les déplacements forcés.

En Colombie, par exemple, une étude longitudinale a constaté une dégradation significative de la santé mentale maternelle au début de la pandémie chez les populations déplacées dans leur propre pays. Cette situation reflétait une augmentation de l'anxiété, de la dépression et du stress parental⁹⁴. D'après des entretiens réalisés par World Vision et War Child Holland dans six pays touchés par des conflits, 57 % des enfants avaient besoin de services de santé mentale et de soutien psychosocial en raison de la pandémie et des mesures de confinement⁹⁵. Cette proportion atteignait 70 % parmi les enfants réfugiés et déplacés.

Préoccupations en matière de santé mentale

Il faudra de nombreuses années pour mesurer pleinement la matérialisation de ces risques pesant sur la santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes qui s'occupent d'eux. L'ampleur des répercussions sera d'ailleurs très difficile à évaluer.

Le même problème se pose déjà à l'heure de déterminer les effets directs à court terme de la pandémie sur la

santé mentale. Importante source de spéculation, cette question a été très médiatisée et a fait l'objet de nombreuses études universitaires⁹⁶. Toutefois, comme le présent rapport le souligne à maintes reprises, la collecte de données permettant un suivi régulier de la santé mentale des enfants et des adolescents est très insuffisante. Par conséquent, il s'avère extrêmement difficile de comparer les résultats en matière de santé mentale avant la pandémie et après son avènement. Les études ont également eu tendance à s'appuyer sur l'autodéclaration (par les enfants eux-mêmes ou par leurs parents) et non sur une évaluation diagnostique réalisée par des professionnels qualifiés.

Ce sont autant de difficultés dont il faut tenir compte en amont.

En gardant à l'esprit ces réserves, quelles sont les conclusions tirées quant aux effets de la pandémie sur la santé mentale des enfants et des adolescents ? Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF a passé rapidement en revue diverses publications s'intéressant principalement aux adolescents et émanant pour la plupart d'un petit nombre de pays, à savoir les États-Unis, la Chine et l'Italie. Le rapport en découlant, *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*, a été publié en 2021.

Dans l'ensemble, cet examen constate que la pandémie a bel et bien contribué à l'augmentation des taux de dépression, même si les symptômes observés dans la plupart des études sont restés légers à modérés. L'irritabilité et la colère, ainsi que l'anxiété, étaient également en hausse chez les enfants. Dans le cadre d'une étude menée début 2020, par exemple, plus d'un tiers des adolescents chinois ont fait état de symptômes d'anxiété, soit une proportion nettement supérieure à ce qu'on pouvait attendre dans ce groupe d'âge⁹⁷.

Les mêmes sentiments d'anxiété et de dépression ont été exprimés dans les groupes de réflexion.

« Ça me rend triste quand je pense à toutes les personnes qui sont mortes à cause de cette maladie, et ça m'inquiète quand j'entends que le nombre de cas augmente », a déclaré un participant au groupe des 10-14 ans en République démocratique du Congo. En Égypte, une fille de la même tranche d'âge a expliqué : « On a peur pour notre famille et nos amis. Je ne m'inquiète pas seulement pour moi, mais aussi [pour] toutes les personnes dans mon entourage. »

Néanmoins, tous les enfants ne sont pas touchés de la même façon.

Les enfants et les adolescents courant les plus grands risques en matière de santé mentale étaient issus de familles défavorisées et présentaient des troubles mentaux préexistants ou avaient subi des expériences traumatiques durant l'enfance. La réaction observée différait également entre les garçons et les filles : les filles couraient davantage le risque de présenter des symptômes de dépression, des troubles anxieux et des problèmes comportementaux, tandis que les garçons étaient plus exposés au risque de toxicomanie⁹⁸.

Au Malawi, un participant aux groupes de réflexion de la JHU dans la tranche des 16-19 ans a déclaré : « Les jeunes n'en pouvaient plus que la date de réouverture des écoles soit sans cesse repoussée, alors ils se sont mis à boire de la bière. » Aux dires d'une participante parmi les adolescents plus jeunes, « beaucoup de camarades sont tombées enceintes... et beaucoup ont abandonné l'école ».

Il convient néanmoins de noter, même si cet effet est passé plus inaperçu, que la pandémie a amélioré le niveau de satisfaction dans la vie d'un certain nombre d'enfants et de familles qui ont été soulagés de la pression liée à

l'école ou ont eu l'occasion de passer plus de temps ensemble. D'après une étude menée en Chine, par exemple, environ un cinquième des élèves se sont déclarés plus satisfaits dans la vie pendant la fermeture de leur établissement scolaire⁹⁹. En Italie, environ la moitié des parents ont constaté des changements positifs dans la relation qu'ils entretiennent avec leurs enfants¹⁰⁰.

De fait, la famille – y compris les pratiques parentales positives et les possibilités de dialogue avec les parents et d'autres proches – s'est avérée un facteur clé de protection pour beaucoup d'enfants, qui ont ainsi bénéficié d'un soutien plus que nécessaire et acquis une meilleure résilience. Parmi les facteurs bénéfiques figuraient également l'activité physique, les liens amicaux, le maintien des rituels quotidiens et, chez certains jeunes, l'engagement civique (*voir encadré 16. L'effet COVID ?*)¹⁰¹.

Une source de résilience

À l'image du rapport *Life in Lockdown*, diverses études ont passé en revue les travaux de recherche réalisés dans différents pays. Parmi elles, une méta-analyse publiée en août 2021 dans *JAMA Pediatrics* a été largement relayée. D'après les résultats issus de 29 études couvrant quelque 80 000 enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans dans le monde entier¹⁰², la proportion des cas de dépression et d'anxiété généralisée cliniquement significatifs a doublé depuis le début de la pandémie, un jeune sur quatre souffrant de dépression et un jeune sur cinq présentant des troubles anxieux. Cette méta-analyse révèle par ailleurs des taux supérieurs d'anxiété et de dépression chez les filles et les jeunes femmes et des taux supérieurs de dépression (mais pas d'anxiété) chez les enfants plus âgés. Ce constat peut découler, entre autres facteurs, des effets de l'isolement sur un groupe d'âge très dépendant de la socialisation entre pairs.

D'autres études s'intéressant à la santé mentale de la population générale ont également fourni quelques éclairages concernant la santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes qui s'occupent d'eux. C'est notamment le cas de l'examen à venir d'études de haute qualité réalisé par le groupe de travail sur la santé mentale de la Commission COVID-19 de la revue *The Lancet* (COVID-19 Commission Mental Health Task Force). Cette étude soulève d'importantes préoccupations quant à la santé mentale des personnes s'occupant d'enfants. Elle souligne en effet que les jeunes femmes, notamment celles appartenant au groupe des 18-24 ans et les jeunes mères ayant des enfants âgés de moins de 5 ans, ont subi la plus forte dégradation sur ce plan.

Dans l'ensemble, toutefois, l'étude conclut sur une note relativement optimiste en constatant qu'après une hausse de la détresse psychologique durant les premiers mois de la pandémie, les niveaux pré-pandémie étaient pratiquement rétablis mi-2020. « Nous avons été surpris de constater la facilité avec laquelle un grand nombre de personnes ont surmonté les défis psychologiques posés par cette pandémie », écrivent les auteurs. « Les gens ont une plus grande résilience qu'ils le pensent¹⁰³. »

ENCADRÉ 16. L'effet COVID ?

D'après les études réalisées jusqu'à présent, la pandémie a principalement affecté la santé mentale des enfants et des adolescents sur les plans suivants :

Stress et anxiété : La peur de l'infection, l'incertitude liée aux mesures de confinement et aux fermetures d'écoles et la difficulté d'adaptation à cette nouvelle normalité se sont traduites par une augmentation de ces deux symptômes. Aucune donnée probante concrète n'a attesté d'une hausse des troubles de stress post-traumatique.

Dépression et comportement suicidaire : Une hausse modérée des symptômes de dépression et du sentiment de tristesse a été observée, en particulier chez les adolescents plus âgés. Les données probantes ne témoignent pas, à ce stade, d'une hausse des taux de suicide.

Troubles du comportement : Les mesures de confinement ont suscité une hausse de la colère, des pensées négatives, de l'irritabilité et de l'inattention, en particulier chez les enfants autistes ou présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH). Les parents ont également déclaré que les jeunes enfants se montraient plus accaparants et ont constaté une augmentation des problèmes comportementaux, notamment perturbateurs, chez les adolescents.

Consommation d'alcool et de drogues : Certaines études restreintes indiquent qu'une stratégie d'adaptation des adolescents, en particulier des garçons et des jeunes hommes, a consisté à consommer plus d'alcool et de drogues pour faire face à la pandémie et à d'autres problèmes de santé mentale.

Changements de mode de vie : Les mesures de confinement et les fermetures d'écoles se sont faites au détriment de l'activité physique, contribuant ainsi à augmenter le temps passé devant les écrans et à perturber le sommeil – autant de facteurs associés, dans une certaine mesure, à une qualité de vie inférieure et à une détresse psychologique accrue.

Santé mentale positive : D'après des données probantes, la satisfaction dans la vie de certains enfants s'est améliorée pendant les confinements décrétés en raison de la pandémie, car ces derniers ont pu passer plus de bons moments en famille et prendre du recul par rapport à l'école et aux examens.

Adaptation d'après : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*, Centre de recherche de l'UNICEF, Florence, juillet 2021.

Centre de protection de l'enfance : Ramjan, 12 ans, a trouvé refuge hors des rues du Bangladesh pendant la COVID-19.
© UNICEF/UN0392114/Satu



PHOTOREPORTAGE

Chine

Confinement : S'occuper durant une période difficile

En février 2020, les écoles chinoises ont demandé aux adolescents de rester chez eux dans le cadre des mesures visant à maîtriser la propagation du virus de la COVID-19.

Plus de cours, plus d'événements sociaux... Ensuite, le début du semestre de printemps a été repoussé. Xiaoyu, en 5^e année du cycle d'enseignement secondaire au moment de la fermeture de son établissement, a plutôt vu ce report d'un bon œil... sur le moment.

« Quand j'ai appris que le semestre de printemps ne commencerait pas tout de suite, je me suis réjoui de prolonger les vacances », se remémore Xiaoyu. « Mais maintenant, je n'ai qu'une envie : retourner en classe. »

Pour s'occuper, Xiaoyu a suivi des cours de révision sur Internet, participé à des séances de questions-réponses avec des enseignants, joué en ligne avec ses camarades et consulté l'actualité sur le front de la pandémie.

Elle a également passé du temps à échanger par texto avec ses amis.

« Mes amis me manquent », déplore-t-elle. « Cela nous arrive de parler de l'épidémie et du moment où l'école rouvrira ses portes. Je m'ennuie à force de rester chez moi. »

Diverses initiatives ont été mises en œuvre pour veiller à ce que les adolescents restent actifs et motivés, malgré le confinement. À titre d'exemple, l'UNICEF et la Ligue de la jeunesse communiste chinoise, qui compte quelque 81 millions d'adhérents, ont fourni des conseils pour aider à gérer le stress et l'anxiété pendant la pandémie, lesquels ont été diffusés via des canaux numériques officiels. Une vidéo de sensibilisation a également été lancée pour encourager l'activité physique en période de confinement, avec le soutien de réseaux sociaux partenaires et de l'UNICEF.

Certains adolescents chinois ont cependant fait part d'autres problèmes, au-delà de l'ennui. En effet, d'après une enquête nationale en ligne menée en février 2020 avec le soutien de l'UNICEF, 85 % des répondants étaient inquiets à cause du virus et de ses conséquences sur leur famille et leur communauté. En outre, environ 21 % ont déclaré avoir peur de mourir et 22 % ont indiqué se sentir seuls.

Au moment de la réouverture de la Chine, en mai 2020, une enquête de suivi a constaté que le nombre d'adolescents en proie à la peur et à l'anxiété avait diminué. Toutefois, 11 % des répondants disaient avoir besoin de services de soutien en santé mentale. La pandémie sévissant toujours en Chine et à l'échelle du globe, cette demande nous rappelle qu'il est important de protéger la santé mentale des adolescents dans les périodes difficiles.



Pendant le confinement, l'ennui n'est jamais loin malgré les efforts de Xiaoyu pour rester productive à la maison. Au-delà de l'ennui, le confinement a fait naître des sentiments de peur et d'anxiété chez certains adolescents.
All photos ©UNICEF/China/2020/Ma Yuyuan



Entre les cours, Xiaoyu se change les idées en jouant à la console entre amis.



Xiaoyu assiste à un cours en ligne pendant que sa mère, en arrière-plan, travaille à distance.



Soucieuse de pratiquer une activité physique, comme cela est conseillé, Xiaoyu s'adonne à une séance d'abdominaux dans son salon.

ÉTUDE DE CAS

Philippines

Jeunes héros : Bâtir un monde meilleur un clic après l'autre

Avant, Daniel Delfin pensait que les super-héros étaient les seuls à pouvoir changer le monde. Ce timide et sérieux étudiant en ingénierie de 21 ans à Cebu se voyait comme un spectateur de la vie et passait son temps à étudier, à voir ses amis et à s'occuper de son lapin de compagnie.

« Je ne crois pas à la mobilisation et la participation des jeunes » avait-il l'habitude de dire.

Jusqu'à ce que la pandémie de COVID-19 vienne perturber le confort de son quotidien.

Contraint de rester chez lui lorsque sa communauté a reçu l'ordre de se confiner, Daniel s'est tourné vers les médias sociaux, où il a été écoeuré par la plupart des contenus publiés. Le déluge de publications haineuses de ses amis interpellant le Gouvernement, utilisant des insultes et jurant l'a mis mal à l'aise.

Un soir tard, ne supportant plus toute cette négativité, le jeune homme a décidé de désactiver son compte de médias sociaux. Cependant, avant d'appuyer sur le bouton de désactivation, un appel aux bénévoles passé par la Young House Heroes Initiative (YHHI) a retenu son attention. Il s'est tout de suite demandé s'il rendait service à son pays. Avant même d'avoir la réponse à cette question, Daniel s'était inscrit en tant que bénévole.

« C'était la première fois que je rejoignais un programme de bénévolat de ce type », explique-t-il.

Sous l'égide du Conseil pour la protection sociale des enfants, du bureau de l'UNICEF aux Philippines et du Positive Youth Development Network, YHHI fournit aux jeunes un espace dans lequel exprimer leurs inquiétudes durant la pandémie de COVID-19. L'initiative s'attaque à des problèmes critiques



Superpouvoir : Daniel, 19 ans, a mis ses compétences au service des autres pendant le confinement aux Philippines.
© UNICEF/UN0507843/Bael

en lien avec la COVID-19 qui affectent la jeunesse, notamment le manque de participation et de mobilisation des jeunes et les problèmes de santé mentale. Le programme fournit également aux adolescents des informations sur la santé sexuelle et procréative et lutte en faveur de la protection de l'enfance. Géré par des jeunes, un outil de discussion en ligne sur le bien-être occupe une place centrale dans le programme.

Daniel fait partie d'une équipe de 241 jeunes « héros » – des bénévoles formés par YHHI pour passer des appels visant à évaluer la santé mentale des jeunes et à les orienter vers des prestataires de services. Dans le cadre de son rôle de bénévole, Daniel contacte des inconnus et leur demande comment ils font face à la pandémie. Il leur apporte un soutien émotionnel en écoutant leurs histoires et en échangeant avec eux. Depuis qu'il a rejoint YHHI, l'étudiant est ainsi venu en aide à 55 jeunes. Ces jeunes ont

aussi changé la vie de Daniel en lui donnant de l'espoir pour l'avenir.

« J'étais très inquiet au début, mais j'ai appris à aimer le projet parce qu'il me donne l'occasion d'aider d'autres jeunes », affirme-t-il. « J'ai pris confiance en moi après avoir réussi des examens et des évaluations difficiles

Grâce à ses efforts, à son dévouement, à sa compassion et à son caractère chaleureux, Daniel est considéré comme l'un des meilleurs bénévoles de YHHI. Il a même demandé à assumer davantage de responsabilités : il est devenu animateur et crée du contenu pour les médias sociaux afin de promouvoir le programme.

Daniel continue d'encourager les jeunes à agir, à faire ce qu'ils aiment, à poursuivre leurs rêves et à aider leur communauté.

« YHHI m'a encouragé à devenir une meilleure version de moi-même au-delà de toutes mes espérances », indique le jeune homme.

« Aujourd'hui, je suis convaincu que la jeunesse peut contribuer à améliorer les Philippines si nous agissons dès maintenant », ajoute-t-il. « Je suis sûr que nous les jeunes, nous pouvons nous entraider et aider notre communauté à surmonter cette crise. »

SECTION SPÉCIALE

Technologies numériques et santé mentale

La pandémie de COVID-19 a permis de comprendre, d'une manière sans précédent, à quel point les technologies numériques font désormais partie intégrante de la vie de nombreux enfants. Dans beaucoup de familles à travers le monde, les smartphones, les tablettes et les ordinateurs portables ont aidé les enfants et les jeunes à maintenir un lien vital avec leur école, leurs amis et leur famille pendant les longues semaines de confinement, tout en offrant une source indispensable de distraction et de divertissement.

Dans bien d'autres cas, l'absence d'accès au numérique s'est fait ressentir plus cruellement que jamais. À la suite des fermetures d'établissements scolaires partout dans le monde, plus de 90 % des ministères de l'éducation ont mis en place un enseignement à distance. Néanmoins, par manque d'accès à la télévision et aux outils numériques, un élève sur trois n'a pas pu bénéficier de ce mode d'apprentissage.

Dans l'immense majorité, il s'agissait d'enfants issus des familles les plus pauvres¹⁰⁴. En outre, les données probantes mettent en évidence un écart entre les genres en matière de compétences numériques, les filles de certains pays accusant un retard sur les garçons dans le domaine des technologies de l'information et des communications¹⁰⁵.

La pandémie a souligné le rôle positif que les technologies numériques peuvent jouer dans la vie des enfants, mais aussi le prix élevé à payer en termes de perspectives éducatives

et économiques pour les 2,2 milliards d'enfants et de jeunes âgés de moins de 25 ans qui, selon les estimations, ont un accès limité, voire inexistant, à Internet¹⁰⁶. Si la technologie s'avère bénéfique sur ce point, bon nombre de parents, d'enseignants et même d'enfants et d'adolescents continuent de s'inquiéter des effets du numérique sur les jeunes cerveaux.

Dans quelle mesure ces craintes sont-elles justifiées ? Deux problématiques clés, les réseaux sociaux et le temps d'écran, peuvent servir à illustrer certains des grands thèmes ressortant de cette analyse.

Si les réseaux sociaux sont souvent dépeints, par tout un chacun, comme une source majeure d'anxiété et de dépression chez les enfants et les jeunes, la recherche brosse un tableau beaucoup plus nuancé. De manière générale, un solide corpus de recherche atteste désormais qu'il existe seulement un lien minime – positif ou négatif – entre l'utilisation des réseaux sociaux et la santé mentale, y compris la dépression, l'anxiété et le bien-être¹⁰⁷. Ces associations étant ténues, il s'est avéré difficile de distinguer la cause de l'effet. Autrement dit, la question est de savoir si les réseaux sociaux font sombrer les jeunes dans la dépression ou si les jeunes sont plus enclins à utiliser les réseaux sociaux lorsqu'ils sont déprimés¹⁰⁸. En outre, certains jeunes en proie à la solitude et à l'isolement ou à la dépression et à l'anxiété sont susceptibles de se tourner vers les réseaux sociaux et le monde virtuel pour trouver des amis, du soutien

ou une communauté apportant une réponse à leurs besoins¹⁰⁹.

Par ailleurs, peu de données probantes attestent d'un lien étroit entre temps d'écran et problèmes de santé mentale. À titre d'exemple, un examen approfondi d'études menées au Royaume-Uni a mis au jour des « données probantes modérément convaincantes » associant la hausse des temps d'écran (télévision incluse) à l'« aggravation des symptômes de dépression », mais n'a recensé aucune donnée probante, ou seulement des éléments peu convaincants, en lien avec l'anxiété et les troubles du comportement¹¹⁰.

Toutefois, beaucoup de chercheurs jugent qu'à l'heure où les technologies numériques sont devenues indissociables de la vie d'un si grand nombre de jeunes – qu'il s'agisse pour eux de communiquer, d'apprendre, de se socialiser, de jouer et, dans certains cas, de gagner de l'argent – placer le temps d'écran au centre de l'attention a pour effet d'occulter d'autres questions bien plus importantes. En effet, il devient de plus en plus difficile de démêler les expériences en ligne et hors ligne¹¹¹ et la connectivité numérique allant croissante au fil des années, ce phénomène n'aura de cesse de s'accroître. Dans ces circonstances, notre réflexion sur les technologies numériques doit s'inscrire dans un contexte élargi tenant compte de la vie et de la situation de l'enfant dans leur globalité.

Concernant le temps d'écran, par exemple, il est plus utile que les



Monde numérique : Au Viet Nam, ces amies passent du temps ensemble et sur leurs téléphones.
© UNICEF/UNI358808/Duong

parents s'interrogent sur ce que font leurs enfants lorsqu'ils sont devant un écran, au lieu de réfléchir en termes de durée. Il est également important qu'ils déterminent comment le temps d'écran s'intègre dans le budget-temps général des enfants. D'après Sonia Livingstone de la London School of Economics, « ce n'est pas tellement le nombre d'heures passées devant un écran qui compte, mais le fait de savoir si ce temps empiète sur les heures de sommeil, de jeu, de parole et d'activité physique de l'enfant »¹¹².

Comme le soulignait le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2017 : Les enfants dans un monde numérique*, il est également crucial d'appréhender le contexte général des expériences vécues par l'enfant : au vu du lien désormais inextricable entre le monde en ligne et le monde hors ligne, les enfants s'avèrent vulnérables dans l'un le sont généralement dans l'autre¹¹³.

Ou, pour reprendre une métaphore très parlante du journaliste Nathaniel Popper dans le *New York Times* : « Le téléphone n'est qu'un miroir dans lequel se reflètent les problèmes qu'un enfant aurait de toute façon rencontrés¹¹⁴. »

L'avis des jeunes

Les adolescents ont beaucoup de choses à dire sur les technologies numériques et la santé mentale. Dans les groupes de réflexion animés par la JHU, les participants ont expliqué que le numérique est à la fois bénéfique et préjudiciable au bien-être.

Dans le groupe des 15-19 ans en Suisse, un participant a expliqué : « Je considère que c'est un outil, au même titre qu'un couteau : tout dépend pour quoi on s'en sert. »

Fait intéressant, l'ampleur des débats autour des technologies numériques

s'est avérée très variable selon les régions géographiques, ce sujet étant beaucoup moins susceptible d'être abordé dans les milieux à faible revenu, comparativement aux milieux à revenu intermédiaire et élevé.

L'incidence des réseaux sociaux sur l'estime personnelle faisait partie des préoccupations fréquemment évoquées par les nombreux participants qui ont débattu sur la question. Pour beaucoup, cela était dû au fait qu'ils se comparent constamment aux images « parfaites » publiées en ligne. Une autre difficulté résidait dans l'incapacité à contrôler le temps passé sur les réseaux sociaux ou les jeux en ligne. Plusieurs adolescents ont également évoqué leur besoin parfois invalidant d'obtenir l'approbation de la communauté en ligne.

Lors des discussions de groupe, beaucoup d'adolescents ont parlé de la cyberviolence et des effets



Apprentissage en ligne : Alain, 14 ans, surfe sur Internet dans un centre d'accueil de réfugiés au Rwanda. Les technologies numériques font de plus en plus partie intégrante de la vie des enfants.
© UNICEF/UNI245119/Kanobana

dévastateurs que peuvent avoir les commentaires blessants reçus sur Internet. Comme l'a expliqué une participante du groupe des 15-19 ans en Chine : « Très peu de personnes vous encouragent... Derrière leurs claviers, ceux qui parlent sans réfléchir peuvent faire du mal aux autres avec un simple mot. »

Dans le même temps, les participants aux groupes de réflexion ont fait part d'effets également bénéfiques du numérique en matière de santé mentale. Partout dans le monde, des adolescents ont déclaré que l'accès à Internet pouvait ainsi les aider à découvrir de nouvelles idées et à diversifier leur cercle d'amis, de façon à sortir de leur « bulle ».

Pour de nombreux participants, le fait d'exprimer leurs sentiments de façon anonyme constituait en outre une puissante stratégie d'adaptation, surtout dans les endroits où la stigmatisation est forte. Les filles étaient plus enclines à adopter cette stratégie que les garçons, lesquels avaient plutôt tendance à se tourner vers les jeux en ligne pour gérer leur souffrance.

Dans le groupe des 15-19 ans, en Jordanie, une participante a formulé ces propos sur la question du partage des sentiments en ligne : « Quand on ne fait confiance à personne, on trouve quelqu'un [à qui parler]. »

La technologie numérique au service de la santé mentale

La technologie numérique est de plus en plus utilisée dans le cadre des services de santé mentale et de soutien psychosocial. En effet, elle peut offrir une plateforme de sensibilisation et de diffusion d'informations, faciliter le dépistage et le diagnostic, fournir une voie d'accès au traitement et à la prise en charge, et servir d'outil de formation et de supervision des agents dispensant des soins de santé

mentale¹¹⁵. La technologie numérique s'avère également utile pour suivre les tendances du comportement humain et formuler ainsi des interventions appropriées. Elle constitue par ailleurs un moyen potentiel de renforcer les effectifs mondiaux consacrés à la santé mentale et de favoriser la prestation équitable des services de santé mentale dans les régions où ils font actuellement défaut¹¹⁶.

Les interventions numériques dans le cadre des services de santé mentale et de soutien psychosocial sont mises en œuvre sous diverses formes : sites Web, jeux, applications, robotique, réalité virtuelle, discussion par texto, etc. D'après un examen systématique des interventions numériques, les jeunes se montrent généralement plus réceptifs lorsque le service est pratique, adapté au rythme de chacun et anonyme, et lorsqu'il demande peu de lecture et offre des occasions d'échange entre pairs¹¹⁷.

Parmi les interventions numériques prometteuses, citons la plateforme de formation en ligne EMPOWER gérée par Mental Health for All Lab de la Harvard Medical School¹¹⁸. Ce programme a pour objectif de constituer une équipe mondiale consacrée à la santé mentale et de combler le manque de services de haute qualité reposant sur des données probantes au regard des besoins rencontrés dans de nombreuses régions du monde.

EMPOWER exploite la technologie numérique pour former des agents de santé de proximité, notamment du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des sages-femmes, et les conseiller en temps réel. Ce programme utilise également des plateformes numériques pour suivre à distance les effets des interventions en matière de santé mentale.

Après un projet pilote mené en Inde avec la collaboration d'un organisme reconnu de prise en charge dans le domaine de la santé mentale,

EMPOWER était en passe d'être lancé aux États-Unis en 2021. Par ailleurs, EMPOWER élabore des contenus consacrés à l'éducation parentale, une approche cruciale pour poser les bases de la santé mentale chez les enfants et les jeunes.

En plus d'être utile au renforcement des capacités, la technologie numérique sert également d'outil thérapeutique. À titre d'exemple, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) assistée par ordinateur peut s'avérer modérément efficace dans le traitement de la dépression et de l'anxiété chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans, en particulier lorsqu'elle est associée à la prestation d'interventions en personne pour favoriser l'observance¹¹⁹.

Le jeu vidéo SPARX (Smart, Positive, Active, Realistic X-Factor Thoughts) développé pour les jeunes en Nouvelle-Zélande est un exemple d'approche innovante de la TCC assistée par ordinateur¹²⁰. Le but du jeu est de rétablir l'équilibre dans un monde ravagé par les pensées lugubres, négatives et automatiques. Les joueurs évoluent ainsi dans un univers fantastique où leur avatar doit accomplir des tâches faisant appel aux compétences de la TCC assistée par ordinateur, telles que la relaxation, la gestion des émotions et la restructuration mentale des pensées et des présupposés¹²¹. En 2017, une étude mettant à l'essai une version du programme avant les examens de fin d'études secondaires a constaté que SPARX diminuait les symptômes de dépression à court terme. Toutefois, 18 mois après l'étude, aucun effet pérenne ne subsistait¹²². Financé par le Ministère de la santé de Nouvelle-Zélande, le jeu SPARX est disponible gratuitement dans tout le pays.

En 2020, SPARX a été inclus dans une étude visant à déterminer si les applications sur smartphone constituent un moyen efficace de lutte contre la dépression chez les élèves¹²³.

ENCADRÉ 17.**Changements climatiques et santé mentale**

Les jeunes se sont mobilisés pour appeler à agir de toute urgence contre les changements climatiques, à l'image de Greta Thunberg, atteinte d'un syndrome d'Asperger qu'elle considère comme un superpouvoir. « Nous méritons et nous exigeons un avenir sûr. Est-ce vraiment trop demander ?¹²⁴ », a ainsi déclaré la jeune activiste suédoise.

S'il est certain que les changements climatiques et, plus largement, la dégradation de l'environnement, entraîneront de profondes répercussions sur l'avenir des jeunes, la question est aussi de savoir s'ils affecteront leur santé mentale et leur bien-être émotionnel.

De ce point de vue, l'inquiétude quant à l'incidence des changements climatiques sur la santé mentale

est corrélée aux données probantes indiquant que les jeunes sont paniqués à l'idée de vivre dans un monde marqué par la hausse des températures et les événements climatiques imprévisibles¹²⁵. Toutefois, la santé mentale et le bien-être sont également mis en péril par les conséquences des changements climatiques, notamment les phénomènes météorologiques extrêmes tels que les inondations et les canicules, la hausse de l'insécurité alimentaire et hydrique, les conflits, etc. Par nature, ces dangers imposeront aux jeunes des épreuves engendrant un stress intense et nuiront donc indirectement à leur santé physique et au bien-être de leur communauté.

Il existe d'autres liens entre les conditions environnementales et la

santé mentale. À titre d'exemple, de plus en plus de données probantes indiquent que la pollution de l'air a des effets néfastes sur le cerveau en développement des enfants et que l'exposition, durant l'enfance et l'adolescence, aux substances polluantes telles que les oxydes d'azote (souvent présents dans les rues en milieu urbain) est corrélée à l'apparition de troubles mentaux à la fin de l'adolescence¹²⁶.

L'environnement urbain bétonné peut aussi nuire à la santé mentale, sachant que l'accès aux espaces verts a des effets bénéfiques connus sur la santé mentale des enfants et contribue à réduire le stress, en particulier chez les enfants vivant dans des ménages à faible revenu¹²⁷.

Inondations au Mozambique : Les changements climatiques vont avoir de profondes répercussions sur l'avenir des jeunes, et notamment sur leur santé physique et mentale.

© UNICEF/UN0403971/Franco



Résilience

Depuis la Seconde Guerre mondiale au moins, les chercheurs s'interrogent sur la façon dont les catastrophes façonnent la capacité des êtres humains à s'adapter et à se relever¹²⁸ : Pourquoi tel enfant parvient-il à surmonter une épreuve terrible, tandis que tel autre continue à se débattre ? À quoi tient la résilience d'un enfant ou d'un jeune face à l'adversité ?

Dernièrement, la réponse à cette question a radicalement changé et nécessite de revoir les moyens mis en œuvre pour protéger et promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes.

Alors que les chercheurs – et les professionnels de la santé mentale – s'attachaient autrefois aux caractéristiques individuelles, ils constatent désormais qu'une combinaison complexe de facteurs détermine la résilience d'un enfant ou d'un jeune¹²⁹. Plusieurs théories se côtoient quant au processus à l'œuvre et il reste à concevoir des méthodes permettant de renforcer cette résilience. Toutefois, les données probantes démontrent que la résilience est un fondement essentiel de la santé mentale : elle ne constitue pas l'objectif, mais le moyen de favoriser la santé mentale¹³⁰.

Définition

Par le passé, les travaux de recherche s'intéressaient à la résilience d'un point de vue individuel, suggérant ainsi une responsabilité personnelle dans le fait de surmonter une épreuve¹³¹. La définition de la résilience penchait pour l'individualisme et soulignait la capacité à rebondir.

Récemment, un nouveau train de recherches tente d'appréhender la résilience en tant que processus découlant de l'interaction entre des systèmes multiples et complexes

susceptibles d'évoluer en fonction du contexte¹³². Certains de ces systèmes trouvent leur origine dans le monde proche de l'enfant (les relations familiales, par exemple) et sont liés aux fonctions biologiques de l'organisme, telles que la régulation neurobiologique du stress et le système immunitaire¹³³, tandis que d'autres s'inscrivent dans le monde élargi de l'enfant (l'école et les ressources communautaires, notamment) ou encore dans le monde extérieur où se côtoient les déterminants sociaux, politiques et économiques¹³⁴.

En fin de compte, les définitions se sont détournées de l'axe individualiste pour adopter une approche tenant compte des effets de la culture, du contexte et des ressources.

Dans le cadre d'une étude transculturelle sur la résilience publiée en 2007, Michael Ungar et ses collègues ont interrogé 89 jeunes au sein de 14 centres répartis dans 11 pays. L'analyse de ces entretiens a montré que les résultats en matière de santé mentale associés à la résilience dépendaient de facteurs individuels, relationnels, communautaires, culturels et contextuels. Les auteurs en ont conclu que la résilience repose sur la capacité à appréhender sept sources de tension, à savoir¹³⁵ :

1. L'accès aux ressources matérielles : finances, éducation, soins de santé, emploi, en plus des besoins essentiels à satisfaire – se nourrir, se vêtir et se loger ;
2. Les relations : interactions saines avec les camarades, les membres de la famille et les adultes de la communauté ;
3. L'identité : sentiment d'avoir un but personnel et collectif dans la vie, évaluation de ses propres points forts et points faibles, aspirations,

croyances (y compris religieuses) et valeurs ;

4. Le pouvoir et le contrôle : développement de l'autonomie et de l'altruisme, aptitude à induire des changements dans l'environnement social et physique ;
5. L'appartenance culturelle : respect des pratiques, valeurs et croyances locales, mondiales ou culturelles ;
6. La justice sociale : fait de jouer un rôle constructif en faveur de l'égalité communautaire et sociale ;
7. La cohésion : équilibre entre les intérêts personnels et le sens du devoir au service d'un intérêt supérieur.

Ces données ont révélé que les personnes réagissaient différemment à ces tensions – pourtant universelles – en fonction des contextes et des cultures¹³⁶, sans qu'aucune « méthode » s'avère plus efficace que les autres.

Dans le cadre d'une étude réalisée en 2008, M. Ungar a avancé que la résilience entre en jeu dans les cas d'extrême adversité et se définit comme :

« La capacité des individus à puiser dans les ressources psychologiques, sociales, culturelles et physiques sous-tendant leur bien-être, et leur capacité individuelle et collective à négocier en faveur de la mise à disposition et de la jouissance de ces ressources selon des moyens culturellement adaptés¹³⁷. »

Facteurs de protection et de promotion

Pour bien comprendre la résilience aujourd'hui, il est indispensable de bien comprendre comment prémunir aujourd'hui les enfants et les jeunes contre les risques qui pèsent sur leur santé mentale. Dans cette optique, une analyse multidimensionnelle des facteurs de promotion et de protection et des processus favorisant la résilience des enfants doit être réalisée¹³⁸.

Les données probantes démontrent que l'action combinée de multiples facteurs renforce la résilience et la santé mentale¹³⁹. À titre d'exemple, un examen d'études portant sur les jeunes autochtones en Alaska, au Canada, au Groenland et en Norvège a constaté que l'association d'interactions sociales et d'activités communautaires favorisait la santé mentale, en particulier chez les personnes entretenant des attaches culturelles¹⁴⁰. Ces activités ont ainsi contribué à améliorer l'estime personnelle et la confiance en soi, des qualités qui ont elles aussi un effet protecteur sur la santé mentale.

Ces facteurs peuvent être une source de résilience même chez les enfants ayant vécu de nombreuses épreuves et expériences traumatisantes. Une étude menée en Haïti, par exemple, a révélé que les enfants vivant dans la rue étaient en mesure d'élaborer des stratégies de résilience, en dépit des circonstances adverses¹⁴¹. Parmi ces stratégies figurait le fait de trouver comment accéder au peu de soutien social mis à leur disposition par des organisations non gouvernementales et d'autres institutions, ce qui leur donnait peut-être le sentiment et l'espoir d'avoir leur destin en main. En outre, ces enfants avaient constitué un réseau avec d'autres camarades en situation de rue et disposaient ainsi d'une communauté et d'une identité propices au renforcement de leur résilience.

Au Pakistan, une étude menée auprès de jeunes de la communauté kalash (une minorité religieuse, ethnique et linguistique) a souligné que les pratiques culturelles sont une importante source de résilience face aux pressions, y compris aux changements sociaux menaçant la communauté¹⁴².

Cultiver la résilience

Malheureusement, la recherche démontre clairement qu'il n'existe aucune formule magique – aucune solution universelle – pour cultiver la résilience. Si cette dernière se renforce au fil du temps, tout au long de la vie, certains axes d'intervention clés peuvent toutefois être dégagés :

Répondre aux besoins des parents et des personnes ayant la charge d'enfants et favoriser leur bien-être

Outre les nombreuses mesures visant à promouvoir de bonnes pratiques parentales, il s'avère tout aussi essentiel d'épauler les parents, de répondre à leurs besoins et de favoriser leur bien-être¹⁴³. Citons à ce propos l'experte de la résilience Suniya S. Luthar : « Si vous voulez qu'un enfant aille bien, prenez soin de la personne qui s'occupe de lui¹⁴⁴. »

Soutenir les écoles afin qu'elles favorisent l'apprentissage et le développement de l'enfant dans un cadre protecteur et inclusif

L'école constitue un point d'ancrage pour les enfants. Lorsqu'il instaure un climat sûr, stimulant et bienveillant, ce lieu offre des environnements et des possibilités d'apprentissage indispensables pour améliorer la résilience des enfants et des jeunes. Si les parents souhaitent par ailleurs que l'école joue un rôle psychosocial majeur, il est important de prendre soin des éducateurs qui s'occupent des enfants.

Adopter une approche multisystémique et pluridisciplinaire propice à la prestation équitable des services qui renforcent la résilience

Pour favoriser la résilience des enfants et des jeunes, il est nécessaire de mener des interventions offrant des possibilités d'apprentissage, de divertissement, d'emploi et de socialisation de façon à lutter contre la marginalisation, la discrimination raciale et la pauvreté, dans l'optique de minimiser les risques et de renforcer les facteurs de protection au sein des environnements quotidiens.

Comprendre et adapter les interventions à la diversité des contextes

Nous avons une moins bonne compréhension des voies de développement de la résilience dans les pays à revenu faible et intermédiaire, comparativement aux connaissances relatives aux pays à revenu élevé. Il est donc essentiel de mener des actions dans ces milieux et d'évaluer les effets afin de déterminer les caractéristiques particulières requises dans divers contextes culturels, au regard des valeurs, des concepts, des besoins et des ressources qui leur sont propres dans le domaine de la santé mentale.



Musicothérapie : La musique est utilisée comme outil de soutien psychosocial dans un camp de réfugiés en Jordanie.
© UNICEF/UN0206286/Herwig

SECTION SPÉCIALE

Le visage des mauvais traitements

Une fille enchaînée par sa famille et contrainte de prendre des médicaments ; un garçon ramené de force dans un orphelinat et attaché sur un lit sans matelas, à qui l'on injecte des médicaments ; un jeune homme menotté dans un tribunal pour mineurs et qui se voit traiter « comme un chien en laisse »¹⁴⁵.

Ce ne sont là que quelques exemples des nombreux visages que peuvent prendre les mauvais traitements infligés aux enfants et aux jeunes. Peu de données permettent de mesurer l'ampleur des mauvais traitements, mais au vu des éléments disponibles, il s'agit d'un phénomène à grande échelle qui existe, entre autres, dans les systèmes de justice pénale, les services de santé mentale, les établissements de soins, les résidences privées, les organisations religieuses et les orphelinats. Dans les pays riches comme pauvres, des enfants et des jeunes sont privés de leurs droits humains, placés en détention et soumis à des traitements susceptibles, dans bien des cas, de nuire à leur santé mentale ou d'aggraver un trouble existant.

La souffrance morale dans de telles circonstances peut être vue comme le reflet de problèmes de santé mentale sous-jacents, alors qu'il s'agit souvent d'une réaction aux mauvais traitements en eux-mêmes¹⁴⁶. À titre d'exemple, les enfants placés en institution n'ont pas toujours la possibilité de nouer les relations nécessaires ou de tisser des liens d'attachement avec les personnes qui s'occupent d'eux. Or, cette négligence peut entraîner des comportements (par exemple, se taper la tête contre le mur) aboutissant à l'utilisation de moyens de contention¹⁴⁷. Dans les

centres de détention pour mineurs, la mise à l'isolement et le recours aux moyens de contention sont susceptibles de causer un nouveau traumatisme chez des enfants et des jeunes déjà vulnérables¹⁴⁸, un traumatisme qui risque d'être lui aussi jugé, à tort, comme le fruit de problèmes de santé mentale¹⁴⁹. Quel que soit le contexte, le recours aux moyens de contention peut exacerber la souffrance morale et augmenter le risque de suicide, d'automutilation, de troubles mentaux et de retard de développement chez l'enfant¹⁵⁰.

Prise en charge en institution

Si le terme « institution » recouvre souvent une définition très large, plusieurs caractéristiques communes se dessinent, comme le fait que l'enfant soit séparé de ses parents ou de la personne qui s'occupe de lui, soit victime d'une négligence structurelle et ne bénéficie pas d'un environnement bienveillant et stimulant. Ces institutions représentent un danger particulier pour la santé mentale¹⁵¹. Bien que les estimations soient très variables, il est probable qu'au moins 2,7 millions – et peut-être même jusqu'à 5,4 millions – d'enfants soient pris en charge dans une forme d'institution. D'après des données probantes venues du monde entier, une proportion élevée d'entre eux présente un handicap, y compris sur le plan du développement ou de la santé mentale¹⁵².

Beaucoup de cas de maltraitance d'enfants placés en institution ont été signalés.

En Serbie, un Rapporteur spécial des Nations Unies a fait état d'un « manque de supervision et de réglementations applicables concernant l'utilisation des moyens de contention physique¹⁵³ ». Dans un orphelinat en Ukraine, l'organisation non gouvernementale (ONG) Disability Rights International s'est entretenue avec un garçon qui a déclaré : « Je me suis enfui, mais on m'a ramené, déshabillé, attaché sur un lit métallique sans matelas et injecté des psychotropes¹⁵⁴. » Au Guatemala, cette ONG a constaté dans une institution privée que « tous les enfants handicapés étaient attachés à leur fauteuil, quel que soit leur handicap ou leur degré de mobilité ». Dans une autre, quatre adolescents étaient allongés sur des matelas, les mains attachées dans le dos¹⁵⁵.

Le tableau est tout aussi préoccupant dans le cas des enfants et des jeunes privés de liberté, que ce soit en raison de leur statut au regard de l'immigration, dans le cadre d'une procédure pénale ou pour des motifs de santé ou d'ordre familial¹⁵⁶. La privation de liberté peut aussi occasionner ou aggraver des problèmes de santé mentale¹⁵⁷.

La situation dans les institutions n'est pas la seule à requérir notre attention. De nombreuses données probantes indiquent que des mauvais traitements sont aussi infligés dans les foyers, les camps de prière et les organisations religieuses. Selon les estimations en Indonésie, par exemple, environ 14 % des personnes souffrant de graves troubles mentaux auraient été attachées¹⁵⁸. Souvent, les conditions d'hébergement, d'alimentation et d'approvisionnement en eau sont inappropriées, et l'hygiène personnelle et la sécurité des personnes

concernées ne sont pas prises en compte¹⁵⁹.

Dans des pays offrant très peu de solutions de prise en charge des enfants confrontés aux problèmes de santé mentale les plus graves, il arrive que les familles se tournent vers diverses institutions confessionnelles, au sein desquelles se reflètent souvent les croyances, les stigmatisations et les superstitions locales. Là encore, les mauvais traitements ne sont pas rares. Dans des camps de prière au Ghana, l'ancien Rapporteur spécial des Nations Unies sur la question de la torture, Juan Méndez, a vu des enfants et des adultes ayant un handicap mental ou neurologique qui étaient enchaînés au sol, au mur ou à un arbre et contraints de jeûner pendant de longues périodes, prétendument pour dissuader les tentatives d'évasion ou les comportements agressifs¹⁶⁰.

Les causes profondes à l'origine de tels mauvais traitements sont complexes et reflètent les puissants effets de la stigmatisation, tout en témoignant des difficultés d'accès aux services de santé mentale qui perdurent pour la plupart des familles, dans la plupart des pays.

Services de santé mentale

Dans certains pays, malgré la mise en place de services de santé mentale, le traitement des enfants et des jeunes n'en reste pas moins une vraie source de préoccupation. En effet, de nombreuses données probantes révèlent le recours persistant aux mesures de coercition et aux moyens

de contention dans le cadre de ces services¹⁶¹. Parmi les approches déplorées, citons la surmédicalisation des personnes ayant des troubles mentaux, l'adoption d'une démarche thérapeutique descendante et le non-respect du rôle du patient dans sa propre guérison. Bien trop souvent, ces approches perpétuent les stéréotypes de dangerosité associés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Or, comme l'ont souligné les défenseurs des droits humains Dainius Pūras et Julia Hannah, « les personnes ayant un handicap psychosocial sont beaucoup plus susceptibles d'être les victimes et non les auteurs d'actes de violence ».

Mesures à prendre

À l'échelle du globe, la prise en charge des problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes requiert un profond changement culturel. En effet, ces derniers ne doivent plus être traités uniquement comme des patients, mais comme des personnes jouissant de droits – des personnes qui, suivant l'évolution de leurs capacités, peuvent participer activement (avec ou sans accompagnement) aux décisions concernant leurs propres soins. À ce titre, il est essentiel que la législation relative à la santé mentale soit fondée sur les droits des personnes souffrant de troubles en la matière. La communication, le plaidoyer et la collaboration avec les dirigeants communautaires, notamment les guérisseurs spirituels, sont également indispensables¹⁶².

Malheureusement, à ce jour, rares sont les pays qui ont adopté des cadres visant à concrétiser ces objectifs et ceux fixés par la Convention relative aux droits des personnes handicapées¹⁶³.

Un changement est possible

De nombreux pays ont pris des mesures pour lutter contre la discrimination et la violation des droits fondamentaux, lesquelles sont bien trop souvent observées dans le contexte de la santé mentale. Partout dans le monde, des centres de santé mentale de proximité, des services d'intervention en cas de crise, des hôpitaux et d'autres structures ont adopté de bonnes pratiques.

C'est notamment le cas des Centros de Atención Psicossocial (CAPS), dans le district de Brasilândia à São Paulo, qui proposent des services de santé mentale de proximité et viennent se substituer aux hôpitaux psychiatriques. Certains centres CAPS assurent une prise en charge adaptée aux besoins des enfants et des adolescents et leur offrent un soutien de proximité en continu dans le domaine de la santé mentale, y compris en cas de crise. L'approche de ces CAPS repose sur les principes de liberté avant tout et de désinstitutionnalisation.

Malheureusement, la réussite n'est pas toujours pérenne et la mise en place d'actions de proximité exige un changement majeur des comportements et des pratiques. Dans les régions du monde où les ressources manquent, la mise en œuvre d'un tel changement s'annonce plus complexe.



Chapitre 5

MESURES MISES EN ŒUVRE

D'importants efforts étayés par des données probantes sont actuellement déployés pour protéger la santé mentale des enfants et des jeunes et pour prendre en charge ceux qui en ont le plus besoin. Autre point positif, plusieurs initiatives de collecte de données et de recherche visant à améliorer ces mesures sont en train de voir le jour. Pour autant, il reste encore énormément à faire.

Partout dans le monde, la santé mentale des enfants et des jeunes est menacée. Dans certains pays, les risques sont présents dans **le monde proche de l'enfant** et dans **le monde élargi de l'enfant** – à la maison, dans leurs relations, à l'école et au sein de leur communauté. Dans d'autres, les principaux risques émanent du **monde extérieur**, et découlent de déterminants sociaux tels que la pauvreté, les conflits et les catastrophes.

S'il reste beaucoup à faire, d'importants efforts sont actuellement menés pour améliorer la santé mentale des enfants et des jeunes. Parmi les initiatives fructueuses, certaines portent sur les risques inhérents au **monde proche de l'enfant** et offrent à ce titre un soutien aux parents et aux personnes ayant la charge d'enfants, qui jouent le rôle de point d'ancrage durant l'enfance et l'adolescence. D'autres efforts, axés sur le **monde élargi de l'enfant**, incluent notamment des interventions en milieu scolaire.

Néanmoins, **le monde extérieur** a lui aussi une incidence sur la santé mentale des enfants et des jeunes. Pour résoudre ces problématiques, d'importants changements s'imposent dans divers domaines d'intervention



Duo complice : Les soins attentifs assurés par ce père en République dominicaine favoriseront la santé mentale de son fils.
© UNICEF/UN0505385/Cury

sociale : il s'avère ainsi indispensable de lutter contre la pauvreté, la discrimination, l'exclusion et les conflits.

Initiatives mondiales et nationales

Au cours de la dernière décennie, les défenseurs de la santé mentale du monde entier ont uni leurs efforts pour promouvoir des initiatives visant à sensibiliser et à remédier aux problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes. Chercheurs et spécialistes sont à l'origine de certaines de ces initiatives¹, tandis que d'autres sont chapeautées par des organisations internationales ou menées par la collectivité, les familles et les jeunes.

Initiatives mondiales

Les contributions de l'OMS au cours des décennies précédentes ont été capitales. Parmi elles, le Plan d'action global pour la santé mentale élaboré en 2013 fixe quatre objectifs assortis de cibles et d'indicateurs pour aider les pays à renforcer leur leadership et leur gouvernance, à fournir des services complets et intégrés aux communautés, à mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention, ainsi qu'à renforcer les systèmes d'information, les données probantes et la recherche². En 2019,

le Plan d'action global pour la santé mentale a été étendu jusqu'en 2030, en accord avec le calendrier des objectifs de développement durable³.

Par ailleurs, l'OMS a publié des orientations sur les interventions de prévention et de gestion des troubles prioritaires liés à la santé mentale, des problèmes neurologiques et des troubles associés à la consommation d'alcool et de drogues comme la dépression, le suicide et les problèmes comportementaux⁴. Le Programme d'action « Comblent les

Certains pays parmi les plus pauvres du monde consacrent moins de 1 dollar des États-Unis par personne au traitement de la santé mentale.

L'action mondiale a également porté sur la santé mentale des adolescents.

En 2016, l'OMS a publié le document *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA HA!): Guidance to support country implementation* (Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA HA!) : Orientations pour une mise en œuvre au niveau des pays) afin de fournir aux gouvernements nationaux un modèle d'approche ciblant spécifiquement les risques en matière de santé des adolescents, notamment ceux concernant leur santé mentale⁶. En outre, l'OMS a élaboré en 2020 son premier document d'orientation dans le cadre de l'initiative Helping Adolescents Thrive (Aider les adolescents à s'épanouir – HAT) visant à proposer des supports de programmation afin de promouvoir la santé mentale des adolescents⁷.

En 2021, l'UNICEF et l'OMS ont mis à disposition la boîte à outils HAT, qui fournit des orientations destinées à favoriser la prise en compte de la santé mentale dans les secteurs de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de la justice⁸. Une bande dessinée de superhéros a également été publiée à l'intention des enseignants qui côtoient des adolescents âgés de 10 à 14 ans⁹.

En dehors du secteur de la santé, des efforts sont aussi entrepris pour prévenir les risques liés à la santé mentale. À titre d'exemple, l'UNICEF, l'OMS et le

Groupe de la Banque mondiale ont lancé le Cadre pour des soins attentifs pour le développement de la petite enfance (*voir chapitre 2*) afin de répondre aux problématiques en la matière¹⁰. Ce document a également servi à orienter les actions de promotion de la santé mentale destinées aux parents, aux personnes ayant la charge d'enfants et aux enfants eux-mêmes. Par ailleurs, l'UNICEF s'est attaché à formuler des conseils éducatifs à l'intention des parents d'adolescents et mis sur pied des initiatives de soutien aux personnes s'occupant d'enfants.

Initiatives nationales

Malgré de nombreux efforts prometteurs à l'échelle mondiale, les actions nationales visant à répondre aux problématiques de santé mentale concernant les enfants et les jeunes restent inégales et inéquitables. Dans les pays riches, les enfants et les jeunes sont plus susceptibles de bénéficier d'une prise en charge de leurs troubles mentaux que leurs homologues des pays pauvres. Pourtant, c'est là que vit la majorité de cette population. Même dans les pays ayant instauré des politiques et des programmes en la matière, la mise en œuvre n'est pas systématique. De plus, les programmes disponibles restent inéquitables, ont une portée restreinte, sont déployés de manière inefficace et manquent de données probantes. Outre les importantes lacunes à combler dans le cadre des politiques et des programmes, il est également nécessaire de multiplier les données et les recherches afin de mettre au point des réponses globales et efficaces.

Mené pour le compte de l'UNICEF, un examen des données issues du projet MIND (Mental Health Improvements for Nations' Development) de l'OMS, une base de données en ligne regroupant des ressources par pays et internationales, a en effet révélé que la plupart des pays ne disposaient d'aucune politique portant spécifiquement sur la santé mentale

lacunes en santé mentale » (mhGAP) vise à augmenter les ressources financières et humaines consacrées à la santé mentale et à proposer des orientations sur les interventions susceptibles de toucher davantage de personnes, avec la possibilité de les adapter au niveau national ou local, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

L'OMS s'est également efforcée d'agir sur divers déterminants sociaux essentiels de la santé mentale et de lutter contre les injustices en matière de droits humains dans le cadre des services de santé mentale. En 2021, l'OMS a ainsi publié une série d'orientations pour favoriser la prestation, à l'échelle des pays, de services de santé mentale de proximité et axés sur l'être humain qui répondent aux problématiques des droits humains et tiennent compte des déterminants sociaux de la santé mentale tels que la violence, la discrimination, la pauvreté et l'exclusion⁵.

des enfants et des jeunes. Dans le meilleur des cas, certains ont établi des lignes directrices génériques. En outre, les renseignements figurant dans cette base de données ne permettent pas de déterminer facilement quels programmes de traitement, de prévention et de promotion ont été mis en œuvre efficacement et répondent de manière satisfaisante aux besoins des enfants et des jeunes.

D'après l'*Atlas de la santé mentale 2020* de l'OMS, 68 % des États membres de l'Organisation ont déclaré compter au moins deux programmes multisectoriels de promotion et de prévention déployés à l'échelle nationale dans le domaine de la santé mentale¹¹. Parmi les 420 programmes de prévention et de promotion recensés dans 148 pays, 18 % étaient axés sur la sensibilisation à la santé mentale ou l'atténuation de la stigmatisation, 17 % étaient mis en place en milieu scolaire et 15 % portaient sur la problématique du suicide. Les autres thèmes abordés incluaient le développement de la petite enfance, la santé mentale des parents/mères, la santé mentale au travail, ainsi que la santé mentale et le soutien psychosocial dans le cadre de la planification préalable et de la réduction des risques de catastrophe.

Là aussi, la collecte des données s'avère lacunaire. Seuls 31 % des États membres ont compilé des données sur la santé mentale en provenance du secteur public et seuls 40 % d'entre eux recueillent ce type de données dans leurs statistiques générales en matière de santé.

Si l'*Atlas de la santé mentale 2020* n'est pas spécifiquement axé sur les enfants et les adolescents, le tableau général s'avère néanmoins décourageant lorsqu'on observe la situation à travers ce prisme. En effet, seulement 53 % des 90 pays ayant répondu au questionnaire de l'OMS ont déclaré avoir élaboré un plan ou une stratégie sur la santé mentale des enfants ou des adolescents. Dans ces pays, le nombre médian de centres

de prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents s'établissait à moins de 0,5 pour 100 000 habitants et on dénombrait également moins de 2 centres de prise en charge ambulatoire pour 100 000 habitants. En outre, le nombre de pédopsychiatres était inférieur à 0,1 pour 100 000 habitants dans tous les pays, à l'exception des pays à revenu élevé où ce taux était de 5,5 pour 100 000.

Investissements

Il existe également d'importants écarts entre les besoins en matière de santé mentale et les financements alloués à cette problématique.

Si la collecte de données récentes a été entravée par la réponse limitée de nombreux pays à faible revenu, l'OMS indique toutefois que certains pays parmi les plus pauvres du monde consacrent moins de 1 dollar des États-Unis par personne au traitement de la santé mentale. Dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, les dépenses avoisinent 3 dollars É.-U. par personne.

Selon l'*Atlas de la santé mentale 2020*, les dépenses publiques médianes en faveur de la santé mentale à l'échelle du globe représentaient 2,1 % des dépenses publiques médianes dédiées à la santé en général – une proportion calculée d'après les données de 2018. Si peu de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ont répondu aux demandes de collecte de données, les écarts constatés s'avèrent néanmoins importants. En effet, dans les pays à faible revenu, le montant médian par habitant des dépenses publiques consacrées à la santé mentale était de 0,08 dollar É.-U., tandis qu'il s'établissait respectivement à 0,37 dollar É.-U. et à 3,29 dollars É.-U. dans les pays à revenu intermédiaire des tranches inférieure et supérieure, et atteignait 52,73 dollars É.-U. dans les pays à revenu élevé.

L'Atlas 2020 indique par ailleurs que le fardeau financier des soins de santé

mentale pèse souvent sur les individus et les familles, en particulier dans les pays pauvres. En effet, si dans 85 % des pays du monde, les particuliers sont entièrement couverts par une assurance ou paient au maximum 20 % des coûts inhérents aux services de santé mentale, les dépenses non remboursables sont plus élevées en Afrique, où 41 % des individus assument la majorité, voire l'intégralité des frais de prestation de ces services. En comparaison, les dépenses à la charge des particuliers en Europe, où la quasi-totalité de la population (98 %) est couverte intégralement par une assurance, ne dépassaient pas 20 %.

Par ailleurs, plus de 70 % des dépenses publiques consacrées à la santé mentale ont servi à subventionner des hôpitaux psychiatriques dans les pays à revenu intermédiaire des tranches inférieure et supérieure, contre moins de 40 % dans les pays à revenu élevé.

L'aide internationale au développement allouée à la santé mentale est elle aussi limitée. Entre 2006 et 2016, son montant représentait nettement moins de 1 % de l'aide au développement consacrée à la santé en général¹². L'aide au développement en faveur des enfants et des adolescents est encore moins élevée dans les pays en développement. De fait, d'après une étude menée en 2018, une aide au développement de 190,3 millions de dollars É.-U. a été consacrée à la santé mentale des enfants et des adolescents entre 2007 et 2015, soit environ 0,1 % du montant investi dans le domaine de la santé en général¹³. Si les proportions ont fluctué au cours de cette période, l'aide consacrée à la santé mentale des enfants et des adolescents représentait 10 % de la somme investie en faveur de la santé mentale en 2007, pour atteindre 14 % en 2015. Il convient également de souligner que la majeure partie de l'aide internationale au développement s'adressait aux enfants et aux adolescents touchés par des situations de crise humanitaire.

ENCADRÉ 18.

Obstacles

Comme l'illustre l'examen réalisé pour le compte de l'UNICEF, les conventions internationales, les programmes mondiaux de développement et les diverses interventions menées à l'échelle du globe ne sont pas parvenus, tant s'en faut, à établir une approche holistique mondiale de promotion, de protection et de prise en charge de la santé mentale des enfants et des jeunes souffrant de troubles en la matière. En effet, plusieurs obstacles majeurs ont empêché les progrès. Parmi eux, les cinq suivants sont les plus notables et les plus destructeurs :

La stigmatisation : L'un des obstacles qui nuit le plus à la promotion et à la protection de la santé mentale, ainsi qu'au traitement des malades, est la stigmatisation associée à ces troubles. La stigmatisation et la discrimination qui l'accompagnent empêchent les enfants et les jeunes, ainsi que les personnes qui s'occupent d'eux, de solliciter une prise en charge et de jouer un rôle à part entière au sein de leur famille, de leur école et de leur communauté, une situation qui les empêche ainsi de vivre pleinement. Qu'elle soit ou non intentionnelle, la stigmatisation renforce les idées reçues sur la santé mentale et met un frein à la recherche, au financement et aux engagements en réponse aux besoins des enfants et des jeunes en la matière. Elle limite également les efforts visant à comprendre toutes les facettes de l'univers émotionnel et psychosocial des enfants et des adolescents. Dans certains cas, la stigmatisation peut entraîner des violations manifestes des droits des enfants et des jeunes présentant un handicap psychosocial.

Le manque de coordination entre les secteurs : Toute approche monosectorielle des problèmes de santé mentale se heurte à des

obstacles. La coordination entre plusieurs secteurs, tels que la santé, l'éducation, le développement de la petite enfance, la protection de l'enfance et la protection sociale, est indispensable pour répondre aux besoins complexes rencontrés tout au long du continuum de santé mentale et de la vie.

L'inadéquation des ressources

financières : Seule une infime portion des dépenses publiques et internationales d'aide au développement est disponible pour satisfaire aux besoins en matière de santé mentale. Cette situation doit changer. En effet, la plupart des enfants et des jeunes se heurteront un jour ou l'autre à des difficultés sur le plan de la santé mentale et auront besoin, au cours de leur vie, de services de promotion et de protection, voire d'un traitement.

L'inadéquation des ressources

humaines : Les ressources humaines consacrées à la santé mentale sont en grande partie inadéquates. En effet, les effectifs disponibles sont majoritairement mobilisés pour traiter les troubles mentaux. La promotion et la protection de la santé mentale sont, quant à elles, ignorées. S'il est crucial d'augmenter le nombre de spécialistes de la santé mentale, il est tout aussi indispensable d'améliorer les connaissances générales en la matière dans diverses professions afin de garantir la prestation des services essentiels de promotion et de protection.

Les violations des droits humains :

Les enfants et les jeunes qui bénéficient de services de santé mentale sont bien trop souvent victimes de discrimination, de préjugés, de violence, d'exclusion sociale et de ségrégation. Dans certains cas, les enfants sont illégalement ou

arbitrairement placés en institution, surmédicamentés et privés d'autonomie et de toute expression de leur volonté ou de leurs préférences¹⁴. Il est essentiel d'éliminer les attitudes et les pratiques qui marginalisent les personnes ayant des troubles mentaux ou présentant un handicap psychosocial pour proposer des services de santé mentale conformes aux préconisations du Conseil des droits de l'homme, c'est-à-dire des services de proximité et axés sur l'être humain qui ne conduisent pas à une médicalisation excessive et à des traitements inappropriés.

Changer la donne

Malgré d'importantes lacunes, divers programmes et politiques reposant sur des données probantes ont été mis en œuvre ou mis à l'essai dans le but de promouvoir et de protéger la santé mentale des enfants et des jeunes les plus vulnérables et de prendre soin d'eux. Bon nombre de ces initiatives s'inscrivent dans le cadre d'interventions établies en matière d'éducation parentale, d'éducation, de protection sociale, de santé et d'action humanitaire, et offrent une possibilité de faire tomber les barrières traditionnelles pour instaurer une approche multisectorielle.

Éducation parentale

Jusqu'à 20 ans, le monde proche de l'enfant tourne autour des personnes qui s'occupent de lui. Ces dernières constituent des figures d'attachement saines qui le protègent des traumatismes susceptibles d'engendrer un stress toxique¹⁵. Néanmoins, un grand nombre de personnes ayant la charge d'enfants ont besoin du soutien de programmes d'éducation parentale pour remplir ce rôle capital.

Conformément aux recommandations du Cadre pour des soins attentifs, de nombreux programmes d'éducation parentale fournissent des conseils aux personnes ayant la charge d'enfants en matière de nutrition, d'interactions attentives et d'activités stimulantes et pédagogiques à mener à la maison. De plus en plus de programmes œuvrent par ailleurs pour offrir aux personnes s'occupant d'enfants et d'adolescents le soutien dont elles ont besoin.

D'après des évaluations, ces programmes contribuent à renforcer les liens d'attachement entre l'enfant et la personne qui s'occupe de lui, à réduire le recours à la violence éducative par les parents et à favoriser le développement cognitif de l'enfant¹⁶. À titre d'exemple, une analyse a constaté que 88 % des interventions dans les

pays à revenu faible et intermédiaire ont permis d'obtenir des résultats positifs, et notamment d'améliorer les comportements parentaux, le fonctionnement familial, ainsi que la santé mentale des enfants et des jeunes¹⁷. En outre, les programmes d'éducation parentale sont également parvenus à mobiliser efficacement des travailleurs non spécialisés et des professionnels qualifiés exerçant des métiers complémentaires, un élément crucial pour étendre ces programmes aux milieux à faible revenu¹⁸.

Parenting for Lifelong Health

Si bon nombre des programmes d'éducation parentale les mieux étayés par des données probantes émanent de pays à revenu élevé, des initiatives notables sont en cours dans les pays à revenu faible et intermédiaire¹⁹. Citons par exemple Parenting for Lifelong Health (PLH), qui offre un éventail de programmes d'éducation parentale reposant sur des données probantes et proposés à domicile par des agents de proximité non spécialisés, pour une solution plus économique²⁰.

Lancé officiellement en 2013 par plusieurs partenaires, dont l'OMS et l'UNICEF, PLH se décline en quatre programmes proposant des interactions adaptées à l'âge de l'enfant et reposant sur des données probantes au sujet de diverses problématiques liées au développement de l'enfant, telles que l'attachement, le développement cognitif, la gestion du comportement, l'apprentissage social et la résolution des problèmes²¹.

Cette initiative, dont l'efficacité a été évaluée dans quatre groupes d'âge, a permis d'obtenir des résultats positifs en termes d'attention, de développement socio-émotionnel et de sensibilité des personnes ayant la charge d'enfants²². Ces interventions se sont également accompagnées d'une réduction des problèmes

comportementaux et du recours à la violence éducative par les parents. Certaines ont permis, par ailleurs, de faire diminuer le nombre de troubles de santé mentale recensés chez les personnes s'occupant d'enfants.

Dans le cas des adolescents, les interventions n'ont pas amélioré spécifiquement les résultats sur le plan de la santé mentale, mais ont conduit au recul de la violence familiale, de la dépression chez les personnes qui s'occupent d'eux, de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Elles ont également contribué à améliorer la situation financière des familles²³.

D'abord mis en œuvre en Afrique du Sud, PLH devrait aider plus de 500 000 familles d'ici à la fin 2022²⁴. Plus de 25 pays à revenu faible et intermédiaire sont concernés en Afrique subsaharienne, en Europe de l'Est, en Asie du Sud et du Sud-Est et dans les Caraïbes.

Care for Child Development

Démarche de référence en matière de développement de la petite enfance, le programme Care for Child Development (CCD) a ouvert la voie à d'autres programmes d'éducation parentale reposant sur des données probantes. Le CCD a été développé à l'origine dans les années 1990 afin de promouvoir l'apprentissage précoce et une prise en charge adaptée, deux piliers du Cadre pour des soins attentifs²⁵.

En général, les interventions fondées sur le CCD sont intégrées dans les services d'éducation, de santé et de protection sociale et menées à domicile ou dans des centres de soins de proximité, la plupart du temps par des agents de santé communautaires formés²⁶. Ce type d'intervention encourage les personnes ayant la charge d'enfants à utiliser des objets du quotidien ou des jouets faits maison pour favoriser le développement moteur, social, cognitif et



D'égale à égale : Au Bangladesh, Sharmin, 18 ans, à gauche, transmet à sa mère, Minu Alam, les connaissances qu'elle a acquises auprès des Services de santé amis des adolescents.
© UNICEF/UN0471566/Akhter VII Photo

langagier de l'enfant, une démarche qui renforce efficacement les compétences parentales par le biais du jeu²⁷.

Ce programme a été adapté et mis en œuvre dans pas moins de 23 pays. Les évaluations ont révélé des améliorations en matière de pratiques éducatives et d'interactions entre les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux. Le CCD a également contribué au renforcement des compétences cognitives, langagières et motrices des enfants²⁸. Au Pakistan, un essai randomisé a montré que les enfants ayant bénéficié du CCD présentaient des compétences cognitives, langagières, motrices et socio-émotionnelles supérieures à celles des autres enfants à l'étude jusqu'à quatre ans après l'intervention²⁹.

De plus en plus de programmes œuvrent pour offrir aux personnes s'occupant d'enfants et d'adolescents le soutien dont elles ont besoin.

Éducation

Au fil de la croissance, l'environnement dans lequel les enfants évoluent s'élargit. L'école, le personnel enseignant et les camarades qu'ils y côtoient deviennent alors des vecteurs essentiels d'apprentissage et de socialisation, et exercent une influence sur leur développement émotionnel, comportemental et moral.

Les écoles peuvent être – et sont souvent – des lieux sains et inclusifs dans lesquels les enfants acquièrent des compétences capitales qui favorisent leur bien-être et les aident à préparer leur avenir³⁰. Néanmoins, le milieu scolaire expose aussi les enfants au harcèlement,

au racisme, à la discrimination, à l'influence des pairs et au stress des performances. Par conséquent, les environnements d'apprentissage ont un rôle crucial à jouer en faveur de l'inclusion, mais aussi de la promotion et de la protection de la santé mentale, grâce à la mise en place d'interventions économiques et acceptables sur le plan culturel³¹. En outre, les interventions en milieu scolaire permettent de venir en aide aux enfants et aux jeunes qui en ont le plus besoin et qui n'auraient pas pu obtenir par ailleurs des services de santé mentale³².

Au cours des dernières décennies, un grand nombre d'initiatives de ce type se sont appuyées sur des cadres d'apprentissage social et émotionnel³³ offrant un moyen efficace de promotion et de protection de la santé mentale³⁴. De fait, les approches systémiques axées sur l'apprentissage social et émotionnel intègrent des interventions qui répondent aux besoins des enfants, des jeunes, des familles et des communautés sur le plan du développement et d'un point de vue culturel³⁵. Lorsqu'elles sont bien exécutées, ces initiatives universelles permettent aux enfants et aux jeunes d'acquérir des compétences cognitives, comportementales et émotionnelles fondamentales qui les aideront à réussir leurs études, à surmonter les difficultés et à entretenir des relations positives³⁶.

Les évaluations de divers programmes d'apprentissage social et émotionnel ont fait état de résultats positifs sur le plan scolaire, social et comportemental³⁷. Certaines démarches de ce type incluant des interventions généralisées en milieu scolaire et d'autres ciblant spécifiquement les enfants et les jeunes à risque se sont avérées particulièrement efficaces³⁸. Parmi les approches généralisées en milieu scolaire, citons par exemple les clubs de filles, les espaces verts ou les alliances pour la diversité des genres et de la sexualité, ces initiatives étant combinées à des interventions plus particulièrement destinées à

lutter contre certains risques pour la santé mentale tels que le tabagisme, l'intimidation et la grossesse chez les adolescentes³⁹. Toutefois, la recherche a démontré que la réussite de telles approches exige toujours une mise en œuvre de qualité, la présence de ressources suffisantes ainsi que le soutien du personnel enseignant, des familles, des écoles et des communautés⁴⁰.

SEHER

L'initiative SEHER (Renforcer les données probantes sur les interventions scolaires visant à promouvoir la santé des adolescents) au Bihar, en Inde, est un exemple de programme global de promotion de la santé mentale en milieu scolaire qui a fait ses preuves. Dotée de plusieurs composantes, cette initiative a été mise en œuvre à grande échelle dans les écoles. En plus d'activités s'adressant à l'ensemble des élèves, cette initiative propose des services de conseil individualisés aux personnes qui en ont besoin et fonctionne en association avec un programme d'apprentissage des compétences de la vie courante intégré en classe⁴¹.

D'après les évaluations, ce programme a permis de créer un climat scolaire positif dans lequel enseignants et élèves entretiennent des relations étroites et constructives, et qui a fait naître un sentiment d'appartenance parmi les élèves⁴². En conséquence, les taux de dépression, d'intimidation et de violence ont diminué. Fait intéressant, lorsqu'un conseiller est intervenu dans le cadre du programme SEHER, une amélioration de l'attitude des élèves a été constatée vis-à-vis de l'égalité entre les genres, de la dépression, de l'intimidation et de la violence. En comparaison, l'intervention du personnel enseignant a eu peu d'effet⁴³.

Positive Action

À l'image du programme SEHER, Positive Action fait figure d'intervention scolaire de référence en matière de santé mentale et s'appuie sur un solide corpus de recherche⁴⁴. Développée

en 1977, cette initiative a été mise en œuvre dans plus de 16 000 écoles, principalement aux États-Unis, et s'avère un outil à la fois efficace et économique⁴⁵.

Prenant ancrage dans la psychologie positive, Positive Action encourage les enfants et les adolescents à développer des pensées positives propices à l'adoption de comportements positifs qui les aident à prendre conscience de leur propre valeur. Ces interventions sont adaptées à différents groupes d'âge allant de 5 à 18 ans⁴⁶.

Les environnements d'apprentissage ont un rôle crucial à jouer en faveur de l'inclusion, mais aussi de la promotion et de la protection de la santé mentale, grâce à la mise en place d'interventions économiques et acceptables sur le plan culturel.

D'après les évaluations, les programmes Positive Action ont permis d'améliorer le comportement et la réussite scolaire des élèves⁴⁷. À titre d'exemple, une étude portant sur 1 170 élèves âgés de 8 à 14 ans fréquentant 14 écoles dans des quartiers à faible revenu de Chicago a mis en évidence un recul certes modeste, mais significatif, des comportements perturbateurs, des actes de violence et d'intimidation, et des cas de dépression et d'anxiété sur une période de six ans. Cette étude a

également souligné que les élèves se sentaient davantage satisfaits dans la vie, obtenaient de meilleurs résultats scolaires et faisaient une moins grande consommation d'alcool et de drogues⁴⁸. Par ailleurs, des études ont montré que plus les élèves avaient accès au programme Positive Action, plus les résultats s'amélioraient⁴⁹.

Protection sociale

Au vu de l'influence que le monde extérieur exerce sur la santé mentale, il est indispensable de mettre en place des interventions visant certains des déterminants sociaux qui affectent la vie des enfants et des jeunes. Si elles ne ciblent pas nécessairement la santé mentale, les actions de protection sociale n'en constituent pas moins des outils essentiels pour lutter contre les facteurs de risque associés à la pauvreté⁵⁰.

En général, les actions de protection sociale visent à prévenir la pauvreté infantile, à prémunir les enfants contre ses effets et à promouvoir les possibilités économiques capables de gommer les déséquilibres de pouvoir qui perpétuent la pauvreté et la vulnérabilité⁵¹. Bien souvent intégrées dans les secteurs de la santé et de l'éducation, ces interventions ont recours à diverses méthodes telles que les transferts en espèces, les crédits d'impôt, l'assurance sociale, les services sociaux et le soutien à l'emploi.

Les programmes d'assistance en espèces, en particulier, peuvent avoir des effets indirects sur la santé mentale des enfants et des adolescents en favorisant la participation scolaire, la sécurité alimentaire et l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Les transferts en espèces se traduisent également par une diminution des risques courants pour la santé mentale, tels que les problèmes de santé physique et la violence au sein du couple⁵². Ce type de mesure a

par ailleurs des retombées positives sur le développement cognitif et comportemental des jeunes enfants⁵³.

Il est également possible d'observer des effets directs. À titre d'exemple, de récents travaux de recherche ont démontré que les programmes de transferts monétaires assortis de conditions ont contribué à réduire le taux de suicide de 18 % en Indonésie et de 3,4 % à 7,9 % au Brésil⁵⁴. Ces effets se sont avérés particulièrement notables chez les femmes. Au Malawi, le versement de transferts monétaires sans conditions s'est accompagné d'une diminution de 15 % des symptômes de dépression chez les jeunes âgés de 15 à 22 ans, l'amélioration étant plus significative parmi les femmes⁵⁵.

Ujana Salama

Les programmes de protection sociale sont de plus en plus souvent couplés à la prestation de services sociaux⁵⁶. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, Ujana Salama (Safe Youth) est un programme d'assistance en espèces destiné aux adolescents âgés de 14 à 19 ans associant des formations en présentiel, des mentorats, des bourses et des services de santé. L'évaluation de ce programme a mis en évidence un recul des symptômes de dépression⁵⁷. Au bout d'un an, les adolescents et les adolescentes affichaient une meilleure santé mentale et une estime personnelle supérieure, et possédaient des connaissances plus approfondies sur les questions de santé sexuelle et procréative et sur le VIH. D'après des études, ce programme a également conduit à une diminution de la violence sexuelle et à une augmentation de la fréquentation scolaire chez les filles.

Bridges et Bridges Plus

En Ouganda, l'association d'interventions à visée économique et de programmes d'apprentissage des compétences financières de la vie courante s'est accompagnée d'améliorations de la santé physique et

mentale, de la stabilité financière et de la sécurité alimentaire chez les jeunes adolescents ayant perdu leurs parents des suites du VIH/sida⁵⁸.

Les programmes Bridges et Bridges Plus incluaient par ailleurs des mesures d'incitation à l'épargne en vue de financer des apprentissages, des ateliers d'éducation financière et des actions de mentorat par les pairs. Ces programmes, mis en œuvre auprès d'adolescents de 5^e et de 6^e année du cycle d'enseignement primaire, ont duré environ deux ans.

D'après une étude portant sur 1 383 participants, les programmes Bridges et Bridges Plus ont amélioré l'état de santé mentale tel qu'il est déclaré. Une réduction des symptômes de dépression et du sentiment de désespoir a ainsi été observée immédiatement après l'intervention. Les adolescents qui prenaient part au programme Bridges Plus, dont les mesures d'incitation à l'épargne étaient renforcées, semblaient par ailleurs conserver sur un plus long terme des niveaux de désespoir inférieurs à leurs pairs.

Si elles ne ciblent pas nécessairement la santé mentale, les actions de protection sociale n'en constituent pas moins des outils essentiels pour lutter contre les facteurs de risque associés à la pauvreté.

ÉTUDE DE CAS

Espagne

La santé mentale au bout du chemin : Une approche des soins de santé mentale tenant compte de la culture des jeunes migrants

Pour le Dr Francisco Collazos, psychiatre, les migrants et les enfants et jeunes migrants non accompagnés avec lesquels il travaille sont bien plus qu'un diagnostic, et la promotion et la protection de leur santé mentale demandent bien plus qu'une réponse psychiatrique.

« Notre engagement nous oblige à chercher d'autres solutions équitables, compétentes sur le plan culturel et adaptées aux besoins de chaque groupe de la population que nous servons », indique Francisco Collazos, psychiatre et fondateur du Programme de santé mentale transculturel pour les enfants et les jeunes migrants non accompagnés de l'hôpital Vall d'Hebron à Barcelone. « Nous sommes régis par cet engagement en matière de compétence culturelle. »

La compétence culturelle est le principe directeur du Programme de santé mentale transculturel qui s'adresse à des enfants et à des jeunes placés dans le système de protection de l'enfance espagnol ou vivant dans la rue. Beaucoup d'entre eux ont une situation et des expériences de vie compliquées et difficiles.

D'après le Dr Collazos, beaucoup se heurtaient à des problèmes avant même d'entamer leur parcours de migration. Ils étaient par exemple victimes de marginalisation dans leur pays d'origine ou de violences domestiques, notamment de violences physiques, d'abus et de négligence. Ils sont également beaucoup trop nombreux à avoir subi des violences et des épreuves durant leur transit.

Une fois arrivés à destination, grand nombre de ces enfants ressentent de l'anxiété et de la frustration en raison de leur statut de migrant en

Espagne. Certains ont également du mal à supporter la pression liée aux attentes de leur famille et à la difficulté de trouver un emploi et d'envoyer de l'argent dans leur pays d'origine. D'autres ont des problèmes de toxicomanie.

En outre, les enfants et les jeunes migrants sont souvent confrontés à l'exclusion sociale et à la difficulté d'appréhender une nouvelle langue et une nouvelle culture.

Fondé en 2001 à l'hôpital Vall d'Hebron, le Programme de santé mentale transculturel prend en compte l'interaction complexe de ces menaces pour la santé mentale des enfants et des jeunes migrants afin de leur fournir une aide efficace. Le programme fait intervenir des professionnels d'organisations non gouvernementales (ONG) et prépare des agents de santé mentale de proximité ainsi que des professionnels de la santé mentale à



Une approche transculturelle : « Chaque personne est unique et doit être traitée comme telle », déclare le Docteur Francisco Collazos, à gauche.
© UNICEF/UN0489155/Erasmus Fenoy

réaliser des évaluations qui tiennent compte de la culture des enfants et à prodiguer une aide multidisciplinaire à l'aide d'une formation spécialement conçue à cet effet.

Le programme a notamment noué un partenariat avec *Superacciò*, une ONG qui vient en aide aux jeunes migrants vivant dans la rue à Barcelone. Son projet Spaai, en particulier, repose sur une approche multidisciplinaire pour répondre aux difficultés des enfants réfugiés et migrants grâce à des interventions qui incluent l'éducation, le sport, l'intégration sociale et le soutien à la santé mentale. Les interventions en faveur de la santé mentale sont axées sur le principe selon lequel le contexte culturel des jeunes fait partie intégrante de leur santé mentale.

Grâce au soutien du Comité national de l'Espagne pour l'UNICEF et des autorités locales et régionales, le Programme de santé mentale

transculturel de l'hôpital Vall d'Hebron devrait être élargi et intégré dans le système de protection de l'enfance de Catalogne.

« La culture est considérée à la fois comme un facteur de risque et comme un facteur de protection, » indique Abdallah Denial Kandil, un agent de santé de proximité qui travaille avec le Dr Collazos sur le Programme de santé mentale transculturel.
« Avant ce programme, nous proposions seulement des services d'interprétation. L'approche transculturelle est bien plus riche que cela ; c'est un modèle de travail axé sur l'intégration qui permet d'obtenir des résultats extraordinaires. »

Selon le Dr Collazos, un grand nombre de jeunes avec lesquels il a travaillé au fil des années témoignent de la réussite

du programme. Il pense notamment à un jeune immigré marocain qui avait des problèmes de drogue, qui vivait dans la rue et qui avait des altercations avec la police et les services d'immigration avant de croiser la route de *Superacciò*.

Aujourd'hui, le jeune homme continue de jouer un rôle actif au sein de l'ONG dont il est devenu bénévole, tout en cherchant du travail et en essayant d'aider financièrement sa mère restée au Maroc.

« Les enfants et les jeunes migrants m'acceptent malgré la stigmatisation associée à la santé mentale et aux psychiatres », affirme le Dr Collazos, agréablement surpris. « J'ai l'impression de devenir une pièce fondamentale de leur équilibre. »

Systèmes de soins de santé primaires

Beaucoup trop d'enfants et de jeunes n'ont pas accès aux services de promotion, de prévention et de prise en charge de la santé mentale. De fait, le manque de services et de spécialistes prive les enfants et les jeunes du soutien dont ils ont besoin. Parfois, ces derniers sont dans l'impossibilité de bénéficier des services de santé mentale disponibles en raison du niveau de qualité médiocre des prestations proposées et de la stigmatisation associée à cette prise en charge⁵⁹.

Améliorer l'accès aux services de santé mentale requiert d'aller à la rencontre des enfants et des jeunes dans leur environnement, notamment à la maison et à l'école. Les prestataires de soins de santé primaires, en particulier ceux qui œuvrent dans des structures de proximité, peuvent également contribuer de manière décisive à la promotion et à la protection de la santé mentale et assurer la prise en charge des enfants et des jeunes en situation de risque.

Les soins primaires jouent un rôle important dans la santé mentale, comme le reconnaît le Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS. Ce document recommande ainsi d'intégrer les soins et traitements en matière de santé mentale dans les structures de soins de santé primaires afin que la santé mentale ne soit plus systématiquement synonyme d'une approche spécialisée et médicalisée⁶⁰. Parmi les efforts en ce sens, citons également le programme PRIME (Programme for Improving Mental health care) et la création des Scale-Up Hubs par l'Institut national américain de la santé mentale⁶¹. Ces deux initiatives ont pour but d'étudier le contexte communautaire, de mobiliser des agents de santé de proximité spécialement formés et de mettre en place des services répondant aux besoins particuliers de la communauté. Malheureusement, il arrive trop souvent que les efforts d'intégration de la santé mentale dans les structures de soins

primaires ne tiennent pas compte des besoins spécifiques des enfants et des jeunes.

Thinking Healthy Programme


L'initiative Thinking Healthy Programme s'adresse aux mères pakistanaïses depuis 2007 dans le but de lutter contre la dépression périnatale⁶².

Ce programme intègre la santé mentale dans une structure de soins de santé primaires. D'abord mis en œuvre par un groupe établi d'agents de proximité dispensant des soins de santé primaires baptisé « Lady Health Workers », il fait désormais intervenir des membres de la communauté ayant bénéficié d'une formation⁶³.

Ce programme fondé sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) comporte quatre séances hebdomadaires au cours du dernier mois de grossesse, trois séances durant le mois suivant l'accouchement et des séances mensuelles pendant encore neuf mois⁶⁴.

D'après les premières évaluations, l'initiative Thinking Healthy Programme a permis de diviser par deux le taux d'incidence de la dépression. En outre, les mères participantes ont déclaré s'investir davantage dans la stimulation de leur enfant et recourir plus souvent à la contraception après l'accouchement. Les bébés à l'étude risquaient moins de souffrir de diarrhées et étaient plus susceptibles d'être vaccinés⁶⁵. Une étude de suivi réalisée sept ans plus tard a mis en évidence une réduction de 17 % des cas de dépression parmi les mères ayant participé au programme. Il a aussi été constaté que ces mères avaient consacré davantage de temps et d'argent à leurs enfants⁶⁶.

Au vu de sa réussite, l'initiative Thinking Healthy Programme a été intégrée dans le programme national du Pakistan dédié aux maladies non transmissibles et à la santé mentale, ainsi que dans le bouquet de services de santé universels du pays, et citée dans le plan présidentiel visant à



Améliorer l'accès aux services de santé mentale requiert d'aller à la rencontre des enfants et des jeunes dans leur environnement.

promouvoir la santé mentale des Pakistanais. Figurant également dans le guide d'intervention du Programme d'action « Comblant les lacunes en santé mentale » (mhGAP) de l'OMS, l'initiative a été mise en œuvre dans d'autres pays, dont le Bangladesh, la Bolivie, l'Inde, le Nigéria, le Pérou⁶⁷ et le Viet Nam⁶⁸. Plusieurs projets pilotes



Soutien en matière d'éducation parentale : Une mère bénéficie de conseils lors d'une visite médicale de routine en El Salvador.

© UNICEF/UN0499578/Segovia Prado

sont actuellement menés en Chine et une application mobile est en cours d'élaboration au Kenya⁶⁹.

Headspace

Headspace fait partie des initiatives les plus anciennes en faveur de la jeunesse. Ce système de centres de soins de santé primaires s'adresse aux jeunes âgés de 12 à 25 ans en Australie⁷⁰.

Headspace intègre la santé mentale dans des interventions alliant soutien professionnel, promotion de la santé physique et sexuelle et lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie⁷¹.

Divers services sont proposés en ligne, par téléphone et par SMS. Par ailleurs, headspace met des outils à la disposition des écoles primaires et secondaires afin d'aider les enseignants

et les parents à accompagner les élèves ayant des problèmes de santé mentale. Certains centres proposent des services spécialisés de prise en charge des jeunes souffrant de troubles mentaux complexes tels que la psychose.

La participation des adolescents et des jeunes est une composante essentielle de headspace. Ces derniers prennent part aux décisions concernant leurs propres soins et jouent le rôle de conseillers pour ce qui relève du développement, de la stratégie et de la planification opérationnelle du programme. En outre, headspace s'adresse aux communautés historiquement les moins susceptibles de solliciter des services de santé mentale, par exemple les jeunes issus des peuples autochtones et insulaires

du détroit de Torres ou appartenant à la communauté LGBTQ+.

D'abord mis en place dans dix structures par la National Youth Mental Health Foundation en Australie, headspace compte désormais un réseau national de 110 centres. Les évaluations ont mis en lumière des résultats positifs pour la santé mentale des adolescents et des jeunes. Cependant, divers problèmes restent à résoudre, comme les longues listes d'attente et le manque de personnel⁷². En outre, certains des services visant à offrir des interventions holistiques sont susceptibles de pâtir des modalités de financement de ces centres.

ÉTUDE DE CAS

Sri Lanka

De jeunes bénévoles au cœur de la communauté : Une intervention de proximité en faveur de la santé mentale au lendemain du conflit

Quand Sugarna Kanagratnam est arrivée à Tellipalai sur son scooter, les enfants de cette petite ville située dans le nord du Sri Lanka l'ont accueillie avec beaucoup d'affection.

Ils avaient confiance en elle et aimaient l'art, le théâtre et les histoires qu'elle apportait dans leur vie – des activités qui avaient pour but de les aider à s'ouvrir et à lutter contre leurs peurs et leurs anxiétés.

« C'est un endroit avec une histoire difficile, mais j'ai aimé travailler avec les enfants ici », affirme Sugarna Kanagratnam, conseillère en santé mentale.

Sugarna travaille pour Shanthiham, une organisation de santé mentale et de soutien psychosocial spécialisée dans les zones sortant d'un conflit dans le Nord et l'Est du Sri Lanka. Il y a plus de dix ans, pendant près de trois décennies, la région a été l'épicentre d'un conflit armé qui a tué et blessé de nombreuses

personnes et infligé aux enfants et aux familles des déplacements prolongés dans des camps.

Au lendemain de ce conflit, les familles et les enfants luttent pour apprendre à vivre autrement. Il arrive que les déplacements, les retours et les réinstallations aient mis à mal les structures familiales et communautaires, exposant les enfants et les jeunes à un risque de violences et de négligence.

Outre ces difficultés, les familles de retour sont victimes de la stigmatisation associée au fait d'être des « personnes des camps » tandis qu'elles essaient de se construire une nouvelle maison et une nouvelle vie.

Le travail de Sugarna à Tellipalai s'est inscrit dans le cadre de l'initiative en faveur de la santé mentale et d'un soutien psychosocial de proximité mise en œuvre par Shanthiham entre 2017 et 2019 dans la région de Jaffna, dans le Nord du Sri Lanka.

Les activités menées par Sugarna et d'autres conseillers au titre de cette initiative ont consisté à évaluer les besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les villes et les villages de la région, échanger avec les dirigeants locaux sur l'importance de la santé mentale, établir des mécanismes d'orientation et fournir des programmes de sensibilisation de la communauté sur des thèmes tels que la parentalité et leadership des jeunes. À ce jour, le programme est venu en aide à plus de 8 000 bénéficiaires et a géré 180 programmes de conseils. L'organisation a également contribué à établir des Groupes restreints chargés du bien-être de l'enfant. Ces groupes étaient formés de membres de la communauté qui ont utilisé leurs relations au sein de cette dernière pour identifier les enfants et les adolescents qui avaient besoin de services de santé mentale et de soutien psychosocial.

De jeunes bénévoles âgés de 19 à 26 ans, chargés de tisser des liens, ont



Soins de proximité : Sugarna Kanagratnam, au centre, parle de santé mentale à des enfants et des parents dans le nord du Sri Lanka.

© UNICEF/UN0505807/UNICEF Sri Lanka

joué un rôle central au sein de cette initiative en identifiant les besoins et les problèmes psychosociaux au sein de leur quartier et en fournissant le soutien nécessaire. Choisis par des dirigeants locaux, les bénévoles ont bénéficié d'une formation et d'une expérience sur le terrain. Une fois prêts, leur mission a consisté à :

- Aider des personnes qui avaient besoin de conseils en organisant des réunions de groupe afin de discuter de problèmes critiques ;
- Mettre à profit leur place au sein de la communauté pour identifier les personnes et les familles qui avaient besoin de services de santé mentale et de soutien psychosocial et les orienter vers des prestataires de service professionnels ;
- Tendre la main à des enfants et des jeunes déscolarisés ou à risque de décrochage scolaire et à les encourager à poursuivre leurs études.

Cette approche de proximité de la santé mentale et du soutien psychosocial a aidé les conseillers, les jeunes bénévoles et les membres des Groupes restreints chargés du bien-être de l'enfant à gagner la confiance de la communauté. En mobilisant les membres de la communauté, de petites villes ou des villages ont ainsi pu accroître l'accès aux services et signaler les problèmes aux autorités locales.

Les jeunes bénévoles, en particulier, ont vraiment permis à leur communauté de s'approprier l'initiative, si bien que le programme a pu s'adapter aux besoins et à la situation de chaque village. Ils ont aussi contribué à éliminer la stigmatisation associée au fait de chercher un soutien psychosocial.

À la fin du programme, les jeunes bénévoles sont restés des personnes de confiance et influentes au sein de leur communauté. Dans l'ensemble, le programme de santé mentale et de soutien psychosocial a continué de

faciliter la transition entre la fin du conflit et un avenir meilleur.

En tant que membre d'un Groupe restreint chargé du bien-être de l'enfant, Baheerathi Jegatheeswaran, ancienne cheffe du village de Palai Veemankaamam, affirme vouloir poursuivre les efforts entrepris afin d'améliorer la santé mentale et le bien-être des membres de sa communauté.

« J'ai découvert l'utilité de disposer d'un tel groupe dans un village et j'ai compris l'aide qu'il apportait à la communauté », affirme-t-elle. « Je mettrai à profit cette expérience partout où j'irai et j'essaierai de fonder d'autres groupes de ce type. »

Situations de crise humanitaire

En raison des multiples facteurs complexes qui entrent en jeu dans les crises humanitaires, il est indispensable d'appréhender le contexte de manière nuancée et d'adopter une approche à plusieurs niveaux pour garantir une réponse efficace. Les chercheurs sont de plus en plus capables de mettre au point des démarches reposant sur des données probantes et d'évaluer leur efficacité, malgré la complexité des scénarios. Parmi les interventions efficaces et étayées par la recherche figurent le soutien psychosocial ciblé dans les situations humanitaires, les programmes axés sur les familles et les communautés, et les modèles axés sur l'éducation ou la formation.

Si les services de santé mentale sont un volet capital de l'action humanitaire, force est de constater qu'ils ont également un rôle central à jouer dans le processus de relèvement de crise et les mesures de réduction des risques de catastrophe.

Au-delà de la crise immédiate, ces actions sont également menées dans l'optique de renforcer la santé mentale des enfants et des jeunes tout au long de la vie et de bâtir des systèmes capables de suivre l'évolution de leurs besoins.

Interventions ciblées : Advancing Adolescents

Il est avéré que la mise en œuvre minutieuse d'interventions brèves et structurées offrant une réponse immédiate aux problèmes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique améliore la santé mentale des enfants et des jeunes⁷³. À titre d'exemple, citons Advancing Adolescents. Cette initiative, lancée en 2014 au titre d'une action humanitaire menée par l'UNICEF, Mercy Corps, Save the Children et World Vision en réponse au conflit au Moyen-Orient⁷⁴, s'inscrivait dans le cadre des efforts régionaux visant à dire « Non à une génération perdue »⁷⁵.

En Jordanie, le programme Advancing Adolescents proposait des activités de groupe structurées aux adolescents âgés de 12 à 18 ans issus de la communauté des réfugiés syriens et de la population locale. Fondées sur une approche psychosociale mettant l'accent sur les interactions sociales et encourageant la participation, ces activités communes étaient animées par des adultes qualifiés et comprenaient notamment des cours de fitness, d'arts et de formation spécialisée⁷⁶.

Les évaluations de ce programme incluaient l'autodéclaration des troubles mentaux et l'analyse sanguine du taux de cortisol, l'hormone du stress⁷⁷. Les résultats ont mis en évidence un soulagement efficace du stress, de l'insécurité et de la détresse, en particulier chez les adolescents victimes des plus lourds traumatismes.

Des activités visant à renforcer la santé mentale des adolescents se poursuivent en Jordanie avec le soutien de l'UNICEF. Grâce à une approche psychosociale mettant l'accent sur les interactions sociales, elles ont permis à ceux-ci d'acquérir des compétences transférables, comme la capacité à travailler en équipe, à prendre des décisions et à faire preuve de résilience pour surmonter les situations de stress.

Soutien sociocommunautaire : Youth Readiness Intervention

D'autres interventions étaient axées sur le soutien à la réintégration après une crise. Chez un groupe d'anciens enfants soldats en Sierra Leone, par exemple, les effets du traumatisme subi perduraient 15 ans après la fin des hostilités. En outre, une étude à long terme a révélé que près de la moitié des anciens enfants soldats souffraient d'anxiété et de dépression à un degré supérieur au seuil au-delà duquel la capacité d'une personne à participer pleinement à la société est compromise⁷⁸. Environ 28 % des participants présentaient des symptômes de stress post-traumatique dépassant ce seuil.

Les anciens enfants soldats ayant le mieux réussi à s'en sortir bénéficiaient de solides relations familiales et communautaires et avaient moins fait l'objet d'une stigmatisation liée à leur passé. Les jeunes en grande difficulté étaient ceux qui avaient vécu les expériences les plus traumatisantes en tant qu'enfants soldats et qui n'avaient pas réintégré un foyer familial ou un groupe d'entraide. Par ailleurs, ces derniers couraient un risque accru de souffrir d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique, de faire une tentative de suicide et d'avoir des démêlés avec la police.

Éducation et formation

D'après l'étude à long terme sur les enfants soldats en Sierra Leone, la participation à l'éducation et la formation constituent des facteurs durables de protection de la santé mentale⁷⁹. Toutefois, il peut s'avérer difficile de profiter des possibilités d'apprentissage à la suite d'un traumatisme, car les troubles mentaux qui en découlent sont susceptibles de compliquer les interactions avec les pairs, les enseignants et les superviseurs⁸⁰. Pour répondre à ces enjeux, des chercheurs ayant participé à l'étude en Sierra Leone ont mis sur pied le programme Youth Readiness Intervention afin de prendre en charge

les troubles de santé mentale qui entravent la réussite des jeunes et causent des problèmes fonctionnels. Cette intervention reposant sur des données probantes combine des éléments issus de la TCC, de la relaxation de pleine conscience et de la thérapie interpersonnelle de groupe dans l'optique d'améliorer les relations interpersonnelles des jeunes, ainsi que leur aptitude à gérer leurs émotions, et de diminuer leur niveau de stress. Après 10 à 12 séances, les participants recevaient une bourse pour suivre un apprentissage dans une école parallèle adaptée aux jeunes vivant dans la pauvreté.

D'après une évaluation de la Youth Readiness Intervention, les participants avaient six fois plus de chances de poursuivre leur scolarité que les élèves n'ayant pas bénéficié de cette intervention. De fait, ce programme a favorisé la participation scolaire et l'assiduité des élèves, et contribué à améliorer leur comportement.

Il est désormais prévu d'intégrer la Youth Readiness Intervention dans un programme de formation des jeunes à l'entrepreneuriat en Sierra Leone, et une étude sera menée pour savoir si le succès est également au rendez-vous⁸¹. Les premiers résultats font état d'améliorations des symptômes d'anxiété et de dépression et de taux supérieurs de retour à la vie active, ce qui pourrait, à long terme, favoriser une meilleure indépendance économique des jeunes touchés par la guerre.

Reconstruire en mieux

Si les services de santé mentale sont un volet capital de l'action humanitaire, force est de constater qu'ils ont également un rôle central à jouer dans le processus de relèvement de crise et les mesures de réduction des risques de catastrophe⁸².

À cet égard, l'OMS a appelé à œuvrer au renforcement des services de santé



Besoins en situation d'urgence : Le soutien psychosocial est un volet capital des actions humanitaires.
© UNICEF/UN0518510/Haro

mentale après une situation d'urgence, qu'il s'agisse d'un conflit ou d'une catastrophe, entre autres exemples⁸³. La prise en charge de la santé mentale chez les populations touchées par une situation d'urgence ouvre la voie au développement d'actions à long terme. Les interventions en situation d'urgence offrent aussi une occasion de plaider en faveur d'une amélioration des ressources en matière de santé mentale en mettant à profit l'attention que les dirigeants locaux et internationaux accordent au pays concerné à ce moment précis.

En outre, l'intégration des services de santé mentale dans les mesures de réduction des risques de catastrophe est de plus en plus plébiscitée et la recherche montre qu'il faut redoubler d'efforts pour garantir une intégration efficace⁸⁴. Associer santé mentale et réduction des risques de catastrophe peut en effet contribuer à renforcer la résilience et la préparation des communautés – et des actions humanitaires – tout en leur permettant de mieux répondre aux besoins en matière de santé mentale.



J'ai perdu des amis atteints de troubles mentaux ; je les ai regardé sombrer dans un océan de ténèbres. J'en ai également vu d'autres s'épanouir et se frayer un chemin vers la lumière grâce à une aide professionnelle et à un système de soutien aimant et attentif. Un esprit rempli de honte ne peut pas grandir et c'est pourquoi je crois qu'il est essentiel de lutter contre la stigmatisation, de rendre accessible le soutien en matière de santé mentale et de mettre en place des structures pour soutenir les gens, en particulier les groupes vulnérables et marginalisés. L'homosexualité, en particulier, ne devrait pas être synonyme de culpabilité, ni d'altérité. Nous devons veiller à la bonne santé de chacun, nous soutenir les uns les autres et bannir la honte de notre vocabulaire.

Arlo Parks est une chanteuse, auteure-compositrice et poète londonienne, lauréate des BRIT Awards et des Mercury Awards. Dans son monde, les mots sont aussi utiles que les photographies. Des vignettes expressives agrémentent les paroles poétiques de ses chansons indie pop douces et méditatives, inspirées par un mélange éclectique d'artistes, de Radiohead à Portishead, en passant par Sufjan Stevens et Solange.

ENCADRÉ 19.

Prévention du suicide

Le suicide détruit des vies et s'avère traumatisant non seulement pour les proches de la victime, mais aussi pour ses amis, ses camarades de classe et sa communauté. Ces effets d'entraînement peuvent conduire, à leur tour, à la disparition d'autres jeunes. De fait, les foyers de suicide et de comportement suicidaire sont beaucoup plus fréquents chez les jeunes qu'au sein de la population adulte⁸⁵. Par le passé, ce type de foyer a été principalement observé dans des environnements tels que les écoles, les universités et les centres de détention. Toutefois, la médiatisation du suicide et son évocation sur les réseaux sociaux font de plus en plus craindre l'apparition de tels foyers parmi les personnes ayant des relations virtuelles pour seul point d'attache.

Le suicide est souvent associé à l'automutilation, c'est-à-dire au fait de se faire volontairement du mal, par exemple en prenant des doses excessives de paracétamol, en ingérant du poison, en s'infligeant des coupures ou en se jetant du haut d'un immeuble. Il s'avère souvent difficile de déterminer la motivation profonde de ces actes : La victime souhaitait-elle mettre fin à ces jours ? Était-ce un moyen de se soustraire temporairement à une situation ou à un sentiment insupportable⁸⁶ ?

Certains jeunes courent un plus grand risque que les autres. Si les taux de suicide sont généralement supérieurs

chez les garçons et les jeunes hommes, on observe la tendance inverse au début de l'adolescence, un âge auquel l'automutilation – un facteur de risque de suicide – est beaucoup plus répandue chez les filles que chez les garçons⁸⁷. De la même façon, les adolescents appartenant à la communauté LGBTQ+ constituent un groupe à risque particulier. À titre d'exemple, des données provenant des États-Unis indiquent que la proportion de personnes LGBTQ+ ayant commis un suicide était trois fois plus élevée dans le groupe des 12-14 ans que dans celui des 25-29 ans⁸⁸. Enfin, d'après une étude menée en 2016 auprès d'élèves aux États-Unis, les jeunes âgés de 14 à 18 ans faisant partie de la communauté lesbienne, gay et bisexuelle étaient presque trois fois plus susceptibles d'avoir envisagé sérieusement le suicide par rapport à leurs camarades s'identifiant comme hétérosexuels⁸⁹. Malgré une acceptation sociale grandissante dans la plupart des régions du monde, il existe des données probantes attestant que les jeunes LGBTQ+ d'aujourd'hui ont plus de chances d'avoir fait une tentative de suicide que leurs homologues des générations précédentes⁹⁰.

Le risque accru d'apparition de foyers de suicide chez les jeunes, couplé au fait que le suicide est évitable dans de nombreux cas, souligne l'importance de la prévention. Certes, il n'existe

pas de solution universelle ni de moyen d'éliminer totalement le risque, seulement de le réduire, mais les données probantes recueillies dans le monde entier démontrent clairement que de nombreuses actions peuvent être entreprises pour sauver des vies parmi les jeunes.

L'une des premières mesures majeures consiste à élaborer une stratégie nationale de prévention du suicide. En 2018, 40 pays avaient adopté ce type de stratégie, généralement assortie d'actions ciblées dans un éventail de secteurs tels que la santé, l'éducation, la protection sociale et la justice⁹¹. Parmi les approches possibles, citons la recherche et la collecte de données visant à déterminer l'ampleur du problème, à mieux comprendre les facteurs de risque et de protection et à identifier les groupes à haut risque, la restriction de l'accès aux moyens de suicide, l'élaboration de lignes directrices régissant la médiatisation du suicide, le renforcement des compétences sociales et émotionnelles chez les adolescents, la réduction de la stigmatisation et la formation spéciale des agents de santé, du personnel enseignant, des forces de police et d'autres professionnels⁹².

D'après la recherche, ces stratégies contribuent à réduire les taux de suicide et peuvent avoir des effets particulièrement bénéfiques chez les plus jeunes⁹³. Le document *Live*

life : un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays, publié par l’OMS en juin 2021, recense des stratégies, des exemples et des ressources permettant la mise en application de programmes fondés sur des données probantes pour lutter contre le suicide⁹⁴.

La restriction de l’accès aux moyens de suicide joue un rôle important dans la prévention du suicide à tout âge, et plus particulièrement chez les jeunes qui ont davantage tendance à agir de manière impulsive⁹⁵. On croit souvent à tort que les personnes qui veulent mettre fin à leurs jours trouveront, quoi qu’il arrive, un moyen d’accomplir leur dessein. Cela témoigne pourtant d’une profonde incompréhension de tout le cheminement qui sépare les pensées suicidaires de la planification, puis du passage à l’acte, chez les jeunes. Si la crise suicidaire qui entraîne ce geste est généralement suscitée par une souffrance ou un désespoir extrême, ces sentiments peuvent être apaisés, au moins temporairement. Si l’on parvient à éviter qu’un jeune se suicide au cours de l’une de ces crises, il est fort possible qu’il ne fera pas de nouvelle tentative⁹⁶.

Les réseaux sociaux et les médias traditionnels jouent un rôle important pour les adolescents qui traversent ces crises. S’ils contribuent quelques fois à les protéger, ils ont parfois aussi des effets délétères⁹⁷. Par conséquent, il

est primordial de fournir des ressources locales en ligne et d’instaurer des protocoles permettant d’identifier les contenus préjudiciables diffusés sur le Web⁹⁸. À titre d’exemple, le programme StigmaWatch œuvre pour la médiatisation responsable des problèmes de santé mentale et du suicide en Australie⁹⁹. Certes, la restriction de l’accès aux moyens de suicide connaît des limites, en particulier dans les pays où ces actes sont en grande partie commis par pendaison ou en se jetant du haut d’un immeuble¹⁰⁰, mais beaucoup d’actions peuvent être entreprises. Ainsi, la restriction de l’accès aux armes à feu a eu pour effet de diminuer les taux de suicide en Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande. Au Sri Lanka, la réglementation stricte des ventes de pesticides extrêmement toxiques a été corrélée à une chute drastique des suicides au tournant du siècle¹⁰¹.

Les écoles doivent, elles aussi, participer aux efforts de prévention. De fait, les approches généralisées en milieu scolaire peuvent faire en sorte que les élèves jugent normal et acceptable de demander de l’aide. Il est également possible de former des « gardiens », c’est-à-dire des adultes et des jeunes ayant les compétences nécessaires pour déceler les signes avant-coureurs (sautes d’humeur, changements comportementaux, désespoir, repli sur soi, etc.) et pour aider les personnes

concernées à obtenir de l’aide¹⁰². Les écoles ont aussi un rôle à jouer dans le renforcement des compétences socio émotionnelles, telles que la résolution des problèmes et la gestion du stress¹⁰³. Enfin, la conception du programme a son importance. En Europe, par exemple, les études indiquent que le dispositif Youth Aware of Mental Health (Jeunes conscients de leur santé mentale – YAM) est parvenu à faire diminuer les taux de pensées suicidaires et de tentatives de suicide chez les jeunes¹⁰⁴.

Nous en savons encore trop peu sur les facteurs qui poussent les jeunes à commettre un suicide ou à s’automutiler. Malheureusement, de nombreuses difficultés entravent la recherche, notamment le manque de précision et de cohérence de la terminologie, l’absence de mesures normalisées et généralisées¹⁰⁵, la stigmatisation, ainsi que le défaut de signalement et la mauvaise classification des décès par suicide – un problème particulièrement épineux dans le cas des suicides commis par des jeunes, car les autorités et les médecins ont parfois tendance à protéger la famille qui vient de perdre un enfant¹⁰⁶. Il reste également beaucoup à faire pour identifier les enfants courant le plus grand risque, comprendre les facteurs différenciant les jeunes ayant simplement des pensées suicidaires de ceux qui passent à l’acte et évaluer l’efficacité des stratégies de prévention¹⁰⁷.

ÉTUDE DE CAS

Kazakhstan

Atteindre de nouveaux sommets :
Une approche proactive pour prévenir
les suicides

Chez elle, Dina* ne manque pas d'occupations. La jeune fille de 14 ans plante des arbres, jardine et danse sur des vidéos de K-pop dans le salon.

À l'école, la situation est plus difficile et les échanges avec ses pairs, stressants.

« Nous ne sommes pas pareils », explique Dina. « Nous n'avons pas les mêmes centres d'intérêt. »

Récemment, Dina est cependant parvenue à combattre son stress et son anxiété avec l'aide d'une psychologue scolaire, M^{me} Bakhytkul Seitkhanova.

« Elle m'a appris à exprimer ouvertement ce que je ressens », affirme Dina. « Maintenant, je sais qu'il ne faut jamais baisser les bras. »

Dina a été orientée vers Bakhytkul Seitkhanova en 2020 à la suite d'une évaluation réalisée dans le cadre du Programme de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale des adolescents (AMHSP), un

dispositif charnière de sensibilisation à la santé mentale des adolescents et de prévention du suicide intégré aux soins de santé en milieu scolaire au Kazakhstan.

« Elle était trop renfermée », affirme Bakhytkul Seitkhanova, qui exerce dans l'école de Dina. « Elle avait des problèmes familiaux. J'ai travaillé avec elle une fois par semaine pendant deux mois. Aujourd'hui, je continue de la voir deux fois par mois. »

L'AMHSP a été fondé en 2015 en réponse à un grave problème de santé publique au Kazakhstan : le suicide chez les jeunes. Depuis, le programme a produit des résultats considérables¹⁰⁸.

Une évaluation de l'AMHSP sur la période 2015-2017 réalisée à Kyzylorda, où Dina vit et va à l'école, a montré que les idées suicidaires chez les jeunes avaient baissé de 36,1 %, l'anxiété, de

80,6 %, la dépression, de 56,1 %, et le stress, de 65 %.

En plus de fournir une aide essentielle aux jeunes, le programme a également sensibilisé le personnel scolaire à l'importance de la santé mentale. L'AMHSP a modifié le regard que portait Zhaniya Bissenova, une psychologue scolaire ayant 15 ans d'expérience, sur son travail au sein de la 204 School, une école située dans la ville de Kazaly, dans la région de Kyzylorda.

« Je me suis rendu compte que les enfants qui avaient besoin d'aide envoyaient des signaux », affirme la psychologue.

« Je me sens plus sûre de moi professionnellement », ajoute-t-elle. « Je n'ai pas peur ; j'agis désormais avec conviction. »

L'AMHSP a été conçu avec des partenaires, notamment l'UNICEF, comme une intervention destinée aux professionnels de l'éducation et de la santé publique. Le programme vise à



Signaux d'alerte : La psychologue scolaire Zhaniya Bissenova, est attentive aux signes avant-coureurs de suicide chez ses élèves au Kazakhstan.

© UNICEF/UN0474199/Babajanyan/VII Photo

identifier les adolescents à risque de développer des problèmes de santé mentale, tels que le suicide, et à leur apporter un soutien psychosocial.

L'AMHSP s'est également attaché à lutter contre la stigmatisation associée à la santé mentale, qui peut dissuader les jeunes de demander de l'aide. Pour ce faire, le programme s'est notamment tourné vers les parents.

Dans la région de Kyzylorda, par exemple, les adolescents avaient besoin de l'autorisation de leurs parents ou de leur tuteur pour se soumettre à des examens de santé mentale. L'AMHSP s'est donc aussi employé à aider les professionnels de l'éducation et de la santé à informer les parents. Grâce au programme, la proportion de parents refusant de fournir cette autorisation n'était plus que de 5 % entre 2015 et 2016 et de 1 % en 2017. En témoignage de la forte adhésion des sphères les plus élevées du Gouvernement au programme, le Premier ministre du Kazakhstan a intégré l'AMHSP au sein

du Plan d'action national du pays pour la période 2015-2020 et a commencé à le mettre en œuvre dans la région de Kyzylorda en 2015 avec le soutien de partenaires, tels que le Centre national pour la santé mentale, les Ministères de la santé, de l'éducation et de la science, et de l'intérieur, et les départements régionaux de la santé et de l'éducation. En 2016, le programme a aussi commencé à être mis en œuvre dans la région de Mangistau.

Globalement, le Kazakhstan est en bonne voie pour faire de la santé mentale, en particulier des enfants et des adolescents, un enjeu national majeur. Le Gouvernement du Kazakhstan considère l'AMHSP comme une pièce maîtresse des services de santé mentale destinés aux adolescents et a augmenté le financement des services de santé mentale de 25 %.

Cependant, ce sont les améliorations dans la vie des enfants et des jeunes qui permettront à terme d'évaluer la réussite de ces efforts.

Si l'on s'en tient à Dina, les résultats sont prometteurs.

« Peu importe les difficultés, il faut avancer », affirme-t-elle. « C'est en surmontant les difficultés que l'on atteint des sommets. »

*Dina nous a demandé de ne pas communiquer son nom de famille afin de protéger son identité. Nous nous sommes entretenus avec elle en mai 2021, dans l'une des rues principales bordée de mûriers de Kyzylorda, au Kazakhstan.



Apprendre en confinement : Mila, 11 ans, au Panama, lit pendant la période d'isolement.
© UNICEF/UNI322367/Schverdfinger

Données et recherche

Malgré des approches prometteuses, il est indispensable de disposer de données exactes et d'un solide corpus de recherche pour répondre efficacement aux problématiques de santé mentale concernant les enfants et les jeunes. Dans la plupart des régions du monde, les données en question ne sont pas disponibles, et ne sont donc ni collectées, ni analysées, ni exploitées pour élaborer des politiques et des programmes efficaces ou pour allouer des ressources. Par ailleurs, le manque de données et de travaux de recherche au niveau national a tendance à masquer les enjeux inhérents à la santé mentale des enfants et des jeunes, une situation qui rend d'autant plus difficile

tout plaider en faveur de la mise en place de services et la mise en œuvre d'actions efficaces¹⁰⁹.

Les données et les recherches sur ce sujet sont particulièrement peu nombreuses dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où vivent 90 % des 1,2 million d'adolescents que compte la planète¹¹⁰. Dans ces pays, les données disponibles sur la santé mentale des adolescents couvrent environ 2 % de cette population¹¹¹. En outre, lorsqu'une collecte de données est réalisée, les méthodes employées diffèrent d'un pays à l'autre, ce qui empêche souvent toute comparaison. En conséquence, la plupart des chiffres

Le manque de données et de travaux de recherche au niveau national a tendance à masquer les enjeux inhérents à la santé mentale des enfants et des jeunes, une situation qui rend d'autant plus difficile tout plaider en faveur de la mise en place de services et la mise en œuvre d'actions efficaces.

relatifs à la prévalence des troubles mentaux et des facteurs de risque associés, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, sont le fruit d'estimations modélisées.

Grâce à la modélisation, il est possible d'obtenir un aperçu de la prévalence et du fardeau des problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes. Ces estimations permettent en outre de prendre en compte les troubles mentaux touchant les enfants et les jeunes dans des endroits où ils seraient passés inaperçus. Néanmoins, de telles estimations ne peuvent offrir qu'une vue d'ensemble de la situation, les points faibles et les lacunes des données modélisées risquant d'être amplifiés en cas d'utilisation à grande échelle.

Le problème lié aux données et à la recherche découle en partie d'un manque de financement. En 2019, le montant investi en faveur de la recherche dans le domaine de la santé mentale était d'environ 0,50 dollar É.-U par personne et par an, pour une population de 7,7 milliards d'individus. Or, du fait d'inégalités flagrantes, à peine 2,4 % de ces fonds ont été dépensés dans les pays à revenu faible et intermédiaire¹¹². Par ailleurs, seuls 33 % des dépenses totales consacrées à ce domaine de recherche concernent les adolescents.

Améliorations

Si, partout dans le monde, des efforts sont mis en œuvre pour mieux comprendre la problématique de la santé mentale chez les enfants et les adolescents et y apporter des réponses fondées sur des données probantes, certains défis persistent.

La collecte de données sur les troubles de santé mentale requiert des définitions applicables dans différents milieux et contextes culturels. En effet, le contexte peut déterminer

sous quelle forme ces troubles se manifestent et la façon dont les symptômes sont interprétés. De plus, il est essentiel d'en apprendre davantage sur les expériences qui ne répondent pas nécessairement aux définitions diagnostiques et peuvent suggérer des troubles anxieux ou une dépression, par exemple.

Ces dernières années, néanmoins, les organismes de recherche et de développement ont axé leurs efforts sur ces problématiques et œuvré pour améliorer la collecte et la gestion des données relatives à la santé mentale. À titre d'exemple, l'UNICEF, l'OMS et d'autres partenaires majeurs ont entrepris de mesurer la santé mentale des adolescents à l'échelle de la population (Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level – MMAP) en adoptant une approche méthodologique fiable de collecte et de gestion des données de santé mentale chez les adolescents dans les pays à revenu faible et intermédiaire¹¹³.

Ce projet débouchera sur la mise en place d'un ensemble d'outils culturellement adaptés qui permettra de recueillir et de valider des données sur les symptômes d'anxiété et de dépression, les troubles fonctionnels, les pensées et comportements suicidaires et le soutien psychosocial. L'approche MMAP constitue également une ressource pour aider les chercheurs à déceler les troubles mentaux de manière proactive et pour permettre à des agents communautaires non spécialisés d'orienter les adolescents vers le service de soutien dont ils ont besoin.

Parmi les actions collaboratives, citons également la création du Common Measures in Mental Health Science Governance Board (CMB) par l'Institut national américain de la santé mentale et le Wellcome Trust en 2019. Ce

conseil de gouvernance a dressé une liste de référence des questionnaires de recherche visant à améliorer la collecte de données et la recherche dans le domaine de la santé mentale¹¹⁴. En collaboration avec des partenaires universitaires et institutionnels tels que l'OMS, l'UNICEF s'appuie sur le projet MMAP pour adapter et évaluer l'utilisation de ces mesures communes dans le contexte des pays à revenu faible et intermédiaire¹¹⁵.

Des travaux de recherche sont également menés pour identifier les liens critiques existant entre la santé mentale et certains des déterminants sociaux qui mettent les enfants et les jeunes en situation de risque. À titre d'exemple, le projet CHANCES-6 du Care Policy and Evaluation Centre de la London School of Economics a lancé un vaste programme de recherche étudiant les liens entre la pauvreté, la santé mentale et les possibilités offertes aux jeunes issus de milieux défavorisés¹¹⁶. Mis en œuvre en Afrique du Sud, au Brésil, en Colombie, au Libéria, au Malawi et au Mexique de 2018 à 2021, ces travaux se sont attachés à analyser les effets des programmes d'assistance en espèces sur la santé mentale et ceux des programmes de santé mentale sur la pauvreté.

Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF a quant à lui entrepris des travaux de recherche qui permettront de recenser les lacunes en matière de données probantes et de procéder à l'examen systématique et à la synthèse des éléments disponibles sur la santé mentale des enfants et des jeunes dans les pays à revenu faible et intermédiaire¹¹⁷. Cette démarche vise également à clarifier divers concepts, définitions et méthodes de mesure ayant une importance majeure dans ce domaine, une première étape vers l'élaboration d'indicateurs de santé mentale mesurables et contrôlables.



Chapitre 6

CADRE D'ACTION

Même si nous n'avons pas toutes les réponses, nous en savons suffisamment pour nous atteler à la tâche. Pour promouvoir et protéger la santé mentale de chaque enfant et prendre en charge ceux qui sont confrontés aux problèmes les plus graves, il est indispensable de s'engager, investissements à l'appui, de communiquer afin de briser le silence, de lutter contre la stigmatisation et d'éliminer les obstacles au changement, et d'agir pour minimiser les facteurs de risque et optimiser les facteurs de protection au sein des environnements qui comptent dans la vie des enfants et des adolescents, en particulier la famille et l'école.

Cadre d'action

Pour promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants, nous devons...



Nous engager



En renforçant le **leadership** et les **partenariats** et en augmentant les **investissements**.



Communiquer



En luttant contre la **stigmatisation**, en ouvrant le **dialogue** et en favorisant les **échanges avec les jeunes**.



Agir



En minimisant les **facteurs de risque** et en maximisant les **facteurs de protection** de la santé mentale, et ce, en prenant les quatre mesures clés suivantes :



Soutenir les familles, les parents et les personnes ayant la charge d'enfants



Garantir le soutien de la santé mentale en milieu scolaire



Renforcer les systèmes et leur personnel



Améliorer les données et la recherche

En passant en revue dans les chapitres précédents les problématiques de santé mentale auxquelles se heurtent les enfants et les adolescents ainsi que leurs familles, nous avons constaté que la douleur et la détresse sévissent à l'échelle mondiale, dans les villages pauvres comme dans les villes aisées. À un âge et à un stade de leur vie où ils sont censés bâtir les bases de leur santé mentale pour le reste de leur existence, les enfants et les jeunes se retrouvent confrontés à des risques et à des expériences qui les fragilisent. Le prix à payer pour chacun d'entre nous est incommensurable.

Ce n'est pas acceptable. Et nous devons agir.

Les priorités ne font – ou ne devraient faire – aucun doute. Même si nous n'avons pas toutes les réponses, nous en savons suffisamment pour prendre dès maintenant des mesures visant à **promouvoir** la santé mentale de chaque enfant, à **protéger** les enfants vulnérables et à **prendre en charge** les enfants confrontés aux problèmes les plus graves.

Aussi, pour aider la communauté internationale, les gouvernements, les

écoles et d'autres parties prenantes à œuvrer en ce sens, nous avons défini un cadre d'action ancré dans trois principes : l'**engagement** des dirigeants, avec l'appui d'une politique d'investissement adaptée ; la **communication** visant à éliminer la stigmatisation et à ouvrir le dialogue sur la santé mentale ; et l'**action** destinée à renforcer les capacités du personnel dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, entre autres, de façon à mieux soutenir les familles, les écoles et les communautés, ainsi qu'à améliorer considérablement la collecte de données et la recherche.

S'engager, communiquer et agir en faveur de la santé mentale

► **S'ENGAGER** signifie renforcer le leadership autour d'objectifs clairs, convenus entre partenaires et parties prenantes, et garantir des investissements en faveur des solutions et des ressources humaines nécessaires dans un éventail de secteurs.

Renforcer le leadership et les partenariats à l'échelle mondiale.

Soutenir la santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes qui s'occupent d'eux constitue à la fois un défi et une opportunité à l'échelle planétaire. De fait, l'édification de fondations solides durant l'enfance porte ses fruits tout au long de la vie et offre un moyen exceptionnel de prévenir les troubles mentaux. C'est la raison pour laquelle la santé mentale requiert une intervention mondiale, menée par un leadership renforcé et prenant appui sur les initiatives en place, afin de rassembler les parties prenantes autour d'objectifs et de priorités clairement définis ; d'élaborer des modèles de financement permettant de combler le déficit d'investissement ; d'instaurer des partenariats favorisant le partage à l'échelle mondiale, régionale et nationale des connaissances et des expériences en matière de prestation

de services, de renforcement des capacités, de collecte de données et d'éléments de preuve ainsi que de services de santé mentale et de soutien psychosocial en situation de crise et d'urgence ; et – enjeu crucial – de suivre et d'évaluer les progrès.

Investir en faveur de la santé mentale.

La santé mentale souffre d'un cruel manque de financement. En effet, de nombreux gouvernements consacrent à peine quelques centimes par habitant à ce domaine d'intervention, et les fonds qui y sont alloués au titre de l'aide internationale au développement sont également très modestes. De plus, le financement des services psychiatriques accapare la quasi-totalité du budget, laissant ainsi une part infime pour assurer la prévention ou la promotion de la santé mentale.

Ces dernières années, la définition de cibles spécifiques de financement alloué à la santé mentale dans les budgets de santé – en général, au moins 5 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire et au moins 10 % dans les pays à revenu élevé¹ – s'est trouvée au cœur des préoccupations et a reçu un soutien considérable, sachant qu'à l'heure actuelle, les dépenses médianes

consacrées au traitement des troubles mentaux par les pays représentent 2,1 % de ce budget². Un soutien similaire a été observé en faveur d'une hausse du financement mondial des services à hauteur de 1 milliard de dollars des États-Unis d'ici à 2023³. Ces fonds supplémentaires sont indispensables pour améliorer l'accès à des services de santé mentale de qualité.

Des investissements sont cependant nécessaires dans tous les secteurs, afin de mettre l'accent non seulement sur le renforcement des capacités du personnel de santé, mais également sur celui du personnel des systèmes d'éducation et de protection sociale. Il convient donc de définir des cibles claires et d'identifier de nouvelles sources de financement et d'investissement qui permettront de les atteindre. Cette démarche ne doit pas être cantonnée à l'échelle nationale : il est essentiel que les organismes et les donateurs internationaux consacrent des fonds à la santé mentale, en finançant les systèmes et services de santé, mais aussi l'éducation et la protection sociale – autant de domaines où il est possible de réaliser d'importants progrès en faveur de la promotion et de la protection de la santé mentale.



Des signaux forts : Il est primordial de communiquer et d'échanger pour lutter contre la stigmatisation liée à la santé mentale.
© UNICEF/UN0419392/Dejongh

Tous les investissements, qu'ils soient mondiaux, régionaux ou nationaux, doivent répondre au même principe directeur : s'inscrire dans le droit fil d'approches fondées sur les droits qui tiennent compte des besoins des personnes ayant une expérience directe des problèmes de santé mentale et soient conformes aux instruments internationaux de défense des droits humains.

► **COMMUNIQUER** signifie lutter contre la stigmatisation liée à la santé mentale, ouvrir le dialogue et améliorer nos connaissances dans ce domaine. Cela consiste à amplifier les échanges mondiaux sur la santé mentale dans l'optique de sensibiliser le grand public, d'inciter l'ensemble des parties prenantes à passer à l'action et de renforcer l'apprentissage. Cela suppose également de veiller à ce que les enfants, les jeunes et les personnes ayant une expérience directe des problèmes de santé mentale participent aux discussions, puissent faire entendre leur voix et soient mobilisés de façon constructive dans l'élaboration des interventions dans ce domaine.

Briser le silence, mettre fin à la stigmatisation. Les idées reçues perpétuent la stigmatisation et la discrimination liées à la santé mentale, un fardeau qui empêche les enfants et les jeunes de solliciter de l'aide et de jouer un rôle à part entière au sein de leur famille, de leur école et de leur communauté. Le message à transmettre est simple : parler de santé mentale n'est pas seulement acceptable, c'est essentiel. Les gouvernements et d'autres parties prenantes, y compris les médias, doivent lutter contre la stigmatisation et promouvoir un message d'inclusion : nous nous heurtons tous à des difficultés sur le plan de la santé mentale mais, dès lors que l'on nous offre le soutien et les possibilités qui conviennent, nous pouvons mener une vie heureuse et en bonne santé malgré un trouble mental ou un handicap psychosocial. La lutte contre la stigmatisation exige également de promouvoir l'éducation en matière de santé mentale, c'est-à-dire d'aider les enfants, les adolescents et les personnes qui s'occupent d'eux à mieux comprendre comment favoriser une santé mentale positive, reconnaître les

signes de détresse chez eux et chez les autres et solliciter de l'aide lorsqu'ils en ont le plus besoin.

Veiller à ce que les jeunes puissent donner leur point de vue. De plus en plus, les jeunes font entendre leur voix et expriment leurs inquiétudes en matière de santé mentale et de bien-être. La mise en œuvre d'un soutien continu s'avère indispensable pour offrir à tous les jeunes, et plus particulièrement à ceux qui vivent avec des troubles mentaux, les moyens de participer activement et de manière constructive à la vie de la collectivité. Parmi les solutions possibles, citons le financement de groupes de proximité pour la jeunesse, la création collective d'initiatives entre pairs et la mise en place de programmes de formation. Nous devons faire en sorte que la voix des enfants et des jeunes soit entendue, afin que les services de santé mentale, mais aussi les actions de promotion et de protection en la matière, reflètent davantage la diversité et l'évolution des besoins et des préoccupations auxquels les enfants, les jeunes et les personnes qui s'occupent d'eux font face tout au long de leur vie.

ENCADRÉ 20.

Assurer un suivi de la santé mentale

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, très peu d'indicateurs en matière de santé mentale et de services associés font l'objet d'un suivi systématique, en particulier lorsqu'il s'agit de la santé mentale des enfants et des adolescents⁴. Par conséquent, les renseignements de haute qualité nécessaires pour mesurer les besoins de prise en charge et la prestation des services de santé mentale font défaut⁵. Une situation qui empêche de déterminer les priorités et d'élaborer des politiques en conséquence à tous les niveaux et qui sape par ailleurs les efforts visant à accroître les investissements et le financement en faveur des services de santé mentale.

Les gouvernements, les donateurs, les organisations non gouvernementales et les organismes multilatéraux doivent donc convenir d'un ensemble d'indicateurs de base permettant d'assurer un suivi systématique et intersectoriel en matière de santé mentale. Or, si ce besoin est facile à définir, il s'avère plus difficile de cerner les indicateurs pertinents et le profil idéal d'un tel ensemble. Comment faire la différence, par exemple, entre les indicateurs à suivre absolument et les indicateurs moins prioritaires ? Comment trouver le juste équilibre entre le critère d'importance (c'est-à-dire les indicateurs qu'il est réellement nécessaire de suivre au cours des dix prochaines années et sur la base desquels les politiques et les pratiques à venir ont toutes les chances de se fonder) et le critère de faisabilité (c'est-à-dire les indicateurs que les pays à revenu faible et intermédiaire devraient raisonnablement être en mesure de suivre au cours des dix prochaines années) ? Et comment savoir si les indicateurs dont le suivi s'avère nécessaire à l'échelle mondiale

répondent également aux besoins perçus au niveau régional, national et local ?

La mise au point d'un tel ensemble d'indicateurs est un défi qui exige des consultations et des recherches approfondies. Sous la houlette de Mark Jordans, directeur de la recherche et du développement chez War Child, une équipe de chercheurs a franchi une première étape vers cet objectif : elle a demandé l'avis de quelque 50 experts mondiaux dans le cadre d'un exercice rapide d'établissement des priorités visant à générer une liste hiérarchisée d'indicateurs de base envisageables (à l'issue de deux phases de notation au regard de critères prédéterminés, un score moyen de priorité a été calculé pour chacun des 38 indicateurs générés).

Diversifiés et multisectoriels, les indicateurs les mieux classés reflétaient la nécessité d'apporter une réponse globale aux problématiques en matière de santé mentale. Ils s'articulaient, dans l'ensemble, autour de trois domaines : 1) la *disponibilité des services de santé mentale*, allant des lits de prise en charge hospitalière aux services de prévention, de promotion et de traitement au sein des écoles et du système de santé ; 2) la *fréquence et l'omniprésence des problèmes de santé mentale*, y compris les taux de prévalence de troubles tels que les tendances suicidaires ; et 3) la *couverture*, afin d'évaluer, par exemple, le degré de prise en charge des enfants et des adolescents en milieu scolaire, au sein du système de soins de santé primaires ou par le biais d'orientations vers les services d'aide sociale et de protection de l'enfance.

Les experts ont également déterminé les catégories prioritaires pour la

ventilation des données. En tête de liste figuraient divers critères permettant non seulement de distinguer des groupes socio-démographiques (genre, âge, milieu rural/urbain, etc.) mais aussi d'obtenir une représentation claire de groupes d'enfants et d'adolescents spécifiques dans les données recueillies, afin de mettre en évidence des vulnérabilités particulières. Parmi les principaux groupes, citons les enfants et les adolescents détenus ou incarcérés, les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays, les personnes handicapées, ainsi que les enfants et les adolescents sans domicile.

Cet exercice d'établissement des priorités contribue à élaborer un cadre destiné à combler les lacunes en matière de données au sujet de la santé mentale des enfants et des adolescents, et ce, dans tous les secteurs pertinents. Il convient toutefois de souligner deux pierres d'achoppement : premièrement, il s'est largement appuyé sur un exercice antérieur du même type qui ne portait pas spécifiquement sur la santé mentale des enfants et des adolescents⁶, et deuxièmement, le panel des experts consultés n'était peut-être pas suffisamment représentatif de l'ensemble des secteurs intervenant dans la prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents. Néanmoins, l'espoir demeure que cet exercice puisse servir à éclairer le travail mené par un ensemble de partenaires et de parties prenantes clés, dont l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF, entre autres, dans le but de convenir d'une liste hiérarchisée d'indicateurs pertinents dans les années à venir.

► **AGIR** signifie prendre les mesures qui s'imposent pour minimiser les facteurs de risque et optimiser les facteurs de protection de la santé mentale au sein des environnements qui comptent dans la vie des enfants et des adolescents, en particulier la famille et l'école. De manière plus générale, il s'agit également d'accroître les investissements et de renforcer les capacités du personnel au sein de divers secteurs et systèmes clés, tels que les services de santé mentale et la protection sociale, ainsi que de concevoir des démarches performantes en matière de collecte de données et de recherche.

Soutenir les familles, les parents et les personnes ayant la charge d'enfants.

La famille joue un rôle fondamental dans la vie des enfants. Premières figures d'attachement, les parents et les personnes ayant la charge d'enfants sont garants de l'environnement familial et du développement socio-émotionnel de l'enfant. Soutenir les parents et les personnes ayant la charge d'enfants est donc indispensable pour assurer le bien-être des enfants et des adolescents, ainsi que pour réduire et prévenir la violence envers ces derniers. La stabilité des relations au sein du foyer peut contribuer à protéger les enfants des effets du stress toxique, à promouvoir leur résilience et à favoriser leur bien-être en général.

- **Promouvoir des soins attentifs et des relations bienveillantes.**

Il convient de déployer à grande échelle des programmes d'éducation parentale mettant l'accent sur l'apprentissage social et émotionnel, dans l'optique de favoriser les liens d'attachement positifs et la création d'un environnement familial propice à l'épanouissement des enfants. La prestation de services de prise en charge adaptés aux familles doit être proposée au sein de la collectivité, de façon à élargir l'accès à ces derniers et à renforcer leur acceptabilité. Les familles et les enfants courant un risque particulier, tel qu'une exposition à la violence et au stress toxique au sein du foyer, doivent bénéficier d'un soutien ciblé.

- **Aider les parents à soutenir la santé et le bien-être de leurs enfants.**

Les termes « santé mentale » et « bien-être » ne sous-entendent pas l'absence de troubles, mais désignent des états positifs permettant aux enfants de surmonter efficacement les épreuves de la vie. Les parents et les personnes ayant la charge d'enfants ont besoin de soutien pour s'investir auprès de leurs enfants et favoriser leur développement social, émotionnel, physique et cognitif durant l'enfance et l'adolescence.

À cette fin, il convient de leur transmettre les connaissances requises en matière de santé, de nutrition et de développement de l'enfant par l'intermédiaire de programmes de formation et de services de conseil. Le soutien offert aux parents devrait également s'inscrire dans le cadre de politiques favorables à la vie de famille, telles que la mise en place d'un congé parental rémunéré, le soutien à l'allaitement, ainsi que la disponibilité et l'accessibilité de services de garde d'enfants de haute qualité et de prestations d'aide à l'enfance.

- **Prendre soin de la santé mentale des personnes ayant la charge d'enfants.**

De nombreux parents peinent à gérer les multiples facteurs de stress susceptibles d'avoir de graves conséquences sur leur santé et leur bien-être et de nuire, par voie de conséquence, à la santé et au bien-être de leurs enfants. Les programmes de santé mentale doivent placer les personnes ayant la charge d'enfants au cœur des priorités, en les aidant à gérer le stress chronique et les conflits, ainsi qu'à consolider leurs stratégies d'adaptation.

- **Former les parents aux problématiques en matière de santé mentale chez les enfants.**

Dispenser aux parents une formation spécialisée peut contribuer à réduire les difficultés familiales et à améliorer les résultats observés sur le plan du développement et du comportement chez les enfants et les adolescents aux prises avec des problèmes de

santé mentale. Il est indispensable de réaliser des investissements pour mener le déploiement à grande échelle d'approches axées sur la famille, y compris lorsqu'elles reposent sur l'intervention de non-spécialistes. Ce type d'approche peut jouer un rôle déterminant dans l'amélioration de la communication, de la participation, des compétences de la vie quotidienne et des stratégies d'adaptation des personnes ayant la charge d'enfants.

Garantir le soutien de la santé mentale en milieu scolaire.

Les écoles jouent un rôle unique et crucial dans la vie des enfants et des adolescents. La violence et l'intimidation – par les enseignants comme par d'autres élèves – sont susceptibles de nuire à la santé mentale des enfants, au même titre que la pression de devoir réussir à tout prix. Au contraire, un environnement scolaire chaleureux, propice aux relations positives entre pairs et entre élèves et enseignants, peut contribuer à renforcer la santé mentale.

- **Investir en faveur d'une approche généralisée de la santé mentale en milieu scolaire.**

L'adoption d'une approche holistique nécessite d'élargir les priorités afin de tenir compte, au-delà du seul programme d'études, de toutes les influences que l'école exerce sur le développement et le bien-être des enfants. Aussi faut-il s'efforcer d'instaurer un climat scolaire positif et chaleureux dans lequel les enfants se sentent en sécurité et entourés, et qui leur donne les moyens d'exprimer leurs opinions, de soutenir leurs camarades et de solliciter de l'aide lorsqu'ils en ont besoin. Il convient également de prévoir une formation régulière sur la santé mentale et le bien-être psychosocial à l'intention des enseignants et d'autres membres du personnel, ainsi qu'à l'intention des enfants, des adolescents et des familles. Cette approche doit en outre être adaptée afin de refléter l'évolution constante des besoins

et des capacités de l'ensemble des enfants et des adolescents, et de tenir compte des besoins particuliers rencontrés par les enfants issus de groupes défavorisés et de milieux socio culturels différents.

- Renforcer les connaissances et les compétences socio émotionnelles des enseignants.** Les enseignants sont le pilier sur lequel reposent l'apprentissage et l'épanouissement des enfants et des adolescents à l'école. Les membres du corps enseignant et du personnel scolaire ont besoin de soutien pour renforcer leurs propres capacités et être ainsi en mesure, d'une part, d'aider les enfants et les adolescents à en apprendre davantage sur la santé mentale et à prendre de bonnes habitudes et, d'autre part, d'identifier les élèves ayant besoin d'un soutien supplémentaire. L'acquisition de telles compétences est indispensable pour que les enseignants puissent non seulement veiller à leur bien-être personnel, mais aussi garantir un meilleur apprentissage des élèves. Le métier d'enseignant peut engendrer un stress extrême, en particulier dans les cas où les ressources sont insuffisantes et dans les situations de crise et de conflit. En plus d'avoir des conséquences néfastes pour les enseignants eux-mêmes, ce stress nuit aux accomplissements des élèves et augmente les coûts pour le système éducatif.
- Prévenir le suicide.** Les écoles doivent collaborer activement à la prévention du suicide – une cause majeure de décès chez les adolescents. Dans cette optique, il s'avère utile de prévoir une formation spécialisée des enseignants et des élèves (tout comme des parents, des conseillers scolaires, des travailleurs sociaux et des agents de santé) afin que les enfants à risque puissent être identifiés et accompagnés. Néanmoins, cette tâche ne peut pas incomber uniquement aux écoles. Les programmes nationaux de prévention du suicide ont un rôle important à jouer pour soutenir les initiatives

visant, par exemple, à restreindre l'accès aux moyens de suicide, à encourager une communication responsable de la part des médias, ainsi qu'à identifier et à supprimer les contenus préjudiciables sur les réseaux sociaux.

Renforcer et équiper les divers systèmes et leur personnel, afin de leur donner les moyens de répondre aux problématiques complexes.

Les programmes et services de santé mentale doivent élargir leur champ d'action afin de profiter des possibilités offertes en matière de promotion, de protection et de prise en charge de la santé mentale dans des domaines tels que la protection sociale et les soins de proximité. Néanmoins, la mise en place efficace et pérenne d'une telle approche nécessite un renforcement des capacités du personnel œuvrant en faveur de l'enfance et de la famille et des systèmes connexes dans l'optique, d'une part, d'assurer une prestation de services transversale couvrant tous les systèmes et milieux et, d'autre part, de veiller à la satisfaction des besoins et au respect des droits humains de chaque enfant.

- Intégrer les services de santé mentale dans les systèmes de protection sociale et de soins de proximité.** Pour atteindre les enfants et les jeunes privés d'accès aux services de santé mentale, il est nécessaire que ces derniers ne soient pas uniquement proposés dans le cadre des systèmes de santé, mais également par le biais d'un large éventail de secteurs et de plateformes, notamment dans les domaines de l'éducation, de la protection sociale et des soins de proximité.

Les enfants et les jeunes défavorisés et en situation de risque, en raison d'un contexte familial différent ou d'une exposition à la violence, à la négligence et à la maltraitance, doivent bénéficier d'une attention particulière et de programmes dédiés, accessibles et adaptés à leurs besoins. Les services de proximité sont idéalement placés pour identifier

et soutenir les enfants à risque nécessitant une prise en charge spécialisée. Citons par exemple la protection de l'enfance et la gestion des cas de violence liée au genre, qui contribuent à sensibiliser aux besoins et aux ressources en matière de santé mentale et favorisent l'inclusion et la participation des enfants et des familles vulnérables au sein de la collectivité.

En outre, les femmes et les filles, notamment celles qui ont été victimes de violence liée au genre, trouvent une source majeure de soutien psychosocial auprès d'intervenants tels que les organisations locales de femmes. Il est également possible d'intégrer les services de santé mentale dans le système de soins de proximité, auquel cas l'accent sera fortement placé sur le partage des tâches, en particulier dans les milieux à faible revenu.

Pour que ces efforts portent leurs fruits, il est nécessaire de former des agents de proximité, de leur offrir un soutien continu et de garantir leur supervision afin qu'ils renforcent leurs connaissances et leurs compétences. Les interventions de proximité devraient également offrir des possibilités de guérison collective après une crise.

- Fournir des services de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles.** Les enfants et les adolescents font partie des groupes les plus vulnérables dans les situations de crise humanitaire, ce qui exige des interventions à plusieurs niveaux et adaptées au contexte. Il s'avère ainsi nécessaire de déployer des services de santé mentale et de soutien psychosocial à grande échelle afin de doter les enfants des outils et des ressources dont ils ont besoin pour gérer l'anxiété et les formes graves de détresse. Une prise en charge spécialisée doit être proposée aux populations les plus vulnérables, en accordant une attention toute

particulière aux jeunes mères, aux victimes de violence liée au genre, ainsi qu'aux enfants associés à des groupes armés. Les enfants ont également besoin de soutien pour reprendre le cours normal de leur vie après une forme grave de détresse ou une expérience traumatisante.

- **Respecter les droits de l'enfant au sein des services de santé mentale.**

Les services de santé mentale portent atteinte aux droits humains de nombreux enfants en les soumettant à des pratiques coercitives susceptibles d'avoir un effet néfaste à long terme, telles que le placement en institution, le traitement forcé et le recours aux moyens de contention. Le respect des droits de l'enfant doit être pris en compte dans la conception et la prestation des services de santé mentale, de sorte que les usagers ne soient pas traités comme des patients, mais comme des individus détenteurs de droits. La prise en charge doit être axée sur la personne et sur la guérison, et ancrée dans le respect des droits humains. Il est impératif de prendre des engagements explicites visant à proscrire le recours aux mesures de coercition et à garantir un soutien à la prise de décision au sein de ces services, lesquels devront être accompagnés de stratégies à long terme visant, entre autres, à fournir des services de proximité adaptés en cas de crise et à renforcer sensiblement les capacités du personnel.

- **Lutter contre les inégalités de genre au sein des programmes de santé mentale.**

Les programmes de santé mentale doivent s'efforcer d'atténuer les inégalités de genre en évaluant les besoins des femmes, des filles, des garçons, des hommes et des personnes non binaires ainsi qu'en y répondant. Pour ce faire, il convient de recueillir des données qui devront faire l'objet d'un suivi et d'instaurer de vastes processus de consultation et de participation. Il s'avère par ailleurs nécessaire d'éliminer les obstacles fondés sur le genre qui entravent l'accès aux services de santé mentale

et d'investir en faveur de la lutte contre la violence liée au genre, les stéréotypes de rôles liés au genre et la discrimination à l'égard des femmes et des filles. Il convient également de déployer à grande échelle des programmes offrant un soutien psychosocial aux adolescentes, en particulier à celles qui sont mères.

Améliorer la collecte de données et d'éléments de preuve, ainsi que la recherche.

Les données relatives à la santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes s'occupant d'eux sont malheureusement lacunaires, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où vivent la plupart des adolescents de la planète. Ce manque de données et d'éléments de preuve, qui a pour conséquence de rendre les enfants souffrant de troubles de santé mentale invisibles, constitue un obstacle majeur à l'élaboration de politiques et à la planification. En outre, l'absence de recherche et l'insuffisance des investissements en faveur de la recherche opérationnelle entravent les progrès dans le domaine de la santé mentale.

- **Consolider la recherche.** Les travaux de recherche consacrés à la santé mentale sont presque exclusivement menés dans les pays à revenu élevé et s'intéressent principalement aux adultes, et non aux adolescents qui traversent pourtant la période la plus propice à l'apparition de la plupart des problèmes de santé mentale. Il est nécessaire d'investir davantage en faveur de la recherche sur les enfants et les adolescents, en veillant à adopter un prisme applicable à toutes les cultures, adaptable aux réalités locales et capable de tenir compte d'une variété d'expériences et de situations. La recherche qualitative peut également contribuer à combler d'importantes lacunes dans la génération de données probantes et à dresser un tableau fiable du bien-être des enfants et des adolescents.

- **Assurer le suivi systématique d'indicateurs de santé mentale.**

Si le suivi des problématiques en

matière de santé mentale est loin d'être systématique dans la plupart des pays, c'est plus particulièrement le cas dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Il est impératif d'œuvrer avec détermination à la création d'un ensemble consensuel d'indicateurs de base permettant d'assurer un suivi de la santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes qui s'occupent d'eux. Un tel ensemble devra couvrir la prévalence des troubles mentaux, la prestation des services de santé mentale et l'étendue des efforts nécessaires pour promouvoir la santé mentale et protéger les enfants et les adolescents à risque (*voir encadré 20. Assurer un suivi de la santé mentale*).

- **Soutenir la recherche opérationnelle et la science de la mise en œuvre.**

La mise en œuvre réussie de politiques et d'interventions en matière de santé, en particulier dans le domaine des maladies non transmissibles, se heurte souvent au manque de compréhension des conditions sur le terrain. C'est pourquoi il s'avère nécessaire d'investir davantage dans la science de la mise en œuvre, qui étudie les effets d'entrave ou d'accélération que peuvent avoir divers facteurs sur l'exécution des politiques et des interventions. Les enseignements tirés de tels travaux sont indispensables pour passer des idées à l'action.

Même si nous n'avons pas toutes les réponses, nous en savons suffisamment pour prendre dès maintenant des mesures visant à promouvoir la santé mentale de chaque enfant, à protéger les enfants vulnérables et à prendre en charge les enfants confrontés aux problèmes les plus graves.

Références bibliographiques

Introduction

1. Lara Aknin, Jamil Zaki et Elizabeth Dunn, « The Pandemic Did Not Affect Mental Health the Way You Think: The world's psychological immune system turned out to be more robust than expected », *The Atlantic*, 4 juillet 2021, <www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/>, consulté le 13 août 2021.
2. Bureau régional pour l'Europe et l'Asie centrale du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *All Children Returning to School and Learning: Considerations for monitoring access and learning participation during and beyond the COVID-19 pandemic*, UNICEF Europe et Asie centrale, Genève, 2020 ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance Brésil, *Cenário da exclusão escolar no Brasil: Um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação*, UNICEF Brésil, Brasília, avril 2021 ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, UNICEF, New York, 2021 ; Organisation internationale du Travail et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *COVID-19 and Child Labour: A time of crisis, a time to act*, OIT et UNICEF, New York, 2020 ; Joao Pedro Azevedo *et al.*, « Learning Losses due to COVID19 Could Add Up to \$10 Trillion », Blog de la Banque mondiale, 10 septembre 2020, <<https://blogs.worldbank.org/education/learning-losses-due-covid19-could-add-10-trillion>>, consulté le 13 août 2021.
3. Organisation mondiale de la Santé, données actualisées pour l'*Atlas de la santé mentale 2020*, à paraître.
4. Analyse de l'UNICEF basée sur les estimations de la santé mondiale de l'OMS, 2020.
5. Ibid. ; 525 600 minutes par an.
6. Analyse de l'UNICEF basée sur les estimations de la santé dans le monde de l'OMS, 2019. Remarque : Une année de vie ajustée sur l'incapacité représente la perte d'une année de vie en bonne santé en raison d'un handicap ou d'un décès prématuré.
7. Paula Coccozza, « Love Island's Dr Alex George: "If my brother had asked for help, would he still be alive?" », *The Guardian*, 18 février 2021, <www.theguardian.com/society/2021/feb/18/love-islands-dr-alex-george-if-my-brother-had-asked-for-help-would-he-still-be-alive>, consulté le 13 août 2021.
8. Vikram Patel *et al.*, « The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development », *Lancet*, vol. 392, n° 10157, 27 octobre 2018, p. 1553-1598.

Chapitre 1

1. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.
2. Galderisi, Silvana, *et al.*, « Toward a New Definition of Mental Health », *World Psychiatry*, vol. 14, n° 2, juin 2015, p. 231-233.
3. Orpana, Heather, *et al.*, « Monitoring Positive Mental Health and Its Determinants in Canada: The development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, vol. 36, n° 1, janvier 2016, p. 1-10.
4. Barry, Margaret M., « Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, evidence and practice », *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 11, n° 3, août 2009, p. 4-17 ; p. 6.
5. Lippman, Laura H., Kristin Anderson Moore et Hugh McIntosh, « Positive Indicators of Child Well-Being: A conceptual framework, measures and methodological issues », Document de travail Innocenti 2009-2021, Centre de recherche de Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2009.
6. UNICEF Innocenti, « Worlds of Influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries », *Innocenti Report Card 16*, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2020, p. 9.
7. Ross, David A., *et al.*, « Adolescent Well-Being: A definition and conceptual framework », *Journal of Adolescent Health*, vol. 67, n° 4, 1^{er} octobre 2020, p. 472-476.
8. Keyes, Corey L. M., « Mental Health as a Complete State: How the salutogenic perspective completes the picture », ch. 11 dans *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*, éd. Georg F. Bauer et Oliver Hämming, Springer Science and Business Media, Dordrecht, 2014, p. 179-192 ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Mental Health and Psychosocial Technical Note*, UNICEF, New York, septembre 2019, p. 4.
9. Organisation mondiale de la Santé, Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, OMS, Genève, 22 juillet 1946.
10. Organisation mondiale de la Santé, « Milestones for Health Over 70 Years », OMS, Genève, <www.euro.who.int/en/about-us/organization/who-at-70/milestones-for-health-over-70-years>, consulté le 30 juillet 2021.
11. Assemblée générale des Nations Unies, Principes for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, A/RES/46/119, Nations Unies, New York, 17 décembre 1991.

12. Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, Convention on the Rights of the Child, A/RES/71/177, 20 novembre 1989, notamment les articles, 2, 3, 6, 23, 24, 37 et 39.
13. Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, A/RES/61/106, 13 décembre 2006 ; Nations Unies, Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Nations Unies, New York, 2006.
14. Puras, Dainius, et Piers Gooding, « Mental Health and Human Rights in the 21st Century », *World Psychiatry*, vol. 18, n° 1, 2019, p. 42-43.
15. Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, Addressing Socio-Economic Needs of Individuals, Families and Societies Affected by Autism Spectrum Disorders (ASD), Developmental Disorders (DD) and Associated Disabilities, A/RES/67/82, 12 décembre 2012.
16. Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé, Comprehensive and Coordinated Efforts for the Management of Autism Spectrum Disorders: A report by the Secretariat, EB 133/4, OMS, Genève, 8 avril 2013.
17. Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development, A/RES/70/1, 25 septembre 2015, p. 3, 16.
18. Ibid., p. 3
19. Ibid., p. 16.
20. Patel, Vikram, *et al.*, « The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development ».
21. Organisation mondiale de la Santé, *Social Determinants of Mental Health*, OMS, Genève, 2014, p. 12.
22. Barry, « Addressing the Determinants of Positive Mental Health ».
23. Barry, « Addressing the Determinants of Positive Mental Health » ; Keyes, Corey L.M., « Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, n° 3, 2005, p. 539-548.
24. Organisation mondiale de la Santé, *WHO Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000–2019*, OMS, Genève, décembre 2020, p. 25.
25. OMS, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
26. Gureje, Oye, et Dan J. Stein, « Classification of Mental Disorders: The importance of inclusive decision-making », *International Review of Psychiatry*, vol. 24, n° 6, 2012, p. 606-612 ; Kohrt, Brandon A., *et al.*, « Cultural Concepts of Distress and Psychiatric Disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology », *International Journal of Epidemiology*, vol. 43, n° 2, 1^{er} avril 2014, p. 365-406.
27. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Good Health and Well-being: Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals*, OCHA, Genève, 2020, p. 35.
28. Organisation mondiale de la Santé, *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019–2023): Universal health coverage for mental health*, OMS, Genève, 2019, p. 2.
29. Organisation mondiale de la Santé, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, OMS, Genève, 2013, p. 38.
30. OMS, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
31. OMS, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, p. 6.
32. Comité permanent interorganisations, *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, CPI, Genève, 2007, p. 1-2.
33. Loughry, Maryanne, et Carola Eyber, *Psychosocial Concepts in Humanitarian Work with Children: A review of the concepts and related literature*, National Research Council et the National Academies Press, Washington, D.C., 2003, p. 1.
34. OCHA, *Good Health and Well-Being*, p. 35.
35. OMS, *Mental Health Action Plan 2013–2020*.
36. Vásquez, Alberto, « A Rights-Based Approach to Disability in the Context of Mental Health », document de réflexion pour le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, UNICEF, New York, août 2020.
37. Lippman, Moore et McIntosh, « Positive Indicators of Child Well-Being » ; UNICEF Innocenti, « Worlds of Influence ».
38. Département des affaires économiques et sociales, « World Population Prospects 2019 », DESA, New York, <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, consulté le 31 mai 2021.
39. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), « GBD Results Tool » , <<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>>, consulté le 9 septembre 2021.
40. Campbell, Olympia L. K., David Bann et Praveetha Patalay, « The Gender Gap in Adolescent Mental Health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries », *SSM – Population Health*, vol. 13, n° 100742, mars 2021.
41. Analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations de l'étude sur la charge mondiale de morbidité de l'IHME, 2019.
42. Analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations de la santé mondiale de l'OMS, 2020.
43. Hawton, Keith, Kate E. A. Saunders et Rory C O'Connor, « Self-Harm and Suicide in Adolescents », *Lancet*, vol. 379, 23 juin 2012, p. 2373-2382.
44. Organisation mondiale de la Santé, « Suicide », OMS, Genève, <www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, consulté le 30 juillet 2021.
45. Kólves, Kairi, et Diego de Leo, « Suicide Methods in Children and Adolescents », *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 26, 2017, p. 155-164.

46. Erskine, Holly E., *et al.*, « The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, n° 4, 2017, p. 395–402 ; Woelbert, Eva, *et al.*, *The Inequities of Mental Health Research*, The International Alliance of Mental Health Research Funders, Montréal, novembre 2020.
47. Erskine *et al.*, « The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents ».
48. Carvajal-Velez, Liliana, *et al.*, « Increasing Data and Understanding of Adolescent Mental Health Worldwide: UNICEF's measurement of mental health among adolescents at the population level initiative », *Journal of Adolescent Health*, épreuve corrigée, 2021, p. 1-3.
49. Hayes, Joseph, *et al.*, « You Can't Manage What You Can't Measure: Why adolescent mental health monitoring matters », *Journal of Adolescent Health*, épreuve corrigée, 2021, p. 1-2.
50. Corrigan, Patrick, *et al.*, « Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A meta-analysis of outcome studies », *Psychiatric Services*, vol. 63, n° 10, octobre 2012, p. 963-937.
51. Thornicroft, Graham, *et al.*, « Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination? », *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, 2007, p. 192-193.
52. Ibid.
53. Kaushik, Anya, *et al.*, « The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A systematic review », *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, p. 469-294.
54. Ibid.
55. DuPont-Reyes, Melissa J., *et al.*, « Adolescent Views of Mental Illness Stigma: An intersectional lens », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 90, n° 2, 2020, p. 201-211.
56. Venkataraman, Surendran, Rajkumar Patil et Sivaprakash Balasundaram, « Stigma Toward Mental Illness Among Higher Secondary School Teachers in Puducherry, South India », *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 8, n° 4, 2019, p. 1401-1407.
57. Van Voren, Robert, « Political Abuse of Psychiatry: An historical overview », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36, n° 1, janvier 2010, p. 33-35.
58. Corrigan, Patrick W., Fred E. Markowitz et Amy C. Watson, « Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, n° 3, 2004, p. 481-491.
59. Hinshaw, Stephen P, « The Stigmatization of Mental Illness in Children and Parents: Developmental issues, family concerns, and research needs », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, n° 7, 2005, p. 714-734.
60. Corrigan, Patrick W., Benjamin G. Druss et Deborah A. Perlick, « The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care », *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 15, n° 2, 2014, p. 37-70 ; Clement, S., *et al.*, « What is the Impact of Mental Health-Related Stigma on Help-Seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies », *Psychological Medicine*, vol. 45, n° 1, 2015, p. 11-27 ; Aguirre Velasco, Antonia, *et al.*, « What are the Barriers, Facilitators and Interventions Targeting Help-Seeking Behaviours for Common Mental Health Problems in Adolescents? A systematic review », *BMC Psychiatry*, vol. 20, n° 293, 2020.
61. Gulliver, Amelia, Kathleen M. Griffiths et Helen Christensen, « Perceived Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking in Young People: A systematic review », *BMC Psychiatry*, vol. 10, 30 décembre 2010, p. 113.
62. Betancourt, Theresa S., *et al.*, « Research Review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers – A systematic review of the literature and recommendations for future research », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 54, n° 1, 2013, p. 17-36.
63. Meyer, Ilan H., « Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual issues and research evidence », *Psychological Bulletin*, vol. 129, n° 5, 2003, p. 674-697 ; Hatzenbuehler, Mark L., et John E. Pachankis, « Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research evidence and clinical implications », *Pediatric Clinics of North America*, vol. 63, n° 6, décembre 2016, p. 985–997 ; Kiekens, Wouter, *et al.*, « Explaining Health Disparities between Heterosexual and LGB Adolescents by Integrating the Minority Stress and Psychological Mediation Frameworks: Findings from the TRAILS Study », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 49, 2020, p. 1767-1782.
64. Corrigan, Markowitz et Watson, « Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination » ; Hatzenbuehler, Mark L., « Structural Stigma: Research evidence and implications for psychological science », *American Psychologist*, vol. 71, n° 8, novembre 2016, p. 742-751.
65. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, « Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 », *Lancet*, vol. 396, n° 10258, octobre 2020, p. 1204-1222.
66. Ce chiffre a été calculé pour l'UNICEF par McDaid, David, et Sara Evans-Lacko, « The Case for Investing in the Mental Health and Well-being of Children », note d'information pour le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, novembre 2020, p. 3. Les deux chercheurs se sont servis des estimations des troubles mentaux figurant dans l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2019 pour estimer la valeur économique potentielle des retombées des problèmes de santé mentale dans le monde. Pour cela, ils sont partis du principe selon lequel une valeur monétaire pouvait être attribuée à la charge des DALY associées à une mauvaise santé mentale sur un an. Pour calculer la valeur des DALY pour chaque problème, ils ont pris en compte la gravité de chaque trouble ainsi que le coût direct d'un décès prématuré pour certains problèmes tels que les troubles de l'alimentation et l'automotilication. À des fins de comparaison, ils ont estimé que chaque année sans incapacité correspondait au PIB par habitant, exprimé en dollars internationaux ajustés au pouvoir d'achat. Les DALY imputables aux problèmes de santé mentale ont été évaluées de deux manières : 1. Les DALY dues à des

problèmes de santé mentale chez des personnes âgées de 0 à 19 ans ont été évaluées à un taux fixe de dollars internationaux ajustés au pouvoir d'achat de 16 951 dollars É.-U., ce qui correspond au PIB par habitant dans le monde estimé par la Banque mondiale en 2019 ; 2. Les coûts mondiaux ont été estimés à l'aide du PIB par habitant propre à chaque pays communiqué par la Banque mondiale en 2019. Les données nationales relatives à la prévalence des problèmes de santé mentale et aux DALY proviennent de l'étude sur la charge mondiale de morbidité de 2019 et couvrent tous les problèmes de santé mentale à l'exception de la démence et des troubles liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Les chercheurs ont également calculé le coût de la perte de DALY imputable à l'automotivation intentionnelle chez les jeunes jusqu'à l'âge de 19 ans.

67. Remarque : Les pays et les régions de l'UNICEF sont les suivants : **Asie de l'Est et Pacifique** : Australie, Brunei Darussalam, Cambodge, Chine, Fidji, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Indonésie, Japon, Kiribati, Malaisie, Micronésie (États fédérés de), Mongolie, Myanmar, Nauru, Niue, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, Samoa, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste, Tokélaou, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam ; **Europe et Asie centrale** : Europe de l'Est et Asie centrale, Europe de l'Ouest ; **Europe de l'Est et Asie centrale** : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, ex-République yougoslave de Macédoine, Roumanie, Serbie, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan, Ukraine ; **Europe de l'Ouest** : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, Saint-Siège, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie ; **Amérique latine et Caraïbes** : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Équateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Îles Turques-et-Caïques, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du) ; **Moyen-Orient et Afrique du Nord** : Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Égypte, Émirats arabes unis, État de Palestine, Iran (République islamique d), Iraq, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Tunisie, Yémen ; **Amérique du Nord** : Canada, États-Unis ; **Asie du Sud** : Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka ; **Afrique subsaharienne** : Afrique de l'Est et australe, Afrique de l'Ouest et centrale ; **Afrique de l'Est et australe** : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Swaziland, Zambie, Zimbabwe ; **Afrique de l'Ouest et centrale** : Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo.
68. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Dynamique des populations, « World Population Prospects 2019: Data query », <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, consulté le 28 juillet 2021.
69. Hammerton, Gemma, *et al.*, « Childhood Behavioural Problems and Adverse Outcomes in Early Adulthood: A comparison of Brazilian and British Birth Cohorts », *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, vol. 5, 2019, p. 517-535.
70. Gorringer, Josh, *et al.*, *The Return on the Individual: Time to invest in mental health*, United for Global Mental Health, Londres, 2019, p. 5-14.
71. RTI International, « The Return on Investment for School-Based Prevention of Mental Health Disorders », note d'information pour le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, mai 2021. Pour calculer le rendement de l'investissement, RTI International a élaboré un modèle de Markov basé sur les résultats de programmes visant à lutter contre l'anxiété, la dépression et le suicide en milieu scolaire afin de calculer les coûts et les bénéfices associés à la fourniture de services de prévention et de prise en charge de la santé mentale à une cohorte mondialement représentative d'adolescents âgés de 10 à 19 ans. Le modèle de Markov estime la probabilité qu'un individu connaisse différents états de santé mentale (trouble mental ou non) en fonction de son état de santé mentale actuel et de l'efficacité des interventions pertinentes. Le modèle suit l'état de santé mentale de chaque individu sur une période de 80 ans. Les données provenant des pays à revenu faible et intermédiaire étant limitées, les estimations de l'efficacité des programmes proviennent de revues systématiques et d'essais menés dans les pays à revenu élevé. Ces estimations ne reflètent pas nécessairement l'efficacité de ces programmes chez les populations marginalisées, telles que les adolescents victimes de violences ou vivant dans l'extrême pauvreté.
72. KiVA, « What is KiVA », <<https://uk.kivaprogram.net/what-is-kiva/>>, consulté le 31 mars 2021.
73. Pérou, Bureau du Médiateur, <www.defensoria.gob.pe>, consulté le 2 août 2021.
74. Pérou, Ministère de la santé, *Programa Presupuestal 0131 Control Y Prevención En Salud Mental: ANEXO N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal*, Lima, 2021, <www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_9.pdf>, consulté le 2 août 2021.
75. Pérou, *Ley de Salud Mental*, 22 mai 2019, <www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>, consulté le 2 août 2021.
76. Pérou, Ministère de la santé, « Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) », <www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, consulté le 2 août 2021.
77. Pérou, Ministère de la santé, et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes en el Contexto de la COVID-19*. Étude en ligne. Pérou, 2020. Ministère de la santé péruvien, Lima, avril 2021, <www.unicef.org/peru/informes/salud-mental-ninas-ninos-adolescentes-contexto-covid-19-estudio-en-linea-peru-2020>, consulté le 26 juillet 2021.

78. Pérou, *Ministère de la santé, Guia tecnica: Cuidado de la salud mental de la poblacion afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19. Especificaciones para la atencion de ninas, ninos y adolescentes*, Ministère de la santé, Lima, août 2020.

Chapitre 2

1. Bronfenbrenner, Urie, *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge, 1979.
2. UNICEF Innocenti, *Worlds of Influence*.
3. OMS, *Social Determinants of Mental Health*.
4. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Caring for the Caregiver: The experiences of Mali and Sierra Leone – Document de référence*, New York, 2019, p. 6.
5. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Caring for the Caregiver: The experiences of Mali and Sierra Leone – Document de référence*, New York, 2019, p. 8.
6. Shonkoff, Jack P., *et al.*, « The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress », *Pediatrics*, vol. 129, n° 1, janvier 2012, p. e232–e246 ; Center on the Developing Child, Harvard University, « In Brief: The science of early childhood development », <<http://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-science-of-ecd>>, consulté le 31 juillet 2021.
7. Masten, Ann S., et Dante Cicchetti, « Developmental Cascades », *Development and Psychopathology*, vol. 22, n° 3, Cambridge University Press, 2010, p. 491-495.
8. Chan, Jennifer C., Bridget M. Nugent et Tracy L. Bale, « Parental Advisory: Maternal and paternal stress can impact offspring neurodevelopment », *Biological Psychiatry*, vol. 83, n° 10, 2018, p. 886-894 ; Monk, Catherine, Claudia Lugo-Candelas et Caroline Trimpff, « Prenatal Developmental Origins of Future Psychopathology: Mechanisms and pathways », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 15, 2019, p. 317-344.
9. Center on the Developing Child, Harvard University, « Key Concepts: Brain Architecture », <<https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture/>>, consulté le 8 août 2021.
10. Kolb, Bryan, Allonna Harker et Robbin Gibb, « Principles of Plasticity in the Developing Brain », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 59, n° 2, décembre 2017, p. 1218-1223.
11. Center on the Developing Child, « Key Concepts: Brain Architecture ».
12. O'Donnell, Kieran J., et Michael J. Meaney, « Fetal Origins of Mental Health: The developmental origins of health and disease hypothesis », *American Journal of Psychiatry*, vol. 174, n° 4, 1^{er} avril 2017, p. 319-328 ; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant Health Kids: Aligning science, practice and policy to advance health equity*, National Academies Press, Washington, D.C., 2019, p. 95.
13. Patton, George C., *et al.*, « Our Future: A Lancet Commission on adolescent health and well-being », *Lancet*, vol. 387, n° 10036, 11 juin 2016, p. 2423-2478.
14. Nikki C., Miriam Hollarek et Lydia Krabbendam, « Neurocognitive Development during Adolescence », ch. 3 dans *Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy*, éd. Jennifer E. Lansford et Prerna Banati, Oxford University Press, Oxford, 2018, p. 46–67 ; Orben, Amy, Livia Tomova et Sarah-Jayne Blakemore, « The Effects of Social Deprivation on Adolescent Development and Mental Health », *Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 4, n° 8, 2020, p. 634-640.
15. Abreu, Ana Paula, et Ursula B. Kaiser, « Pubertal Development and Regulation », *Lancet Diabetes & Endocrinology*, vol. 4, n° 3, mars 2016, p. 254-264.
16. Hoyt, Lindsay T., *et al.*, « Timing of Puberty in Boys and Girls: Implications for population health », *SSM – Population Health*, vol. 10, 2020 ; Mendle, Jane, « Why Puberty Matters for Psychopathology », *Child Development Perspectives*, vol. 8, n° 4, 2014, p. 218-222 ; Mrug, Sylvie, *et al.*, « Early Puberty, Negative Peer Influence, and Problem Behaviors in Adolescent Girls », *Pediatrics*, vol. 133, n° 1, 2014, p. 7-14.
17. Mendle, Jane, Rebecca M. Ryan et Kirsten M. P. McKone, « Age at Menarche, Depression, and Antisocial Behavior in Adulthood », *Pediatrics*, vol. 141, n° 1, janvier 2018.
18. Barendse, Marjolein E. A., *et al.*, « Study Protocol: Transitions in Adolescent Girls (TAG) », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, 4 février 2020 ; Pfeifer, Jennifer H. et Nicholas B. Allen, « Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence », *Biological Psychiatry*, vol. 89, 15 janvier 2021, p. 99-108.
19. Patton *et al.*, « Our Future ».
20. Lahousen, Theresa, Human Friedrich Unterrainer et Hans-Peter Kapfhammer, « Psychobiology of Attachment and Trauma: Some general remarks from a clinical perspective », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, n° 914, 12 décembre 2019 ; Waters, Everett, et E. Mark Cummings, « A Secure Base From Which to Explore Close Relationships », *Child Development*, vol. 71, n° 1, 2000, p. 164-172.
21. Ainsworth, Mary D. Salter, *et al.*, *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*, classic ed., Psychology Press, New York, 2015 ; Bowlby, John, *Attachment and Loss: Volume 1 – attachment*, 2nd ed., Basic Books, New York, 1982 ; Marvin, Robert S., Preston A. Britner et Beth S. Russell, « Normative Development: The ontogeny of attachment in childhood », ch. 13 dans *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3^e éd., éd. Jude Cassidy et Phillip R. Shaver, Guilford Press, New York, 2016, p. 273-290.
22. Cassidy, Jude, Jason D. Jones et Phillip R. Shaver, « Contributions of Attachment Theory and Research: A framework for future research, translation, and policy », *Development and Psychopathology*, vol. 25, n° 4, partie 2, 2013, p. 1415-1434.
23. Sroufe, Alan L., « The Place of Attachment in Development », ch. 43 dans *Handbook of Attachment*, p. 997-1011.

24. Benoit, Diane, « Infant-Parent Attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome », *Paediatrics & Child Health*, vol. 9, n° 8, 2004, p. 541-545 ; Marvin, Britner et Russell, « Normative Development: The ontogeny of attachment in childhood ».
25. Kerns, Katheryn A, et Laure E. Brumariu, « Attachment in Middle Childhood' » ch. 17 dans *Handbook of Attachment*, p. 349-365.
26. Allen, Joseph P, et Joseph S. Tan, « The Multiple Facets of Attachment in Adolescents », ch. 19 dans *Handbook of Attachment*, p. 399-415.
27. Flaherty, Serena Cherry, et Lois S. Sadler, « A Review of Attachment Theory in the Context of Adolescent Parenting », *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 25, n° 2, mars 2011, p. 114-121.
28. Crugnola, Cristina Riva, *et al.*, « Motherhood in Adolescent Mothers: Maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months », *Infant Behavior and Development*, vol. 37, n° 1, 2014, p. 4456.
29. Masten and Cicchetti, « Developmental Cascades » ; Wolchik, Sharlene A., *et al.*, « Developmental Cascade Effects of a Parenting-Focused Program for Divorced Families on Competence in Emerging Adulthood », *Development and Psychopathology*, vol. 33, n° 1, 2021, p. 201-215 ; Otten, Roy, *et al.*, « A Developmental Cascade Model for Early Adolescent Onset Substance Use: The role of early childhood stress », *Addiction*, vol. 114, n° 2, février 2019, p. 326-334.
30. Bornstein, Marc H., Chun-Shin Hahn et O. Maurice Haynes, « Social Competence, Externalizing, and Internalizing Behavioral Adjustment from Early Childhood through Early Adolescence: Developmental cascades », *Developmental Pathology*, vol. 22, n° 4, novembre 2010, p. 717-735 ; Masten, Ann S., *et al.*, « Developmental Cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years », *Developmental Psychology*, vol. 41, n° 5, 2005, p. 733-746 ; Appleyard, Karen, *et al.*, « When More is Not Better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, n° 3, mars 2005, p. 235-245 ; Evans, Gary W., Dongping Li et Sara Sepanski Whipple, « Cumulative Risk and Child Development », *Psychological Bulletin*, vol. 139, n° 6, 2013, p. 1342-1396.
31. Rutter, Michael, « Protective Factors in Children's Responses to Stress and Disadvantage », dans *Primary Prevention in Psychopathology: Volume 8 – Social competence in children*, éd. Martha Whalen Kend et Jon E. Rolf, University Press of New England, Hanovre, 1979, p. 49-74.
32. Evans, Li et Whipple, « Cumulative Risk and Child Development ».
33. Gutman, Leslie Morrison, Heather Joshi et Ingrid Schoon, « Developmental Trajectories of Conduct Problems and Cumulative Risk from Early Childhood to Adolescence », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 48, n° 2, 2019, p. 181-198 ; Evans, Li et Whipple, « Cumulative Risk and Child Development ».
34. Berens, Anne E., Sarah K. G. Jensen et Charles A. Nelson III, « Biological Embedding of Childhood Adversity: From physiological mechanisms to clinical implications », *BMC Medicine*, vol. 15, n° 135, 2017 ; Hertzman, Clyde, et Tom Boyce, « How Experience Gets Under the Skin to Create Gradients in Developmental Health », *Annual Review of Public Health*, vol. 31, 2010, p. 329-347.
35. Hertzman, Clyde, « Putting the Concept of Biological Embedding in Historical Perspective », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 109, n° 2, 16 octobre 2012, p. 17160-17167 ; Evans, Li et Whipple, « Cumulative Risk and Child Development ».
36. Gunnar, Megan R., *et al.*, « Salivary Cortisol Levels in Children Adopted from Romanian Orphanages », *Development and Psychopathology*, vol. 13, n° 3, 2001, p. 611-628.
37. Golm, Dennis, *et al.*, « Why Does Early Childhood Deprivation Increase the Risk for Depression and Anxiety in Adulthood? A developmental cascade model », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, n° 9, 2020, p. 1043-1053 ; Sonuga-Barke, Edmund J. S., *et al.*, « Child-to-Adult Neurodevelopmental and Mental Health Trajectories After Early Life Deprivation: The young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study », *Lancet*, vol. 389, n° 10078, p. 1539-1548.
38. National Scientific Council on the Developing Child, « Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain », Document de travail 3, Center on the Developing Child, Harvard University, Cambridge, 2014.
39. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant Health Kids*, p. 81.
40. National Scientific Council on the Developing Child, « Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain ».
41. Shonkoff *et al.*, « The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress ».
42. McEwen, Bruce S., « Central Effects of Stress Hormones in Health and Disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators », *European Journal of Pharmacology*, vol. 583, 2008, p. 174-185.
43. Organisation mondiale de la Santé, « Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) », 28 janvier 2020, OMS, Genève, 2020, <[www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](http://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))>, consulté le 12 août 2021.
44. Center on the Developing Child, Harvard University, « ACEs and Toxic Stress: Frequently Asked Questions », <<https://developingchild.harvard.edu/resources/aces-and-toxic-stress-frequently-asked-questions/>>, consulté le 31 juillet 2021.
45. National Conference of State Legislatures, « Adverse Childhood Experiences », <www.ncsl.org/research/health/adverse-childhood-experiences-aces.aspx>, consulté le 31 juillet 2021 ; Felitti, Vincent J., *et al.*, « Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the

Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences study », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n° 4, 1^{er} mai 1998, p. 245-258.

46. Sacks, Vanessa, et David Murphy, « The Prevalence of Adverse Childhood Experiences, Nationally, by State, and by Race or Ethnicity », *Child Trends*, 12 février 2018.
47. OMS, « Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) ».
48. Center on the Developing Child, « ACEs and Toxic Stress: Frequently Asked Questions ».
49. Ibid.
50. Hughes, Karen, *et al.*, « The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A systematic review and meta-analysis », *Lancet Public Health*, vol. 2, n° 8, août 2017, e356–e366.
51. Kieselbach, Berit, *et al.*, « Prevalence of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence and Associations with Mental Distress in Cambodia, Malawi and Nigeria: A cross-sectional study », *Child Abuse & Neglect*, vol. 111, 2021, p. 104807.
52. Save the Children, *Stop the War on Children: Protecting children in 21st century conflict*, Save the Children, Londres, 2019.

Chapitre 3

1. National Academies of Sciences Engineering and Medicine, *Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A national agenda*, The National Academies Press, Washington, D.C., 2019.
2. Ungar, Michael, « Designing Resilience Research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promote and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth », *Child Abuse & Neglect*, vol. 96, 2019.
3. Dans le cadre du rapport *La Situation des enfants dans le monde 2021*, Claudia Buchweitz, Arthur Caye et Christian Kieling de l'Universidade Federal do Rio Grande do Sul au Brésil ont étudié les facteurs de risque affectant la santé mentale au cours des différentes périodes de la vie. Pour cela, ils ont examiné des données émanant principalement de trois sources : des Enquêtes démographiques et de santé (DHS), qui bénéficient du soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international, des Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF et l'Enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé (GSHS), qui comprend des données sur les élèves âgés de 13 à 17 ans rapportées par des établissements scolaires. La GSHS bénéficie du soutien de l'OMS en collaboration avec l'UNICEF, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), ainsi que de l'appui technique des Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis. Comme ces enquêtes ne visaient pas spécifiquement à recueillir des données sur la santé mentale, les chercheurs ont examiné les questionnaires, les ensembles de données et les définitions des différentes enquêtes afin de dresser une liste de facteurs susceptibles d'affecter la santé mentale au cours de chaque étape de l'enfance et de l'adolescence.

La pertinence de ces données et de ces informations à des fins d'analyse ont été examinées et seuls les facteurs disposant de données dans au moins 10 pays ont été retenus. Plus de 50 facteurs répartis selon la période périnatale, la petite enfance, l'enfance et l'adolescence ont ainsi été sélectionnés. Les chercheurs ont ensuite mené une revue rapide de la littérature afin de relier l'exposition à chaque facteur à des problèmes de santé mentale. Pour cela, ils se sont appuyés sur le modèle PICO, en se concentrant sur l'exposition à des facteurs de risque avant l'apparition d'un problème de santé mentale. Ils ont aussi utilisé une grille d'évaluation AMSTAR2 pour évaluer la qualité de la littérature. Enfin, ils ont organisé une consultation avec un groupe de spécialistes afin de réduire la liste de facteurs de manière à n'inclure que les plus essentiels en ce qui concerne la santé mentale en fonction des différentes périodes de vie. Au total, 2 237 extraits à examiner ont été sélectionnés durant la revue rapide ; 805 revues systématiques de textes complets ont été évaluées et 140 ont été incluses dans les résultats finaux. Les données relatives aux indicateurs étaient disponibles dans un minimum de 47 pays (violence au sein du couple touchant les femmes) et un maximum de 147 pays (insuffisance pondérale à la naissance). La médiane était de 69 pays. Les données de la moitié des facteurs avaient été collectées après 2015 et l'année médiane de collecte était 2014.

4. Kieselbach *et al.*, « Prevalence of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence ».
5. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Banque mondiale, *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human capital*, OMS, Genève, 2018, p. 12.
6. The Royal Foundation Centre for Early Childhood, *Big Changes Start Small*, The Royal Foundation, Londres, juin 2021.
7. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
8. Mathewson, Karen J., *et al.*, « Mental Health of Extremely Low Birth Weight Survivors: A systematic review and meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 143, n° 4, 2017, p. 347–383 ; Franz, Adelar Pedro, *et al.*, « Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis », *Pediatrics*, vol. 141, n° 1, janvier 2018, e20171645.
9. Orri, Massimiliano, *et al.*, « In-utero and Perinatal Influences on Suicide Risk: A systematic review and meta-analysis », *Lancet Psychiatry*, vol. 6, n° 6, juin 2019, p. 477-492.
10. OMS, *Nurturing Care for Early Childhood Development*.
11. Britto, Pia R., *et al.*, « Nurturing Care: Promoting early childhood development », *Lancet*, vol. 389, n° 10064, janvier 2017, p. 91–102 ; Patel *et al.*, « The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development ».
12. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
13. Wu, Guoyao, Beth Imhoff-Kunsch et Amy Webb Girard, « Biological Mechanisms for Nutritional Regulation of Maternal Health and Fetal Development », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, n° 1, 2012, p. 4-26.

14. Dadi, Abel Fekadu, *et al.*, « Global Burden of Antenatal Depression and Its Association with Adverse Birth Outcomes: An umbrella review », *BMC Public Health*, vol. 20, n° 173, 2020.
15. Ibid.
16. Dadi *et al.*, « Global Burden of Antenatal Depression » ; Stein, Alan, *et al.*, « Effects of Perinatal Mental Disorders on the Fetus and Child », *Lancet*, vol. 384, n° 9956, 2014, p. 1800-1819.
17. Cameron, Emily E., Ivan D. Sedov et Lianne M. Tomfohr-Madsen, « Prevalence of Paternal Depression in Pregnancy and the Postpartum: An updated meta-analysis' » *Journal of Affective Disorders*, vol. 206, 2016, p. 189-203.
18. Gibbs, Cassandra M., *et al.*, « The Impact of Early Age at First Childbirth on Maternal and Infant Health », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, n° 1, 2012, p. 259-284 ; Karataşlı, Volkan, *et al.*, « Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy », *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, vol. 48, n° 5, mai 2019, p. 347-350.
19. Patton, George C., *et al.*, « Adolescence and the Next Generation », *Nature*, vol. 554, n° 7693, 22 février 2018, p. 458-466.
20. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
21. Shankar, Priya, Rainjade Chung et Deborah A. Frank, « Association of Food Insecurity with Children's Behavioral, Emotional, and Academic Outcomes: A systematic review », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 38, n° 2, 2017, p. 135-150.
22. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
23. Britto *et al.*, « Nurturing Care: Promoting early childhood development », p. 94 ; Organisation mondiale de la Santé, *The Nurturing Care Handbook*, vol. 5, <<https://nurturing-care.org/nurturing-care-handbook-monitor-progress>>, consulté le 4 août 2021.
24. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
25. Fellmeth, Gracia, *et al.*, « Health Impacts of Parental Migration on Left-Behind Children and Adolescents: A systematic review and meta-analysis », *Lancet*, vol. 392, n° 10164, 2018, p. 2567-2582.
26. Bergman, Ann-Sophie, Ulf Axberg et Elizabeth Hanson, « When a Parent Dies: A systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers », *BMC Palliative Care*, vol. 16, n° 39, 2017.
27. Patton *et al.*, « Our Future ».
28. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant Health Kids*, p. 165.
29. Britto *et al.*, « Nurturing Care: Promoting early childhood development », p. 95 ; Organisation mondiale de la Santé, « Support for Mothers to Initiate and Establish Breastfeeding after Childbirth », <www.who.int/elena/titles/breastfeeding_support/en/>, consulté le 4 août 2021.
30. Britto *et al.*, « Nurturing Care: Promoting early childhood development », p. 91-102.
31. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
32. Shankar *et al.*, « Association of Food Insecurity with Children's Behavioral, Emotional, and Academic Outcomes ».
33. Li, Chihua, et LH Lumey, « Exposure to the Chinese Famine of 1959-61 in Early Life and Long-Term Health Conditions: A systematic review and meta-analysis », *International Journal of Epidemiology*, vol. 46, n° 4, 2017, p. 1157-1170.
34. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021 ; pour les définitions, consulter : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Malnutrition », <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>>, consulté le 20 août 2021.
35. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
36. Guthold, Regina, *et al.*, « Global Trends in Insufficient Physical Activity Among Adolescents: A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants », *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, n° 1, 2020, p. 23-25 ; UNICEF, « Malnutrition ».
37. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
38. Orchard, Faith, *et al.*, « Self-reported Sleep Patterns and Quality amongst Adolescents: Cross-sectional and prospective associations with anxiety and depression », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, n° 10, octobre 2020, p. 1126-1137.
39. Owens, Judith, Adolescent Sleep Working Group Committee on Adolescence, « Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An update on causes and consequences », *Pediatrics*, vol. 134, n° 3, 2014, e921-e932.
40. Galván, Adriana, « The Need for Sleep in the Adolescent Brain », *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 24, n° 1, janvier 2020, p. 79-89.
41. Short, Michelle A., *et al.*, « The Relationship between Sleep Duration and Mood in Adolescents: A systematic review and meta-analysis », *Sleep Medicine Reviews*, vol. 52, août 2020.
42. Winsler, Adam, *et al.*, « Sleepless in Fairfax: The difference one more hour of sleep can make for teen hopelessness, suicidal ideation, and substance use », *Journal of Youth Adolescence*, vol. 44, n° 2, 2015, p. 362-378.
43. Nurturing Care for Early Childhood Development, « What is the Nurturing Care Framework for ECD? », <<https://nurturing-care.org/about/what-is-the-nurturing-care-framework/>>, consulté le 4 août 2021.
44. OMS, *Nurturing Care for Early Childhood Development*.
45. Black, Maureen M., *et al.*, « The Principles of Nurturing Care Promote Human Capital and Mitigate Adversities from Preconception through Adolescence », *BMJ Global Health*, vol. 6, n° 5, avril 2021, e004436.
46. Britto *et al.*, « Nurturing Care: Promoting early childhood development ».

47. Gertler, Paul, *et al.*, « Labor Market Returns to an Early Childhood Stimulation Intervention in Jamaica », *Science*, vol. 344, n° 6187, 30 mai 2014, p. 998-1001.
48. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Programming Guidance for Parenting of Adolescents*, UNICEF, New York, février 2021, p. 12.
49. Ibid.
50. Ibid.
51. Ibid., p. 19.
52. Steinhausen, Hans-Christoph, « Recent International Trends in Psychotropic Medication Prescriptions for Children and Adolescents », *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 24, n° 6, 2015, p. 635-640.
53. Bachmann, Christian J., *et al.*, « Trends and Patterns of Antidepressant Use in Children and Adolescents from Five Western Countries, 2005-2012 », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 26, n° 3, mars 2016, p. 411-419 ; Barczyk, Zoe A., *et al.*, « Psychotropic Medication Prescription Rates and Trends for New Zealand Children and Adolescents 2008-2016 », *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 30, n° 3, 2020, p. 87-96.
54. Lopez-Leon, Sandra, *et al.*, « Psychotropic Medication in Children and Adolescents in the United States in the Year 2004 vs 2014 », *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, vol. 26, n° 1, 2018, p. 5-10.
55. Steinhausen, « Recent International Trends in Psychotropic Medication Prescriptions for Children and Adolescents ».
56. Comité des droits de l'enfant, Concluding Observations on the Combined Second to Fourth Periodic Reports of Switzerland, CRC/C/CHE/CO/2-4, Nations Unies, New York, 26 février 2015, p. 14.
57. Rapoport, Judith L., « Pediatric Psychopharmacology: Too much or too little? », *World Psychiatry*, vol. 12, n° 2, juin 2013, p. 118-123.
58. Merten, Eva Charlotte, *et al.*, « Overdiagnosis of Mental Disorders in Children and Adolescents (in Developed Countries) », *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 11, n° 5, janvier 2017 ; Nezafat Maldonado, Behrouz, *et al.*, « A systematic review of tools used to screen and assess for externalising behaviour symptoms in low and middle income settings », *Global Mental Health*, vol. 6, n° 13, juillet 2019.
59. Ibid. ; Ford-Jones, Polly Christine, « Misdiagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 'Normal behaviour' and relative maturity », *Paediatrics & Child Health*, vol. 20, n° 4, mai 2015, p. 200-202.
60. OMS *Social Determinants of Mental Health*, p. 8 ; Vásquez, Alberto, « A Rights-based Approach to Disability in the Context of Mental Health », note d'information pour le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, UNICEF, New York, août 2020.
61. Frances, Allen, *Saving Normal* ; Comité des droits de l'enfant, « Concluding Observations on the Combined Second to Fourth Periodic Reports of Switzerland ».
62. Murphy, Susannah E., *et al.*, « The knowns and unknowns of SSRI treatment in young people with depression and anxiety: efficacy, predictors, and mechanisms of action », *Lancet Psychiatry*, vol. 8, n° 9, septembre 2021, p. 824-835.
63. OMS, *Nurturing Care for Early Childhood Development*.
64. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
65. Institut de statistique de l'UNESCO, « Number of Out-of-School Adolescents and Youth of Secondary School Age », <<http://data.uis.unesco.org/#>>, consulté le 4 août 2021.
66. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
67. Ibid.
68. Organisation internationale du Travail, *Global Employment Trends for Youth 2020: Technology and the future of jobs*, OIT, Genève, 2020, p. 13.
69. Ibid., p. 13-14.
70. Epstein, Sophie, *et al.*, « School Absenteeism as a Risk Factor for Self-harm and Suicidal Ideation in Children and Adolescents: A systematic review and meta-analysis », *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, n° 9, 2020, p. 1175-1194 ; Esch, Pascale, *et al.*, « The Downward Spiral of Mental Disorders and Educational Attainment: A systematic review on early school leaving », *BMC Psychiatry*, vol. 14, n° 37, 2014, p. 237 ; Townsend, Loraine, Alan J. Flisher, et Gary King, « A Systematic Review of the Relationship between High School Dropout and Substance Use », *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 10, n° 4, décembre 2007, p. 295-317.
71. Esch, *et al.*, « The Downward Spiral of Mental Disorders and Educational Attainment ».
72. Patton, *et al.*, « Our Future ».
73. Benjet, Corina, *et al.*, « Youth who Neither Study nor Work: Mental health, education and employment », *Salud Publica Mexico*, vol. 34, n° 4, 2012, p. 410-417 ; Baggio, Stephanie, *et al.*, « Not in Education, Employment, or Training Status among Young Swiss Men: Longitudinal associations with mental health and substance use », *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, n° 2, février 2015, p. 238-243.
74. Barry, Margaret M., Aleisha Mary Clarke et Katherine Dowling, « Promoting Social and Emotional Well-Being in Schools », *Health Education*, vol. 117 ; n° 5, 2017, p. 434-451.
75. Britto *et al.*, « Nurturing Care: Promoting early childhood development ».
76. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *A World Ready to Learn: Prioritizing quality early childhood education*, UNICEF, New York, avril 2019.
77. Britto *et al.*, « Nurturing Care: Promoting early childhood development ».
78. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Global Framework on Transferable Skills*, UNICEF, New York, novembre 2019, p. 6.

79. Ibid.
80. Barry, Clarke et Dowling, « Promoting Social and Emotional Well-being in Schools ».
81. Ibid.
82. Ibid.
83. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant Health Kids*, p. 498.
84. Barry, *et al.*, « Promoting Social and Emotional Well-being in Schools ».
85. Ibid.
86. Williams, Ian, *et al.*, « The Effectiveness, Feasibility and Scalability of the School Platform in Adolescent Mental Healthcare », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 33, n° 4, juillet 2020, p. 391-396.
87. Irlande, Département des affaires de l'enfance et de la jeunesse, *National Youth Strategy 2015-2020*, Dublin, <20151008NatYouthStrat2015to2020.pdf>, p. 21.
88. Katherine Dowling et Margaret M. Barry, « The Effects of Implementation Quality of a School-Based Social and Emotional Well-Being Program on Students' Outcomes », *European Journal of Investigations in Health, Psychology and Education*, vol. 10, n° 2, 2020, p. 595-614.
89. Yule, Kristen, Jessica Houston et John Grynych, « Resilience in Children Exposed to Violence: A meta-analysis of protective factors across ecological contexts », *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 22, n° 3, 2019, p. 406-431.
90. Sawyer, Susan M., et George C. Patton, « Health and Well-being in Adolescence: A dynamic profile », ch. 2 dans *Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy*, p. 27-45.
91. Moore, Sophie E., *et al.*, « Consequences of Bullying Victimization in Childhood and Adolescence: A systematic review and meta-analysis », *World Journal of Psychiatry*, vol. 7, n° 1, 22 mars 2017.
92. Chatzitheochari, Stella, Samantha Parsons et Lucinda Platt, « Doubly Disadvantaged? Bullying experiences among disabled children and young people in England », *Sociology*, vol. 50, n° 4, 2016, p. 695-713.
93. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
94. Andrews, Jack L., Luc Foulkes et Sarah-Jayne Blakemore, « Peer Influence in Adolescence: Public health implications for COVID-19 », *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 24, n° 8, août 2020, p. 585-597.
95. Narr, Rachel K., *et al.*, « Close Friendship Strength and Broader Peer Group Desirability as Differential Predictors of Adult Mental Health », *Child Development*, vol. 90, n° 1, janvier 2019, p. 298-313 ; Van Harmelen, Anne-Laura, *et al.*, « Adolescent Friendships Predict Later Resilient Functioning across Psychosocial Domains in a Healthy Community Cohort », *Psychological Medicine*, vol. 47, n° 13, 2017, p. 2312-2322.
96. Narr *et al.*, « Close Friendship Strength and Broader Peer Group Desirability ».
97. Van Harmelen *et al.*, « Adolescent Friendships Predict Later Resilient Functioning ».
98. Hillis, Susan, *et al.*, « Global Prevalence of Past-Year Violence against Children: A systematic review and minimum estimates », *Pediatrics*, vol. 137, n° 3, 2016, E2015407 ; Kim, Jungmeen et Dante Chicchetti, « Longitudinal Pathways Linking Child Maltreatment, Emotion Regulation, Peer Relations, and Psychopathology », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 51, n° 6, 2010, p. 706-716.
99. Guedes, Alessandra, *et al.*, « Bridging the Gaps: A global review of intersections of violence against women and violence against children », *Global Health Action*, vol. 9, n° 1, 2016.
100. Ayers, Susan, *et al.*, « Perinatal Mental Health and Risk of Child Maltreatment: A systematic review and meta-analysis », *Child Abuse & Neglect*, vol. 98, 104172.
101. Bacchus, Loraine J., *et al.*, « Exploring Opportunities for Coordinated Responses to Intimate Partner Violence and Child Maltreatment in Low and Middle Income Countries: A scoping review », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, n° 1, 2017, p. 135-165.
102. Organisation mondiale de la Santé, *Technical Report: WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment*, OMS, Genève, 16 septembre 2019 ; Organisation mondiale de la santé, *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual violence: A manual for health managers*, OMS, Genève, 2017.

Chapitre 4

1. Silwal, Ani Rudra, *et al.*, *Global Estimate of Children in Monetary Poverty: An update*, document de réflexion sur la pauvreté et l'équité, Groupe de la Banque mondiale, Washington, D.C., octobre 2020.
2. Ibid. Remarque : Ces estimations de la pauvreté reposent sur les chiffres de 2017.
3. Organisation internationale du Travail et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Towards Universal Social Protection for Children: Achieving SDG 1.3 – ILO-UNICEF Joint Report on Social Protection for Children*, OIT et UNICEF, Genève et New York, 2019, p. 7.
4. Oxford Poverty and Human Development Initiative et Programme des Nations Unies pour le développement, *Global Multidimensional Poverty Index 2020: Charting pathways out of multidimensional poverty – Achieving the SDGs*, OPHI et PNUD, Oxford et New York, 2020, p. 3.
5. Lund *et al.*, « Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals », *Lancet Psychiatry*, vol. 5, n° 4, avril 2018, p. 357-369 ; Ridley, Matthew, *et al.*, « Poverty, Depression, and Anxiety: Causal evidence and mechanisms », *Science*, vol. 370, n° 6522, décembre 2020.
6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *A Roadmap to Reducing Child Poverty*, The National Academies Press, Washington, D.C., 2019, p. 67.

7. Lund, Crick, et al., « Poverty and Mental Disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries », *Lancet*, vol. 378, n° 9801, 2011, p. 1502-1514.
8. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *A Roadmap to Reducing Child Poverty*.
9. Patel, « Mental Health: In the spotlight but a long way to go » ; Lund et al., « Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals ».
10. Lund et al., « Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals » ; CHANCES-6, *Research activities: Where, why, and how*, London School of Economics and Political Science, <www.lse.ac.uk/cpec/chances-6/research>, consulté le 5 août 2021.
11. Jensen, Sarah K.G., Anne E Berens et Charles A. Nelson 3rd, « Effects of Poverty on Interacting Biological Systems Underlying Child Development », *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 1, n° 3, 2017, p. 225-239.
12. Ibid.
13. Bagner, Daniel M., et al., « The Effect of Parenting Stress on Child Behavior Problems in High-Risk Children with Prenatal Drug Exposure », *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 40, n° 1, mars 2009, p. 73-84.
14. MacMillan, Harriet L., et al., « Child Physical and Sexual Abuse in a Community Sample of Young Adults: Results from the Ontario Child Health Study », *Child Abuse & Neglect*, vol. 37, n° 1, janvier 2013, p. 14-21 ; Walsh, David, et al., « Relationship Between Childhood Socioeconomic Position and Adverse Childhood Experiences (ACEs): A systematic review », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 73, n° 12, 2019, p. 1087-1093.
15. Evans, Gary W. et Pilyoung Kim, « Childhood Poverty and Young Adults' Allostatic Load: The mediating role of childhood cumulative risk exposure », *Psychological Science*, vol. 39, n° 9, 2012, p. 979-983.
16. Wickham, Sophie, et al., « The Effect of a Transition into Poverty on Child and Maternal Mental Health: A longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study », *Lancet Public Health*, vol. 2, n° 3, mars 2017, e141-e148.
17. Pryor, Laura, et al., « Trajectories of Family Poverty and Children's Mental Health: Results from the Danish National Birth Cohort », *Social Science & Medicine*, vol. 220, janvier 2019, p. 371-378.
18. McEwen, Craig A. et Bruce S. McEwen, « Social Structure, Adversity, Toxic Stress, and Intergenerational Poverty: An early childhood model », *Annual Review of Sociology*, vol. 43, 2017, p. 445-472 ; Palacios-Barrios, Ester E. et Jamie L. Hanson, « Poverty and Self-regulation: Connecting psychosocial processes, neurobiology, and the risk for psychopathology », *Comprehensive Psychiatry*, vol. 90, 2019, p. 52-64 ; Haft, Stephanie L. et Fumiko Hoefl, « Poverty's Impact on Children's Executive Functions: Global considerations », *New Directions for Child and Adolescent Development*, vol. 158, 2017, p. 69-79.
19. Haushofer, Johannes et Ernst Fehr, « On the Psychology of Poverty », *Science*, vol. 344, n° 6186, 23 mai 2014, p. 862-867.
20. Ray, Debraj, « Aspirations, Poverty, and Economic Change », ch. 28 dans *Understanding Poverty*, éd. Abhijit Vinayak Banerjee, Roland Bénabou et Dilip Mookherjee, Oxford University Press, Oxford, 2006 ; Dalton, Patricio S., Sayantan Ghosal et Anandi Mani, « Poverty and Aspirations Failure », *Economic Journal*, vol. 126, n° 590, février 2016, p. 165188.
21. Gardiner, Drew et Micheline Goedhuys, *Youth Aspirations and the Future of Work: A Review of the literature and evidence*, document de travail n° 8, Organisation internationale du Travail, Genève, 14 septembre 2020.
22. Young Lives, *About Us*, <www.younglives.org.uk/content/about-us>, consulté le 5 août 2021 ; Favara, Marta, « Do Dreams Come True? Aspirations and educational attainments of Ethiopian boys and girls », *Journal of African Economies*, vol. 26, n° 5, novembre 2017, p. 561-583.
23. Venkataramani, Atheendar S., et al., « College Affirmative Action Bans and Smoking and Alcohol Use among Underrepresented Minority Adolescents in the United States: A difference-in-differences study », *PLOS Medicine*, vol. 16, n° 6, 2019, e1002821.
24. Venkataramani, Atheendar S., et al., « Health Consequences of the US Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA) Immigration Programme: A quasi-experimental study », *Lancet Public Health*, vol. 2, n° 4, 1^{er} avril 2017, E175-E181.
25. Patel, Vikram, et al., « Income Inequality and Depression: A systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms », *World Psychiatry*, vol. 17, n° 1, février 2018, p. 76-89 ; Ribeiro, Wagner Silva, et al., « Income Inequality and Mental Illness-Related Morbidity and Resilience: A systematic review and meta-analysis », *Lancet Psychiatry*, vol. 4, n° 7, juillet 2014, p. 554-562.
26. Patel et al., « Income Inequality and Depression ».
27. Haushofer, Johannes et Jeremy Shapiro, « The Short-Term Impact of Unconditional Cash Transfers to the Poor: Experimental evidence from Kenya », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 131, n° 4, novembre 2016, p. 1973-2042 ; The Lancet Child & Adolescent Health, « Tackling the Multidimensionality of Child Poverty », *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 3, n° 4, avril 2019, p. 199 ; Millán, Teresa Molina, et al., « Long-Term Impacts of Conditional Cash Transfers: Review of the evidence », *World Bank Research Observer*, vol. 34, n° 1, février 2019, p. 119-159 ; Owusu-Addo, Ebenezer, Andre M.N. Renzaho et Ben J. Smith, « The Impact of Cash Transfers on Social Determinants of Health and Health Inequalities in sub-Saharan Africa: A systematic review », *Health Policy and Planning*, vol. 33, n° 5, 2018, p. 675696.
28. Pereira, Audrey, *Cash Transfers Improve the Mental Health and Well-Being of Youth: Evidence from the Kenyan cash transfer for orphans and vulnerable children*, Innocenti Research Brief, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2016.
29. Betancourt, Theresa S., et al., « Promoting Parent-Child Relationships and Preventing Violence via Home-Visiting: A pre-post cluster randomised trial among Rwandan families linked to social protection programmes », *BMC Public Health*, vol. 20, n° 621, mai 2020.

30. Ibid.
31. Hawkes, Sarah, et al., « The Lancet Commission on Gender and Global Health », *Lancet*, vol. 396, n° 10250, 2020, p. 521522 ; Heise, Lori, et al., « Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the challenges to health », *Lancet*, vol. 393, n° 10189, 2019, p. 2440-2454.
32. Assari, Shervin, et al., « Racial Discrimination during Adolescence Predicts Mental Health Deterioration in Adulthood: Gender differences among Blacks », *Frontiers in Public Health*, vol. 5, 29 mai 2017.
33. Kern, Matthias Robert, et al., « Intersectionality and Adolescent Mental Well-Being: A cross-nationally comparative analysis of the interplay between immigration background, socioeconomic status and gender », *Journal of Adolescent Health*, vol. 66, n° 6, 2020, S12-S20 ; Trygg, Nadja Fagrell, Per E. Gustafsson et Anna Månsdotter, « Languishing in the Crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health », *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, n° 1, 2019, p. 1-13.
34. Hawkes et al., « The Lancet Commission on Gender and Global Health ».
35. Heise et al., « Gender Inequality and Restrictive Gender Norms » ; Levy, Jessica K., et al., « Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms for the Health and Wellbeing of Children, Adolescents, and Young Adults: A systematic review », *Lancet Global Health*, vol. 8, n° 2, 2020, e225-e236.
36. Levy et al., « Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms ».
37. Darmstadt, Gary L., et al., « Why Now for a Series on Gender Equality, Norms, and Health? », *Lancet*, vol. 393, n° 10189, 2019, p. 2374-2377.
38. Darmstadt et al., « Why Now for a Series on Gender Equality, Norms, and Health? » ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Technical Note on Gender Norms*, UNICEF, New York, 2020 ; Heise et al., « Gender Inequality and Restrictive Gender Norms ».
39. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
40. Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2021.
41. Sawyer, Susan M., et al., « Adolescence: A foundation for future health », *Lancet*, vol. 379, n° 9826, 28 avril 2012, p. 1630-1640.
42. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Adolescent Health: A focus on non-communicable diseases*, <<https://data.unicef.org/resources/adolescent-health-dashboard-regional-profiles/>>, consulté le 5 août 2021.
43. Kempker, Samantha M., Adam T. Schmidt et Erin M. Espinosa, « Understanding the Influence of Mental Health Diagnosis and Gender on Placement Decisions for Justice-involved Youth », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 46, n° 7, 2017, p. 1562-1581.
44. Patel, Vikram, « Reducing the Burden of Depression in Youth: What are the implications of neuroscience and genetics on policies and programs? », *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, n° 2, suppl. 2, 1^{er} février 2013, S36-S38.
45. Campbell, Olympia L.K., David Bann et Praveetha Patalay, « The Gender Gap in Adolescent Mental Health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries », *SSM – Population Health*, vol. 13, n° 100742, mars 2021.
46. Sue, Derald Wing, et al., « Racial Microaggressions in Everyday life: Implications for clinical practice », *American Psychologist*, vol. 62, n° 4, 2007, p. 271-286 ; Paradies, Yin, « Racism and Indigenous Health », dans *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, septembre 2018, <<https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-86>>, consulté le 5 août 2021.
47. Williams, David R., Jourdyn A. Lawrence et Brigette A. Davis, « Racism and Health: Evidence and Needed Research », *Annual Review of Public Health*, vol. 40, n° 1, avril 2019, p. 105-125.
48. Trent, Maria, Danielle G. Dooley et Jacqueline Dougé, « The Impact of Racism on Child and Adolescent Health », *Pediatrics*, vol. 144, n° 2, août 2019, e20191765 ; Heard-Garris, Nia J., et al., « Transmitting Trauma: A systematic review of vicarious racism and child health », *Social Science & Medicine*, vol. 199, 2018, p. 230-240 ; Priest, Naomi, et al., « A Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Reported Racism and Health and Wellbeing for Children and Young People », *Social Science & Medicine*, vol. 95, 2013, p. 115-127.
49. Priest et al., « A Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Reported Racism and Health and Wellbeing for Children and Young People » ; Heard-Garris et al., « Transmitting Trauma » ; Cave, Leah, et al., « Racial Discrimination and Child and Adolescent Health in Longitudinal Studies: A systematic review », *Social Science & Medicine*, vol. 250, avril 2020, 112864 ; Levy, Dorainne J., et al., « Psychological and Biological Responses to Race-Based Social Stress as Pathways to Disparities in Educational Outcomes », *American Psychologist*, vol. 71, n° 6, 2016, p. 455-473 ; Priest, Naomi, « Racial Discrimination and Socioemotional and Sleep Problems in a Cross-Sectional Survey of Australian School Students », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 105, n° 11, 2020, p. 1079-1085.
50. Heard-Garris et al., « Transmitting Trauma ».
51. Krill Williston, Sarah, Jennifer H. Martinez et Tahirah Abdullah, « Mental Health Stigma among People of Color: An examination of the impact of racial discrimination », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 65, n° 6, septembre 2019, p. 458-467.
52. Gee, Gilbert C., Katrina M. Walsemann et Elizabeth Brondolo, « A Life Course Perspective on How Racism May Be Related to Health Inequities », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 5, 2012, p. 967-974 ; Heard-Garris et al., « Transmitting Trauma ».
53. Cave et al., « Racial Discrimination and Child and Adolescent Health in Longitudinal Studies ».

54. Trent, Dooley et Dougé, « The Impact of Racism on Child and Adolescent Health » ; Berger, Maximus et Zoltán Saranyai, « "More than Skin Deep": Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination », *Stress*, vol. 18, n° 1, 2015, p. 1-10.
55. Fadus, Matthew C, et al., « Unconscious Bias and the Diagnosis of Disruptive Behavior Disorders and ADHD in African American and Hispanic Youth », *Academic Psychiatry*, vol. 44, n° 1, 2020, p. 95-102 ; Baglivio, Michael T., et al., « Racial/Ethnic Disproportionality in Psychiatric Diagnoses and Treatment in a Sample of Serious Juvenile Offenders », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 46, n° 7, 2017, p. 1424-1451.
56. The Lancet Child & Adolescent Health, « Action Against Racism: The path to better child health outcomes », *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, n° 8, 3 juillet 2020.
57. Vásquez, « A Rights-Based Approach to Disability in the Context of Mental Health ».
58. Kennedy, Elissa, et al., « Gender Inequalities in Health and Wellbeing Across the First Two Decades of Life: An analysis of 40 low-income and middle-income countries in the Asia-Pacific region », *Lancet Global Health*, vol. 8, n° 12, 2020, e1473-e1488 ; Greene, Margaret E. et George Patton, « Adolescence and Gender Equality in Health », *Journal of Adolescent Health*, vol. 66, n° 1, 2020, S1-S2.
59. Amos, Rebekah, et al., « Mental Health, Social Adversity, and Health-related Outcomes in Sexual Minority Adolescents: A contemporary national cohort study », *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, n° 1, 2020, p. 36-45.
60. Plöderl, Martin et Pierre Tremblay, « Mental Health of Sexual Minorities. A systematic review », *International Review of Psychiatry*, vol. 27, n° 5, 2015, p. 367-385.
61. Russell, Stephen T. et Jessica N. Fish, « Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) youth », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 12, 2016, p. 465-487.
62. Hall, William J., « Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A systematic review », *Journal of Homosexuality*, vol. 65, n° 3, 2018, p. 263-316.
63. Toomey, Russell B. et Stephen T. Russell, « The Role of Sexual Orientation in School-Based Victimization: A meta-analysis », *Youth & Society*, vol. 48, n° 2, 2016, p. 176-201.
64. Chew, Denise, et al., « Youths with a Non-binary Gender Identity: A review of their sociodemographic and clinical profile », *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, n° 4, 2020, p. 322-330.
65. Paradies, Yin, « Racism and Indigenous Health ».
66. Williams, Ashlea D., Terryann C. Clark et Sonia Lewycka, « The Associations Between Cultural Identity and Mental Health Outcomes for Indigenous Māori Youth in New Zealand », *Frontiers in Public Health*, vol. 6, n° 6, 2018.
67. Macedo, David M., et al., « Effects of Racism on the Socio-emotional Wellbeing of Aboriginal Australian Children », *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, n° 1, 2019, p. 1-10.
68. Omma, Lotta et Solveig Petersen, « Health Related Quality of Life in Indigenous Sami Schoolchildren in Sweden », *Acta Paediatrica*, vol. 104, n° 1, 2015, p. 75-83.
69. Pollock, Nathaniel J., et al., « Global Incidence of Suicide among Indigenous Peoples: A systematic review », *BMC Medicine*, vol. 16, n° 1, 2018, p. 1-17.
70. Levy et al., « Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms ».
71. Kirmayer, Laurence J., et al., « Toward an Ecology of Stories: Indigenous perspectives on resilience », ch. 31 dans *The Social Ecology of Resilience*, éd. Michael Ungar, Springer, New York, 2012, p. 399-414 ; Chandler, Michael J. et Christopher Lalonde, « Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk among Canada's First Nations », ch. 10 dans *Healing Traditions: The mental health of aboriginal peoples in Canada*, éd. Laurence J. Kirmayer et Gail Guthrie Valaskakis, University of British Columbia Press, Vancouver, 2008, p. 221-248.
72. Kaushik, Anya, et al., « The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A systematic review », *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, p. 469-294.
73. Cénat, Jude Mary, « How to Provide Anti-Racist Mental Health Care », *Lancet Psychiatry*, vol. 7, n° 11, 2020, p. 929-931.
74. Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, *Global Humanitarian Overview 2021*, OCHA, Genève, 4 décembre 2020, p. 8.
75. Save the Children, *Stop the War on Children: 2020 – Gender matters*, Save the Children, Londres, 2019.
76. Betancourt, Theresa S., « The International Effect of War », *JAMA Psychiatry*, vol. 72, n° 3, mars 2015, p. 199-200.
77. Vossoughi, Nadia, et al., « Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A review », *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 19, n° 4, 2018, p. 528-542, dans Augustinavicius et Tol, *Mental Health and Well-being in Humanitarian and Fragile Settings*, p. 11.
78. Furr, Jamie M., et al., « Disasters and Youth: A meta-analytic examination of posttraumatic stress », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 78, n° 6, décembre 2010, p. 765-780 ; Masten, Ann S. et Narayan Angela J., « Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism: Pathways of risk and resilience », *Annual Review of Psychology*, vol. 64, 2012, p. 227-257.
79. Masten et Narayan, « Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism ».
80. Slone, Michelle et Shiri Mann, « Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A systematic review », *Child Psychiatry and Humanitarian Development*, vol. 47, n° 6, décembre 2016, p. 950-965.
81. Save the Children, *Stop the War on Children: Protecting children in 21st century conflict*.
82. Ce jeune homme de 18 ans a été interrogé en août 2019 à Hosanna, dans la Région des nations, nationalités et

- peuples du Sud, en Éthiopie. Hovil, Lucy, et al., *Reimagining Migration Responses: Learning from children and young people who move in the Horn of Africa*, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2021, p. 37.
83. Division de la population des Nations Unies, *International Migrant Stock*, <<https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>>, consulté le 6 juillet 2021.
 84. Hovil et al., *Reimagining Migration Responses*, p. 5.
 85. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *At Least 1 in 7 Children and Young People has Lived under Stay-at-Home Policies for Most of the Last Year, Putting Mental Health and Well-Being at Risk*, communiqué de presse, UNICEF, New York, 3 mars 2021, <www.unicef.org/press-releases/least-1-7-children-and-young-people-has-lived-under-stay-home-policies-most-last>, consulté le 6 août 2021.
 86. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *COVID-19 and Children: UNICEF data hub*, UNICEF, New York, mars 2020, <<https://data.unicef.org/covid-19-and-children/>>, consulté le 6 août 2021.
 87. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *40 per cent of Children in Eastern and Southern Africa are Not in School*, communiqué de presse, UNICEF, New York, 27 juillet 2021, <<https://www.unicef.org/press-releases/40-cent-children-eastern-and-southern-africa-are-not-school>>, consulté le 22 août 2021.
 88. Organisation mondiale de la Santé, *COVID-19 Disrupting Mental Health in Most Countries, WHO Survey*, communiqué de presse, OMS, Genève, 5 octobre 2020, <www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>, consulté le 6 août 2021.
 89. Fenz, Katharina et Kristopher Hamel, *Future Development: More than half of the world's poor are children*, Brookings, Washington, D.C., 20 juin 2019, <www.brookings.edu/blog/future-development/2019/06/20/more-than-half-of-the-worlds-poor-are-children/#:~:text=However%2C%20the%20good%20news%20is,today%20to%20some%2023%20million>, consulté le 6 août 2021 ; Silwal et al., *Global Estimate of Children in Monetary Poverty*.
 90. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Children in Monetary Poor Households and COVID-19: Technical note*, UNICEF, New York, novembre 2020, <<https://data.unicef.org/resources/children-in-monetary-poor-households-and-covid-19/>>, consulté le 6 août 2021.
 91. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, UNICEF, New York, mars 2021.
 92. Osendarp, Saskia, et al., « The Potential Impacts of the COVID-19 Crisis on Maternal and Child Undernutrition in Low and Middle Income Countries », *Research Square*, en cours de révision, 11 décembre 2020.
 93. Hillis, Susan D., et al., « Global Minimum Estimates of Children Affected by COVID-19-associated Orphanhood and Deaths of Caregivers: A modelling study », *The Lancet*, vol. 398, n° 10298, p. 391-402.
 94. Moyas, Andrés, et al., « The COVID-19 Pandemic and Maternal Mental Health in a Fragile and Conflict-affected Setting in Tumaco, Colombia: a cohort study », *The Lancet Global Health*, vol. 9, août 2021, e1068-1076.
 95. Haddad, Nadine, Eamonn Hanson et Phiona Naserian Koyiet, *The Silent Pandemic: The Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and psychosocial wellbeing of children in conflict-affected countries*, War Child Holland et World Vision, Amsterdam et Londres, avril 2021.
 96. Else, Holly, « COVID in Papers: A torrent of science », *Nature*, vol. 588, décembre 2020, p. 533.
 97. Zhou, Shuang-Jiang, et al., « Prevalence and Socio-Demographic Correlates of Psychological Health Problems in Chinese Adolescents during the Outbreak of COVID-19 », *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, n° 6, 2020, p. 749758.
 98. Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and wellbeing in the time of COVID-19*, Centre de recherche de l'UNICEF, Florence, juillet 2021.
 99. Tang, Suqin, et al., « Mental Health and its Correlates among Children and Adolescents during COVID-19 School Closure: The importance of parent-child discussion », *Journal of Affective Disorders*, vol. 279, 2021, p. 353-360.
 100. Cusinato, Maria, et al., « Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 8297, 2020.
 101. Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, *Life in Lockdown*.
 102. Racine, Nadine, et al., « Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis », *JAMA Pediatrics*, 9 août 2021, <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2782796>>, consulté le 22 août 2021.
 103. Aknin, Lara, Jamil Zaki et Elizabeth Dunn, « The Pandemic Did Not Affect Mental Health the Way You Think: The world's psychological immune system turned out to be more robust than expected », *The Atlantic*, 4 juillet 2021, <www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/>, consulté le 22 août 2021.
 104. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *COVID-19: Are children able to continue learning during school closures? A global analysis of the potential reach of remote learning policies using data from 100 countries*, UNICEF, New York, 2020, <<https://data.unicef.org/resources/remote-learning-reachability-factsheet/>>, consulté le 6 août 2021.
 105. Amaro, Diogo, et al., *COVID-19 and Education: The digital gender divide among adolescents in sub-Saharan Africa*, UNICEF Connect: Evidence for action, New York, 4 août 2020, <<https://blogs.unicef.org/evidence-for-action/covid-19-and-education-the-digital-gender-divide-among-adolescents-in-sub-saharan-africa/>>, consulté le 6 août 2021.

106. Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Union internationale des télécommunications, *How Many Children and Young People have Internet Access at Home?: Estimating digital connectivity during the COVID-19 pandemic*, UNICEF, New York, 2020.
107. Orben, Amy, Tobias Dienlin et Andrew K. Przybylski, « Social Media's Enduring Effect on Adolescent Life Satisfaction », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 116, n° 21, 21 mai 2019, p. 10226-10228 ; Kreski, Noah, et al., « Social Media Use and Depressive Symptoms Among United States Adolescents », *Journal of Adolescent Health*, vol. 68, n° 3, mars 2021, p. 572-579 ; Odgers, Candice L. et Michaeline R. Jensen, « Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, n° 3, 2020, p. 336-348 ; Baker, David A. et Guillermo Pareez Algorta, « The Relationship between Online Social Networking and Depression: A systematic review of quantitative studies », *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 19, n° 11, novembre 2021, p. 638-648 ; Huang, Chiungjung, « Time Spent on Social Network Sites and Psychological Well-being: A meta-analysis », *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 20, n° 6, juin 2017, p. 346-354 ; Keles, Betül, Niall McCrae et Annmarie Grealish, « A Systematic Review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents », *International Journal of Adolescence and Youth*, vol. 25, n° 1, 2020, p. 79-83 ; McCrae, Niall, Sheryl Gettings et Edward Pursell, « Social Media and Depressive Symptoms in Childhood and Adolescence: A systematic review », *Adolescent Research Review*, vol. 2, n° 4, mars 2017, p. 315-330 ; Seabrook, Elizabeth M., Margaret L. Kern et Kikki S. Rickard, « Social Networking Sites, Depression, and Anxiety: A systematic review », *JMIR Mental Health*, vol. 3, n° 4, 2016.
108. Odgers et Jensen, « Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age ».
109. Jenzen, Olu et Irmis Karl, « Make, Share, Care: Social media and LGBTQ youth engagement », *Ada: A Journal of Gender, New Media & Technology*, n° 5, 2014, p. 4 ; Seabrook, Kern et Rickard, « Social Networking Sites, Depression, and Anxiety ».
110. Stiglic, Neza et Russell M. Viner, « Effects of Screen time on the Health and Well-Being of Children and Adolescents: A systematic review of reviews », *BMJ Open*, vol. 9, n° 1, 2 janvier 2019, e023191.
111. Livingstone, Sonia et Monica Bulger, *A Global Agenda for Children's Rights in the Digital Age: Recommendations for developing UNICEF's research strategy*, London School of Economics and Political Science et Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Londres et Florence, 2013, p. 4.
112. Livingstone, Sonia, *New 'screen time' rules from the American Academy of Pediatrics*, London School of Economics, Londres, 21 octobre 2016, <<https://blogs.lse.ac.uk/parenting4digitalfuture/2016/10/21/new-screen-time-rules-from-the-american-academy-of-pediatrics/>>, consulté le 6 août 2021.
113. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The State of the World's Children 2017: Children in a Digital World*, UNICEF, New York, 2017.
114. Popper, Nathaniel, « Panicking About Your Kids' Phones? New research says don't », *New York Times*, New York, 17 janvier 2020, <www.nytimes.com/2020/01/17/technology/kids-smartphones-depression.html>, consulté le 6 août 2021.
115. Naslund, John A., et al., « Digital Innovations for Global Mental Health: Opportunities for data science, task sharing, and early intervention », *Current Treatment Options in Psychiatry*, vol. 6, n° 4, 2019, p. 337-351.
116. Naslund, John A., et al., « Digital Technology for Treating and Preventing Mental Disorders in Low-Income and Middle-Income Countries: A narrative review of the literature », *Lancet Psychiatry*, vol. 4, n° 6, 2017, p. 486-500 ; Patel et al., « The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development ».
117. Liverpool, Shaun, et al., « Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic review of modes of delivery, facilitators, and barriers », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, n° 6, 2020, e16317.
118. Mental Health For All Lab, *Empower: Building the World's Mental Health Workforce*, Harvard Medical School, Department of Global Health and Social Medicine, <<https://mentalhealthforallab.hms.harvard.edu/empower>> ; renseignements complémentaires disponibles à l'adresse : <https://docs.google.com/presentation/d/e/2PACX-1vQm596PXtNhLGfu5f2Fk9Vcx9WesYwFPRJHm5tkFqIr0iE9BQ22ezLK45xSD3sODzp0xb-xtYuWYz/pub?start=false&loop=false&delayms=10000&slide=id.g50dd5fc02a_0_6>, consulté le 6 août 2021.
119. Lehtimäki, Susanna, et al., « Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic overview », *JMIR Mental Health*, vol. 8, n° 4, 2021, e25847 ; Das, Jai K., et al., « Interventions for Adolescent Mental Health: An overview of systematic reviews », *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, n° 4, 2016, S49-S60.
120. Merry, Sally N., et al., « The Effectiveness of SPARX, a Computerised Self Help Intervention for Adolescents Seeking Help for Depression: Randomised controlled non-inferiority trial », *BMJ*, vol. 344, 2012.
121. Fleming, Theresa, Mathijs F.G. Lucassen et Tuuli Kuosmanen, « Case Study: Implementation of SPARX Computerized Cognitive-Behavioral Therapy Programme for Adolescents in New Zealand », dans *Implementing Mental Health Promotion*, éd. Margaret M. Barry, et al., Springer Nature, Basingstoke, 2019, p. 370-374 ; Lucassen, Mathijs FG, et al., « Computerized Cognitive Behavioural Therapy for Gender Minority Adolescents: Analysis of the real-world implementation of SPARX in New Zealand », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 8 décembre 2020, 4867420976846.
122. Perry, Yael, et al., « Preventing Depression in Final Year Secondary Students: School-based randomized controlled trial », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 19, n° 11, 2017, e369.
123. Werner-Seidler, Aliza, et al., « A trial protocol for the effectiveness of digital interventions for preventing depression in adolescents: The Future Proofing Study », *Trials*, vol. 21, n° 1, 2020, p. 1-21.

124. BBC Newsround, *Greta Thunberg quotes: 10 famous lines from teen activist*, BBC, Londres, 25 septembre 2019, <www.bbc.co.uk/newsround/49812183>, consulté le 12 août 2021.
125. Laurence, Emma, et al., *The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: Current evidence and implications for policy and practice*, Grantham Institute Briefing Paper 36, Grantham Institute, Imperial College London, Institute of Global Health Innovation, Londres, mai 2021.
126. Division des données, de la recherche et des politiques du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Danger in the Air: How air pollution can affect brain development in young children*, UNICEF, New York, décembre 2017 ; Reuben, Aaron, et al., « Association of Air Pollution Exposure in Childhood and Adolescence with Psychopathology at the Transition to Adulthood », *JAMA Network Open*, vol. 4, n° 4, avril 2021, e217508.
127. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The Necessity of Urban Green Space for Children's Optimal Development*, document de réflexion, UNICEF, New York, 2021.
128. Masten, Ann S., « Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, present, and promise », *Journal of Family Theory & Review*, vol. 10, mars 2018, p. 12-31.
129. Ibid.
130. Ungar, Michael et Linda Theron, « Resilience and Mental Health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes », *Lancet Psychiatry*, vol. 7, n° 5, mai 2020, p. 441-448.
131. Garrett, Paul Michael, « Questioning Tales of 'Ordinary Magic': 'Resilience' and neo-liberal reasoning », *British Journal of Social Work*, vol. 46, n° 7, 2016, p. 1909-1925 ; Harrison, Elizabeth, « Bouncing back? Recession, resilience and everyday lives », *Critical Social Policy*, vol. 33, n° 1, 21 mars 2013, p. 97-113.
132. Ungar, Michael, « Designing Resilience Research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promote and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth », *Child Abuse & Neglect*, vol. 96, 2019, 104098s.
133. Marsten, Ann S., « Resilience From a Developmental Systems Perspective », *World Psychiatry*, vol. 18, n° 1, février 2019, p. 101-102.
134. Ibid.
135. Ungar, Michael, et al., « Unique Pathways to Resilience across Cultures », *Adolescence*, vol. 42, n° 166, 2007, p. 287-310.
136. Ibid.
137. Ungar, Michael, « Resilience across Cultures », *British Journal of Social Work*, vol. 38, n° 2, 2008, p. 218-235.
138. Ungar et Theron, « Resilience and Mental Health ».
139. Fritz, Jessica, et al., « Systematic Review of Amenable Resilience Factors that Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, n° 230, juin 2018 ; Gartland, Deirdre, et al., « What Factors are Associated with Resilient Outcomes in Children Exposed to Social Adversity?: A systematic review », *BMJ Open*, vol. 9, n° 4, avril 2019, e024870.
140. MacDonald, Joanna Petrasek, et al., « A Review of Protective Factors and Causal Mechanisms that Enhance the Mental Health of Indigenous Circumpolar Youth », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 72, n° 1, 2013.
141. Cénat, Jude Mary, « Multiple Traumas and Resilience among Street Children in Haiti: Psychopathology of survival », *Child Abuse & Neglect*, vol. 79, 2018, p. 85-97.
142. Choudhry, Fahad R., et al., « Mental Health Conceptualization and Resilience Factors in the Kalasha Youth: An indigenous ethnic and religious minority community in Pakistan », *Frontiers in Public Health*, vol. 6, juillet 2018, p. 1-13.
143. Luthar, Suniya S, Elizabeth J. Crossman et Phillip J. Small, « Resilience and Adversity », dans *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, 7^e édition, éd. Richard M. Lerner, Wiley, New York, 2015, p. 247-286.
144. Luthar, Suniya S. et Nancy Eisenberg, « Resilient Adaptation Among At-Risk Children: Harnessing science toward maximizing salutary environments », *Child Development*, vol. 88, n° 2, mars 2017, p. 337-349.
145. Asher, Laura, et al., « "I Cry Every Day and Night, I Have My Son Tied in Chains": Physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia », *Globalization and Health*, vol. 13, n° 1, 2017, p. 1-14 ; Mathews, Eric, et al., *No Way Home: The Exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages*, Disability Rights International, Washington, D.C., 2015 ; Child Welfare League of America, « CWLA Policy Statement: Juvenile shackling », Child Welfare League of America, Washington, D.C., janvier 2015, <www.cwla.org/cwla-policy-statement-juvenile-shackling/>, consulté le 13 août 2021.
146. Szeli, Éva, « Mental Disability, Trauma, and Human Rights », dans *Trauma and Human Rights: Integrating approaches to address human suffering*, éd. Lisa D. Butler, Filomena M. Critelli et Janice Carello, Palgrave Macmillan, Cham, 2019, p. 207-220.
147. Van IJzendoorn, Marinus H., et al., « Children in Institutional Care: Delayed development and resilience », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 76, n° 4, décembre 2011, p. 8-30 ; Nations Unies, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez, A/HRC/28/68*, Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, New York, 5 mars 2015 ; Rodriguez, Priscila, et al., *Still in Harm's Way: International voluntourism, segregation and abuse of children in Guatemala*, Disability Rights International, Colectivo Vida Independiente de Guatemala, Washington, D.C., 16 juillet 2018, p. 22 ; Rosenthal, Eric, « A Mandate to End Placement of Children in Institutions and Orphanages: The duty of governments and donors to prevent segregation and torture », dans *Protecting Children Against Torture in Detention: Global solutions for a global problem*, éd. Anti-Torture Initiative at the Center for Human Rights and Humanitarian Law, American University College of Law, Washington, D.C., 2017, p. 341.

148. Listenbee, Robert, et al., *Report of the Attorney General's National Task Force on Children Exposed to Violence*, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice, Washington, D.C., décembre 2012, p. 175.
149. Szeli, « Mental Disability, Trauma, and Human Rights ».
150. Manfred, Nowak, *Interim report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Note / by the Secretary General, A/63/175*, Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, New York, 28 juillet 2008 ; Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Report of the Special Rapporteur*.
151. Van IJzendoorn et al., « Children in Institutional Care ».
152. Petrowski, Nicole, Claudia Cappa et Peter Gross, « Estimating the Number of Children in Formal Alternative Care: Challenges and results », *Child Abuse & Neglect*, vol. 70, 2017, p. 388-398 ; Desmond, Chris et al., « Prevalence and Number of Children Living in Institutional Care: Global, regional, and country estimates », *Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 4, n° 5, 1^{er} mai 2020, p. 370-377 ; Nowak, Manfred, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Genève, novembre 2019, p. 500-502 ; Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, A/HRC/40/54*, Nations Unies, New York, 11 janvier 2019 ; Comité des droits des personnes handicapées, *Concluding Observations on the Initial Report of Serbia, CRPD/C/SRB/CO/1*, Nations Unies, New York, 23 mai 2016, p. 3.
153. Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Visit to Serbia and Kosovo: Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, A/HRC/40/59/Add.1*, Nations Unies, New York, 25 janvier 2019, p. 8.
154. Mathews, Eric, et al., *No Way Home: The Exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages*, Disability Rights International, Washington, D.C., 2015.
155. Rodriguez et al., *Still in Harm's Way*.
156. Nowak, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, p. 87, 117.
157. Nowak, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, p. 119-122.
158. Human Rights Watch, *Living in Chains: Shackling of people with psychosocial disabilities worldwide*, Human Rights Watch, New York, octobre 2020, p. 59.
159. Human Rights Watch, *Living in Hell: Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia*, Human Rights Watch, New York, 20 mars 2016.
160. Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez: Addendum: Mission to Ghana, A/HRC/25/60/Add.1*, Nations Unies, New York, 5 mars 2014.
161. Nytingnes O, et al., « A Cross-Sectional Study of Experienced Coercion in Adolescent Mental Health Inpatients », *BMC Health Services Research*, vol. 18, n° 1, 30 mai 2018, p. 389 ; De Hert, Marc, et al., « Prevalence and Correlates of Seclusion and Restraint Use in Children and Adolescents: A systematic review », *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 20, n° 5, mai 2011, p. 221-230 ; Sugiura, Kanna, et al., « An End to Coercion: Rights and decision-making in mental health care », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 98, n° 1, 1^{er} janvier 2020, p. 52-58.
162. Davidson, Laura, « A Key, Not a Straitjacket: The case for interim mental health legislation pending complete prohibition of psychiatric coercion in accordance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities », *Health and Human Rights*, vol. 22, n° 1, juin 2020, p. 163-178 ; Arias, Daniel, et al., « Prayer Camps and Biomedical Care in Ghana: Is collaboration in mental health care possible? », *PLOS ONE*, vol. 11, n° 9, 12 septembre 2016, e0162305 ; Read, Ursula M., « Rights as Relationships: Collaborating with faith healers in community mental health in Ghana », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 43, n° 4, novembre 2019, p. 613-635 ; Green, Bethany et Erminia Colucci, « Traditional Healers' and Biomedical Practitioners' Perceptions of Collaborative Mental Healthcare in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review », *Transcultural Psychiatry*, vol. 57, n° 1, février 2020, p. 94-107.
163. Organisation mondiale de la Santé, « Executive Summary » dans *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting person-centred and rights-based approaches*, OMS, Genève, 2021.

Chapitre 5

1. National Institute of Mental Health, *Grand Challenges in Global Mental Health*, NIMH, Bethesda, <www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/grandchallenges/>, consulté le 10 août 2021.
2. Organisation mondiale de la Santé, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, p. 10.
3. Organisation mondiale de la Santé, *Comprehensive Mental Health Action Plan*, OMS, Genève, <www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>, consulté le 10 août 2021.
4. Organisation mondiale de la Santé, *mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme, Version 2.0*, OMS, Genève, 2016.
5. Organisation mondiale de la Santé, *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting person-centred and rights-based approaches*, OMS, Genève, 2021.
6. Organisation mondiale de la Santé, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation*, OMS, Genève, 2017.
7. Organisation mondiale de la Santé, *Helping Adolescents Thrive (HAT): Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*, OMS, Genève, 2020.
8. Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, *Helping Adolescents Thrive Toolkit: Strategies to promote and protect*

adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours, OMS et UNICEF, Genève et New York, 2021.

9. Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, *Magnificent Me and Friends*, UNICEF et OMS, New York et Genève, 2021.
10. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Banque mondiale, *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human capital*, OMS, Genève, 2018.
11. Organisation mondiale de la Santé, mises à jour de l'*Atlas de la santé mentale 2020*, à venir.
12. Liese, Bernhard H., Rebecca S.F. Gribble et Marisha N. Wickremesinhe, « International Funding for Mental Health: A review of the last decade », *International Health*, vol. 11, n° 5, septembre 2019, p. 361-369.
13. Lu, Chungling, Zihui Li et Vikram Patel, « Global Child and Adolescent Mental Health: The orphan of development assistance for health », *PLOS Medicine*, vol. 15, n° 3, 2018, e1002524.
14. Résolution adoptée par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, A/HRC/RES/36/13, 28 septembre 2017.
15. Black, Maureen M., et al, « Early Childhood Development Coming of Age: Science through the life course », *Lancet*, vol. 389, n° 10064, 2017, p. 77-90 ; Groh, Ashley M., et al., « Attachment in the Early Life Course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development », *Child Development Perspectives*, vol. 11, n° 1, 2017, p. 70-76 ; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant and Healthy Kids*, p. 248.
16. Britto, Pia Rebello, et al., *Systematic Review of Parenting Programmes for Young Children in Low and Middle Income Countries*, UNICEF, New York, 2015 ; Jeong, Joshua, Emily Franchett et Aisha K. Yousafzai, *World Health Organization Recommendations on Caregiving Interventions to Support Early Child Development in the First Three Years of Life: Report of the systematic review of evidence*, OMS, Genève, 2018 ; Knerr, Wendy, Frances Gardner et Lucie Cluver, « Improving Positive Parenting Skills and Reducing Harsh and Abusive Parenting in Low-and Middle-income Countries: A systematic review », *Prevention Science*, vol. 14, n° 4, 2013, p. 352-363 ; Mountain, Gary, Jane Cahill et Helen Thorpe, « Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood: A systematic review and meta-analysis », *Infant Behavior and Development*, vol. 46, 2017, p. 14-32.
17. Jeong, Franchett et Yousafzai, *World Health Organization Recommendations on Caregiving Interventions* ; Pedersen, Gloria A., et al., « A Systematic Review of the Evidence for Family and Parenting Interventions in Low- and Middle-Income Countries: Child and youth mental health outcomes », *Journal of Child and Family Studies*, vol. 28, n° 8, 2019, p. 2036-2055.
18. Healy, Elsa A., Bonnie N. Kaiser et Eve S. Puffer, « Family-based Youth Mental Health Interventions Delivered by Non-specialist Providers in Low- and Middle-income Countries: A systematic review », *Families, Systems, & Health*, vol. 36, n° 2, 2018, p. 182-197.
19. Furlong, Mairead, et al., « Cochrane Review: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years », *Evidence-Based Child Health*, vol. 8, n° 2, 2013, p. 318-692 ; Kitzman, Harriet, et al., « Prenatal and Infancy Nurse Home Visiting and 18-year Outcomes of a Randomized Trial », *Pediatrics*, vol. 144, n° 6, 2019, e20183876.
20. Organisation mondiale de la Santé, *Parenting for Lifelong Health: A suite of parenting programmes to prevent violence*, OMS, Genève, <www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health>, consulté le 10 août 2021 ; University of Oxford Department of Social Policy and Intervention, *Parenting for Lifelong Health: A suite of parenting programmes to prevent violence*, University of Oxford, Oxford, <www.spi.ox.ac.uk/parenting-lifelong-health-suite-parenting-programmes-prevent-violence#tab-822121>, consulté le 10 août 2021.
21. Cooper, Peter J., et al., « Improving Quality of Mother-Infant Relationship and Infant Attachment in Socioeconomically Deprived Community in South Africa: Randomised controlled trial », *BMJ*, vol. 338, 2009 ; Wessels, Inge, et al., « Case Study: Parenting for Lifelong Health Programmes: Implementing the Parenting for Lifelong Health programmes – Lessons learned from low-resource settings », étude de cas publiée dans *Implementing Mental Health Promotion*, 2^e éd., éd. Margaret M. Barry et al., Springer Nature, Cham, 2019, p. 278-284 ; Lachman, Jamie M., et al., « Randomized Controlled Trial of a Parenting Program to Reduce the Risk of Child Maltreatment in South Africa », *Child Abuse & Neglect*, vol. 72, 2017, p. 338-351 ; Ward, Catherine L., et al., « Parenting for Lifelong Health for Young Children: A randomized controlled trial of a parenting program in South Africa to prevent harsh parenting and child conduct problems », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, n° 4, 2020, p. 503-512 ; Cluver, Lucie D., et al., « Parenting for Lifelong Health: A pragmatic cluster randomised controlled trial of a non-commercialised parenting programme for adolescents and their families in South Africa », *BMJ Global Health*, vol. 3, n° 1, 2018, e000539.
22. Vally, Zahir, et al., « The impact of Dialogic Book-Sharing Training on Infant Language and Attention: A randomized controlled trial in a deprived South African community », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 56, n° 8, 2015, p. 865-873 ; Murray, Lynne, et al., « Randomized Controlled Trial of a Book-Sharing Intervention in a Deprived South African Community: Effects on carer-infant interactions, and their relation to infant cognitive and socioemotional outcome », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 57, n° 12, 2016, p. 1370-1379.
23. Cluver, Lucie D., et al., « Parenting, Mental Health and Economic Pathways to Prevention of Violence against Children in South Africa », *Social Science & Medicine*, vol. 262, 2020, 113194.
24. Shenderovich, Yulia, et al., « The Science of Scale for Violence Prevention: A new agenda for family strengthening in low- and middle-income countries », *Frontiers in Public Health*, vol. 9, 2021, 581440.
25. Black, Maureen M., Amber Gove et Katherine A. Merseth, « Platforms to Reach Children in Early Childhood », ch. 19 dans *Disease Control Priorities: Volume 8 – Child and*

- Adolescent Health and Development*, 3^e éd., éd. Donald A. Bundy et al., Banque mondiale, Washington, D.C., 2017, p. 253-268.
26. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Promoting Care for Child Development in Community Health Services: A summary of the Pakistan Early Child Development Scale-up (PEDS) Trial*, UNICEF, New York, septembre 2013 ; Lucas, Jane E., L.M. Richter et B. Daelmans, « Care for Child Development: An intervention in support of responsive caregiving and early child development », *Child Care, Health and Development*, vol. 44, n° 1, 2018, p. 41-49.
 27. Yousafzai, Aisha K., et al., « Effects of Responsive Stimulation and Nutrition Interventions on Children's Development and Growth at Age 4 Years in a Disadvantaged Population in Pakistan: A longitudinal follow-up of a cluster-randomised factorial effectiveness trial », *Lancet Global Health*, vol. 4, n° 8, 21 juin 2016, e548-e558 ; Lucas, Richter et Daelmans, « Care for Child Development: An intervention ».
 28. Philbrick William C, Priya Patel et Aisha Yousafzai, *Care for Child Development: An Approach to Enhance Nurturing Care in the 21st Century*, livre blanc, Harvard University, UNICEF, RTI International, Dar es Salaam, 2017.
 29. Yousafzai et al., « Effects of Responsive Stimulation and Nutrition Interventions on Children's Development and Growth ».
 30. Pour connaître la définition du terme « inclusif », voir : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Global Education Monitoring Report 2020: Inclusion and education – All means all*, UNESCO, Paris, 2020, p. 11.
 31. Scott, James G, et al., « Childhood Mental and Developmental Disorders », ch. 8 dans *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease control priorities, Third edition, Volume 4*, éd. Vikram Patel et al., Banque mondiale, Washington, D.C., 2016, p. 145-162 ; Petersen, Inge, et al., « Population and Community Platform Interventions », ch. 10 dans *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, p. 183-200 ; Fazel, Mina, et al., « Mental Health Interventions in Schools in Low-income and Middle-income Countries », *Lancet Psychiatry*, vol. 1, n° 5, 1^{er} octobre 2014, p. 388-398.
 32. Scott et al., « Childhood Mental and Developmental Disorders ».
 33. Clarke, Aleisha M., « Promoting Children's and Young People's Mental Health in Schools ».
 34. Petersen et al., « Population and Community Platform Interventions » ; Barry, Margaret M., « Advancing Evidence-Based Action for Mental Health Promotion » dans *Implementing Mental Health Promotion*, p. 59-64.
 35. Meyer, Luanna H. et Ian M. Evans, « Restorative School Discipline », ch. 1 dans *The School Leader's Guide to Restorative School Discipline*, éd. Luanna H. Meyer et Ian M. Evans, Corwin, Thousand Oaks, 2012, p. 5-19 ; Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, *Indicators of Schoolwide SEL*, CASEL, Chicago, <https://schoolguide.casel.org/uploads/sites/2/2019/05/Indicators-of-Schoolwide-SEL_2_o.pdf>, consulté le 10 août 2021. Pour en savoir plus, voir : *The CASEL Guide to Schoolwide Social and Emotional Learning*, <<https://schoolguide.casel.org/>>, consulté le 10 août 2021.
 36. Mahoney, Joseph L., et al. « Systemic Social and Emotional Learning: Promoting educational success for all preschool to high school students », *American Psychologist*, 8 octobre 2020.
 37. Durlak, Joseph A., et al., « The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A meta-analysis of school-based universal interventions », *Child Development*, vol. 82, n° 1, 2011, p. 405-432 ; Weare, Katherine et Melanie Nind, « Mental Health Promotion and Problem Prevention in Schools: What does the evidence say? », *Health Promotion International*, vol. 26, n° 1, 2011, i29-i69 ; Fazel et al., « Mental Health Interventions in Schools in Low-income and Middle-income Countries » ; Barry, Margaret M., et al., « A Systematic Review of the Effectiveness of Mental Health Promotion Interventions for Young People in Low and Middle Income Countries », *BMC Public Health*, vol. 13, n° 1, 2013, p. 1-19 ; Taylor, Rebecca D., et al., « Promoting Positive Youth Development through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A meta-analysis of follow-up effects », *Child Development*, vol. 88, n° 4, 2017, p. 1156-1171.
 38. MacArthur, Georgina, et al., « Individual-, Family-, and School-level Interventions Targeting Multiple Risk Behaviours in Young People », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 10, 2018, CD009927 ; Shackleton, Nichola, et al., « School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic review of reviews », *Journal of Adolescent Health*, vol. 58, n° 4, 2016, p. 382-396 ; Barry, Margaret M., Aleisha Mary Clarke et Katherine Dowling, « Promoting Social and Emotional Well-being in Schools », *Health Education*, vol. 117, n° 5, 2017, p. 434-451.
 39. Zhang, Yijun, et al., « The Association between Green Space and Adolescents' Mental Well-Being: A systematic review », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 18, 2020, p. 6640 ; Baams, Laura et Stephen T. Russell, « Gay-Straight Alliances, School Functioning, and Mental Health: Associations for students of color and LGBTQ students », *Youth & Society*, vol. 53, n° 2, 2021, p. 211-229 ; Day, Jack K., et al., « Gay Straight Alliances, Inclusive Policy, and School Climate: LGBTQ youths' experiences of social support and bullying », *Journal of Research on Adolescence*, vol. 30, n° 2, février 2020, p. 418-430.
 40. Durlak et al., « The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning » ; Domitrovich, Celene E., et al., « Social-Emotional Competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children », *Child Development*, vol. 88, n° 2, 2017, p. 408-416 ; Barry, Margaret M., « Implementation Processes and Strategies for Mental Health Promotion » dans *Implementing Mental Health Promotion*, p. 101-129.
 41. Shinde, Sachin, et al., « The Development and Pilot Testing of a Multicomponent Health Promotion Intervention (SEHER) for Secondary Schools in Bihar, India », *Global Health Action*, vol. 10, n° 1, 2017, 1385284 ; Shinde, Sachin, et al.,

- « A Multicomponent Secondary School Health Promotion Intervention and Adolescent Health: An extension of the SEHER cluster randomised controlled trial in Bihar, India », *PLOS Medicine*, vol. 17, n° 2, 2020, e1003021.
42. Singla, Daisy R., et al., « The Mediating Effect of School Climate on Adolescent Mental Health: Findings from a randomized controlled trial of a school-wide intervention », *Journal of Adolescent Health*, vol. 69, n° 1, 1^{er} juillet 2021, p. 90-99.
 43. Shinde, Sachin, et al., « Promoting School Climate and Health Outcomes with the SEHER Multi-component Secondary School Intervention in Bihar, India: A cluster-randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 392, n° 10163, 2018, p. 2465-2477 ; Shinde et al., « A Multicomponent Secondary School Health Promotion Intervention ».
 44. Allred, Carol G., *Guide to Succeeding with Positive Action*, Positive Action, Inc., Twin Falls, pub. 2017, rév. 2018, 2019 ; Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning, *2013 CASEL Guide: Effective social and emotional learning programs – Preschool and elementary school edition*, CASEL, Chicago, 2012 ; Clarke, Aleisha M., et al., *What Works in Enhancing Social and Emotional Skills Development During Childhood and Adolescence: A review of the evidence on the effectiveness of school-based and out-of-school programmes in the UK*, World Health Organization Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland, Galway, Galway, février 2015.
 45. Washington State Institute for Public Policy, *Positive Action*, WSIPP, Olympia, <www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/538>, consulté le 10 août 2021 ; Allred, *Guide to Succeeding with Positive Action*.
 46. Flay, Brian R. et Carol G. Allred, « The Positive Action Program: Improving academics, behavior, and character by teaching comprehensive skills for successful learning and living », dans *International Research Handbook on Values Education and Student Wellbeing*, éd. Terence Lovat, Ron Toomey et Neville Clement, Springer, Dordrecht, 2010, p. 471–501 ; Clarke, « Promoting Children's and Young People's Mental Health in Schools » ; Allred, *Guide to Succeeding with Positive Action*.
 47. Flay et Allred, « The Positive Action Program » ; Washburn, Isaac J., et al., « Effects of a Social-Emotional and Character Development Program on the Trajectory of Behaviors Associated with Social-Emotional and Character Development: Findings from three randomized trials », *Prevention Science*, vol. 12, n° 314, 2011, p. 314-323.
 48. Silverthorn, Naida, et al., « Effects of a School-Based Social-Emotional and Character Development Program on Self-Esteem Levels and Processes: A cluster-randomized controlled trial », *Sage Open*, 7 juillet 2017 ; Lewis, Kendra M., et al., « Effects of Positive Action on the Emotional Health of Urban Youth: A cluster-randomized trial », *Journal of Adolescent Health*, vol. 53, n° 6, 2013, p. 706-711.
 49. Smokowski, Paul R., et al., « Evaluating Dosage Effects for the Positive Action Program: How implementation impacts internalizing symptoms, aggression, school hassles, and self-esteem », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 86, n° 3, 2016, p. 310-322.
 50. Angeles, Gustavo, et al., « Government of Malawi's Unconditional Cash Transfer Improves Youth Mental Health », *Social Science & Medicine*, vol. 225, 2019, p. 108–119 ; Owusu-Addo, Ebenezer, Andre M. N. Renzaho et Ben J. Smith, « The Impact of Cash Transfers on Social Determinants of Health and Health Inequalities in sub-Saharan Africa: A systematic review », *Health Policy and Planning*, vol. 33, n° 5, 2018, p. 675-696.
 51. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *UNICEF's Global Social Protection Programme Framework*, UNICEF, New York, 2019.
 52. Angeles et al., « Government of Malawi's Unconditional Cash Transfer » ; Owusu-Addo, Renzaho and Smith, « The Impact of Cash Transfers on Social Determinants of Health » ; Haushofer, Johannes, et al., *Income Changes and Intimate Partner Violence: Evidence from unconditional cash transfers in Kenya*, NBER Working Paper 25627, National Bureau of Economic Research, Cambridge, mars 2019 ; Suarez, Diana Contreras et Pushkar Maitra, « Health Spillover Effects of a Conditional Cash Transfer Program », *Journal of Population Economics*, vol. 34, 2021, p. 893-928.
 53. de Walque, Damien, et al., « Cash Transfers and Child and Adolescent Development », ch. 23 dans *Disease Control Priorities: Volume 8 – Child and Adolescent Health and Development*, 3^e éd., éd. Donald A. Bundy et al., Banque mondiale, Washington, D.C., 2017, p. 325-342.
 54. Christian, Cornelius, Lukas Hensel et Christopher Roth, « Income Shocks and Suicides: Causal evidence from Indonesia », *Review of Economics and Statistics*, vol. 101, n° 5, 2019, p. 905-920 ; Alves, Flávia Jôse Oliveira, Daiane Borges Machado et Maurício L. Barreto, « Effect of the Brazilian Cash Transfer Programme on Suicide Rates: A longitudinal analysis of the Brazilian municipalities », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 54, n° 5, 19 novembre 2019, p. 599–606 ; Hensel, Lukas, *The Role of Cash Transfers in Preventing Suicides in Low-and Middle-Income Countries*, Mind and Behavior Research Group, University of Oxford, Oxford, mai 2020.
 55. Angeles et al., « Government of Malawi's Unconditional Cash Transfer ».
 56. Banerjee, Abhijit, et al., « A Multifaceted Program Causes Lasting Progress for the Very Poor: Evidence from six countries », *Science*, vol. 348, n° 6236, 2015, 1260799.
 57. Tanzania Adolescent Cash Plus Evaluation Team, *A Cash Plus Model for Safe Transitions to a Healthy and Productive Adulthood: Round 3 report*, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2020.
 58. Ssewamala, Fred M., et al., « Impact of a Family Economic Intervention (Bridges) on Health Functioning of Adolescents Orphaned by HIV/AIDS: A 5-year (2012-2017) cluster randomized controlled trial in Uganda », *American Journal of Public Health*, vol. 111, n° 3, mars 2021, p. 504-513.
 59. Wainberg, Milton L., et al., « Challenges and Opportunities in Global Mental Health: A research-to-practice perspective », *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, n° 5, 2017, p. 28.
 60. OMS, *Mental Health Action Plan 2013–2020*.

61. Lund, Crick, Mark Tomlinson et Vikram Patel, « Integration of Mental Health into Primary Care in Low-and Middle-Income Countries: The PRIME mental healthcare plans », *British Journal of Psychiatry*, vol. 208, n° 56, 2016, s1–s3 ; National Institute of Mental Health, *Research Partnerships for Scaling up Mental Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries*, NIMH, Bethesda, <www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/scaleup hubs/>, consulté le 10 août 2021.
62. Rahman, Atif, et al., « Interventions for Common Perinatal Mental Disorders in Women in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review and meta-analysis », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, n° 8, 1^{er} août 2013, p. 593-601 ; Rahman, Atif, « Challenges and Opportunities in Developing a Psychological Intervention for Perinatal Depression in Rural Pakistan – A multi-method study », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 10, n° 5, 2007, p. 211–219.
63. Rahman, « Challenges and Opportunities in Developing a Psychological Intervention » ; Sikander, Siham, et al., « Delivering the Thinking Healthy Programme for Perinatal Depression through Volunteer Peers: A cluster randomised controlled trial in Pakistan », *Lancet Psychiatry*, vol. 6, n° 2, 1^{er} février 2019, p. 128-139 ; Fuhr, Daniela C., et al., « Delivering the Thinking Healthy Programme for Perinatal Depression through Peers: An individually randomised controlled trial in India », *Lancet Psychiatry*, vol. 6, n° 2, 1^{er} février 2019, p. 115-127 ; Turner, Elizabeth L., et al., « The Effectiveness of the Peer Delivered Thinking Healthy Plus (THPP+) Programme for Maternal Depression and Child Socio-Emotional Development in Pakistan: Study protocol for a three-year cluster randomized controlled trial », *Trials*, vol. 17, n° 1, 8 septembre 2016, p. 442 ; Rahman, Atif, et al., « Improving Access to Psychosocial Interventions for Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries: Lessons from the field », *International Review of Psychiatry*, vol. 33, nos 1-2, février-mars 2021, p. 198-201.
64. Rahman, « Challenges and Opportunities in Developing a Psychological Intervention ».
65. Rahman, Atif, et al., « Cognitive Behaviour Therapy-Based Intervention by Community Health Workers for Mothers with Depression and their Infants in Rural Pakistan: A cluster-randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 372, n° 9642, 13 septembre 2008, p. 902-909.
66. Baranov, Victoria, et al., « Maternal Depression, Women's Empowerment, and Parental Investment: Evidence from a randomized controlled trial », *American Economic Review*, vol. 110, n° 3, 2020, p. 824-859.
67. Eappen, Sunil., et al., « Preparing to Launch the 'Thinking Healthy Programme' Perinatal Depression Intervention in Urban Lima, Peru: Experiences from the field », *Global Mental Health*, vol. 5, 2018, e41.
68. Fisher, Jane, et al., « Translation, Cultural Adaptation and Field-testing of the Thinking Healthy Program for Vietnam », *Globalization and Health*, vol. 10, n° 37, 15 mai 2014 ; Mental Health Innovation Network, *Thinking Healthy Programme*, MHN, Genève, <www.mhinnovation.net/innovations/thinking-healthy-programme?qt-content_innovation=1#qt-content_innovation>, consulté le 10 août 2021.
69. Nisar, Anum, et al., « Making Therapies Culturally Relevant: Translation, cultural adaptation and field-testing of the Thinking Healthy Programme for perinatal depression in China », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 20, n° 368, 22 juin 2020 ; Green, Eric P, et al., « Expanding Access to Depression Treatment in Kenya through Automated Psychological Support: Protocol for a single-case experimental design pilot study », *JMIR Research Protocols*, vol. 8, n° 4, avril 2019, e11800 ; Mental health Innovation Network, *Thinking Healthy Programme*.
70. Rickwood, Debra, et al., « Australia's Innovation in Youth Mental Health Care: The headspace centre model », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 13, n° 1, 2019, p. 159-166 ; Headspace, *Who we are*, <<https://headspace.org.au/about-us/who-we-are/>>, consulté le 10 août 2021.
71. McGorry, Patrick, Jason Trethowan et Debra Rickwood, « Creating Headspace for Integrated Youth Mental Health Care », *World Psychiatry*, vol. 18, n° 2, juin 2019, p. 140-141.
72. Hilferty, Fiona., et al., *Is Headspace Making a Difference to Young People's Lives?: Final report of the independent evaluation of the headspace program*, Social Policy Research Centre, University of New South Wales, Sydney, août 2015 ; Bradford, Sally et Debra Rickwood, « Electronic Psychosocial Assessment Tool: Concept development and identification of barriers to successful implementation », *Journal of Technology in Human Services*, vol. 32, n° 4, 2014, p. 275–296 ; Rickwood, Debra J, « Case Study: Headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation », étude de cas dans *Implementing Mental Health Promotion*, p. 548-562.
73. Panter-Brick, Catherine, et al., « Insecurity, Distress and Mental Health: Experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 59, n° 5, 2018, p. 523-541.
74. Panter-Brick, Catherine, et al., « Measuring the Psychosocial, Biological, and Cognitive Signatures of Profound Stress in Humanitarian Settings: Impacts, challenges, and strategies in the field », *Conflict and Health*, vol. 14, n° 40, 23 juin 2020.
75. Mercy Corps, *Advancing Adolescents: Evidence on the impact of psychosocial support for Syrian refugee and Jordanian adolescents*, Mercy Corps, Portland, novembre 2016, <www.mercycorps.org/sites/default/files/2019-11/Advancing_Adolescents%20Report_FINAL_ONLINE.pdf>, consulté le 10 août 2021.
76. Panter-Brick et al., « Insecurity, Distress and Mental Health ».
77. Panter-Brick et al., « Measuring the Psychosocial, Biological, and Cognitive Signatures of Profound Stress ».
78. Betancourt, Theresa S., et al., « Stigma and Acceptance of Sierra Leone's Child Soldiers: A prospective longitudinal study of adult mental health and social functioning », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 59, n° 6, juin 2020, p. 715-726.
79. Betancourt, Theresa S., et al., « Sierra Leone's Former Child Soldiers: A longitudinal study of risk, protective factors, and mental health », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, n° 6, juin 2010, p. 606615.

80. Betancourt, Theresa S., et al., « A Behavioral Intervention for War-affected Youth in Sierra Leone: A randomized controlled trial », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 53, n° 12, décembre 2014, p. 1288-1297.
81. Betancourt, Theresa S., et al., « Youth Functioning and Organizational Success for West African Regional Development (Youth FORWARD): Study protocol », *Psychiatric Services*, vol. 72, n° 5, mai 2021, p. 563-570 ; voir également : Betancourt, Theresa S., *Youth FORWARD: Scaling up an evidence-based mental health intervention in Sierra Leone*, Humanitarian Practice Network, juillet 2018, <<https://odihpn.org/magazine/youth-forward-scaling-up-an-evidence-based-mental-health-intervention-in-sierra-leone/>>, consulté le 10 août 2021.
82. Organisation mondiale de la Santé, *Building Back Better: Sustainable mental health care after emergencies – Overview*, OMS, Genève, 2013 ; Inter-Agency Standing Committee Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, *Linking Disaster Risk Reduction (DRR) and Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS): Technical Note – Practical tools, approaches and case studies*, IASC, New York, mars 2021 ; Gray, Brandon, Fahmy Hanna et Lennart Reifels, « The Integration of Mental Health and Psychosocial Support and Disaster Risk Reduction: A mapping and review », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 6, mars 2020.
83. Organisation mondiale de la Santé, *Building Back Better*.
84. Gray, Hanna et Reifels, « The Integration of Mental Health and Psychosocial Support and Disaster Risk Reduction ».
85. Hawton, Keith, et al., « Clustering of Suicides in Children and Adolescents: A review », *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, n° 1, janvier 2020, p. 58-67.
86. Hawton, Saunders et O'Connor, « Self-Harm and Suicide in Adolescents ».
87. Ibid.
88. Ream, Geoffrey L., « What's Unique About Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth and Young Adult Suicides? Findings from the National Violent Death Reporting System », *Journal of Adolescent Health*, vol. 64, n° 5, mai 2019, p. 602-607.
89. Kann, Laura, et al., « Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9-12: United States and Selected Sites », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 65, n° 9, 2016, p. 1-202.
90. Meyer, Ilan H., et al., « Minority Stress, Distress, and Suicide Attempts in Three Cohorts of Sexual Minority Adults: A U.S. probability sample », *PLOS ONE*, vol. 16, n° 3, e0246827.
91. Organisation mondiale de la Santé, *National Suicide Prevention Strategies: Progress, examples and indicators*, OMS, Genève, 2018, p. 2.
92. Organisation mondiale de la Santé, *Preventing Suicide: A global imperative*, OMS, Genève, 2014, p. 8.
93. Lewitzka, Ute, et al., « Are National Suicide Prevention Programs Effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30years », *BMC Psychiatry*, vol. 19, n° 1, 23 mai 2019, p. 158 ; Matsubayashi, Tetsuya et Michiko Ueda, « The Effect of National Suicide Prevention Programs on Suicide Rates in 21 OECD Nations », *Social Science & Medicine*, vol. 73, n° 9, 2011, p. 1395-1400.
94. Organisation mondiale de la Santé, *Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries*, OMS, Genève, juin 2021.
95. Hawton, Saunders et O'Connor, « Self-Harm and Suicide in Adolescents ».
96. Klonsky, David E., Alexis M. May et Boaz Y. Saffer, « Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 12, n° 1, 2016, p. 307-330.
97. Hawton et al., « Clustering of Suicides in Children and Adolescents ».
98. Organisation mondiale de la Santé, *Live Life*, p. 64-70.
99. SANE Australia, *StigmaWatch*, SANE Australia, South Melbourne, <www.sane.org/advocacy/stigmawatch>, consulté le 10 août 2021.
100. Kölves et de Leo, « Suicide Methods in Children and Adolescents ».
101. Yip, Paul S. F., et al., « Means Restriction for Suicide Prevention », *Lancet*, vol. 379, n° 9834, 23 juin 2012, p. 2393-2399 ; Gunnell, David, et al., « The Impact of Pesticide Regulations on Suicide in Sri Lanka », *International Journal of Epidemiology*, vol. 36, n° 6, décembre 2007, p. 1235-1242.
102. Hawton, Saunders et O'Connor, « Self-Harm and Suicide in Adolescents » ; Organisation mondiale de la Santé, *Preventing Suicide: A resource for teachers and other school staff*, OMS, Genève, mars 2021.
103. OMS, *Live Life* ; OMS, *Helping Adolescents Thrive* ; Kutcher, Stan, Yifeng Wei et Pegah Behzadi, « School- and Community-Based Youth Suicide Prevention Interventions: Hot idea, hot air, or sham? », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 62, n° 6, juin 2017, p. 381-387.
104. Kahn, Jean-Pierre, et al., « Influence of Coping Strategies on the Efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): A universal school-based suicide preventive program », *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, n° 12, décembre 2020, p. 1671-1681 ; Wasserman, Danuta, et al., « School-Based Suicide Prevention Programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial », *Lancet*, vol. 385, n° 9977, 18 avril 2015, p. 1536-1544.
105. Klonsky, May et Saffer, « Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation ».
106. Kölves et de Leo, « Suicide Methods in Children and Adolescents ».
107. Hawton, Saunders et O'Connor, « Self-Harm and Suicide in Adolescents » ; Klonsky, May et Saffer, « Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation ».

108. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Mainstreaming Adolescent Mental Health and Suicide Prevention in Kazakhstan's Education and Health Systems: UNICEF Adolescent Development and Participation – Accelerating results*, UNICEF Kazakhstan, Nur-Sultan, octobre 2020.
109. Erskine, Holly E., et al., « The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, n° 4, 2017, p. 395-402 ; Woelbert, Eva, et al., *The Inequities of Mental Health Research*, The International Alliance of Mental Health Research Funders, Montréal, novembre 2020.
110. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, *World Population Prospects 2019*, DESA, New York, <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, consulté le 10 août 2021.
111. Erskine et al., « The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents ».
112. Woelbert et al., *The Inequities of Mental Health Research*.
113. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level (MMAP) – Overview*, UNICEF, New York, août 2019.
114. National Institute of Mental Health, Wellcome Trust et International Alliance Mental Health Research Funders, *Common Measures for Mental Health Science Laying the Foundations*, NIMH, Wellcome Trust, Washington et Londres, juin 2020.
115. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level (MMAP)*.
116. Care Policy et Evaluation Centre at the London School of Economics and Political Science, *CHANCES-6: Improving the life chances of young people in poverty*, LSE, Londres, <<https://www.lse.ac.uk/cpec/chances-6>>, consulté le 10 août 2021.
117. Voir : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, *Draft Note on Mental Health & Psychosocial Wellbeing Research Priorities, 2021 & Beyond*.

Chapitre 6

1. Mental Health Innovation Network, *The Global Ministerial Mental Health Summit: Recommendations to ministers achieving equality for mental health in the 21st century*, Organisation mondiale de la Santé et London School of Hygiene and Tropical Medicine, Genève et Londres, octobre 2018, p. 2 ; Global Mental Health Action Network, *Global Mental Health Advocacy: Roadmap 2020–2021*, Global Mental Health Action Network, p. 3.
2. Nations Unies, *Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health*, Nations Unies, New York, 13 mai 2020, p. 16.
3. Global Mental Health Action Network, *Global Mental Health Advocacy*, p. 3.
4. Upadhaya, Nawaraj, et al., « Information Systems for Mental Health in Six Low and Middle Income Countries: Cross country situation analysis », *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 10, 26 septembre 2016, p. 60. Remarque : Un suivi systématique se définit comme la collecte régulière de données relatives à divers indicateurs portant sur les besoins permanents, la prestation, l'adoption, le coût, la qualité et les résultats des services de santé mentale au sein des systèmes de soins de santé primaires, secondaires, tertiaires et de proximité en s'appuyant, par exemple, sur les données des services de routine et les registres des établissements.
5. Jordans, Mark J. D., et al., « Indicators for Routine Monitoring of Effective Mental Healthcare Coverage in Low- and Middle-Income Settings: A Delphi study », *Health Policy and Planning*, vol. 31, n° 8, 2016, p. 1100-1106.
6. Rudan, Igor, et al., « Setting Priorities in Global Child Health Research Investments: Guidelines for implementation of CHNRI method », *Croatian Medical Journal*, vol. 49, n° 6, 2008, p. 720-733.

Tableaux statistiques

Les tableaux statistiques du présent volume réunissent les statistiques clés les plus récentes concernant la survie, le développement et la protection de l'enfant dans les pays, zones et régions du monde entier. Ils permettent à l'UNICEF de mettre l'accent sur les progrès et résultats accomplis en vue de réaliser les objectifs et accords convenus par la communauté internationale en matière de droits et de développement de l'enfant.

Notes générales sur les données

Sources de données

Les données présentées dans les tableaux statistiques ci-après sont extraites des bases de données mondiales de l'UNICEF, qui s'accompagnent de définitions, de sources et, s'il y a lieu, de notes supplémentaires en bas de page. Les données des indicateurs s'appuient sur des estimations interorganisations et des enquêtes menées auprès de ménages représentatifs au niveau national telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Par ailleurs, des données provenant d'autres organismes des Nations Unies ont été utilisées. Vous trouverez plus d'informations sur les sources de données après chaque tableau.

Les indicateurs démographiques et une grande partie des indicateurs liés à la population dans ces tableaux s'appuient sur les dernières estimations et projections en matière de population des *Perspectives de la population mondiale : Révision 2019* et des *Perspectives de l'urbanisation mondiale : Révision 2018* (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population). La qualité des données peut pâtir des catastrophes ou des conflits que certains pays ont récemment connus, notamment dans les cas où les infrastructures de base du pays ont été fragmentées ou lorsque d'importants mouvements de population ont eu lieu.

L'UNICEF aide notamment les pays à réunir et à analyser des données permettant de suivre la situation des enfants et des femmes grâce à son programme mondial d'enquêtes auprès des ménages, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS, acronyme anglais). Depuis 1995, pas moins de 346 enquêtes ont été réalisées dans 118 pays et zones. Les MICS constituent une source majeure de données pour mesurer les indicateurs de suivi des objectifs de développement durable (ODD) du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et façonner les politiques publiques et les programmes du monde entier. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse <mics.unicef.org>.

Agrégats régionaux et mondiaux

Sauf indication contraire, les agrégats régionaux et mondiaux pour les indicateurs ont été générés sous la forme de moyennes pondérées en fonction de la population à partir des données des *Perspectives de la population mondiale : Révision 2019*. Ils correspondent à la catégorie d'âge et au sexe pertinents pour chaque indicateur (par ex., total des naissances vivantes pour l'absence de pesée à la naissance et nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans pour l'anémie maternelle). Par ailleurs, sauf

indication contraire, les estimations régionales et mondiales sont uniquement communiquées pour les indicateurs lorsque les données sont disponibles pour au moins 50 % de la population.

Ventilation des données

La COVID-19 a mis en exergue l'importance de disposer de données ventilées pour comprendre les effets sanitaires et socioéconomiques particuliers de la pandémie sur les femmes et les enfants, lesquels ont exacerbé les disparités et les discriminations durables et structurelles. Au-delà de la crise, posséder des données ventilées de grande qualité, comparables et récentes, ainsi que de données ventilées simultanément selon plus d'une dimension est essentiel pour recenser les groupes prioritaires des différents types d'interventions et accomplir le mandat du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de ne laisser personne de côté.

Différentes sources de données, notamment des enquêtes auprès des ménages, des registres de l'état civil et des fichiers administratifs, sont exploitées afin de compiler et d'analyser les données ventilées. S'il était impossible de présenter l'intégralité de ces données dans les tableaux statistiques ci-après en raison de contraintes liées à l'espace, nous sommes toutefois attachés à présenter les données ventilées selon certaines dimensions clés, notamment le sexe, l'âge, le lieu de résidence et le statut économique. Compte tenu de l'engagement fondamental de l'UNICEF en faveur de l'égalité des genres et de l'émancipation des femmes et des filles, la priorité dans ces tableaux statistiques a été accordée à la présentation de données ventilées par sexe, quand elles étaient disponibles, sauf quand aucune différence considérable sur le plan statistique n'a été observée entre les garçons et les filles dans la majorité des pays pour un indicateur donné. Dans ce cas, les données ventilées par sexe sont disponibles en ligne à l'adresse <www.data.unicef.org>. Pour en savoir plus sur la ventilation des indicateurs individuels, veuillez consulter les notes en bas de page figurant sous les tableaux statistiques.

Comparabilité des données

Des efforts ont été déployés afin d'optimiser la comparabilité des statistiques d'un pays à l'autre et d'une période à l'autre. Il se peut cependant que des données nationales aient été obtenues selon des méthodes de collecte ou d'estimation différentes ou portent sur des populations différentes. Par ailleurs, les méthodes de calcul de certaines données ou séries chronologiques (dans le cas par exemple des taux de vaccination ou des taux de mortalité maternelle)

et les classifications régionales retenues évoluent. Pour certains indicateurs, il n'existe en outre pas de données comparables d'une année à l'autre. Il n'est donc pas conseillé de comparer des données provenant d'éditions consécutives de *La Situation des enfants dans le monde*.

Informations complémentaires sur la méthodologie

Les données présentées dans les tableaux statistiques ci-dessous reprennent généralement des informations réunies et mises à jour entre janvier et juillet 2021. Les dates limites spécifiques associées aux indicateurs particuliers figurent dans la section « Sources principales des données » située sous chaque tableau. La date de « dernière mise à jour »

indique le moment où les données ont été réunies et mises à jour dans le cadre d'une consultation nationale ou de processus interorganisations spécifiques à certains sujets.

Il est recommandé aux lecteurs intéressés de se rendre sur <data.unicef.org> pour obtenir plus d'informations méthodologiques au sujet des indicateurs et des statistiques.

Les données présentées dans les tableaux sont disponibles sur <www.unicef.org/sowc> et à l'adresse <www.data.unicef.org>. Veuillez consulter ces sites Internet pour obtenir les dernières données ainsi que d'éventuels rectificatifs et mises à jour apportés après la mise sous presse.

Estimations des taux de mortalité de l'enfant

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est le principal indicateur utilisé pour évaluer les progrès en matière de bien-être des enfants.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le site www.childmortality.org

Taux de mortalité des moins de 5 ans (décès pour 1 000 naissances vivantes)

Région UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Asie de l'Est et Pacifique	73	61	57	49	39	29	22	17	14
Europe et Asie centrale	44	37	31	27	21	16	12	10	8
Europe de l'Est et Asie centrale	66	54	46	44	35	25	18	14	11
Europe de l'Ouest	16	13	11	8	6	5	4	4	4
Amérique Latine et Caraïbes	84	67	55	43	33	26	25	18	16
Moyen-Orient et Afrique du Nord	123	86	65	53	42	33	27	24	22
Amérique du Nord	15	12	11	9	8	8	7	7	6
Asie du Sud	171	150	130	112	93	77	62	49	40
Afrique subsaharienne	200	187	178	170	151	124	101	86	76
Afrique de l'Est et australe	185	171	162	154	133	106	81	64	55
Afrique de l'Ouest et centrale	216	204	196	187	168	142	121	106	95
Pays les moins avancés	210	192	175	158	135	109	89	72	63
Monde	117	102	93	86	76	63	51	43	38

Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)

Région UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Asie de l'Est et Pacifique	2 613	2 413	2 301	1 705	1 257	908	695	539	435
Europe et Asie centrale	570	483	386	304	217	162	132	108	88
Europe de l'Est et Asie centrale	474	409	328	262	187	136	110	88	70
Europe de l'Ouest	97	74	58	41	30	26	23	20	19
Amérique Latine et Caraïbes	944	785	641	503	381	288	265	192	169
Moyen-Orient et Afrique du Nord	902	707	545	419	324	270	246	239	219
Amérique du Nord	55	50	47	40	35	35	32	29	27
Asie du Sud	5 577	5 257	4 748	4 185	3 548	2 912	2 276	1 719	1 406
Afrique subsaharienne	3 393	3 598	3 826	4 044	3 987	3 659	3 303	3 037	2 844
Afrique de l'Est et australe	1 633	1 719	1 806	1 883	1 796	1 567	1 314	1 111	1 009
Afrique de l'Ouest et centrale	1 759	1 879	2 020	2 161	2 190	2 092	1 989	1 926	1 836
Pays les moins avancés	3 579	3 611	3 589	3 538	3 299	2 868	2 499	2 152	1 968
Monde	14 055	13 294	12 494	11 200	9 749	8 234	6 950	5 862	5 189

Classements régionaux

Les agrégats présentés à la fin de chacun des 18 tableaux statistiques sont calculés en utilisant les données des pays et zones selon le classement ci-dessous.

Asie de l'Est et Pacifique

Micronésie (États fédérés de), Mongolie, Myanmar, Nauru, Nioué, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, Samoa, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste, Tokélaou, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.

Europe et Asie centrale

Europe de l'Est et Asie centrale ; Europe de l'Ouest.

Europe de l'Est et Asie centrale

Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Macédoine du Nord, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Serbie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine.

Europe de l'Ouest

Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, Saint-Siège, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie.

Amérique Latine et Caraïbes

Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du).

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Égypte, Émirats arabes unis, État de Palestine, Iran (République islamique d'), Iraq, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Tunisie, Yémen.

Amérique du Nord

Canada, États-Unis.

Asie du Sud

Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka.

Afrique subsaharienne

Afrique de l'Est et australe, Afrique de l'Ouest et centrale.

Afrique de l'Est et australe

Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Zambie, Zimbabwe.

Afrique de l'Ouest et centrale

Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo.

Pays/zones les moins avancés

[selon le classement du Haut-Représentant des Nations Unies pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement (UNOHRLS)].

Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Yémen, Zambie.

Notes sur certains tableaux

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Le tableau consacré à la démographie contient plusieurs indicateurs reprenant certaines des informations les plus importantes sur chaque population, y compris la population totale et la population répartie par tranche d'âge, ainsi que les taux annuels de croissance démographique. Le nombre annuel de naissances est calculé à partir de la population totale et de la fécondité actuelle. Le taux de fécondité total permet de comparer les niveaux de fécondité à l'échelle internationale. Un taux de fécondité total de 2,1 est appelé « taux de remplacement » et constitue le niveau auquel la population conserve, à long terme, la même taille. L'espérance de vie à la naissance est une mesure de l'état de santé et du développement d'une population. Elle continue d'augmenter dans presque tous les pays du monde. Le taux de dépendance économique est le rapport entre la population qui n'est pas en âge de travailler (c'est-à-dire la population économiquement « dépendante ») et la population en âge de travailler (15 à 64 ans). On peut distinguer le taux de dépendance économique des enfants (part des enfants âgés de moins de 15 ans par rapport à la population en âge de travailler) et le taux de dépendance économique des personnes âgées (part des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population en âge de travailler). La courbe du taux de dépendance économique total prend généralement une forme de U au fil du temps, ce qui reflète l'évolution de la structure des âges du fait de la transition démographique. Cela peut être compris comme la combinaison de tendances opposées concernant le taux de dépendance économique des enfants et le taux de dépendance économique des personnes âgées. Par exemple, une baisse de la fertilité entraîne une baisse de la part d'enfants dans la population et donc une baisse du taux de dépendance économique des enfants. Une augmentation de l'espérance de vie (induite par une baisse de la mortalité) entraîne une augmentation de la part de personnes âgées et donc une augmentation du taux de dépendance économique des personnes âgées.

La part de population urbaine et le taux de croissance annuel de la population urbaine décrivent l'état et la dynamique du processus d'urbanisation. Le taux net de migration indique la différence entre le nombre d'immigrants et le nombre d'émigrants. Un pays/une région où le nombre d'immigrants dépasse le nombre d'émigrants affiche une valeur positive, tandis qu'un pays où l'on compte moins d'immigrants que d'émigrants présente une valeur négative. Tous les indicateurs démographiques s'appuient sur les données des *Perspectives de la population mondiale : Révision 2019*. À l'exception de la population totale, la plupart des indicateurs démographiques sont publiés uniquement pour les pays/régions dont la population est supérieure à 90 000 personnes. Les agrégats régionaux se fondent sur l'ensemble des pays et zones associés à la région donnée, même s'ils ne font pas partie des 202 pays ayant communiqué des données et/ou qu'ils enregistrent une population égale ou inférieure à 90 000 personnes (ce qui explique, par exemple, que le total de la population mondiale de moins de 18 ans rapporté soit supérieur à la somme des valeurs des pays présentés).

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Chaque année, dans son rapport *La Situation des enfants dans le monde*, l'UNICEF présente une série d'estimations concernant la mortalité des enfants. Ces statistiques représentent les meilleures estimations disponibles au moment de la publication du rapport et se fondent sur les travaux du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, qui réunit l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et la Division de la population (ONU). Chaque année, le Groupe met à jour ces estimations, en examinant avec soin toutes les nouvelles données disponibles. Cette révision peut se traduire par l'ajustement des données publiées antérieurement. En conséquence, les estimations publiées dans des numéros consécutifs de *La Situation des enfants dans le monde* ne doivent pas être utilisées pour analyser l'évolution de la mortalité sur plusieurs années. Des estimations des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pouvant être comparés pour la période 1990-2019 aux niveaux mondial et régional sont présentées ci-dessous. Les indicateurs de la mortalité par pays, fondés sur les estimations les plus récentes du Groupe, figurent dans le tableau 2 ainsi que sur les sites <data.unicef.org/child-mortality/under-five> et <www.childmortality.org>, aux côtés des remarques méthodologiques.

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Le tableau concernant la santé de la mère et du nouveau-né comprend un ensemble d'indicateurs sur la démographie et la portée des interventions. Les indicateurs démographiques se composent de l'espérance de vie des femmes, du taux de natalité chez les adolescentes et d'estimations de la mortalité maternelle, y compris le nombre de décès maternels, le taux de mortalité maternelle et le risque de décès maternel sur la vie entière.

Les indicateurs de l'espérance de vie et du taux de natalité chez les adolescentes proviennent de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies. Les données relatives au taux de mortalité maternelle sont des estimations générées par le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle, qui réunit l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies. Les estimations de la mortalité du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle sont régulièrement mises à jour après un examen détaillé des nouvelles données disponibles. Ce processus entraîne souvent des ajustements des estimations précédemment publiées. En conséquence, les estimations publiées dans des numéros consécutifs du rapport *La Situation des enfants dans le monde* ne doivent pas être utilisées pour analyser l'évolution de la mortalité maternelle sur plusieurs années.

La catégorie des indicateurs relatifs à la portée des interventions comprend les indicateurs liés à la planification familiale, aux soins prénatals, aux soins obstétricaux et aux soins postnatals

pour la mère et le bébé. Les données pour ces indicateurs sont issues de programmes nationaux d'enquêtes auprès des ménages comme les EDS et les MICS ainsi que d'autres enquêtes sur la santé reproductive. Les estimations régionales et mondiales sont obtenues en utilisant la méthode de la moyenne pondérée. Les variables utilisées pour la pondération changent selon les indicateurs et sont appliquées à chaque pays. Elles correspondent à la population cible concernée pour chaque indicateur (le dénominateur) et sont issues de la dernière édition des *Perspectives de la population mondiale*. Le calcul des agrégats régionaux et internationaux s'est uniquement appuyé sur les données les plus récentes de la période 2015-2020 pour chaque pays.

Le tableau relatif à la santé de la mère et du nouveau-né comprend également des ventilations par âge pour apporter des informations sur la santé procréative et maternelle des adolescentes. Plus précisément, les données concernant la demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes, les soins prénatals prodigués lors d'au moins quatre consultations pendant la grossesse et la présence de personnel soignant qualifié à la naissance sont détaillées pour la tranche d'âge de 15 à 19 ans. Les données ventilées pour les soins prénatals comportant au moins quatre consultations et la présence de personnel soignant qualifié à la naissance sont issues de l'International Center for Equity in Health (Centre international pour l'équité dans la santé) de l'Université fédérale de Pelotas au Brésil. Les données totales et ventilées sur la planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes proviennent de la Division de la population au sein du Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies. Les estimations régionales et mondiales sont établies à l'aide de la méthodologie décrite ci-dessus pour les indicateurs relatifs à la portée des interventions. Les agrégats régionaux concernant la demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes et le taux de natalité chez les adolescentes ont été calculés et fournis par la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Le tableau sur la santé infantile comporte un ensemble d'indicateurs qui intègrent des informations sur la portée des interventions efficaces destinées aux enfants âgés de moins de 5 ans et au niveau des ménages. Il s'agit de différents indicateurs relatifs à la vaccination (décrits ci-dessous) et d'indicateurs sur les interventions en matière de prévention et de traitement de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme (les trois principales causes de décès des jeunes enfants). Les principales sources de données sur la prévention et le traitement des maladies infantiles sont des enquêtes menées auprès de ménages représentatifs au niveau national comme les EDS et les MICS. Les estimations régionales et mondiales sont obtenues en utilisant la méthode de la moyenne pondérée. Les variables utilisées pour la pondération changent selon les indicateurs et sont appliquées à chaque pays. Elles correspondent à la population cible concernée pour chaque indicateur (le dénominateur) et sont issues de la dernière édition des *Perspectives de la population mondiale*. Le calcul des estimations régionales et mondiales s'est uniquement appuyé sur les données les plus récentes de la période 2015-2020 pour chaque pays. Pour les indicateurs qui intègrent des informations

sur les ménages, la population totale a été utilisée.

Vaccination : Le tableau sur la santé infantile présente les estimations de la couverture vaccinale nationale établies par l'OMS et l'UNICEF. Depuis 2000, ces estimations sont mises à jour une fois par an en juillet, au terme d'un processus consultatif dans le cadre duquel les pays soumettent des projets de rapport qui sont ensuite analysés et commentés. À mesure que de nouvelles données empiriques sont intégrées au processus destiné à générer les estimations, les estimations révisées remplacent les précédentes données publiées. Les niveaux de couverture issus des révisions antérieures ne peuvent pas être utilisés aux fins de comparaison. Pour plus de précisions à ce sujet, consultez le site <data.unicef.org/child-health/immunization>. Les moyennes régionales pour les antigènes considérés sont calculées comme suit. Pour le BCG, les moyennes régionales ne portent que sur les pays dans lesquels le BCG est intégré dans le calendrier national des vaccinations de routine. Pour les vaccins DTC, les vaccins contre la polio, la rougeole, l'hépatite B, le Hib, le vaccin PCV et le vaccin contre les rotavirus, tous les pays sont inclus dans les moyennes régionales, car ces vaccins sont recommandés universellement par l'OMS. Pour la protection à la naissance contre le tétanos, les moyennes régionales ne portent que sur les pays dans lesquels le tétanos maternel et néonatal est endémique.

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Ce tableau contient une série d'indicateurs clés en lien avec la santé, le bien-être et la mortalité des adolescents. Les indicateurs de mortalité incluent le taux de mortalité des adolescents âgés de 10 à 19 ans, le nombre de décès d'adolescents ainsi que le taux annuel de diminution de la mortalité des adolescents pour la période 2000-2019. Les indicateurs de la santé procréative incluent le taux de natalité chez les adolescentes, les grossesses précoces (qui font référence aux femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans) et la demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les indicateurs de la santé maternelle pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans incluent les soins prénatals prodigués lors d'au moins quatre consultations pendant la grossesse et la présence de personnel soignant qualifié à la naissance. Les facteurs de risque présentés pour les maladies non transmissibles (NMT) sont les suivants : consommation d'alcool chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, consommation de tabac chez les adolescents âgés de 13 à 15 ans et activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés âgés de 11 à 17 ans. La vaccination contre le papillomavirus humain (PVH) concerne les filles ayant reçu la dernière dose du vaccin contre le PVH conformément au calendrier national. L'OMS et l'UNICEF produisent deux principaux indicateurs de couverture pour la vaccination contre le PVH. Le premier indicateur est la couverture du programme de vaccination contre le PVH sur le plan de la performance, qui décrit la couverture vaccinale par rapport au calendrier national ainsi que les critères d'admissibilité du programme pour chaque année civile (population cible du programme jusqu'à 14 ans). Le deuxième indicateur décrit la couverture vaccinale contre

le PVH à l'âge de 15 ans, soit la proportion de filles vaccinées contre le PVH à tout moment entre l'âge de 9 et 14 ans et ce jusqu'à l'année civile en question, et ayant atteint l'âge de 15 ans durant l'année de communication des données. Les données sont toujours rapportées au niveau national et ne présentent pas nécessairement de différences à l'échelle infranationale. Les deux indicateurs sont calculés pour la première dose (PVH1) et le schéma complet recommandé (PVHc), ainsi que par sexe. Pour ce qui est des vaccins actuellement commercialisés, le calendrier dépend de l'âge. Généralement, un schéma à deux doses, espacées d'au moins 6 mois pour les filles de moins de 15 ans au moment de l'administration de la première dose, est recommandé. Cependant, un schéma à trois doses (0, 1-2, 6 mois) est recommandé pour les filles et les femmes âgées de 15 ans ou plus, et pour celles qui sont immunodéprimées ou séropositives au VIH. Pour établir les dénominateurs, la méthodologie utilise par défaut les estimations nationales de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies. Face aux différentes méthodes employées par les pays pour établir et modifier les critères d'admissibilité dans le temps, un processus de normalisation est utilisé pour traduire ces critères en dénominateurs. Cela implique de traduire l'admissibilité des années scolaires dans les cohortes de la population et de gérer une multitude de critères d'admissibilité des cohortes (changements) au fil du temps. Pour en savoir plus, veuillez consulter : Laia Bruni *et al.*, *Preventive Medicine*, <doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106399>.

TABLEAUX 6 ET 7. VIH/SIDA

En 2021, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a publié de nouvelles estimations mondiales, nationales et régionales sur le VIH et le sida pour 2020, estimations qui tiennent compte des données épidémiologiques les plus récentes. Ces estimations tiennent également compte des données concernant la couverture des traitements antirétroviraux, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson. Elles s'appuient sur les données scientifiques les plus récentes et sur les indications des programmes de l'OMS. Ces indications ont permis d'améliorer les hypothèses concernant la probabilité de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la fécondité en fonction de l'âge et du statut sérologique VIH des femmes et les taux nets de survie des enfants vivant avec le VIH, entre autres. Ainsi, l'ONUSIDA s'est appuyé sur cette méthodologie plus sophistiquée pour produire de nouvelles estimations rétrospectives sur la prévalence du VIH, le nombre de personnes vivant avec le VIH et de personnes ayant besoin de soins, le nombre de décès liés au sida, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH et d'autres évolutions importantes de l'épidémie du VIH.

Les principaux indicateurs relatifs à la lutte contre le VIH chez les enfants sont divisés en deux tableaux : tableau 6, épidémiologie du VIH/sida et tableau 7, interventions liées au VIH/sida.

TABLEAU 6. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Le tableau 6 comprend les principaux indicateurs utilisés pour mesurer les évolutions de l'épidémie du VIH. Les données sont ventilées par tranche d'âge de 10 ans, car on considère que les enfants vivant avec le VIH âgés de moins de 10 ans ont été

infectés par transmission de la mère à l'enfant. Les enfants âgés de 10 à 19 ans vivant avec le VIH incluent également les cas de nouvelles infections par le VIH qui surviennent par transmission sexuelle et consommation de drogue par injection, en fonction du contexte national. En raison d'importantes disparités de genre parmi les adolescents pour les évolutions de l'épidémie du VIH et les interventions programmatiques, les ventilations par sexe sont à présent incluses pour tous les indicateurs épidémiologiques du VIH/sida. Afin de faciliter la comparaison entre les pays et les régions, l'indicateur du nombre de nouvelles infections par le VIH a été remplacé par l'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés. De même, le nombre de décès liés au sida a été remplacé par la mortalité liée au sida pour 100 000 habitants. Ces deux indicateurs présentent une évaluation relative des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida et rendent compte avec plus de précision des effets de la lutte contre le VIH.

TABLEAU 7. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Le tableau 7 contient des indicateurs relatifs aux principales interventions de la lutte contre le VIH chez les enfants. Ces indicateurs de couverture ont été révisés par rapport aux éditions précédentes du rapport *La Situation des enfants dans le monde* pour mieux tenir compte des progrès des programmes et politiques actuels de lutte contre le VIH/sida. Par exemple, l'indicateur relatif au diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons intègre des informations sur le pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant subi un test virologique pour le VIH dans les deux mois suivant leur naissance. Tous les indicateurs de couverture sont calculés à partir des données les plus récentes et les plus fiables provenant d'enquêtes démographiques et de statistiques relatives aux services fournis dans le cadre des programmes.

Chaque indicateur de couverture est compilé à l'échelle régionale ou internationale à l'aide d'une moyenne pondérée en fonction de la population. Les données étant parfois peu nombreuses, les indicateurs tirés d'enquêtes démographiques sont uniquement intégrés si les données de la zone représentent au moins 50 % de la population adolescente.

TABLEAUX 8 ET 9. NUTRITION

Le tableau 8 comprend les estimations de malnutrition à la naissance chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants en âge d'être scolarisés et les femmes en âge de procréer, ainsi que des indicateurs concernant la couverture des programmes liés à la pesée à la naissance et aux micronutriments essentiels. Le tableau 9 porte sur les pratiques alimentaires pour les nourrissons et les jeunes enfants.

Les estimations concernant l'insuffisance pondérale à la naissance, le retard de croissance et le surpoids chez les enfants d'âge préscolaire, la maigreur et le surpoids chez les enfants en âge d'être scolarisés et l'insuffisance pondérale et l'anémie maternelles proviennent de modèles communiqués par les pays. Elles peuvent donc différer des estimations communiquées à partir d'enquêtes. Pour tous les autres indicateurs, lorsque des données brutes étaient disponibles, les estimations au niveau national ont été à nouveau analysées pour correspondre aux

méthodes d'analyse standard et peuvent donc différer des valeurs communiquées à partir d'enquêtes.

Insuffisance pondérale à la naissance : Les estimations sont fondées sur des méthodes mises à jour en 2019. Par conséquent, les estimations nationales, régionales et mondiales ne pourront pas forcément être comparées à celles qui ont été publiées dans les éditions antérieures à 2019 du rapport La Situation des enfants dans le monde.

Absence de pesée à la naissance : Cet indicateur représente le pourcentage de naissances sans poids de naissance correspondant dans la source de données.

Retard de croissance et surpoids : L'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont continué d'harmoniser les ensembles de données nationales portant sur les estimations relatives aux retards de croissance et au surpoids issues des enquêtes auprès des ménages. En 2021, ces ensembles ont été utilisés pour générer des estimations modélisées à l'échelle nationale. L'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont cessé d'utiliser des estimations calculées à partir d'enquêtes pour représenter la prévalence à l'échelle nationale au profit d'estimations modélisées à l'échelle des pays pour le retard de croissance et le surpoids. La nouvelle méthodologie s'appuie sur l'approche mise à jour décrite dans la publication conjointe de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque mondiale, intitulée *Technical notes from the background document for country consultations on the 2021 edition of the UNICEF-WHO-Monde Bank Joint Malnutrition Estimates, 2021* (Notes technique du document de référence pour les consultations de pays sur l'édition 2021 des estimations conjointes de la malnutrition de l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale). Ces estimations sont disponibles à l'adresse <<https://data.unicef.org/resources/jme-2021-country-consultations/>>. Les chiffres régionaux et mondiaux relatifs au retard de croissance et au surpoids sont des moyennes pondérées en fonction de la population et issues des estimations modélisées des pays.

Émaciement et émaciement sévère : Des estimations fondées sur les enquêtes auprès des ménages ont été utilisées pour rendre compte de la prévalence de l'émaciement et de l'émaciement sévère à l'échelle nationale. L'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont continué d'harmoniser les ensembles de données nationales portant sur les estimations relatives à l'émaciement et à l'émaciement sévère issues des enquêtes auprès des ménages afin de générer des moyennes régionales et mondiales à l'aide d'un modèle décrit dans M. de Onis et al. « Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition », *International Journal of Epidemiology*, vol. 33, pages 1260 à 1270. En ce qui concerne le retard de croissance, le surpoids, l'émaciement et l'émaciement sévère, de nouvelles estimations sont publiées tous les deux ans ; elles remplacent toutes les estimations précédentes et ne doivent pas être comparées.

Supplémentation en vitamine A : Ce rapport ne présente qu'une estimation de la couverture totale de la supplémentation en vitamine A, un indicateur qui souligne combien il est important que les enfants reçoivent deux doses élevées annuelles de suppléments en vitamine A

à 4 ou 6 mois d'intervalle. Faute de méthode directe pour mesurer cet indicateur, la couverture totale est présentée comme l'estimation la plus basse du semestre 1 (janvier-juin) et du semestre 2 (juillet-décembre) d'une année donnée. Les estimations pour chaque semestre sont disponibles à l'adresse <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>>. Les agrégats régionaux et internationaux se composent des 64 pays désignés comme étant prioritaires pour les programmes de niveau national. Par conséquent, les agrégats régionaux sont publiés lorsque l'on parvient à une couverture d'au moins 50 % de la population pour les pays prioritaires dans chaque région et que la région en question compte au moins 5 pays prioritaires. En d'autres termes, les estimations pour l'Amérique latine et les Caraïbes ou l'Europe de l'Est et l'Asie centrale ne sont pas présentées, car chacune de ces régions compte seulement deux pays prioritaires.

Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire : Les indicateurs réunis dans cette catégorie montrent l'importance de mettre fin à la malnutrition chez les enfants de tous les âges. Les estimations nationales pour la malnutrition chez les enfants d'âge scolaire s'appuient sur l'analyse de NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), « *Mondewide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2,416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults* », *The Lancet*, 390(10113), pages 2627 à 2642.

Maigre (femmes de plus de 18 ans) : Cet indicateur montre l'importance de lutter contre la malnutrition maternelle si l'on veut mettre fin à la malnutrition chez les enfants. Les estimations nationales pour l'insuffisance pondérale des femmes s'appuient sur l'analyse de NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), « *Mondewide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2,416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults* », *The Lancet*, 390(10113), pages 2627 à 2642.

Anémie (femmes âgées de 15 à 49 ans) : Cet indicateur montre l'importance de lutter contre la malnutrition maternelle si l'on veut mettre fin à la malnutrition chez les enfants. Les estimations nationales pour l'anémie se fondent sur l'édition 2021 de *WHO Global Anaemia estimates* (Estimations mondiales de l'anémie de l'OMS). Prévalence de l'anémie chez les femmes non enceintes (%). Données de l'Observatoire de la santé mondiale. Genève : Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/data/gho>).

Sel iodé : La définition de l'indicateur présenté dans ce rapport a changé en 2016. Auparavant, il portait sur les ménages consommant du sel adéquatement iodé. Depuis 2016, l'indicateur présenté dans ce rapport concerne tout type de sel iodé. Ainsi, les estimations de prévalences nationales, mondiales et régionales ne peuvent pas être comparées aux estimations publiées dans les précédentes éditions du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant : Un total de huit indicateurs est présenté, y compris les indicateurs

suiuants, dont la définition a été modifiée ou qui sont nouveaux conformément à la description contenue dans la nouvelle version des orientations sur les indicateurs disponibles à l'adresse <<https://data.unicef.org/resources/indicators-for-assessing-infant-and-young-child-feeding-practices/>>.

- (i) La poursuite de l'allaitement (enfants âgés de 12 à 23 mois) remplace deux indicateurs précédents sur la poursuite de l'allaitement à 1 an (12-15 mois) et 2 ans (20-23 mois).
- (ii) La diversité alimentaire minimale (enfants âgés de 6 à 23 mois) est à présent définie comme le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu des aliments issus d'au moins cinq des huit groupes alimentaires définis au cours de la journée précédente (l'ancienne version indiquait la consommation d'au moins quatre des sept groupes alimentaires définis au cours de la journée précédente).
- (iii) La définition de l'indicateur « fréquence minimale des repas (enfants âgés de 6 à 23 mois) » a été modifiée pour les enfants non nourris au sein.
- (iv) La définition de l'alimentation minimale acceptable (enfants âgés de 6 à 23 mois) a été modifiée pour correspondre aux nouvelles définitions de la diversité alimentaire minimale et de la fréquence minimale des repas.
- (v) L'absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) est un nouvel indicateur.

TABLEAU 10. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

La petite enfance, la période qui s'étend jusqu'à l'âge de 8 ans, est essentielle pour le développement cognitif, social, émotionnel et physique. Pour son développement optimal, le cerveau a besoin d'un environnement stimulant, de nutriments adaptés et d'interactions sociales avec des personnes qui ont la charge d'enfants. Le tableau consacré au développement de la petite enfance présente des données liées à certains indicateurs spécifiques et des données comparables et représentatives au plan national sur la qualité des soins au domicile, l'accès à du matériel d'apprentissage au domicile, et à l'accès à des soins et à des programmes éducatifs du jeune enfant. L'interprétation des informations contenues dans ce tableau est optimale lorsqu'elles sont associées à des données relatives à d'autres domaines essentiels au développement du jeune enfant, comme la nutrition et la protection.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte : Les données de cet indicateur issu des EDS ont été recalculées à l'aide de la méthodologie des MICS pour que l'on puisse les comparer. Par conséquent, les données recalculées ici diffèrent des estimations figurant dans les rapports nationaux des EDS.

Enfant bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père : Les données issues des troisième et

quatrième séries des MICS (MICS3 et MICS4) correspondent à l'implication des pères dans une ou plusieurs activités destinées à promouvoir l'apprentissage et la préparation à la scolarité, tandis que la définition a été modifiée pour la cinquième série (MICS5) afin que l'indicateur porte sur l'implication des pères dans quatre activités au moins. C'est pourquoi les estimations de la participation des pères dans les activités d'éveil et les soins attentifs dans les MICS3 et MICS4 diffèrent de celles qui s'appuient sur les résultats à partir de la MICS5. Les données de cet indicateur issu des EDS ont été recalculées à l'aide de la méthodologie des MICS pour que l'on puisse les comparer. Par conséquent, les données recalculées ici diffèrent des estimations figurant dans les rapports nationaux des EDS.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : Jouets :

La définition de cet indicateur a été modifiée entre la troisième et la quatrième série des MICS (MICS3 et MICS4). Pour permettre la comparaison avec la MICS4 et les séries ultérieures, les données de la MICS3 ont été recalculées sur la base de la définition de l'indicateur de la MICS4. Par conséquent, les données recalculées présentées ici diffèrent des estimations figurant dans les rapports nationaux de la MICS3.

Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate :

Cet indicateur s'appelait auparavant « Enfants ne bénéficiant pas de soins adéquats », mais il a été renommé pour refléter la nature du concept sous-jacent de manière plus précise.

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Ce tableau contient un ensemble d'indicateurs sur les aspects de l'éducation des enfants : équité d'accès, achèvement de la scolarité et résultats de l'apprentissage.

Ce tableau fournit en premier lieu des informations sur l'équité d'accès, mesurée par le taux d'enfants non scolarisés (indicateur de suivi 4.1.4 des ODD). Les estimations figurant dans ce tableau ont été calculées à l'aide de la base de données de l'Institut de statistique de l'UNESCO. Le taux d'enfants non scolarisés, qui représente la part de la population comprise dans la classe d'âge officielle du niveau d'enseignement donné qui ne va pas à l'école, permet d'éclairer l'élaboration et la mise en place de politiques ciblées visant à garantir un accès équitable à l'éducation.

En septembre 2019, l'Institut de statistique a modifié ses méthodes de collecte des données portant sur les enfants non scolarisés dans le cycle primaire. Ainsi, les enfants en âge d'aller à l'école primaire bénéficiant d'un enseignement préscolaire sont désormais considérés comme des enfants scolarisés.

Le taux d'achèvement (indicateur de suivi 4.1.2 des ODD) mesure le nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année de chaque cycle d'éducation et ayant achevé cette année. Les estimations proviennent de la base de données mondiale de l'UNICEF ; elles ont été calculées à l'aide de MICS, d'EDS et d'autres enquêtes auprès des ménages. En choisissant un groupe d'âge légèrement plus âgé que le groupe d'âge théoriquement prévu à la fin de chaque cycle d'enseignement, l'indicateur fournit des

mesures plus solides de la proportion d'enfants et d'adolescents achevant chaque cycle.

Ce tableau contient également un ensemble d'indicateurs visant à suivre l'équité des résultats d'apprentissage, notamment la proportion d'enfants et de jeunes qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en lecture et en mathématiques (indicateur de suivi 4.1.1 des ODD) ainsi que le taux d'alphabétisation des jeunes (indicateur de suivi 4.6.2 des ODD). Les normes d'aptitude minimales correspondent aux connaissances de base dans un domaine (par ex., les mathématiques et la lecture) mesurées à l'aide d'évaluations des apprentissages. Les estimations se fondent sur la base de données de la Division de la statistique de l'ONU, qui constitue une source de données officielles sur les ODD. Le taux d'alphabétisation présenté dans le tableau est issu de la base de données de l'Institut de statistique. Il mesure les compétences de base en lecture et en calcul que la population doit acquérir durant l'enseignement primaire. Il sert à fournir des informations sur la proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans disposant d'aptitudes minimales en lecture et en écriture et à mesurer l'efficacité de l'enseignement primaire dans chaque pays.

Vous trouverez des informations détaillées sur les indicateurs qui figurent dans ce tableau dans le document de l'Institut de statistique de l'UNESCO de juillet 2017 : *Métadonnées relatives aux indicateurs mondiaux et thématiques pour le suivi et l'examen de l'ODD 4 et de l'Éducation 2030*.

TABLEAU 12. PROTECTION DE L'ENFANT

La protection de l'enfant porte sur la prévention de la violence, de l'exploitation et des abus dont les enfants sont victimes dans tous les contextes ainsi que sur la lutte contre ces phénomènes. La protection de l'enfant subit de nombreuses formes de violation, mais l'absence de données pouvant être comparées limite les possibilités d'informations sur le champ entier. Le tableau relatif à la protection de l'enfant présente donc les données sur quelques problèmes pour lesquels des données comparables et représentatives à l'échelle nationale sont disponibles. Cela comprend deux manifestations de pratiques traditionnelles nuisibles, certaines formes de violence et d'exploitation ainsi que l'enregistrement officiel des naissances.

Enregistrement des naissances : La définition de l'enregistrement des naissances a été modifiée entre les deuxième et troisième séries des MICS (MICS2 et MICS3) et la quatrième (MICS4). Pour permettre la comparaison avec les séries ultérieures, les données des séries MICS2 et MICS3 sur l'enregistrement des naissances ont été recalculées sur la base de la définition de l'indicateur des MICS4. Les données recalculées présentées ici peuvent donc différer des estimations figurant dans les rapports nationaux des MICS2 et MICS3.

Travail des enfants : Cet indicateur a été remplacé par celui utilisé dans les rapports sur les ODD sur l'indicateur 8.7.1. Il correspond à la proportion d'enfants s'étant livrés à des activités économiques et/ou à des tâches ménagères à partir de seuils horaires spécifiques en fonction de leur âge (sur la base du domaine de la production générale). Ces seuils incluent, pour la tranche d'âge de 5 à 11 ans, les enfants qui se livrent à une activité économique pendant au moins une heure par semaine

et/ou qui participent à des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures par semaine. Pour la tranche d'âge de 12 à 14 ans, ils incluent les enfants qui se sont livrés à une activité économique pendant au moins 14 heures par semaine et/ou qui participent à des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures par semaine. Pour la tranche d'âge de 15 à 17 ans, ils incluent les enfants qui se sont livrés à une activité économique pendant au moins 43 heures par semaine. Cependant, aucun seuil horaire n'est établi pour les services ménagers non rémunérés dans la tranche d'âge de 15 à 17 ans. Les estimations nationales réunies et présentées dans la base de données mondiale des ODD et reproduites dans le rapport *La Situation des enfants dans le monde* ont été de nouveau analysées par l'UNICEF et l'Organisation internationale du Travail (OIT) selon les définitions et critères décrits ci-dessus. Cela signifie que les données nationales peuvent différer de celles qui ont été publiées dans les rapports d'enquêtes nationales.

Mariage des enfants : Bien que la pratique soit plus répandue chez les filles, le mariage pendant l'enfance est une violation des droits des deux sexes. C'est pourquoi la prévalence du mariage d'enfants est indiquée pour les garçons et les filles. Pour les garçons, seul le mariage avant l'âge de 18 ans est indiqué, étant donné que le mariage avant 15 ans est extrêmement rare.

Mutilations génitales féminines (MGF) : Les données sur la prévalence des MGF chez les jeunes filles âgées de 0 à 14 ans ont été recalculées pour des raisons techniques et peuvent différer de celles présentées dans les rapports nationaux originaux des EDS et des MICS. Depuis l'édition 2019 du rapport *La Situation des enfants dans le monde*, les attitudes par rapport à cette pratique sont exprimées par la part de la population qui est opposée aux MGF (et non pas celle qui les soutient). Ce chiffre est maintenant présenté pour les hommes et pour les femmes. Les estimations régionales sur la prévalence des MGF et les attitudes envers la pratique sont fondées sur les données provenant uniquement des pays où ces pratiques existent et pour lesquels des données représentatives au niveau national sont disponibles. En raison de l'existence, dans chacune de ces régions, de pays ne pratiquant pas les MGF, les données reflètent la situation des personnes vivant dans des pays concernés par cette pratique.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents : Depuis l'édition 2019 du rapport *La Situation des enfants dans le monde*, le groupe d'âge utilisé pour cet indicateur a été modifié pour concerner les adolescents âgés de 15 à 19 ans.

Discipline imposée par la violence : Les estimations figurant dans les publications de l'UNICEF et les rapports de pays issus des MICS antérieurs à 2010 étaient calculées en s'appuyant sur des pondérations au niveau du ménage qui ne prenaient pas en compte les enfants sélectionnés à l'étape finale pour l'administration du module sur la discipline imposée aux enfants des MICS. Un enfant du groupe d'âge de référence est choisi au hasard à des fins d'administration du module sur la discipline imposée aux enfants. En janvier 2010, il a été établi que les estimations étaient plus précises quand on se fondait sur une pondération au niveau du ménage prenant en compte cette sélection. Les données de la MICS 3 ont été recalculées selon

cette méthode. Par ailleurs, le groupe d'âge de référence pour cet indicateur a été révisé à compter de la MICS5 pour inclure les enfants âgés de 1 à 14 ans. C'est pourquoi les estimations des MICS3 et MICS4 ne sont pas directement comparables étant donné qu'elles portent sur les enfants âgés de 2 à 14 ans.

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Ce tableau fournit des informations sur la couverture de la protection sociale et l'amplitude des inégalités de revenus, deux éléments qui affectent les conditions de vie des enfants. Les indicateurs de protection sociale sont les suivants : mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces, pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale et répartition des prestations de protection sociale (1^{er} quintile, 5^e quintile, 40 % les plus pauvres). Alors que les deux premiers indicateurs illustrent la couverture de la protection sociale, le troisième reflète l'incidence et la distribution selon les quintiles. Le tableau offre une vue d'ensemble de la protection sociale à laquelle les ménages, et notamment les enfants, ont accès dans chaque pays.

Les indicateurs d'inégalité sont les suivants : part du revenu des ménages (1^{er} quintile, 5^e quintile, 40 % les plus pauvres), coefficient de Gini, indice de Palma, coefficient du revenu de la vaste majorité et PIB par habitant. Le premier indicateur montre la part du revenu national gagné par chaque quintile dans un pays. Il illustre la structure de la distribution des revenus par pays, tandis que le coefficient de Gini exprime l'étendue des inégalités et l'écart par rapport à une distribution parfaitement égale des revenus. À l'inverse, l'indice de Palma porte sur la différence de revenus entre les 10 % d'habitants les plus riches et les 40 % les plus pauvres d'une population. Cet indicateur est plus sensible aux extrémités de la distribution et aux inégalités extrêmes. L'évolution des inégalités de revenus étant principalement entraînée par les variations de revenus des 10 % les plus riches et des 40 % les plus pauvres, l'indice de Palma fournit des informations sur les modifications de la distribution des inégalités de revenus. Enfin, le coefficient du revenu de la vaste majorité consiste à ne prendre en compte que le revenu des premiers 80 % de la population (la vaste majorité) d'un pays donné. Le PIB par habitant complète ces indicateurs, car il mesure le niveau de vie moyen de chaque pays.

Les données des indicateurs de protection sociale et d'équité ne sont pas recueillies chaque année et sont issues des *Indicateurs du développement dans le monde et de l'Atlas de la protection sociale – Indicateurs de résilience et d'équité* de la Banque mondiale ainsi que du *Rapport mondial sur la protection sociale* de l'OIT.

TABLEAU 14. EAH

Ce tableau contient un ensemble d'indicateurs liés à l'accès à des services de base pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) dans les ménages, les écoles et les établissements de santé. Les estimations relatives à l'EAH figurant dans le présent rapport proviennent du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP). Des informations complètes sur les définitions des indicateurs du JMP, ainsi que sur les sources de données et les méthodes utilisées pour

produire des estimations nationales, régionales et mondiales sont disponibles à l'adresse <www.washdata.org>. De nouvelles estimations concernant chaque contexte sont publiées tous les deux ans. Elles remplacent toutes les estimations précédentes et ne doivent pas être comparées.

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Le tableau relatif aux adolescents présente une sélection d'indicateurs sur le bien-être des adolescents dans différents aspects de leur vie : protection, enseignement et apprentissage et transition vers la vie active. Si le thème du bien-être adolescent est vaste et qu'il ne saurait être présenté de façon exhaustive à l'aide de quelques indicateurs, les données du tableau 15 servent d'illustration et complètent les indicateurs pertinents sur les adolescents qui sont présents dans d'autres tableaux statistiques de la présente publication. Les indicateurs sont issus de l'Adolescent Country Tracker (outil de suivi des adolescents dans les pays), un cadre multipartite fondé sur les objectifs de développement durable et mis au point pour suivre le bien-être des adolescents de différents pays dans le temps. Les indicateurs relatifs à la santé des adolescents sont désormais présentés dans le tableau 5.

Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation, et taux de chômage

Les données sur la capacité des adolescents à entrer efficacement dans la vie active, c'est-à-dire le nombre de jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation et le taux de chômage des adolescents âgés de 15 à 19 ans, sont fournies par l'Organisation internationale du Travail (OIT). Les métadonnées et des remarques supplémentaires sur l'interprétation de ces indicateurs sont disponibles dans la section « Metadata » du site <ilo.org/ilostat>.

TABLEAU 16. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Ce tableau présente une vue d'ensemble macroéconomique du contexte qui affecte le bien-être et le développement des enfants. Les indicateurs qui figurent dans le tableau ont deux objectifs descriptifs. Ils montrent la marge de manœuvre budgétaire des gouvernements pour le financement des programmes de protection sociale, à l'image des Recettes publiques et des Flux en faveur de l'Aide publique au développement (APD) ; et ils présentent les allocations budgétaires gouvernementales dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la protection sociale et l'aide internationale pour les pays membres du CAD. Les dépenses publiques sont exprimées en proportion du PIB et de l'ensemble du budget public de chaque pays. Cette distinction souligne l'importance et la taille relatives de chaque secteur en matière de politique sociale. Une distinction comparable est effectuée pour l'ADP entre les apports/sorties en millions de dollars É.-U. et les apports/sorties par rapport au revenu national brut de chaque pays.

Les données des indicateurs économiques sont recueillies chaque année et sont extraites des *Indicateurs du développement dans le monde* de la Banque mondiale, à l'exception de l'APD (apports et sorties). Les données pour cet indicateur proviennent de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En raison de la faible couverture des données, les dépenses publiques consacrées

à la protection sociale en pourcentage du budget de l'État sont calculées par les auteurs. Elles représentent le ratio entre les dépenses publiques consacrées à la protection sociale en pourcentage du PIB et les recettes publiques en pourcentage du PIB.

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Ce tableau a été ajouté en 2019 en raison des effets bénéfiques de l'émancipation économique des femmes sur le bien-être des enfants ainsi que pour souligner l'importance intrinsèque de l'émancipation économique des femmes, telle qu'elle est exprimée dans l'objectif de développement durable 5 : parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.

Indice Institutions sociales et égalité hommes-femmes (ISE) : Les lois, les attitudes et les pratiques discriminatoires ont des effets sur la vie des femmes et des filles. Elles limitent leur capacité à accumuler du capital humain, social et productif, à agir et à exprimer leur opinion dans les décisions qui affectent leur bien-être. L'indice ISE, un indicateur composite de la discrimination liée au genre dans les institutions sociales produit par l'OCDE, s'appuie sur des données qualitatives et quantitatives sur les institutions sociales discriminatoires dans quatre domaines : la discrimination dans la sphère familiale, l'intégrité physique restreinte, l'accès restreint aux ressources productives et financières, et les libertés civiles restreintes.

Cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans l'emploi et les avantages économiques : L'égalité des genres et la non-discrimination fondée sur le genre sont des principes de base des cadres politiques et juridiques internationaux, y compris de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing. Le retrait de lois discriminatoires et la mise en place de cadres juridiques qui permettent à l'égalité des genres de progresser dans l'emploi sont des prérequis pour favoriser le travail rémunéré et décent des femmes, ce qui permettra leur émancipation économique. Le terme « cadres juridiques » est défini de façon large pour intégrer les lois, les mécanismes et les politiques/plans destinés à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres. Les données tirées de cet indicateur 5.1.1 des ODD proviennent d'une évaluation des cadres juridiques des pays, réalisée par les bureaux de statistiques nationaux, les mécanismes nationaux pour les femmes et des professionnels/chercheurs du secteur juridique dont les travaux portent sur l'égalité des genres.

Prestations de congé de maternité/paternité : Les prestations de congé parental sont fondamentales pour favoriser la santé et le bien-être des enfants ainsi que l'émancipation économique des femmes, y compris la survie et le développement sain des nourrissons et l'augmentation de la participation à la population active et des revenus des femmes. La Convention n° 183 de l'OIT prévoit un droit à 14 semaines de congé de maternité rémunéré pour les femmes à qui elle s'applique. Bien qu'aucune norme précise de l'OIT n'existe pour le congé de paternité, celui-ci permet aux pères qui travaillent

d'être plus impliqués dans les soins à leurs enfants et dans le partage des responsabilités du ménage. Il est toutefois important de noter que, même dans les pays où le congé parental est inscrit dans la loi, tous les travailleurs n'y ont pas accès, notamment les employés à temps partiel ou des personnes travaillant dans l'économie informelle.

Achèvement de la scolarité : Si l'éducation primaire fournit aux enfants un socle pour l'apprentissage tout au long de la vie, l'éducation secondaire les dote des connaissances et des compétences nécessaires pour devenir des adultes économiquement émancipés. Comparées aux filles qui ont uniquement reçu une éducation primaire, les filles qui ont suivi une éducation secondaire sont moins exposées aux risques de mariage d'enfants et de grossesse adolescente. En outre, alors que les femmes ayant bénéficié d'un enseignement primaire gagnent à peine plus que les femmes n'ayant reçu aucune éducation, celles qui ont atteint le secondaire gagnent deux fois plus, en moyenne, que celles qui n'ont pas été à l'école [voir Wodon et al., « Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls » (Occasions ratées : l'absence d'éducation des filles a un coût élevé), *The Cost of Not Educating Girls Notes Series* (Série de notes sur le coût de l'absence d'éducation des filles). Banque mondiale, Washington DC, 2018].

Taux d'activité et taux de chômage : L'égalité d'accès au marché du travail est essentielle à l'émancipation économique des femmes. Le taux d'activité est le nombre de personnes qui composent la population active exprimé en pourcentage de la population en âge de travailler (généralement les personnes âgées de 15 ans et plus) au cours de la même période de référence. Le taux de chômage est le pourcentage de personnes (généralement âgées de 15 ans et plus) au sein de la population active qui sont sans emploi. Ce taux reflète l'incapacité d'une économie à créer des emplois pour ceux qui souhaitent travailler, mais n'y parviennent pas en dépit de leur disponibilité et de leur recherche active. Les informations sur le taux de chômage par sexe soulignent la plus grande difficulté que rencontrent souvent les femmes lorsqu'elles arrivent sur le marché du travail et qui peut être directement ou indirectement liée aux normes de genre d'un pays.

Possession d'un téléphone portable : Le fait de détenir un téléphone mobile donne accès à l'information, à des services financiers, à des offres d'emploi et aux réseaux sociaux. Cela constitue ainsi un atout important pour favoriser l'émancipation économique des femmes, telle que l'envisage l'objectif 5 du Programme 2030. Conformément aux mesures de l'indicateur 5.b.1 des ODD, une personne possède un téléphone mobile cellulaire lorsqu'elle dispose d'un téléphone cellulaire doté d'au moins une carte SIM active pour son utilisation personnelle. Les téléphones cellulaires fournis par des employeurs et qui peuvent être utilisés pour des motifs personnels (pour réaliser des appels personnels, accéder à Internet, etc.) sont inclus. Les personnes qui détiennent uniquement une ou plusieurs cartes SIM actives, mais pas de téléphone mobile, sont exclues. Les personnes qui disposent d'un téléphone mobile pour leur utilisation personnelle, qui n'est pas enregistré à leur nom sont également incluses. Une carte SIM active est une carte SIM qui a été utilisée au cours des trois mois précédents.

Inclusion financière : L'évaluation de l'accès des femmes aux services financiers, comme l'épargne, l'assurance, les moyens de paiement, le crédit et les transferts de fonds, est essentielle pour comprendre leur émancipation économique. L'accès à des services financiers peut également augmenter le pouvoir de négociation des femmes au sein du ménage, ce qui peut avoir des effets bénéfiques sur le bien-être des enfants. Conformément aux mesures de l'indicateur 8.10.2 des ODD, les personnes possédant un compte dans une institution financière sont les personnes interrogées qui ont indiqué disposer d'un compte dans une banque. Elles incluent aussi les personnes interrogées qui ont indiqué disposer d'un compte dans un autre type d'institution financière, comme une coopérative de crédit, une institution de microfinance, une coopérative ou les services postaux (le cas échéant), ou d'une carte de paiement à leur nom. Par ailleurs, ce chiffre inclut les personnes interrogées qui ont indiqué avoir reçu des salaires, des versements gouvernementaux ou des paiements pour des produits agricoles sur un compte hébergé par une institution financière au cours des 12 mois précédents. Il inclut également les personnes interrogées qui ont indiqué avoir payé des factures de services aux collectivités ou des frais de scolarité à partir d'un compte hébergé par une institution financière au cours des 12 mois précédents ; ou avoir reçu des salaires ou des versements gouvernementaux sur une carte au cours des 12 mois précédents. Les chiffres concernant les services bancaires par téléphonie mobile incluent les personnes interrogées qui ont indiqué avoir utilisé les services du programme « Money for the Unbanked » (MMU, argent mobile pour les personnes qui n'ont pas accès aux services bancaires) de la GSM Association (GSMA) au cours des 12 mois précédents pour payer des factures ou pour envoyer ou recevoir de l'argent. En outre, ils intègrent les personnes interrogées qui ont indiqué avoir reçu des salaires, des versements gouvernementaux ou des paiements pour des produits agricoles sur un téléphone mobile au cours des 12 mois précédents.

TABLEAU 18. MIGRATIONS

Ce tableau a été ajouté en 2021 en raison de l'incidence des migrations et des déplacements sur le bien-être des enfants et de l'attention portée à ces sujets au cours des dernières années. Cette attention a atteint son paroxysme avec le Pacte mondial sur les migrations et le Pacte mondial sur les réfugiés, tous deux adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018.

Les données sur les migrations internationales s'appuient sur les estimations de l'International Migrant Stock (population de migrants internationaux) publié par la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies (DESA). Ces données indiquent le nombre de personnes résidant en dehors de leur pays de naissance (pour certains pays, la citoyenneté a été utilisée au lieu du pays de naissance, en fonction de la disponibilité des données) au milieu de l'année de référence. Les réfugiés et les demandeurs d'asile sont inclus dans cette population. Le nombre d'enfants de moins de 18 ans est estimé à partir des groupes d'âge définis par tranche de cinq ans du nombre de migrants publié par la Division de la population. Pour en savoir plus sur la définition et les méthodes employées pour estimer le nombre de migrants, veuillez consulter la publication du Département des affaires économiques et sociales (Division de la population) de

l'Organisation des Nations Unies, intitulée International Migrant Stock 2020 (population de migrants internationaux 2020).

Les données sur les réfugiés (qui comprennent à la fois les réfugiés et les personnes vivant dans des conditions de réfugiés) et les demandeurs d'asile s'appuient sur les tableaux de l'annexe du rapport *Global Trends* (Tendances mondiales) publié tous les ans par le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (HCR ; pour en savoir plus, veuillez consulter l'adresse <<https://www.unhcr.org/globaltrends2020/>>). Le terme « réfugié » est défini dans la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés et son Protocole de 1967. Ces chiffres correspondent aux effectifs de population recensés à la fin de l'année de référence. Les données relatives aux enfants réfugiés ou demandeurs d'asile sont uniquement calculées lorsque la tranche d'âge de la population concernée a une couverture supérieure ou égale à 50 %. Les agrégats régionaux liés à l'âge sont estimés à partir de la moyenne pondérée de la proportion d'enfants dans les pays pour lesquels des données sont disponibles (et dont la tranche d'âge possède une couverture d'au moins 50 %).

Les données sur les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays s'appuient sur la Base de données mondiale sur le déplacement interne alimentée par l'Observatoire des situations de déplacement interne (IDMC) et portent sur le nombre de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays à la fin de l'année de référence et sur le nombre de nouveaux déplacements internes durant l'année de référence (voir <<https://www.internal-displacement.org/database/>>). Si le nombre de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays est tiré des données de population recensant le nombre de personnes vivant un déplacement interne, le nombre de nouveaux déplacements fait référence au nombre agrégé d'événements de déplacements indépendants durant l'année et peut inclure des déplacements successifs subis par les mêmes personnes (au cours d'événements distincts). C'est pourquoi le nombre de « nouveaux » déplacements ne peut pas être égal au nombre de personnes déplacées. Faute de données ventilées par âge, le nombre d'enfants déplacés à l'intérieur de leur pays et de nouveaux déplacements en lien avec des enfants est estimé à l'aide de la structure d'âge de la population nationale. Cette estimation suppose donc implicitement que les déplacements internes surviennent de manière aléatoire en termes d'âge et de sexe. Toutefois, les études de cas montrant une surreprésentation des femmes et des enfants dans les populations déplacées, il est probable que les données présentées sur les déplacements internes en lien avec des enfants soient sous-estimées.

Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans et mortalité des enfants de moins de 5 ans par pays en 2019

Tableau ordonné selon le nombre de décès non arrondi chez les enfants de moins de 5 ans en 2019. Les limites inférieure et supérieure se réfèrent aux limites inférieure et supérieure des intervalles de confiance à 90 %.

CHARGE DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS LA PLUS ÉLEVÉE

Pays et zones	Nombre annuel de décès chez les moins de 5 ans (en milliers) 2019	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) en 2019		
		Médian	Limite inférieure	Limite supérieure
Nigéria	858	117	92	152
Inde	824	34	31	38
Pakistan	399	67	58	78
République démocratique du Congo	291	85	54	129
Éthiopie	178	51	42	62
Chine	132	8	7	9
Indonésie	115	24	20	29
République-Unie de Tanzanie	103	50	38	69
Angola	93	75	35	139
Bangladesh	90	31	28	34
Niger	82	80	51	125
Mozambique	82	74	52	109
Soudan	78	58	43	78
Ouganda	74	46	35	60
Mali	74	94	76	117
Tchad	73	114	86	150
Afghanistan	72	60	47	75
Somalie	72	117	60	235
Côte d'Ivoire	70	79	63	100
Cameroun	66	75	62	90
Burkina Faso	65	88	64	121
Kenya	64	43	32	59
Philippines	60	27	21	36
Égypte	52	20	14	29
Yémen	50	58	35	95
Guinée	44	99	83	119
Madagascar	43	51	40	64
Myanmar	42	45	31	63
Afrique du Sud	41	34	31	39
Brésil	40	14	12	17
Ghana	40	46	37	57
Zambie	38	62	49	78
Bénin	37	90	77	105
Soudan du Sud	37	96	39	194
Viet Nam	32	20	16	25
Mexique	31	14	13	16
Iraq	29	26	20	33
Sierra Leone	28	109	91	132
Malawi	26	42	27	61
États-Unis d'Amérique	25	6	6	7
Sénégal	25	45	35	58
Burundi	24	56	37	85
Zimbabwe	24	55	41	72
Algérie	24	23	23	24
Iran (République islamique d')	21	14	9	23
République Centrafricaine	18	110	64	189
Togo	17	67	54	83
Népal	17	31	24	41
Haïti	17	63	48	84
Maroc	15	21	16	28
Libéria	13	85	66	108
Rwanda	13	34	20	60
Turquie	13	10	9	11
Venezuela (République Bolivarienne du)	13	24	20	30
Ouzbékistan	12	17	14	21
Mauritanie	11	73	38	140
Fédération de Russie	11	6	6	6
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10	45	32	62
Guatemala	10	25	19	31
Colombie	10	14	10	19
Cambodge	10	27	14	50
Tadjikistan	9	34	22	53
République Arabe Syrienne	9	22	12	28
Congo	8	48	28	83
Pérou	8	13	11	16
République Démocratique Populaire Lao	8	46	34	60
Argentine	7	9	9	10
Thaïlande	6	9	8	11
Bolivie (État plurinational de)	6	26	20	34
Democratic People's République de Corée	6	17	14	22
Turkménistan	6	42	30	59
République Dominicaine	6	28	19	41
Guinée-Bissau	5	78	49	120
Lesotho	5	86	59	124
Équateur	5	14	13	15
Malaisie	5	9	8	9
Gambie	5	52	43	61
Érythrée	4	40	24	67
Kazakhstan	4	10	10	11
Arabie Saoudite	4	7	5	9
Guinée Équatoriale	4	82	49	135
Ukraine	4	8	8	9
Honduras	3	17	11	25
Tunisie	3	17	16	18
Azerbaïdjan	3	20	13	32
Jordanie	3	16	12	21
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	3	4	4	4
France	3	4	4	5
Allemagne	3	4	4	4
Namibie	3	42	25	77
Kirghizistan	3	18	17	19
Gabon	3	42	27	68
Paraguay	3	19	10	39
État de Palestine	3	19	14	28
Sri Lanka	2	7	6	9
Japon	2	2	2	3

Plus de 14 000 enfants de moins de 5 ans meurent encore chaque jour

CHARGE DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS LA MOINS ÉLEVÉE

Pays et zones	Nombre annuel de décès chez les moins de 5 ans (en milliers) 2019	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) en 2019		
		Médian	Limite inférieure	Limite supérieure
Botswana	2	42	15	87
Nicaragua	2	17	15	19
Canada	2	5	5	5
Comores	2	63	31	134
Timor-Leste	2	44	26	74
Pologne	2	4	4	5
Chili	2	7	5	9
El Salvador	2	13	8	21
Eswatini	1	49	33	74
Libya	1	12	7	18
Italie	1	3	3	3
Roumanie	1	7	7	7
Espagne	1	3	3	3
République de Corée	1	3	3	3
Mongolie	1	16	15	16
Panama	1	15	8	27
Djibouti	1	57	34	94
Australie	1	4	3	4
Oman	1	11	10	13
Liban	1	7	4	14
Émirats Arabes Unis	1	7	6	9
Pays-Bas	1	4	4	4
Jamaïque	1	14	8	24
Israël	1	4	3	4
Costa Rica	1	9	8	9
Cuba	1	5	4	6
République de Moldova	1	14	11	19
Géorgie	1	10	8	11
Arménie	0	12	9	15
Fidji	0	26	23	29
Guyana	0	29	18	47
Koweït	0	8	7	9
Serbie	0	5	4	7
Belgique	0	3	3	4
Bulgarie	0	7	6	7
Îles Salomon	0	20	13	29
Bhoutan	0	28	18	44
Bélarus	0	3	3	4
Suisse	0	4	4	4
Tchéquie	0	3	3	3
Uruguay	0	7	7	8
Hongrie	0	4	3	4
Albanie	0	10	9	10
Slovaquie	0	6	5	6
Trinité-et-Tobago	0	18	8	41
Autriche	0	3	3	4
Suède	0	3	2	3
Grèce	0	4	3	4
Portugal	0	4	3	4
Nouvelle-Zélande	0	5	4	5

Pays et zones	Nombre annuel de décès chez les moins de 5 ans (en milliers) 2019	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) en 2019		
		Médian	Limite inférieure	Limite supérieure
Danemark	0	4	3	4
Vanuatu	0	26	16	43
Maurice	0	16	15	18
Irlande	0	3	3	4
Sao Tomé-et-Principe	0	30	18	49
Suriname	0	18	12	27
Croatie	0	5	4	5
Qatar	0	7	6	7
Kiribati	0	51	30	87
Bosnie-Herzégovine	0	6	5	7
Cabo Verde	0	15	12	18
Bahreïn	0	7	5	9
Norvège	0	2	2	3
Macédoine du Nord	0	6	5	7
Singapour	0	3	2	3
Finlande	0	2	2	3
Lituanie	0	4	3	4
Belize	0	12	11	14
Micronésie (États fédérés de)	0	29	12	72
Lettonie	0	4	3	5
Brunéi Darussalam	0	11	10	13
Samoa	0	15	10	22
Bahamas	0	13	10	16
Maldives	0	8	7	9
Sainte-Lucie	0	22	20	26
Îles Marshall	0	32	20	51
Slovénie	0	2	2	2
Tonga	0	17	12	22
Barbade	0	13	9	18
Dominique	0	35	32	42
Estonie	0	2	2	3
Grenade	0	17	13	20
Malte	0	7	6	9
Chypre	0	2	2	3
Seychelles	0	14	11	19
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0	15	11	18
Luxembourg	0	3	2	4
Monténégro	0	2	2	3
Saint-Kitts-et-Nevis	0	15	11	22
Antigua-et-Barbuda	0	7	5	9
Nauru	0	31	17	56
Islande	0	2	1	3
Tuvalu	0	24	13	45
Palaos	0	17	9	34
Andorre	0	3	1	11
Îles Cook	0	8	4	13
Monaco	0	3	2	5
Nioué	0	23	10	58
Saint-Marin	0	2	1	3

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (milliers) 2020			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (milliers) 2020	Taux global de fécondité (naissances vivantes par femme) 2020	Espérance de vie à la naissance (années)			Taux de dépendance économique (%) 2020			Taux de population urbaine (%) 2020	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2015-2020
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2020	Total	Enfants	Âgées		2000-2020	2020-2030 ^A	
Afghanistan	38 928	19 137	5 673	3,0	1,9	1 216	4,2	37	56	65	80	75	5	26	3,8	3,1	-1,7
Afrique du Sud	59 309	20 064	5 765	1,3	1,0	1 172	2,4	53	56	64	52	44	8	67	2,1	1,6	2,5
Albanie	2 878	611	166	-0,4	-0,3	33	1,6	67	74	79	47	25	22	62	1,5	0,7	-4,9
Algérie	43 851	15 292	5 042	1,6	1,3	995	2,9	50	71	77	60	49	11	74	2,6	1,8	-0,2
Allemagne	83 784	14 113	4 059	0,1	-0,1	790	1,6	71	78	81	55	22	34	77	0,3	0,1	6,6
Andorre	77	13	3	0,8	0,1	-	-	-	-	-	42	19	23	88	0,6	0,1	-
Angola	32 866	17 457	5 795	3,3	2,8	1 311	5,4	41	47	61	95	90	4	67	4,7	3,6	0,2
Anguilla	15	4	<1	1,4	0,5	-	-	-	-	-	45	29	16	100	1,4	0,5	-
Antigua-et-Barbuda	98	26	7	1,2	0,6	1	2,0	66	74	77	45	32	14	24	-0,1	0,8	0,0
Arabie saoudite	34 814	9 951	2 978	2,5	1,1	585	2,2	53	73	75	39	34	5	84	2,7	1,3	4,1
Argentine	45 196	13 176	3 737	1,0	0,7	752	2,2	66	74	77	56	38	18	92	1,1	0,9	0,1
Arménie	2 963	721	205	-0,2	0,0	39	1,8	70	71	75	48	31	18	63	-0,3	0,3	-1,7
Australie	25 500	5 833	1 670	1,4	0,9	318	1,8	71	80	84	55	30	25	86	1,5	1,1	6,4
Autriche	9 006	1 564	448	0,5	0,2	90	1,6	70	78	82	51	22	29	59	0,4	0,6	7,4
Azerbaïdjan	10 139	2 764	825	1,1	0,5	157	2,0	63	67	73	43	34	10	56	1,5	1,2	0,1
Bahamas	393	104	27	1,3	0,7	5	1,7	66	72	74	42	31	11	83	1,4	0,9	2,6
Bahreïn	1 702	366	108	4,5	1,5	22	1,9	63	74	77	26	23	3	90	4,5	1,7	31,1
Bangladesh	164 689	53 407	14 328	1,2	0,8	2 890	2,0	47	65	73	47	39	8	38	3,5	2,4	-2,3
Barbade	287	59	15	0,3	0,1	3	1,6	69	77	79	50	25	25	31	-0,1	0,5	-0,3
Bélarus	9 449	1 902	548	-0,2	-0,2	108	1,7	71	67	75	49	26	23	79	0,4	0,2	0,9
Belgique	11 590	2 360	634	0,6	0,2	124	1,7	71	78	82	57	27	30	98	0,6	0,3	4,2
Belize	398	140	39	2,3	1,5	8	2,2	66	69	75	52	44	8	46	2,3	2,0	3,2
Bénin	12 123	5 882	1 908	2,7	2,3	430	4,7	42	55	62	83	77	6	48	3,8	3,4	-0,2
Bhoutan	772	233	64	1,3	0,8	13	1,9	40	61	72	45	36	9	42	3,7	2,1	0,4
Bolivie (État plurinational de)	11 673	4 214	1 185	1,6	1,1	247	2,7	46	62	72	60	48	12	70	2,2	1,6	-0,8
Bosnie-Herzégovine	3 281	572	133	-0,6	-0,4	26	1,2	66	74	78	48	21	27	49	0,1	0,4	-6,4
Botswana	2 352	924	272	1,7	1,5	55	2,8	54	51	70	61	54	7	71	3,1	2,2	1,3
Bésil	212 559	53 597	14 475	0,9	0,5	2 859	1,7	59	70	76	43	30	14	87	1,3	0,7	0,1
Brunéi Darussalam	437	118	32	1,3	0,7	6	1,8	63	73	76	39	31	8	78	1,7	1,0	0,0
Bulgarie	6 948	1 215	313	-0,7	-0,7	61	1,6	71	72	75	57	23	34	76	-0,2	-0,3	-0,7
Burkina Faso	20 903	10 708	3 472	2,8	2,5	775	5,0	39	50	62	88	83	5	31	5,4	4,2	-1,3
Burundi	11 891	6 139	2 054	3,0	2,6	450	5,2	44	49	62	91	86	5	14	5,4	4,8	0,2
Cabo Verde	556	186	52	1,2	0,8	10	2,2	53	69	73	49	42	7	67	2,3	1,4	-2,5
Cambodge	16 719	6 051	1 779	1,5	1,1	360	2,5	42	58	70	56	48	8	24	2,8	2,7	-1,9
Cameroun	26 546	12 936	4 116	2,6	2,2	915	4,4	47	51	60	81	76	5	58	3,7	3,0	-0,2
Canada	37 742	7 120	1 993	1,0	0,7	387	1,5	73	79	83	51	24	27	82	1,1	0,9	6,6
Chili	19 116	4 414	1 162	1,0	0,2	227	1,6	62	76	80	46	28	18	88	1,1	0,3	6,0
Chine	1 439 324	304 174	83 932	0,5	0,2	16 233	1,7	59	71	77	42	25	17	61	3,1	1,4	-0,2
Chypre	1 207	243	65	1,2	0,5	12	1,3	73	78	81	45	24	21	67	1,0	0,7	4,2
Colombie	50 883	13 801	3 711	1,2	0,4	727	1,8	62	73	77	45	32	13	81	1,6	0,8	4,2
Comores	870	394	124	2,2	1,8	27	4,1	46	59	65	73	67	5	29	2,5	2,8	-2,4
Congo	5 518	2 634	822	2,7	2,2	177	4,3	51	52	65	79	74	5	68	3,4	2,8	-0,8
Costa Rica	5 094	1 276	348	1,2	0,6	68	1,7	66	77	80	45	30	15	81	2,7	1,2	0,8
Côte d'Ivoire	26 378	12 731	4 131	2,2	2,2	929	4,5	44	50	58	80	75	5	52	3,1	3,1	-0,3
Croatie	4 105	713	184	-0,4	-0,5	35	1,4	68	75	79	56	23	33	58	-0,0	0,1	-1,9
Cuba	11 327	2 182	571	0,1	-0,1	111	1,6	70	77	79	47	23	23	77	0,2	0,0	-1,3
Danemark	5 792	1 144	309	0,4	0,3	63	1,8	73	77	81	57	26	32	88	0,6	0,5	2,6
Djibouti	988	340	99	1,5	1,1	20	2,6	49	57	67	51	44	7	78	1,6	1,3	0,9
Dominique	72	16	5	0,2	0,2	-	-	-	-	-	40	26	14	71	0,6	0,5	-
Égypte	102 334	39 988	12 697	1,9	1,5	2 563	3,2	52	69	72	65	56	9	43	1,9	1,9	-0,4
El Salvador	6 486	2 072	576	0,5	0,4	116	2,0	55	69	74	54	41	13	73	1,5	1,1	-6,3
Émirats Arabes Unis	9 890	1 685	499	5,5	0,7	100	1,4	61	74	78	19	18	2	87	5,9	0,9	4,2
Équateur	17 643	5 767	1 667	1,6	1,1	337	2,4	58	73	77	54	42	12	64	1,9	1,4	2,2
Érythrée	3 546	1 697	495	2,1	1,6	104	3,9	43	55	67	84	76	8	41	4,2	2,9	-11,6
Espagne	46 755	8 092	1 990	0,6	-0,1	380	1,4	72	79	84	52	22	30	81	0,9	0,2	0,9
Estonie	1 327	258	69	-0,3	-0,3	13	1,6	70	70	79	58	26	32	69	-0,3	-0,0	3,0
Eswatini	1 160	514	144	0,7	1,0	29	2,9	48	47	61	71	64	7	24	1,0	1,9	-7,4
État de Palestine	5 101	2 272	693	2,2	2,0	144	3,5	56	71	74	71	66	6	77	2,5	2,3	-2,2
États-Unis d'Amérique	331 003	73 493	19 676	0,8	0,5	3 958	1,8	71	77	79	54	28	26	83	1,0	0,7	2,9
Éthiopie	114 964	53 790	16 791	2,6	2,1	3 619	4,0	43	52	67	77	71	6	22	4,5	4,0	0,3
Fédération de Russie	145 934	31 173	9 272	-0,0	-0,2	1 766	1,8	69	65	73	51	28	23	75	0,1	0,1	1,3
Fidji	896	306	89	0,5	0,7	18	2,7	62	66	68	53	45	9	57	1,3	1,4	-7,0
Finlande	5 541	1 057	264	0,3	0,1	49	1,5	70	78	82	62	26	37	86	0,5	0,2	2,5

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (milliers) 2020			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (milliers) 2020	Taux global de fécondité (naissances vivantes par femme) 2020	Espérance de vie à la naissance (années)			Taux de dépendance économique (%) 2020			Taux de population urbaine (%) 2020	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2015-2020
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2020	Total	Enfants	Âgées		2000-2020	2020-2030 ^A	
France	65 274	13 879	3 620	0,5	0,2	719	1,8	72	79	83	62	29	34	81	0,8	0,5	0,6
Gabon	2 226	948	320	2,8	1,9	67	3,9	47	58	67	69	63	6	90	3,5	2,2	1,6
Gambie	2 417	1 220	410	2,9	2,5	91	5,1	38	56	62	87	82	5	63	4,2	3,3	-1,4
Géorgie	3 989	938	268	-0,4	-0,3	51	2,0	67	70	74	55	31	24	59	0,2	0,3	-2,5
Ghana	31 073	13 455	4 169	2,3	1,8	889	3,8	49	57	64	67	62	5	57	3,5	2,7	-0,3
Grèce	10 423	1 741	409	-0,3	-0,5	76	1,3	71	79	82	56	21	35	80	0,1	-0,1	-1,5
Grenade	113	31	9	0,4	0,3	2	2,0	66	73	72	51	36	15	37	0,5	0,8	-1,8
Guatemala	17 916	7 149	2 065	2,0	1,5	428	2,8	53	68	75	62	54	8	52	2,7	2,3	-0,5
Guinée	13 133	6 583	2 100	2,2	2,4	468	4,6	37	51	62	85	80	5	37	3,1	3,4	-0,3
Guinée-Bissau	1 968	953	305	2,4	2,0	67	4,3	41	50	59	81	76	5	44	3,3	2,9	-0,8
Guinée Équatoriale	1 403	588	200	4,0	2,6	45	4,3	40	53	59	64	60	4	73	5,9	3,1	12,4
Guyana	787	262	74	0,2	0,4	15	2,4	62	65	70	53	42	11	27	-0,1	1,0	-7,7
Haïti	11 403	4 398	1 263	1,4	1,0	269	2,8	46	57	64	60	52	8	57	3,7	2,2	-3,2
Honduras	9 905	3 654	1 017	2,0	1,3	209	2,4	53	71	75	55	47	8	58	3,1	2,2	-0,7
Hongrie	9 660	1 683	461	-0,3	-0,3	91	1,5	69	72	77	53	22	31	72	0,2	0,1	0,6
Îles Cook	18	5	1	-0,1	-0,0	-	-	-	-	-	54	35	19	75	0,6	0,3	-
Îles Marshall	59	26	7	0,7	0,9	-	-	-	-	-	72	63	9	78	1,3	1,2	-
Îles Salomon	687	318	103	2,4	2,1	22	4,3	56	67	73	78	71	7	25	4,5	3,6	-2,5
Îles Turques-et-Caïques	39	9	2	3,1	1,1	-	-	-	-	-	37	27	10	94	3,6	1,2	-
Îles Vierges britanniques	30	6	1	1,9	0,4	-	-	-	-	-	35	21	14	49	2,6	1,2	-
Inde	1 380 004	436 943	116 880	1,3	0,8	24 068	2,2	48	63	70	49	39	10	35	2,4	2,0	-0,4
Indonésie	273 524	84 934	23 658	1,2	0,8	4 771	2,3	53	66	72	47	38	9	57	2,6	1,8	-0,4
Iran (République islamique d')	83 993	24 151	7 638	1,2	0,9	1 503	2,1	51	70	77	46	36	10	76	2,0	1,4	-0,7
Iraq	40 223	17 702	5 380	2,6	2,0	1 136	3,5	58	69	71	70	64	6	71	2,7	2,3	0,2
Irlande	4 938	1 220	314	1,3	0,6	59	1,8	71	77	82	55	32	23	64	1,6	1,0	4,9
Islande	341	79	20	0,9	0,5	4	1,7	74	80	83	54	30	24	94	1,0	0,5	1,1
Israël	8 656	2 815	848	1,8	1,3	170	3,0	72	79	83	67	47	21	93	1,9	1,4	1,2
Italie	60 462	9 576	2 325	0,3	-0,2	438	1,3	72	80	84	57	20	37	71	0,6	0,2	2,5
Jamaïque	2 961	833	231	0,5	0,3	46	2,0	68	74	75	48	35	13	56	0,9	0,9	-3,9
Japon	126 476	19 137	4 778	-0,0	-0,4	909	1,4	72	81	85	69	21	48	92	0,7	-0,3	0,6
Jordanie	10 203	3 989	1 058	3,3	0,4	214	2,6	60	72	75	58	52	6	91	4,0	0,6	1,1
Kazakhstan	18 777	6 174	1 920	1,1	0,9	368	2,7	63	63	74	59	46	13	58	1,2	1,2	-1,0
Kenya	53 771	24 449	7 044	2,5	1,9	1 506	3,4	53	51	67	70	66	4	28	4,1	3,5	-0,2
Kirghizistan	6 524	2 434	760	1,3	1,2	151	2,9	60	66	72	60	52	8	37	1,5	2,1	-0,6
Kiribati	119	49	15	1,7	1,4	3	3,5	52	63	69	67	60	7	56	2,9	2,4	-6,9
Koweït	4 271	1 058	290	3,5	1,0	54	2,1	66	73	76	32	28	4	100	3,6	1,0	9,8
Lesotho	2 142	821	254	0,2	0,7	56	3,1	51	48	55	59	51	8	29	2,1	2,2	-4,8
Lettonie	1 886	365	114	-1,1	-0,8	20	1,7	70	70	75	59	26	33	68	-1,1	-0,6	-7,6
Liban	6 825	2 054	566	2,7	-0,9	116	2,1	66	75	79	48	37	11	89	2,9	-0,7	-4,5
Libéria	5 058	2 383	740	2,7	2,1	164	4,2	39	52	64	78	72	6	52	3,5	3,0	-1,0
Libya	6 871	2 251	624	1,2	0,9	122	2,2	56	71	73	48	41	7	81	1,4	1,2	-0,3
Liechtenstein	38	7	2	0,7	0,3	-	-	-	-	-	49	22	27	14	0,4	1,0	-
Lituanie	2 722	494	145	-1,2	-0,8	28	1,7	71	71	76	56	24	32	68	-1,1	-0,5	-11,6
Luxembourg	626	117	33	1,7	0,9	6	1,4	70	78	82	43	22	21	91	2,1	1,1	16,3
Macédoine du Nord	2 083	412	112	0,1	-0,1	22	1,5	66	73	76	44	24	21	58	0,1	0,5	-0,5
Madagascar	27 691	12 939	4 109	2,7	2,3	892	4,0	45	58	67	76	70	5	39	4,4	3,7	-0,1
Malaisie	32 366	9 162	2 635	1,6	1,0	532	2,0	65	73	76	44	34	10	77	2,6	1,5	1,6
Malawi	19 130	9 575	2 924	2,6	2,4	642	4,1	40	45	65	84	79	5	17	3,4	4,0	-0,9
Maldives	541	121	36	3,1	-0,4	7	1,8	44	70	79	30	26	5	41	5,0	0,6	22,8
Mali	20 251	10 931	3 606	2,9	2,6	823	5,7	32	48	60	98	93	5	44	5,0	4,0	-2,1
Malte	442	75	22	0,5	0,2	4	1,5	71	79	83	56	22	33	95	0,7	0,2	2,1
Maroc	36 911	11 679	3 325	1,2	0,9	668	2,4	53	69	77	52	41	12	64	2,0	1,6	-1,4
Maurice	1 272	270	64	0,3	0,0	13	1,4	63	71	75	41	24	18	41	0,1	0,3	0,0
Mauritanie	4 650	2 134	690	2,7	2,3	153	4,4	50	61	65	75	69	6	55	4,5	3,4	1,2
Mexique	128 933	40 052	10 959	1,3	0,8	2 192	2,1	61	74	75	50	39	11	81	1,6	1,1	-0,5
Micronésie (États fédérés de)	115	43	12	0,3	0,9	3	3,0	59	65	68	55	48	7	23	0,5	1,6	-5,4
Monaco	39	7	3	0,9	0,6	-	-	-	-	-	72	25	47	100	0,9	0,6	-
Mongolie	3 278	1 153	375	1,5	1,1	74	2,8	55	63	70	55	48	7	69	2,4	1,4	-0,3
Monténégro	628	137	37	0,1	-0,1	7	1,7	70	73	77	51	27	24	67	0,8	0,4	-0,8
Montserrat	5	1	<1	0,1	-0,4	-	-	-	-	-	46	25	20	9	7,1	0,3	-
Mozambique	31 255	15 968	5 157	2,7	2,5	1 153	4,7	41	49	61	88	83	5	37	3,9	3,8	-0,2
Myanmar	54 410	16 920	4 509	0,7	0,7	939	2,1	49	60	67	46	37	9	31	1,4	1,7	-3,1
Namibie	2 541	1 085	336	1,7	1,5	70	3,3	53	52	64	68	62	6	52	3,9	3,0	-2,0

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (milliers) 2020			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (milliers) 2020	Taux global de fécondité (naissances vivantes par femme) 2020	Espérance de vie à la naissance (années)			Taux de dépendance économique (%) 2020			Taux de population urbaine (%) 2020	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2015-2020
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2020	Total	Enfants	Âgées		2000-2020	2020-2030 ^A	
Nauru	11	4	1	0,2	0,1	-	-	-	-	-	65	58	7	100	0,2	0,1	-
Népal	29 137	10 283	2 707	0,9	1,2	562	1,8	41	62	71	53	44	9	21	3,0	3,1	1,5
Nicaragua	6 625	2 319	657	1,3	1,0	131	2,3	54	70	75	54	46	9	59	1,6	1,5	-3,3
Niger	24 207	13 676	4 787	3,6	3,3	1 098	6,7	36	50	63	110	104	5	17	3,7	4,4	0,2
Nigéria	206 140	103 265	33 939	2,5	2,2	7 639	5,2	41	46	55	86	81	5	52	4,4	3,4	-0,3
Nioué	2	<1	<1	-0,8	0,2	-	-	-	-	-	55	38	17	46	0,8	1,4	-
Norvège	5 421	1 126	302	0,9	0,7	60	1,7	74	79	83	53	26	27	83	1,3	1,1	5,3
Nouvelle-Zélande	4 822	1 119	301	1,1	0,6	60	1,9	71	78	82	56	30	25	87	1,1	0,8	3,2
Oman	5 107	1 279	454	3,9	1,4	90	2,8	50	72	78	33	30	3	86	4,8	1,9	18,6
Ouganda	45 741	24 317	7 796	3,1	2,4	1 670	4,7	49	46	64	92	88	4	25	5,6	4,4	4,0
Ouzbékistan	33 469	11 165	3 432	1,4	1,0	677	2,4	62	67	72	51	43	7	50	1,9	1,3	-0,3
Pakistan	220 892	90 247	27 963	2,1	1,6	6 046	3,4	53	63	67	64	57	7	37	2,7	2,4	-1,1
Palaos	18	4	1	-0,3	0,2	-	-	-	-	-	42	29	13	81	0,4	0,6	-
Panama	4 315	1 358	389	1,7	1,2	80	2,4	66	75	79	54	41	13	68	2,1	1,7	2,7
Papouasie-Nouvelle-Guinée	8 947	3 708	1 107	2,0	1,6	237	3,5	46	59	65	63	57	6	13	2,1	2,8	-0,1
Paraguay	7 133	2 455	701	1,4	1,0	143	2,4	65	71	74	56	45	11	62	1,9	1,5	-2,4
Pays-Bas	17 135	3 296	859	0,3	0,2	173	1,7	74	78	82	56	24	31	92	1,2	0,4	0,9
Pérou	32 972	9 608	2 833	1,0	0,8	575	2,2	54	71	77	50	37	13	78	1,4	1,1	3,1
Philippines	109 581	39 242	10 616	1,6	1,1	2 183	2,5	63	69	71	55	47	9	47	1,7	1,8	-0,6
Pologne	37 847	6 802	1 885	-0,1	-0,2	362	1,4	70	74	79	51	23	28	60	-0,2	0,0	-0,8
Portugal	10 197	1 643	401	-0,0	-0,3	78	1,3	67	77	82	56	20	35	66	0,9	0,4	-0,6
Qatar	2 881	450	135	7,5	1,3	27	1,8	68	77	80	18	16	2	99	7,7	1,3	14,7
République Arabe Syrienne	17 501	6 337	1 919	0,3	3,8	421	2,7	59	73	74	55	48	8	55	0,6	4,8	-24,1
République Centrafricaine	4 830	2 473	738	1,3	1,9	169	4,6	42	44	54	86	81	5	42	1,9	3,0	-8,6
République de Corée	51 269	7 846	1 897	0,4	-0,0	359	1,1	61	76	83	40	18	22	81	0,5	0,0	0,2
République démocratique du Congo	89 561	46 929	15 827	3,1	2,7	3 598	5,7	44	50	61	95	89	6	46	4,3	3,8	0,3
République Démocratique Populaire Lao	7 276	2 753	797	1,5	1,1	165	2,6	46	59	68	57	50	7	36	3,9	2,6	-2,1
République de Moldova	4 034	761	203	-0,2	-0,3	39	1,3	65	67	72	40	22	17	43	-0,4	0,2	-0,3
République Dominicaine	10 848	3 554	1 003	1,2	0,7	204	2,3	58	69	74	54	42	12	83	2,6	1,3	-2,8
République Populaire Démocratique de Corée	25 779	6 225	1 746	0,6	0,3	355	1,9	60	65	72	41	28	13	62	0,8	0,8	-0,2
République-Unie de Tanzanie	59 734	30 030	9 739	2,8	2,6	2 153	4,8	47	51	66	86	81	5	35	4,9	4,3	-0,7
Roumanie	19 238	3 588	940	-0,7	-0,5	184	1,6	68	70	76	53	24	29	54	-0,6	-0,1	-3,8
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	67 886	14 199	3 924	0,7	0,3	771	1,7	72	78	81	57	28	29	84	1,0	0,6	3,9
Rwanda	12 952	5 948	1 885	2,3	2,1	398	3,9	45	49	69	74	69	5	17	3,1	3,1	-0,7
Sainte-Lucie	184	41	11	0,8	0,2	2	1,4	64	73	76	39	25	14	19	-1,1	1,0	0,0
Saint-Kitts-et-Nevis	53	13	3	0,9	0,4	-	-	-	-	-	39	27	12	31	0,6	0,9	-
Saint-Marin	34	5	1	1,0	0,1	-	-	-	-	-	51	20	31	97	1,2	0,2	-
Saint-Siège	<1	<1	<1	0,1	-0,1	-	-	-	-	-	92	16	75	100	0,1	-0,1	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	111	30	8	0,1	0,2	2	1,9	64	71	73	47	32	15	53	0,9	0,9	-1,8
Samoa	198	86	27	0,6	1,0	5	3,8	60	69	73	73	64	9	18	-0,4	0,6	-14,3
Sao Tomé-et-Principe	219	107	32	2,1	1,8	7	4,2	55	61	71	81	76	5	74	3,6	2,5	-8,0
Sénégal	16 744	8 225	2 615	2,6	2,3	560	4,5	39	58	68	84	78	6	48	3,4	3,2	-1,3
Serbie	8 737	1 649	419	-0,4	-0,5	81	1,4	68	72	76	52	23	29	56	-0,1	-0,1	0,5
Seychelles	98	27	8	0,9	0,4	2	2,4	66	71	73	47	35	12	58	1,6	1,0	-2,1
Sierra Leone	7 977	3 758	1 159	2,6	1,7	258	4,1	36	39	55	76	71	5	43	3,5	2,7	-0,6
Singapour	5 850	867	258	1,8	0,6	50	1,2	68	78	84	35	17	18	100	1,8	0,6	4,7
Slovaquie	5 460	1 007	284	0,1	-0,1	56	1,5	70	73	78	48	23	25	54	-0,2	0,2	0,3
Slovénie	2 079	370	101	0,2	-0,1	19	1,6	69	76	81	56	24	32	55	0,6	0,5	1,0
Somalie	15 893	8 460	2 827	2,8	2,6	660	5,9	41	51	58	96	91	6	46	4,3	3,7	-2,7
Soudan	43 849	20 403	6 339	2,3	2,1	1 383	4,3	52	58	66	77	70	6	35	2,6	3,2	-1,2
Soudan du Sud	11 194	5 366	1 707	2,8	1,9	390	4,5	36	49	58	81	75	6	20	3,8	3,5	-15,9
Sri Lanka	21 413	6 087	1 660	0,6	0,3	326	2,2	64	71	77	54	36	17	19	0,7	1,3	-4,6
Suède	10 099	2 110	601	0,6	0,5	120	1,8	74	80	83	61	28	33	88	0,8	0,7	4,0
Suisse	8 655	1 545	452	0,9	0,5	89	1,5	73	80	84	52	23	29	74	0,9	0,7	6,1
Suriname	587	187	52	1,0	0,7	11	2,4	63	68	72	51	40	11	66	1,0	0,9	-1,7
Tadjikistan	9 538	4 047	1 357	2,0	1,7	278	3,5	54	62	71	68	63	5	28	2,2	2,8	-2,2
Tchad	16 426	8 788	2 930	3,2	2,5	678	5,6	41	48	55	96	91	5	24	3,6	3,8	0,1
Tchéquie	10 709	1 989	559	0,2	0,0	108	1,7	70	75	80	56	25	31	74	0,2	0,3	2,1
Thaïlande	69 800	14 131	3 596	0,5	0,1	697	1,5	59	71	77	42	23	18	51	2,8	1,2	0,3
Timor-Leste	1 318	579	178	1,9	1,6	38	3,9	40	59	70	70	63	7	31	3,1	2,7	-4,3
Togo	8 279	3 917	1 220	2,5	2,1	268	4,2	47	53	61	77	72	5	43	3,7	3,2	-0,3

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (milliers) 2020			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (milliers) 2020	Taux global de fécondité (naissances vivantes par femme) 2020	Espérance de vie à la naissance (années)			Taux de dépendance économique (%) 2020			Taux de population urbaine (%) 2020	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2015-2020
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2020	Total	Enfants	Âgées		2000-2020	2020-2030 ^A	
Tokélaou	1	<1	<1	-0,7	0,6	-	-	-	-	-	55	39	16	0	-	-	-
Tonga	106	44	12	0,4	0,8	3	3,5	64	70	71	69	59	10	23	0,4	1,1	-7,7
Trinité-et-Tobago	1 399	335	88	0,5	0,1	17	1,7	65	69	74	46	29	17	53	0,2	0,4	-0,6
Tunisie	11 819	3 344	1 004	0,9	0,7	196	2,2	51	73	77	50	36	13	70	1,4	1,1	-0,3
Turkménistan	6 031	2 152	661	1,4	1,1	135	2,7	58	64	68	55	48	7	53	2,0	2,0	-0,9
Turquie	84 339	24 281	6 567	1,4	0,5	1 301	2,0	52	70	78	49	36	13	76	2,1	1,0	3,5
Tuvalu	12	5	1	1,1	1,0	-	-	-	-	-	68	57	11	64	2,7	1,9	-
Ukraine	43 734	8 200	2 114	-0,5	-0,6	396	1,4	71	67	72	49	24	25	70	-0,4	-0,3	0,2
Uruguay	3 474	852	237	0,2	0,2	47	2,0	69	75	78	55	31	23	96	0,4	0,3	-0,9
Vanuatu	307	137	42	2,4	2,0	9	3,7	54	67	71	72	66	6	26	3,2	2,7	0,4
Venezuela (République Bolivarienne du)	28 436	9 294	2 363	0,8	1,5	509	2,2	65	72	72	54	42	12	88	0,8	1,6	-22,3
Viet Nam	97 339	26 506	7 892	0,9	0,6	1 567	2,0	60	73	75	45	34	11	37	3,0	2,2	-0,8
Yémen	29 826	13 542	4 115	2,6	1,8	875	3,6	37	61	66	72	67	5	38	4,3	3,2	-1,1
Zambie	18 384	9 408	2 946	2,7	2,5	654	4,5	50	44	64	86	82	4	45	3,9	3,7	-0,5
Zimbabwe	14 863	7 245	2 097	1,1	1,5	432	3,5	57	45	62	82	76	5	32	0,8	2,1	-8,2
DONNÉES CONSOLIDÉES																	
Asie de l'Est et Pacifique	2 389 387	556 652	153 544	0,7	0,3	30 215	1,8	60	71	76	45	28	17	61	2,5	1,3	-0,2
Europe et Asie centrale	924 613	197 854	55 130	0,3	0,1	10 721	1,7	69	73	78	54	28	26	73	0,6	0,4	1,7
Europe de l'Est et Asie centrale	426 820	105 609	30 436	0,3	0,1	5 915	1,9	66	67	74	51	32	19	67	0,6	0,5	0,7
Europe de l'Ouest	497 793	92 245	24 694	0,3	0,0	4 806	1,6	71	78	82	56	24	32	77	0,6	0,3	2,6
Amérique Latine et Caraïbes	653 962	188 261	51 690	1,1	0,7	10 384	2,0	60	72	76	49	36	13	81	1,4	1,0	-0,8
Moyen-Orient et Afrique du Nord	463 375	160 397	49 430	1,8	1,4	10 012	2,8	53	70	74	54	46	8	66	2,4	1,8	-0,5
Amérique du Nord	368 870	80 639	21 676	0,8	0,5	4 344	1,7	71	77	79	54	28	26	83	1,0	0,7	3,3
Asie du Sud	1 856 377	616 458	169 310	1,4	0,9	35 127	2,3	48	63	70	51	42	9	35	2,5	2,1	-0,7
Afrique Subsaharienne	1 138 215	553 411	177 162	2,5	2,2	39 158	4,6	45	50	62	82	76	6	41	3,8	3,4	-0,3
Afrique de l'Est et australe	589 625	277 997	86 872	2,5	2,1	18 879	4,1	47	52	65	78	72	6	36	3,6	3,3	-0,3
Afrique de l'Ouest et centrale	548 590	275 414	90 290	2,6	2,3	20 278	5,1	42	49	59	87	81	5	47	4,1	3,4	-0,4
Pays les moins avancés	1 057 438	479 533	149 155	2,3	2,0	32 546	4,0	44	55	66	74	67	6	35	3,8	3,4	-1,0
Monde	7 794 799	2 353 672	677 942	1,1	0,8	139 975	2,4	57	66	73	53	39	14	56	2,0	1,5	0,0

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

Les données ventilées par sexe sont disponibles dans le rapport *Perspectives de la population mondiale 2019. Rév. 1*, Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2019).

DÉFINITION DES INDICATEURS

Population (en milliers) – Population totale.

Taux annuel de croissance démographique – Taux moyen de croissance exponentielle de la population sur un an. Ce taux est calculé selon la formule $\ln(P_t/P_0)/T$, T étant la durée de la période. Il est exprimé en pourcentage.

Nombre annuel de naissances – Nombre annuel de naissances pour l'année de référence. Les données sont présentées en milliers.

Fécondité globale – Nombre moyen de naissances vivantes qu'aurait connu à la fin de leurs années de procréation une cohorte hypothétique de femmes qui seraient soumises, tout au long de leur vie, au taux de fécondité d'une période donnée et qui vivraient jusqu'à la fin de leurs années de procréation. Elle s'exprime en naissances vivantes par femme.

Taux de dépendance économique – Le taux total de dépendance économique correspond à la somme du nombre d'habitants âgés de 0 à 14 ans et d'habitants âgés d'au moins 65 ans rapportée au nombre d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux de dépendance économique des enfants correspond au nombre d'habitants âgés de 0 à 14 ans rapporté au nombre d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux

de dépendance économique des personnes âgées correspond au nombre d'habitants âgés d'au moins 65 ans rapporté au nombre d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Tous les taux correspondent au nombre de personnes dépendantes pour 100 personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans).

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait un enfant nouveau-né s'il était exposé aux risques de mortalité qui prévalent dans son groupe de population au moment de sa naissance.

Taux de population urbaine – Population urbaine exprimée en pourcentage de la population totale.

Taux annuel de croissance de la population urbaine – Taux moyen de croissance exponentielle de la population urbaine sur une période donnée, exprimé en pourcentage.

Taux net de migration – Nombre d'immigrants moins le nombre d'émigrants sur une période donnée, divisé par les années-personnes vécues par la population du pays d'accueil sur la période donnée. Il est exprimé en nombre net de migrants pour 1 000 habitants.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Ensemble des données

démographiques – Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2019), *Perspectives de la population mondiale 2019*, édition en ligne. Rév. 1. Proportion de la population urbaine des régions et taux de croissance de la population totale et urbaine calculés par l'UNICEF.

NOTES

– Données non disponibles.

A Projections de la fécondité établies sur la base de la variante moyenne.

Les valeurs régionales et mondiales se fondent sur un nombre supérieur de pays et de zones que ceux figurant sur cette liste. Par conséquent, la somme des valeurs nationales ne coïncide pas avec les valeurs régionales correspondantes ou la valeur mondiale.

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) 2019		Taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)		Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 14 ans		Taux de mortalité		Taux annuel de diminution du taux de mortalité	Décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès néonataux	Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans	Mortali-tés	
	1990	2000	2019	2000-2019	Homme	Femme	1990	2019	1990	2000	2019	1990	2019	2000	2019	2000-2019	2019	2019	2019	2019	2019	
	Afghanistan	178	129	60	4,0	64	57	120	47	74	61	36	18	4	37	28	1,4	72 186	43 424	60	4 545	35 384
Afrique du Sud	57	71	34	3,8	37	31	44	28	20	15	11	8	5	21	16	1,2	40 631	13 489	33	6 106	19 612	
Albanie	41	27	10	5,4	10	9	35	9	13	12	8	6	2	6	4	2,3	327	251	77	66	137	
Algérie	49	40	23	2,8	25	22	42	20	23	21	16	9	3	17	9	3,1	23 598	16 484	70	2 725	9 674	
Allemagne	9	5	4	1,8	4	3	7	3	3	3	2	2	1	3	3	0,4	2 959	1 788	60	601	2 137	
Andorre	13	8	3	5,0	3	3	9	3	7	4	1	3	1	4	2	2,8	2	1	50	0	1	
Angola	222	204	75	5,3	80	69	131	50	53	50	28	47	16	30	20	2,2	92 690	35 358	38	15 544	25 967	
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua-et-Barbuda	14	15	7	4,5	7	6	11	6	8	10	4	3	2	9	5	2,5	10	5	50	2	8	
Arabie Saoudite	44	22	7	6,3	7	6	36	6	22	12	4	6	2	9	5	3,2	3 964	2 170	55	963	2 984	
Argentine	29	20	9	4,0	10	8	25	8	15	11	6	3	2	8	5	2,0	6 977	4 583	66	1 337	4 042	
Arménie	49	31	12	5,0	13	11	42	11	22	16	6	3	2	21	13	2,5	482	258	54	79	526	
Australie	9	6	4	2,8	4	3	8	3	5	4	2	2	2	1	3	2	1,9	1 146	726	63	253	707
Autriche	10	6	3	2,4	4	3	8	3	5	3	2	2	1	3	2	1,3	306	184	60	65	195	
Azerbaïdjan	95	75	20	6,8	22	18	76	18	33	33	11	6	3	19	9	4,0	3 370	1 765	52	463	1 466	
Bahamas	23	16	13	1,3	13	12	20	11	14	8	7	5	3	12	12	0,4	68	36	53	15	63	
Bahreïn	23	12	7	3,1	7	7	20	6	15	5	3	4	2	9	6	1,9	151	65	43	35	131	
Bangladesh	144	87	31	5,4	33	29	100	26	64	43	19	24	7	41	24	2,8	89 796	55 542	62	20 650	72 508	
Barbade	18	15	13	0,9	14	11	16	12	12	9	8	3	2	8	7	0,7	39	26	67	6	23	
Bélarus	15	13	3	7,2	4	3	12	2	8	6	1	4	1	5	2	4,8	360	133	37	131	222	
Belgique	10	6	3	2,8	4	3	8	3	5	3	2	2	1	3	3	0,9	424	249	59	107	354	
Belize	38	24	12	3,4	13	11	31	11	18	12	8	5	3	11	7	2,9	98	65	66	21	53	
Bénin	175	139	90	2,3	96	84	106	59	46	40	31	42	20	27	20	1,5	37 100	12 931	35	6 259	8 795	
Bhoutan	127	77	28	5,2	31	26	89	24	42	32	17	19	7	16	10	2,8	369	215	58	94	127	
Bolivie (État plurinational de)	122	76	26	5,6	28	23	84	21	41	29	15	12	4	16	9	2,9	6 399	3 598	56	966	2 219	
Bosnie-Herzégovine	18	10	6	2,8	6	5	16	5	11	7	4	3	1	4	3	1,9	158	111	70	42	73	
Botswana	48	69	42	2,7	45	38	36	32	17	6	18	19	6	12	15	-1,3	2 320	999	43	298	862	
Brésil	63	35	14	4,8	16	12	52	12	25	18	8	4	2	10	7	1,5	40 429	22 736	56	7 046	21 771	
Brunéï Darussalam	13	10	11	-0,5	13	10	10	10	6	5	6	5	2	5	5	0,5	73	38	52	16	29	
Bulgarie	18	17	7	5,0	7	6	15	6	8	8	3	4	2	8	5	2,2	422	206	49	121	312	
Burkina Faso	199	179	88	3,8	92	83	99	54	46	41	26	37	17	30	19	2,2	64 744	19 767	31	10 131	15 141	
Burundi	174	155	56	5,3	61	52	105	40	40	37	21	58	21	30	26	0,8	24 412	9 288	38	7 016	11 880	
Cabo Verde	61	38	15	5,0	16	13	47	13	20	18	9	6	2	16	11	1,9	157	94	60	20	116	
Cambodge	116	106	27	7,3	30	23	85	23	40	35	14	32	5	26	12	3,8	9 647	5 257	55	1 630	4 573	
Cameroun	136	143	75	3,4	81	69	84	50	40	35	26	32	23	24	19	1,1	66 071	23 557	36	16 065	17 872	
Canada	8	6	5	1,3	5	4	7	4	4	4	3	2	1	3	3	0,8	1 873	1 285	69	355	1 072	
Chili	19	11	7	2,3	8	6	16	6	9	6	5	3	1	4	3	1,6	1 612	1 044	65	353	711	
Chine	54	37	8	8,1	8	7	42	7	30	21	4	7	2	15	6	5,3	132 256	63 895	48	32 278	92 170	
Chypre	11	7	2	5,5	2	2	10	2	6	4	1	2	1	4	3	2,9	29	16	55	12	31	
Colombie	35	25	14	3,1	15	12	29	12	18	13	7	5	2	10	7	1,6	10 091	5 482	54	1 907	5 237	
Comores	124	100	63	2,5	68	58	87	48	50	41	30	17	8	30	25	1,1	1 656	797	48	184	674	
Congo	90	114	48	4,6	52	44	59	35	27	31	19	30	8	21	15	1,6	8 204	3 369	41	1 136	2 664	
Costa Rica	17	13	9	2,2	9	8	14	8	9	8	6	3	2	5	4	0,4	599	425	71	121	311	
Côte d'Ivoire	152	142	79	3,1	87	71	104	59	49	45	33	28	25	30	23	1,4	70 330	30 156	43	16 849	21 735	
Croatie	13	8	5	2,9	5	4	11	4	8	6	3	3	1	5	3	2,9	176	105	60	44	109	
Cuba	14	9	5	2,8	6	5	11	4	7	4	2	4	2	11	7	2,4	591	246	42	246	784	
Danemark	9	6	4	2,2	4	3	7	3	4	3	3	2	1	3	2	2,3	232	187	81	38	126	
Djibouti	118	101	57	3,0	62	52	92	48	49	44	31	26	13	35	28	1,2	1 173	623	53	240	586	
Dominique	16	17	35	-3,8	39	34	13	31	10	13	28	4	3	12	14	-0,9	33	27	82	3	14	
Égypte	86	47	20	4,4	21	19	63	17	33	22	11	11	4	18	9	3,5	52 291	28 710	55	9 155	23 527	
El Salvador	60	33	13	4,7	15	12	46	11	22	15	7	8	3	20	10	3,6	1 552	765	49	372	1 189	
Émirats Arabes Unis	17	11	7	2,1	8	7	14	6	8	6	4	3	2	8	5	2,8	750	398	53	178	496	
Équateur	54	29	14	3,8	16	12	42	12	22	14	7	7	3	16	9	3,1	4 696	2 379	51	1 038	2 966	
Érythrée	153	85	40	3,9	46	35	94	30	35	27	18	41	7	23	18	1,3	4 247	1 863	44	724	1 945	
Espagne	9	5	3	2,9	3	3	7	3	5	3	2	2	1	3	2	2,0	1 221	698	57	340	870	
Estonie	18	11	2	8,0	3	2	14	2	10	5	1	5	1	5	2	4,0	33	14	42	16	29	
Eswatini	67	110	49	4,2	54	45	51	39	21	22	18	11	13	16	13	0,9	1 468	548	37	393	398	
État de Palestine	44	30	19	2,3	21	18	36	17	22	16	11	6	3	15	10	1,9	2 771	1 528	55	373	1 499	
États-Unis d'Amérique	11	8	6	1,4	7	6	9	6	6	5	4	2	1	3	3	0,5	25 352	14 546	57	5 705	11 844	
Éthiopie	200	140	51	5,4	56	45	119	37	59	48	28	79	11	36	25	2,0	177 849	98 795	56	30 817	90 323	
Fédération de Russie	22	19	6	6,4	6	5	18	5	11	9	3	5	2	7	4	3,0	10 556	4 751	45	3 291	6 805	

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) 2019		Taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)		Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 14 ans		Taux de mortalité	Taux annuel de diminution du taux de mortalité	Décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès néonataux	Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans	Mortinai-sances	
	1990	2000	2019		2000-2019	Homme	Femme	1990	2019	1990	2000	2019	1990								2019
Fidji	29	23	26	-0,7	28	23	24	22	12	9	11	11	5	10	9	0,9	482	202	42	81	161
Finlande	7	4	2	3,1	3	2	6	2	4	2	1	2	1	3	2	1,4	122	70	57	44	102
France	9	5	4	1,0	5	4	7	4	4	3	3	2	1	5	4	0,7	3 251	1 920	59	588	3 157
Gabon	92	84	42	3,6	47	38	60	31	31	28	20	18	12	18	14	1,3	2 807	1 359	48	602	940
Gambie	167	113	52	4,1	56	47	82	36	46	38	27	33	10	27	22	1,1	4 504	2 427	54	665	2 001
Géorgie	48	37	10	7,0	11	8	41	9	25	22	5	4	2	15	6	5,1	513	258	50	126	304
Ghana	127	99	46	4,0	51	41	80	34	42	36	23	25	11	29	22	1,5	40 168	20 399	51	7 824	19 529
Grèce	10	6	4	2,8	4	3	9	3	6	4	2	2	1	5	3	2,0	302	178	59	91	244
Grenade	22	15	17	-0,3	18	15	18	15	12	8	11	5	4	10	10	0,2	30	20	67	6	18
Guatemala	80	52	25	3,9	27	22	59	21	28	21	12	13	4	20	13	2,3	10 364	5 180	50	1 429	5 498
Guinée	231	164	99	2,7	105	93	137	64	61	46	30	44	19	31	25	1,1	44 114	13 960	32	6 729	11 895
Guinée-Bissau	221	173	78	4,2	85	72	131	52	63	55	35	42	16	45	32	1,7	5 111	2 329	46	826	2 209
Guinée Équatoriale	178	156	82	3,4	88	76	120	60	48	44	29	35	16	18	15	0,9	3 519	1 289	37	510	681
Guyana	60	46	29	2,4	33	25	46	24	30	27	19	5	5	18	14	1,4	453	287	63	71	216
Haiti	145	104	63	2,6	68	57	100	48	39	30	25	28	11	24	20	1,0	16 890	6 827	40	2 665	5 470
Honduras	58	37	17	4,2	19	15	45	14	22	17	9	9	4	14	9	2,6	3 480	1 907	55	902	1 787
Hongrie	17	10	4	5,4	4	3	15	3	11	6	2	3	1	4	3	1,4	335	182	54	91	303
Îles Cook	24	18	8	4,5	8	7	20	7	13	10	4	5	2	10	5	3,2	2	1	50	0	1
Îles Marshall	49	41	32	1,3	35	28	39	26	19	18	15	9	6	12	11	0,5	44	21	48	9	15
Îles Salomon	38	30	20	2,3	21	18	31	17	15	13	8	7	4	13	10	1,4	416	176	42	73	217
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	126	92	34	5,2	34	35	89	28	57	45	22	21	5	30	14	4,0	824 448	522 249	63	135 877	340 622
Indonésie	84	52	24	4,1	26	21	62	20	31	23	12	14	5	15	9	2,5	114 994	59 591	52	24 340	45 857
Iran (République islamique d')	56	34	14	4,7	15	13	44	12	25	19	9	14	3	11	7	2,7	21 248	13 075	62	4 452	10 367
Iraq	53	44	26	2,8	28	23	42	22	26	24	15	10	4	16	12	1,8	28 801	17 203	60	3 645	13 270
Irlande	9	7	3	4,1	4	3	8	3	5	4	2	2	1	5	3	2,9	203	128	63	44	172
Islande	6	4	2	3,8	2	2	5	2	3	2	1	3	0	3	2	1,8	8	4	50	2	8
Israël	12	7	4	3,3	4	3	10	3	6	4	2	2	1	4	3	2,1	624	329	53	132	472
Italie	10	6	3	3,0	3	3	8	3	6	3	2	2	1	3	2	0,9	1 432	858	60	480	1 070
Jamaïque	30	22	14	2,4	15	12	25	12	20	17	10	5	3	19	13	2,1	652	461	71	125	602
Japon	6	5	2	3,2	3	2	5	2	3	2	1	2	1	3	2	2,7	2 343	782	33	828	1 407
Jordanie	36	27	16	2,9	17	14	30	13	20	16	9	5	3	12	9	1,7	3 355	1 974	59	789	1 914
Kazakhstan	52	42	10	7,3	12	9	44	9	23	23	5	6	3	11	5	3,8	3 976	1 757	44	936	2 040
Kenya	101	99	43	4,3	47	39	65	32	28	29	21	17	10	22	20	0,7	63 623	31 343	49	13 556	30 030
Kirghizistan	65	50	18	5,3	20	16	54	16	24	21	12	6	3	11	7	2,4	2 824	1 880	67	386	1 051
Kiribati	95	71	51	1,8	55	46	69	40	35	29	22	15	9	17	14	0,9	164	72	44	26	47
Koweït	17	12	8	2,3	9	7	15	7	10	7	5	6	2	7	6	1,0	448	251	56	113	325
Lesotho	85	107	86	1,1	93	79	68	68	39	37	43	16	9	36	28	1,3	4 831	2 401	50	380	1 611
Lettonie	17	14	4	7,2	4	3	13	3	8	7	2	6	1	6	3	3,2	74	37	50	28	65
Liban	32	20	7	5,3	8	7	27	6	20	12	4	10	2	11	6	2,8	839	485	58	216	745
Libéria	263	188	85	4,2	91	78	175	62	59	46	32	39	16	30	24	1,1	13 365	5 239	39	2 011	4 008
Libya	42	28	12	4,7	13	10	36	10	21	16	6	8	4	14	9	2,4	1 448	803	56	524	1 094
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	15	11	4	5,7	4	3	12	3	8	5	2	4	1	5	3	2,6	106	58	55	37	78
Luxembourg	9	5	3	2,8	3	2	7	2	4	2	1	2	0	4	3	0,4	18	9	50	2	22
Macédoine du Nord	36	16	6	5,0	7	6	32	5	17	9	4	3	1	11	4	5,1	137	87	64	30	91
Madagascar	157	107	51	3,9	55	46	96	36	39	31	20	38	18	20	16	1,1	43 110	17 607	41	12 710	14 671
Malaisie	17	10	9	0,9	9	8	14	7	8	5	5	5	3	5	5	-0,6	4 513	2 448	54	1 297	2 921
Malawi	243	173	42	7,5	46	37	141	31	50	39	20	38	12	22	16	1,6	25 712	12 469	49	6 394	10 440
Maldives	86	39	8	8,6	8	7	63	7	39	22	5	9	2	14	6	4,5	54	34	63	13	41
Mali	230	187	94	3,6	99	88	120	60	67	51	32	40	22	28	20	1,9	73 632	25 958	35	13 132	16 251
Malte	11	8	7	0,4	8	6	10	6	8	5	5	1	1	4	3	1,3	30	20	67	3	13
Maroc	79	49	21	4,4	23	19	62	18	36	27	14	10	3	21	14	2,1	14 511	9 187	63	1 695	9 562
Maurice	23	19	16	0,8	18	14	20	14	15	12	10	3	2	13	10	1,0	206	130	63	28	133
Mauritanie	118	113	73	2,3	79	67	71	50	46	43	32	19	7	30	22	1,6	10 699	4 820	45	850	3 385
Mexique	45	28	14	3,6	15	13	36	12	22	14	9	5	3	10	7	1,8	31 368	18 906	60	5 662	15 136
Micronésie (États fédérés de)	55	53	29	3,1	32	26	43	25	25	24	16	10	6	15	12	1,4	75	41	55	14	31
Monaco	8	5	3	2,7	3	3	6	3	4	3	2	2	1	2	1	2,3	2	1	50	0	1
Mongolie	108	65	16	7,5	18	14	77	13	30	23	8	12	3	12	5	4,4	1 183	611	52	209	395
Monténégro	16	14	2	9,5	2	2	15	2	11	9	1	3	1	5	4	2,0	17	10	59	7	26

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) 2019		Taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)		Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 14 ans		Taux de mortalité		Taux annuel de diminution du taux de mortalité	Décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès néonataux	Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans	Mortinaissances	
	1990	2000	2019		2000-2019	Homme	Femme	1990	2019	1990	2000	2019	1990	2019	2000							2019
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	243	170	74	4,4	79	70	162	55	62	46	29	58	15	28	22	1,3	81 507	32 259	40	12 993	25 096	
Myanmar	115	89	45	3,6	49	40	81	36	47	37	22	29	5	20	14	1,8	41 896	21 134	50	4 506	13 493	
Namibie	72	75	42	3,0	46	39	49	31	28	23	19	15	11	18	15	0,9	2 954	1 343	46	660	1 050	
Nauru	60	42	31	1,6	34	28	47	26	29	24	20	11	6	15	13	0,7	9	6	67	2	4	
Népal	140	81	31	5,1	33	28	97	26	58	40	20	27	5	31	17	3,0	17 296	11 128	64	3 016	9 997	
Nicaragua	66	38	17	4,4	19	15	51	14	23	16	10	7	3	15	11	1,8	2 212	1 352	61	430	1 448	
Niger	329	225	80	5,4	84	76	133	47	55	43	24	64	30	27	20	1,8	81 635	25 861	32	21 527	21 283	
Nigéria	210	183	117	2,3	124	110	124	74	50	46	36	38	21	27	22	1,1	857 899	269 897	32	119 243	171 428	
Nioué	13	24	23	0,1	26	21	12	20	7	13	13	3	5	11	9	0,9	1	0	0	0	0	
Norvège	9	5	2	3,6	3	2	7	2	4	3	1	2	1	4	2	2,1	145	83	57	42	146	
Nouvelle-Zélande	11	7	5	2,3	5	4	9	4	4	4	3	3	1	4	3	1,6	283	157	56	60	160	
Oman	39	16	11	1,9	13	10	31	10	17	8	5	6	3	8	6	1,9	1 034	477	46	169	509	
Ouganda	182	146	46	6,1	51	41	107	33	39	32	20	29	14	23	18	1,4	74 053	32 914	44	18 308	29 928	
Ouzbékistan	72	62	17	6,7	20	15	59	16	31	28	10	7	4	11	7	2,8	12 045	6 827	57	2 283	4 535	
Pakistan	139	107	67	2,5	72	63	107	56	64	57	41	14	8	40	31	1,4	399 418	248 342	62	40 623	190 483	
Palaos	35	29	17	2,7	19	15	30	16	19	16	9	7	4	11	8	1,7	4	2	50	1	2	
Panama	31	26	15	2,9	16	13	26	13	18	15	9	5	3	11	8	2,1	1 175	680	58	223	617	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	85	71	45	2,4	48	41	62	36	34	31	22	14	8	19	16	1,0	10 393	5 160	50	1 710	3 850	
Paraguay	45	34	19	2,9	21	17	36	17	22	18	11	7	3	17	11	2,5	2 774	1 555	56	381	1 526	
Pays-Bas	8	6	4	2,2	4	4	7	3	5	4	3	2	1	5	2	4,2	696	446	64	129	400	
Pérou	80	38	13	5,6	14	12	57	10	28	16	6	10	3	14	7	3,5	7 563	3 653	48	1 536	4 080	
Philippines	57	38	27	1,7	30	24	40	22	19	16	13	8	4	14	10	1,6	59 751	28 992	49	8 952	22 966	
Pologne	17	9	4	4,0	5	4	15	4	11	6	3	3	1	4	2	3,2	1 624	997	61	391	859	
Portugal	15	7	4	3,5	4	3	12	3	7	3	2	4	1	4	2	2,5	295	156	53	74	197	
Qatar	21	12	7	3,4	7	6	18	6	11	7	3	4	1	6	5	0,8	172	90	52	34	144	
République Arabe Syrienne	37	23	22	0,4	23	19	30	18	16	12	11	10	10	13	11	0,8	9 195	4 545	49	3 495	4 649	
République Centrafricaine	177	170	110	2,3	116	104	115	81	52	49	40	30	14	34	30	0,7	18 095	6 646	37	1 945	5 147	
République de Corée	15	8	3	4,5	3	3	13	3	7	3	2	4	1	3	2	3,1	1 200	565	47	355	625	
République démocratique du Congo	185	160	85	3,3	91	78	119	66	42	39	27	37	22	34	27	1,1	290 859	96 760	33	55 184	98 871	
République Démocratique Populaire Lao	153	106	46	4,5	50	41	105	36	47	38	22	42	8	24	17	2,0	7 520	3 637	48	1 243	2 791	
République de Moldova	33	31	14	4,1	16	13	27	12	19	21	11	5	3	12	7	2,8	584	428	73	117	278	
République Dominicaine	60	41	28	2,0	31	25	46	23	24	23	19	7	3	14	11	1,6	5 768	3 989	69	558	2 224	
République Populaire Démocratique de Corée	43	60	17	6,5	19	15	33	13	21	26	10	8	4	14	8	2,5	6 116	3 376	55	1 330	3 042	
République-Unie de Tanzanie	165	129	50	5,0	54	47	100	36	40	34	20	28	11	25	19	1,6	103 222	42 814	42	18 812	40 480	
Roumanie	31	21	7	5,9	8	6	24	6	16	10	3	5	2	7	3	3,9	1 317	644	49	343	604	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	9	7	4	2,2	5	4	8	4	4	4	3	2	1	4	3	2,0	3 313	2 142	65	613	2 358	
Rwanda	150	179	34	8,7	37	31	92	26	41	41	16	62	9	29	17	2,8	13 310	6 261	47	3 031	6 798	
Sainte-Lucie	22	18	22	-1,0	24	20	18	20	12	12	13	4	3	13	11	1,0	48	28	58	7	24	
Saint-Kitts-et-Nevis	30	24	15	2,3	17	14	25	13	19	17	10	5	3	11	7	1,9	11	7	64	2	5	
Saint-Marin	14	6	2	6,7	2	2	12	1	7	3	1	3	1	3	2	3,2	0	0	0	0	0	
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	24	22	15	2,2	16	13	20	13	13	13	9	4	5	11	12	-0,6	23	14	61	8	19	
Samoa	30	21	15	1,7	16	14	25	13	16	11	8	6	4	11	9	1,1	72	39	54	17	42	
Sao Tomé-et-Principe	108	84	30	5,4	33	27	69	23	26	23	14	21	6	17	13	1,5	198	94	48	36	86	
Sénégal	139	129	45	5,5	49	41	71	33	40	38	22	34	10	25	20	1,3	24 651	12 156	49	4 629	11 157	
Serbie	28	13	5	4,6	6	5	24	5	17	8	3	3	1	5	4	0,9	441	265	60	113	367	
Seychelles	16	14	14	-0,2	15	13	14	12	11	9	9	4	3	9	9	-0,3	23	14	61	4	15	
Sierra Leone	260	228	109	3,9	115	103	154	81	52	49	31	51	22	34	24	1,9	27 580	8 013	29	4 485	6 249	
Singapour	8	4	3	2,2	3	2	6	2	4	2	1	2	1	3	2	2,1	128	46	36	32	99	
Slovaquie	15	10	6	2,8	6	5	13	5	9	5	3	3	1	4	3	1,9	325	164	51	71	157	
Slovénie	10	6	2	5,1	2	2	9	2	6	3	1	2	1	4	3	1,8	42	23	55	15	50	
Somalie	178	171	117	2,0	123	111	107	74	45	44	37	38	25	30	27	0,6	72 126	23 723	33	11 566	17 738	
Soudan	131	104	58	3,0	63	53	82	41	42	37	27	26	8	30	23	1,4	78 028	37 126	48	9 105	31 584	
Soudan du Sud	250	181	96	3,3	101	91	148	62	64	56	39	53	21	34	29	0,9	36 916	14 976	41	6 273	11 515	
Sri Lanka	22	17	7	4,4	8	6	19	6	13	10	4	8	2	10	6	3,0	2 378	1 416	60	571	1 943	
Suède	7	4	3	2,5	3	2	6	2	3	2	1	1	1	4	2	2,2	305	165	54	83	293	
Suisse	8	6	4	1,8	4	4	7	4	4	3	3	2	1	3	2	1,1	353	244	69	56	197	
Suriname	45	31	18	2,9	20	16	39	16	21	17	11	5	3	14	11	1,3	191	119	62	30	120	

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) 2019		Taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)		Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 14 ans		Taux de mortalité	Taux annuel de diminution du taux de mortalité	Décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès néonataux	Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans	Mortinaissances	
	1990	2000	2019	2000-2019	Homme	Femme	1990	2019	1990	2000	2019	1990	2019	2000	2019	2000-2019	2019	2019	2019	2019	2019
Tadjikistan	102	84	34	4,8	38	30	81	30	31	28	15	7	1	14	9	2,2	9 377	4 183	45	303	2 542
Tchad	212	185	114	2,6	120	107	112	69	52	44	33	49	26	35	27	1,2	73 024	22 123	30	12 116	18 802
Tchéquie	12	5	3	2,9	4	3	10	3	7	3	2	2	1	3	3	0,4	350	179	51	96	291
Thaïlande	37	22	9	4,7	10	8	30	8	20	13	5	6	4	11	6	3,2	6 444	3 759	58	3 408	4 098
Timor-Leste	175	108	44	4,7	48	40	131	38	55	37	20	25	8	21	13	2,4	1 645	742	45	257	498
Togo	144	118	67	3,0	72	61	89	46	43	36	25	34	13	28	22	1,3	17 331	6 563	38	2 744	6 062
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	22	18	17	0,4	15	18	19	14	10	8	7	3	2	8	8	0,5	42	19	45	6	19
Trinité-et-Tobago	30	28	18	2,5	19	16	27	16	20	19	12	4	2	12	9	1,4	312	202	65	45	161
Tunisie	55	30	17	3,0	18	15	43	14	28	19	12	7	3	17	11	2,3	3 398	2 381	70	587	2 178
Turkménistan	80	70	42	2,7	48	36	65	36	27	30	24	7	4	10	9	0,9	5 793	3 233	56	426	1 184
Turquie	74	39	10	7,1	11	9	55	9	33	19	5	9	2	12	4	5,3	13 149	6 905	53	2 623	5 823
Tuvalu	53	41	24	2,9	26	22	42	20	28	24	16	10	5	15	12	1,1	7	5	71	2	3
Ukraine	19	18	8	4,1	9	8	17	7	12	11	5	4	2	7	5	2,1	3 514	2 047	58	823	1 853
Uruguay	23	17	7	4,6	8	6	20	6	12	8	4	3	2	7	5	2,3	337	200	59	77	225
Vanuatu	35	28	26	0,5	28	24	29	22	16	13	11	7	5	12	11	0,5	224	100	45	41	98
Venezuela (République Bolivarienne du)	30	22	24	-0,6	26	22	25	21	13	11	15	4	3	10	9	0,2	12 620	7 520	60	1 862	4 865
Viet Nam	51	30	20	2,1	23	17	37	16	23	15	10	11	3	13	8	2,8	31 689	16 587	52	3 632	12 479
Yémen	126	95	58	2,6	62	54	88	44	43	37	27	19	13	27	24	0,6	50 312	23 220	46	9 287	21 184
Zambie	179	152	62	4,8	66	57	107	42	36	34	23	27	11	21	15	1,8	38 460	14 902	39	5 648	9 597
Zimbabwe	77	93	55	2,8	59	50	50	38	25	26	26	13	12	23	16	1,9	24 166	11 283	47	4 765	7 113

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	57	39	14	5,4	15	13	43	12	28	20	7	9	3	14	7	3,7	434 762	218 187	50	86 608	212 802
Europe et Asie centrale	31	21	8	5,1	9	7	25	7	14	10	4	4	2	7	4	2,8	88 075	47 305	54	16 913	44 273
Europe de l'Est et Asie centrale	46	35	11	5,9	13	10	37	10	21	17	6	6	2	10	5	3,5	69 538	36 104	52	12 753	30 349
Europe de l'Ouest	11	6	4	2,6	4	3	9	3	6	3	2	2	1	4	3	1,6	18 537	11 201	60	4 159	13 925
Amérique Latine et Caraïbes	55	33	16	3,7	18	15	43	14	22	16	9	6	3	11	8	1,8	169 465	94 324	56	29 452	83 430
Moyen-Orient et Afrique du Nord	65	42	22	3,5	23	20	50	18	28	21	12	11	4	16	10	2,3	218 910	123 375	56	38 567	104 724
Amérique du Nord	11	8	6	1,4	7	6	9	5	6	5	4	2	1	3	3	0,5	27 225	15 831	58	6 060	12 916
Asie du Sud	130	93	40	4,4	41	39	92	33	59	46	25	20	6	32	18	3,0	1 405 945	882 350	63	205 389	651 104
Afrique Subsaharienne	178	151	76	3,6	81	70	107	52	45	40	27	38	16	28	22	1,4	2 844 490	1 059 092	37	491 073	856 353
Afrique de l'Est et australe	162	133	55	4,6	60	51	99	39	43	37	24	38	12	27	21	1,5	1 008 693	443 325	44	185 555	390 047
Afrique de l'Ouest et centrale	196	168	95	3,0	101	88	114	63	48	43	31	37	21	29	23	1,3	1 835 797	615 767	34	305 518	466 305
Pays les moins avancés	175	135	63	4,0	67	58	108	45	52	42	26	37	13	31	22	1,8	1 968 312	821 302	42	351 049	728 564
Monde	93	76	38	3,7	40	35	65	28	37	30	17	15	7	21	14	2,3	5 188 872	2 440 464	47	874 064	1 965 604

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans – Probabilité de décéder entre la naissance et le jour exact du cinquième anniversaire, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Taux annuel de diminution du taux de mortalité – Diminution annuelle en pourcentage du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) défini de la manière suivante : $TAD=100 \cdot (\ln(TMM5t2/TMM5t1)/(t1-t2))$, où $t1=2000$ et $t2=2019$.

Taux de mortalité infantile – Probabilité de décéder entre la naissance et le jour exact du premier anniversaire, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité néonatale – Probabilité de décéder au cours des 28 premiers jours de vie, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité (enfants âgés de 5 à 14 ans) – Probabilité de décéder entre 5 et 14 ans, exprimée pour 1 000 enfants âgés de 5 ans.

Décès d'enfants de moins de 5 ans – Nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Décès néonataux – Nombre de décès survenant au cours des 28 premiers jours de vie.

Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans – Pourcentage de décès d'enfants de moins de 5 ans survenant au cours des 28 premiers jours de vie.

Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans – Nombre de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans.

Taux de mortalité – Nombre de bébés nés sans signe de vie à 28 semaines de grossesse ou plus pour 1 000 naissances totales.

Taux annuel de diminution du taux de mortalité – Pourcentage de diminution annuelle du taux de mortalité (TMN) défini de la manière suivante : $TAD=100 \cdot (\ln(TMNt2/TMNt1)/(t1-t2))$, où $t1=2000$ et $t2=2019$.

Mortinaissances – Nombre de mortinaissances.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : 2020.

NOTES

– Données non disponibles.

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Es-pérance de vie des femmes 2020	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2015-2020 ^R		Taux de natalité chez les adolescentes 2015-2020 ^R	Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2015-2020 ^R	Soins prénatals (%) 2015-2020 ^R		Soins à l'accouchement (%) 2015-2020 ^R				Examen de santé postnatal (%) 2015-2020 ^R		Mortalité maternelle 2017 ^C			
		Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 49 ans			Au moins une consultation	Au moins quatre consultations		Personnel soignant qualifié à la naissance		Accou-chements en institution	Césa-rienne	Pour les nouveau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité mater-nelle	Risque de décès mater-nel sur la vie entière (1 sur X)
							Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 15 à 49 ans ^{R1}	Femmes âgées de 15 à 19 ans							
Afghanistan	67	42	62	20	65	21	19	59	58	56	7	19	37	7 700	638	33	
Afrique du Sud	68	80	41	15 x	94	76	77	97	97	96	26	-	84	1 400	119	330	
Albanie	80	6	14	3	88	78	72	100	100	99	31	86	88	5	15	3 800	
Algérie	78	77 x	12	1	95	70	69	99	97	99	25	92	88	1 200	112	270	
Allemagne	84	-	7	-	100 x	99 x	-	99	-	99 x	29 x	-	-	53	7	9 400	
Andorre	-	-	3	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	64	30	163 x	38	82	61	56	50	50	46	4	21	23	3 000	241	69	
Anguilla	-	-	40 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua-et-Barbuda	78	-	28	-	100 x	100 x	-	100	-	-	-	-	-	1	42	1 200	
Arabie Saoudite	77	-	9 x	-	97 x	-	-	99	-	-	-	-	-	100	17	2 300	
Argentine	80	-	50	12 x	98 x	90 x	85 x	100	-	99 x	29 x	-	-	290	39	1 100	
Arménie	79	40	19	1	100	96	93	100	100	99	18	98	97	11	26	2 000	
Australie	86	-	9	-	98 x	92 x	-	99	-	99 x	31 x	-	-	20	6	8 200	
Autriche	84	-	6	-	-	-	-	98	-	99 x	24 x	-	-	4	5	13 500	
Azerbaïdjan	76	22 x	48	4 x	92 x	96 x	40 x	99	99 x	96 x	26 x	-	83 x	44	26	1 700	
Bahamas	76	-	29 x	-	98 x	85 x	-	99	-	-	-	-	-	4	70	820	
Bahreïn	79	-	13	-	100 x	100 x	-	100	-	98 x	-	-	-	3	14	3 000	
Bangladesh	75	77	74	24	75	37	35	59	62	53	36	67	65	5 100	173	250	
Barbade	81	70 x	50 x	7 x	93 x	88 x	-	99	-	100 x	21 x	98 x	97 x	1	27	2 400	
Bélarus	80	73 x	12	3 x	100 x	100 x	95 x	100	100 x	100 x	25 x	100 x	100 x	3	2	23 800	
Belgique	84	-	6	-	-	-	-	-	-	-	18 x	-	-	6	5	11 200	
Belize	78	65	58	17	97	93	92	94	97	96	34	96	96	3	36	1 100	
Bénin	64	28	108	19	83	52	47	78	78	84	5	64	66	1 600	397	49	
Bhoutan	73	85 x	59 x	15 x	98 x	85	86 x	96	40 x	74 x	12 x	30 x	41 x	24	183	250	
Bolivie (État plurinational de)	75	50	71	20 x	96	86	81	81	90	80	33	-	56	380	155	220	
Bosnie-Herzégovine	80	22 x	10	-	87 x	84 x	-	100	100 x	100 x	14 x	-	-	3	10	8 200	
Botswana	73	-	52	-	94 x	73 x	-	100	-	100	-	-	-	81	144	220	
Brésil	80	89 x	49	-	97	92	-	99	-	99 x	56	-	-	1 700	60	940	
Brunéï Darussalam	77	-	10	-	99 x	93 x	-	100	-	100 x	-	-	-	2	31	1 700	
Bulgarie	79	-	39	5 x	-	-	-	100	-	100	47	-	-	6	10	7 000	
Burkina Faso	63	53	132	28 x	93	47	52	80	83	82	4	33	74	2 400	320	57	
Burundi	64	40	58	13	99	49	52	85	91	84	4 x	49	51	2 400	548	33	
Cabo Verde	76	73 x	12	22 x	99	86	-	97	87 x	97	11 x	-	87	6	58	670	
Cambodge	72	57 x	30 x	7 x	95 x	76 x	71 x	89	91 x	83 x	6 x	79 x	90 x	590	160	220	
Cameroun	61	45	122	28	87	65	58	69	67	67	4	60	59	4 700	529	40	
Canada	85	-	7	-	100 x	99 x	-	98	-	98 x	26 x	-	-	40	10	6 100	
Chili	83	-	23	-	-	-	-	100	-	100 x	50 x	-	-	29	13	4 600	
Chine	79	97 x	9	-	100	81 x	-	100	-	100	41 x	63 x	64 x	4 900	29	2 100	
Chypre	83	-	8	-	99 x	-	-	99	-	97 x	-	-	-	1	6	11 000	
Colombie	80	87	58	20	97	90	86	99	99	97	43	-	-	610	83	630	
Comores	66	29 x	70 x	17 x	92 x	49 x	38 x	82 x	82 x	76 x	10 x	14 x	49 x	72	273	83	
Congo	66	43	111 x	26	94	79	77	91	92	92	5	86	80	650	378	58	
Costa Rica	83	81	41	13	98	94	92	99	98	98	28	97	92	19	27	1 900	
Côte d'Ivoire	60	44	123	25	93	51	47	74	76	70	3	83	80	5 400	617	34	
Croatie	82	-	9	-	-	98	-	100	-	-	24	-	-	3	8	9 100	
Cuba	81	87	53	10	99	79	76	100	100	100	31	100	100	42	36	1 800	
Danemark	83	-	2	-	-	-	-	95	-	-	21 x	-	-	2	4	16 200	
Djibouti	70	-	21 x	-	88 x	23 x	-	87 x	-	87 x	11 x	-	-	51	248	140	
Dominique	-	-	47 x	-	100 x	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	
Égypte	75	80 x	52	7 x	90 x	83 x	87 x	92	93 x	87 x	52 x	14 x	82 x	960	37	730	
El Salvador	78	80 x	70	18 x	96 x	90 x	90 x	100	99 x	98 x	32 x	97 x	94 x	54	46	960	
Émirats Arabes Unis	80	-	4	-	100 x	-	-	99	-	100 x	-	-	-	3	3	17 900	
Équateur	80	79 x	64	-	84 x	58 x	-	96	-	93 x	46 x	-	-	200	59	640	
Érythrée	69	21 x	76 x	19 x	89 x	57 x	40 x	34 x	30 x	34 x	3 x	-	5 x	510	480	46	
Espagne	86	-	6	-	-	-	-	100	-	-	26 x	-	-	14	4	21 500	
Estonie	83	-	10	-	-	97 x	-	100	-	99	-	-	-	1	9	6 900	
Eswatini	65	83 x	87 x	17 x	99 x	76 x	68 x	88	89 x	88 x	12 x	90 x	88 x	130	437	72	
État de Palestine	76	61	43	22 x	99 x	96 x	96 x	100	100 x	99 x	20 x	94 x	91 x	-	27	880	
États-Unis d'Amérique	82	78	17	-	-	97 x	-	99	-	-	31 x	-	-	720	19	3 000	
Éthiopie	69	64	80 x	21	74	43	36	50	55	48	2	13	34	14 000	401	55	
Fédération de Russie	78	72 x	22	-	-	-	-	100	-	99 x	13 x	-	-	320	17	3 100	
Fidji	70	-	23	-	100 x	94 x	-	100	-	99 x	-	-	-	6	34	1 000	
Finlande	85	-	4	-	100 x	-	-	100	-	100	16 x	-	-	2	3	20 900	
France	86	96 x	9	-	100 x	99 x	-	98	-	98 x	21 x	-	-	56	8	7 200	
Gabon	69	44 x	91 x	28 x	95 x	78 x	76 x	89 x	91 x	90 x	10 x	25 x	60 x	170	252	93	
Gambie	64	40	68	19 x	98	79	76	84	86	84	4	88	88	520	597	31	
Géorgie	78	51	29	6	98 x	81	-	100	100 x	99	47	-	-	14	25	1 900	
Ghana	66	40	78	18	97	85	78	79	75	78	13	91	85	2 700	308	82	

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Es-pérance de vie des femmes 2020	Demande de planification familiale satisfaisante au moyen de méthodes modernes (%) 2015-2020 ^R		Taux de natalité chez les adolescentes 2015-2020 ^R	Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2015-2020 ^R	Soins prénatals (%) 2015-2020 ^R		Soins à l'accouchement (%) 2015-2020 ^R			Examen de santé postnatal (%) 2015-2020 ^R		Mortalité maternelle 2017 ^C				
		Femmes âgées de 15 à 49 ans				Au moins une consultation	Au moins quatre consultations		Personnel soignant qualifié à la naissance		Accou-chements en institution	Césa-rienne	Pour les nouveau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité maternelle	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur X)
							Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 15 à 49 ans ^{R,S}	Femmes âgées de 15 à 19 ans							
Grèce	85	-	9	-	-	-	100	-	-	-	-	-	2	3	26 900		
Grenade	75	-	36 x	-	100 x	-	100	-	-	-	-	-	0	25	1 700		
Guatemala	77	66	77	20	91	86	85	70	70	65	26	8	78	400	95	330	
Guinée	63	38	120	39	81	35	36	55	59	53	3	64	49	2 600	576	35	
Guinée-Bissau	61	60	84	27	97	81	81	54	62	50	3	57	53	440	667	32	
Guinée Équatoriale	60	21 x	176 x	42 x	91 x	67 x	-	68 x	70 x	67 x	7 x	-	-	130	301	67	
Guyana	73	52 x	74 x	16 x	91 x	87 x	86 x	96	94 x	93 x	17 x	95 x	93 x	26	169	220	
Haïti	67	45	55	14	91	67	55	42	37	39	5	38	31	1 300	480	67	
Honduras	78	76 x	89 x	22 x	97 x	89 x	87 x	74	87 x	83 x	19 x	81 x	85 x	130	65	560	
Hongrie	80	-	22	-	-	-	-	100	-	-	31 x	-	-	11	12	6 200	
Îles Cook	-	-	42	-	100 x	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	-	-	-	
Îles Marshall	-	81 x	85 x	21 x	81 x	77 x	-	92	94 x	85 x	9 x	-	-	-	-	-	
Îles Salomon	75	38	78 x	15	89	69	-	86	88	85	6	16	69	22	104	200	
Îles Turques-et-Caiques	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Vierges britanniques	-	-	27 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Inde	71	73	12	9	79	51	30 x	81	84	79	17	27	65	35 000	145	290	
Indonésie	74	77	36	7	98	77	65	95	87	79	17	76	87	8 600	177	240	
Iran (République islamique d')	78	69 x	31	5 x	97 x	94 x	-	99	-	95 x	55 x	-	-	250	16	2 600	
Iraq	73	54	70	14	88	68	76	96	97	87	33	78	83	870	79	320	
Irlande	84	-	6	-	100 x	-	-	100	-	100 x	25 x	-	-	3	5	11 300	
Islande	85	-	5	-	-	-	-	98	-	-	17 x	-	-	0	4	14 400	
Israël	85	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3	10 800	
Italie	86	-	4	-	99 x	68 x	-	100	-	100 x	40 x	-	-	7	2	51 300	
Jamaïque	76	83 x	52	15 x	98 x	86 x	85 x	100	97 x	99	21 x	-	-	38	80	600	
Japon	88	-	3	-	-	-	-	100	-	100 x	-	-	-	44	5	16 700	
Jordanie	76	57	27	5	98	92	93	100	100	98	26	86	83	100	46	730	
Kazakhstan	78	73	23	2	99	95	98	100	99	99	15	99	98	37	10	3 500	
Kenya	69	74	96 x	23 x	94	58 x	49 x	70	65 x	61 x	9 x	36 x	53 x	5 000	342	76	
Kirghizistan	76	65	38	3	100	94	82	100	100	100	8	98	96	95	60	480	
Kiribati	73	53	51	8	89	67	66	92	96	86	9	91	86	3	92	290	
Koweït	77	-	5	-	100 x	-	-	100	-	99 x	-	-	-	7	12	4 200	
Lesotho	58	83	91	14 x	91	77	71	87	90	89	10 x	82	84	310	544	58	
Lettonie	80	-	12	-	92 x	-	-	100	-	98 x	-	-	-	4	19	3 100	
Liban	81	-	12	-	96 x	-	-	98 x	-	100 x	-	-	-	34	29	1 600	
Libéria	66	41	128	34	98	87	86	84	84	80	4 x	35 x	80	1 000	661	32	
Libya	76	24 x	11 x	-	93 x	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	92	72	590	
Liechtenstein	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituanie	82	-	11	-	100 x	-	-	100	-	-	-	-	-	2	8	7 500	
Luxembourg	85	-	5	-	-	97 x	-	100 x	-	100 x	29 x	-	-	0	5	14 300	
Macédoine du Nord	78	30	15	4	97	96	-	100	100 x	99	38	99	94	2	7	9 000	
Madagascar	69	66	151	36	85	51	45	46	42	39	2	78	72	2 800	335	66	
Malaisie	79	-	9	-	97 x	97	94	100	98	99 x	21	-	-	150	29	1 600	
Malawi	68	74	138	31	98	51	46	90	92	91	6	60	42	2 100	349	60	
Maldives	81	29	9	1	99	82	87	100	99	95	40	82	80	4	53	840	
Mali	61	41	164	37	80	43	42	67	71	67	3	54	56	4 400	562	29	
Malte	84	-	12	-	100 x	-	-	100	-	100 x	-	-	-	0	6	10 200	
Maroc	78	72	19	8 x	89	54	30 x	87	70 x	86	21	-	-	480	70	560	
Maurice	79	41 x	23	-	-	-	-	100	-	98 x	-	-	-	8	61	1 200	
Mauritanie	67	30	84 x	22	87	63	56	69	67	69	5	58	57	1 100	766	28	
Mexique	78	80	62	21	99	94	94	97	99	97	41	95	95	740	33	1 300	
Micronésie (États fédérés de)	70	-	44 x	-	80 x	-	-	100 x	-	87 x	11 x	-	-	2	88	370	
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolie	74	64	31	4	99	89	90	99	100	98	26	98	94	35	45	710	
Monténégro	79	33	10	3	97	94	-	99	-	99	24	96	86	0	6	9 900	
Montserrat	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mozambique	64	56	180	40 x	94	51	55	73	75	55 x	4 x	28	-	3 100	289	67	
Myanmar	70	75	28	5	81	59	47	60	61	37	17	36	71	2 400	250	190	
Namibie	67	80 x	64	15 x	97 x	63 x	58 x	88 x	88 x	87 x	14 x	20 x	69 x	140	195	140	
Nauru	-	43 x	94	22 x	95 x	40 x	-	97 x	91 x	99 x	8 x	-	-	-	-	-	
Népal	73	62	63	14	89	78	80	77	81	78	15	69	68	1 100	186	230	
Nicaragua	78	90 x	103	28 x	95 x	88 x	68 x	96	75 x	71 x	30 x	-	-	130	98	380	
Niger	64	46	154	48 x	83 x	38	32 x	39	36 x	59	1 x	13 x	37 x	5 100	509	27	
Nigéria	56	36	106	28	67	57	47	43	31	39	3	38	42	67 000	917	21	
Nioué	-	-	20 x	-	100 x	-	-	100 x	-	-	-	-	-	-	-	-	
Norvège	85	-	3	-	-	-	-	99	-	99 x	16 x	-	-	1	2	25 700	
Nouvelle-Zélande	84	-	13	-	-	-	-	96	-	97 x	23 x	-	-	5	9	6 100	
Oman	81	40 x	8	2 x	99 x	74	-	99	99 x	99 x	19 x	98 x	95 x	17	19	1 600	
Ouganda	66	55	111	28	95	57	59	74	80	73	6	11 x	54	6 000	375	49	

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Espérance de vie des femmes 2020	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2015-2020 ^R		Taux de natalité chez les adolescentes 2015-2020 ^R	Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2015-2020 ^R	Soins prénatals (%) 2015-2020 ^R			Soins à l'accouchement (%) 2015-2020 ^R				Examen de santé postnatal (%) 2015-2020 ^R		Mortalité maternelle 2017 ^C		
		Femmes âgées de 15 à 49 ans				Au moins une consultation	Au moins quatre consultations		Personnel soignant qualifié à la naissance		Accou-chements en institution	Césa-rienne	Pour les nouveau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité mater-nelle	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur X)
							Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 15 à 49 ans ^{R*}	Femmes âgées de 15 à 19 ans							
Ouzbékistan	74	-	19	2 x	99	-	-	100	99 x	100	17	-	-	200	29	1 200	
Pakistan	69	49	54	7	86	51	44	71	70	66	22	64	62	8 300	140	180	
Palaos	-	-	34	-	90 x	81 x	-	100	-	100 x	-	-	-	-	-	-	
Panama	82	65	74	-	99	88 x	84 x	93	99	96	32	93 x	92 x	41	52	750	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	66	49	68	14 x	76	49	54	56	61	55	3	45	46	340	145	190	
Paraguay	77	79	72	-	99	86	92	98	97	93	46	96	94	120	84	440	
Pays-Bas	84	-	3	-	-	-	-	-	-	-	14 x	-	-	9	5	11 900	
Pérou	80	67	44	16	98	96	93	94	90	93	35	96 x	96 x	500	88	480	
Philippines	76	56	36	11	94	87	80	84	86	78	13	86	86	2 700	121	300	
Pologne	83	-	10	-	-	-	-	100	-	100 x	21 x	-	-	8	2	30 300	
Portugal	85	-	7	-	100 x	-	-	100	-	99	31 x	-	-	6	8	10 700	
Qatar	82	69 x	7	-	91 x	85 x	-	100	-	99 x	20 x	-	-	2	9	5 000	
République Arabe Syrienne	78	53 x	22 x	9 x	88 x	64 x	-	96 x	97 x	78 x	26 x	-	-	130	31	1 000	
République Centrafricaine	56	28	229 x	43	52	41	45	40	43	58	2	59	57	1 400	829	25	
République de Corée	86	-	1	-	-	97 x	-	100	-	100	32 x	-	-	43	11	8 300	
République démocratique du Congo	63	33	109	25	82	43	46	85	87	82	5	57	50	16 000	473	34	
République Démocratique Populaire Lao	70	72	83	18	78	62	52	64	56	65	6	47	47	310	185	180	
République de Moldova	76	64	21	4 x	99 x	95 x	96 x	100	100 x	99 x	16 x	-	-	8	19	3 900	
République Dominicaine	78	82 x	54	21 x	98 x	93 x	91 x	100	99 x	98 x	58 x	95 x	95 x	200	95	410	
République Populaire Démocratique de Corée	76	90	1	-	100	94	-	100	-	92	13	99	98	310	89	620	
République-Unie de Tanzanie	68	55	139	22	98	62	48	64	68	63	6	43	34	11 000	524	36	
Roumanie	80	47 x	36	-	76	76 x	-	95	-	95	34 x	-	-	36	19	3 600	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	83	87 x	12	-	-	-	-	-	-	-	26 x	-	-	52	7	8 400	
Rwanda	72	63	41	6	98	47	44	94	98	93	13	19	70	960	248	94	
Sainte-Lucie	78	72 x	25	-	97 x	90 x	-	100	-	100 x	19 x	100 x	90 x	3	117	580	
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	46 x	-	100 x	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Marin	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	75	-	52	-	100 x	100 x	-	99	-	-	-	-	-	1	68	750	
Samoa	76	39 x	39 x	7	93 x	70	-	89	87 x	89	8	85	83	2	43	590	
Sao Tomé-et-Principe	73	58	86	22	98	84 x	81 x	97	98	95	10	92	84	9	130	170	
Sénégal	70	53	68	16	98	56	51	75	77	80	5	84	80	1 700	315	65	
Serbie	79	38	12	3	99	97	95 x	100	98 x	100	32	-	-	10	12	5 800	
Seychelles	78	-	68	-	-	-	-	99 x	-	-	-	-	-	1	53	790	
Sierra Leone	56	53	102	31	98	79	82	87	90	83	4	83	86	2 900	1 120	20	
Singapour	86	-	2	-	-	-	-	100	-	100	-	-	-	4	8	9 900	
Slovaquie	81	-	26	-	97 x	-	-	98	-	-	24 x	-	-	3	5	12 600	
Slovénie	84	-	4	-	100 x	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	1	7	9 300	
Somalie	59	2	118	27	31	24	4 x	32	31	21	2	10	11	5 100	829	20	
Soudan	67	30 x	87 x	22 x	79 x	51 x	49 x	78	77 x	28 x	9 x	28 x	27 x	3 900	295	75	
Soudan du Sud	60	4 x	158 x	28 x	62 x	17 x	21 x	19 x	25 x	12 x	1 x	-	-	4 500	1 150	18	
Sri Lanka	80	74	21	3	99	93 x	-	100	99	100	32 x	-	99	120	36	1 300	
Suède	85	87	4	-	100 x	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4	12 600	
Suisse	86	-	2	-	-	-	-	-	-	-	30 x	-	-	4	5	13 900	
Suriname	75	58	54	-	85	68	66	98	99	93	16	94	91	13	120	330	
Tadjikistan	74	52	54	1	92	64	67	95	96	88	5	90	92	46	17	1 400	
Tchad	56	18	179 x	51	55	31	33	24	27	22	1	5	16	7 300	1 140	15	
Tchéquie	82	86 x	11	-	-	-	-	100	-	100 x	20 x	-	-	4	3	17 900	
Thaïlande	81	88	23	9	99	90	81	99	98	99	35	-	-	270	37	1 900	
Timor-Leste	72	46	42	7	84	77	74	57	58	49	4	31	35	52	142	170	
Togo	62	40	79	17	78	55	47	69	64	80	9	80	81	1 000	396	56	
Tokélaou	-	-	30 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tonga	73	50	30	3	98	89	90	98	100	98	14	98	95	1	52	540	
Trinité-et-Tobago	76	58 x	32 x	6 x	95 x	100 x	81 x	100	99 x	98 x	22 x	96 x	92 x	12	67	840	
Tunisie	79	63	7	1	95	84	-	100	-	100	43	97	89	90	43	970	
Turkménistan	72	80	22	1	100	98	96	100	100	100	8	100	100	10	7	4 400	
Turquie	81	60	19	5	96	90	83 x	97	99	99	52	68	79	220	17	2 800	
Tuvalu	-	41 x	27	3 x	97 x	67 x	-	93 x	100 x	93 x	7 x	-	-	-	-	-	
Ukraine	77	68 x	18	4 x	99 x	87 x	87 x	100	99 x	99 x	12 x	99 x	96 x	83	19	3 700	
Uruguay	82	-	36	-	97 x	77 x	44 x	100	100 x	100 x	30 x	-	-	8	17	2 900	
Vanuatu	72	51 x	51 x	13 x	76 x	52 x	-	89 x	93 x	89 x	12 x	-	-	6	72	330	
Venezuela (République Bolivarienne du)	76	-	95 x	24 x	98 x	84 x	-	99	-	99 x	52 x	-	-	670	125	330	
Viet Nam	80	70 x	35	5 x	96 x	74 x	55 x	94	87 x	94 x	28 x	89 x	90 x	700	43	1 100	
Yémen	68	41 x	67 x	17 x	60 x	25 x	30 x	45 x	52 x	30 x	5 x	11 x	20 x	1 400	164	150	
Zambie	67	66	135	31	97	64	59	80	84	84	5	72	70	1 300	213	93	
Zimbabwe	63	85	108	24	93	72	71	86	89	86	9	91	57	2 100	458	55	

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Espérance de vie des femmes 2020	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2015-2020 ^R	Taux de natalité chez les adolescentes 2015-2020 ^R	Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2015-2020 ^R	Soins prénatals (%) 2015-2020 ^R				Soins à l'accouchement (%) 2015-2020 ^R				Examen de santé postnatal (%) 2015-2020 ^R		Mortalité maternelle 2017 ^C		
					Au moins une consultation	Au moins quatre consultations		Personnel soignant qualifié à la naissance		Accou-chements en institution	Césa-rienne	Pour les nouveau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité mater-nelle	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur X)	
						Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 15 à 49 ans ^{Rs}	Femmes âgées de 15 à 19 ans								
DONNÉES CONSOLIDÉES																	
Asie de l'Est et Pacifique	79	86	20	-	98	-	-	96	-	91	-	-	-	21 000	69	790	
Europe et Asie centrale	81	77	16	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	1 400	13	4 300	
Europe de l'Est et Asie centrale	78	69	25	-	96	-	-	99	-	98	31	-	-	1 200	19	2 600	
Europe de l'Ouest	84	83	8	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	260	5	11 700	
Amérique Latine et Caraïbes	79	83	61	-	97	91	-	95	-	-	43	-	-	7 700	74	630	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	76	69	39	-	-	-	-	95	-	-	-	-	-	5 800	57	570	
Amérique du Nord	82	81	16	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	760	18	3 100	
Asie du Sud	71	71	23	11	80	49	-	77	79	74	19	37	64	57 000	163	240	
Afrique Subsaharienne	63	55	99	26	82	53	50	64	62	61	5	45	50	200 000	533	38	
Afrique de l'Est et australe	67	64	88	25	87	54	51	69	68	63	6	35	45	70 000	384	58	
Afrique de l'Ouest et centrale	60	41	110	27	78	53	49	60	57	59	4	51	53	131 000	674	28	
Pays les moins avancés	67	58	91	24	82	48	46	66	67	62	8	44	50	130 000	415	56	
Monde	75	77	41	15	87	59	-	83	75	76	17	48	63	295 000	211	190	

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région sous-région et catégorie de pays voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait une fille nouveau-née si elle était exposée aux

Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) dont le besoin de planification familiale a été satisfait par des méthodes modernes.

Taux de natalité chez les adolescentes – Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

Naissances avant l'âge de 18 ans – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont eu un enfant avant l'âge de 18 ans. Cet indicateur se réfère aux femmes ayant eu un enfant dans une période de temps récente, généralement deux ans pour les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et cinq ans pour les enquêtes démographiques et de santé (EDS).

Soins prénatals (au moins une consultation) – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) qui ont été examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un agent de santé qualifié (généralement un médecin, un infirmier ou une sage-femme).

Soins prénatals (au moins quatre consultations) – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 19 ans et de 15 à 49 ans) qui ont été examinées au moins quatre fois au cours de leur grossesse par un agent de santé.

Personnel soignant qualifié à la naissance – Pourcentage d'accouchements de femmes (âgées de 15 à 19 ans et de 15 à 49 ans) supervisés par un agent de santé qualifié (généralement un médecin, un infirmier ou une sage-femme).

Accouchements en institution – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) qui ont accouché dans un établissement de santé.

Césarienne – Pourcentage de naissances par césarienne. Remarque : On prévoit des taux de césarienne compris entre 5 % et 15 % avec des niveaux adéquats de soins obstétricaux d'urgence.

Examen de santé postnatal pour les nouveau-nés – Pourcentage des dernières naissances vivantes au cours des deux dernières années ayant bénéficié d'un examen de santé dans les deux jours suivant l'accouchement. Remarque : Pour les MICS, l'examen de santé désigne un examen médical en institution ou à domicile suivant l'accouchement ou une visite postnatale.

Examen de santé postnatal pour les femmes – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) ayant bénéficié d'un examen de santé dans les deux jours suivant leur plus récent accouchement d'un enfant vivant au cours des deux dernières années. Remarque : Pour les MICS, l'examen de santé désigne un examen médical en institution ou à domicile suivant l'accouchement ou une visite postnatale.

Nombre de décès maternels – Nombre de décès de femmes dus à des causes liées à la grossesse (estimations modélisées).

Taux de mortalité maternelle – Nombre de décès de femmes dus à des causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période (estimations modélisées).

Risque de décès maternel sur la vie entière – Le risque de décès maternel sur la vie entière englobe à la fois la probabilité de débuter une grossesse et la probabilité de mourir des suites de cette grossesse cumulées pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer (estimations modélisées).

NOTES

- Données non disponibles.
- R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- Rs Indicateur 3.1.2 de l'ODD n° 3 – La période considérée (2014-2020) et les agrégats régionaux sont alignés sur l'édition 2021 de la base de données mondiale des ODD.
- C Les estimations de mortalité maternelle proviennent des estimations 2019 du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle. Périodiquement, ce Groupe interorganisations des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies) produit des séries de données sur la mortalité maternelle qui sont comparables au plan international, qui comprennent des estimations pour les pays ne disposant pas de données et qui tiennent compte de problèmes bien répertoriés, comme le fait qu'une partie des décès maternels ne sont pas déclarés ou qu'ils sont mal classés. Veuillez noter qu'en raison de l'évolution de la méthodologie, ces valeurs ne sont pas comparables aux valeurs précédentes du taux de mortalité maternelle (TMM) « ajusté ».
- X Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Espérance de vie – Division de la population, Organisation des Nations Unies, Perspectives de la population mondiale 2019. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes – Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2019), basé sur des EDS, des enquêtes sur la santé procréative, d'autres enquêtes nationales et les systèmes d'information sanitaire nationaux. Dernière mise à jour : mai 2021.

Taux de natalité chez les adolescentes – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, 2019. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Naissances avant l'âge de 18 ans – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Soins prénatals (au moins une visite) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Soins prénatals (au moins quatre visites) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Personnel soignant qualifié à la naissance (femmes âgées de 15 à 19 ans) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Accouchements en institution – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Césarienne – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Examen de santé postnatal pour les nouveau-nés et les mères – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Nombre de décès maternels – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population de l'Organisation des Nations Unies). Dernière mise à jour : septembre 2019.

Taux de mortalité maternelle – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population de l'Organisation des Nations Unies). Dernière mise à jour : septembre 2019.

Risque de décès maternel sur la vie entière – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population de l'Organisation des Nations Unies). Dernière mise à jour : septembre 2019.

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions															
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%) 2020 ^a										2015-2020 ^a					
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^f	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^g	Pneumonie	Diarrhée	Paludisme		
												Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	Traitement par sels de réhydratation orale (SRO) (%)	Consultations pour des enfants fiévreux (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
Afghanistan	87	78	70	75	66	43	70	70	68	63	68	40	62	5	26	
Afrique du Sud	86	88	84	84	84	76	84	84	83	83	90	51	68	-	-	
Albanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	82	35	60	-	-	
Algérie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	47	27	-	-	-	
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Andorre	-	99	99	99	98	93	98	98	-	96	-	-	-	-	-	
Angola	58	61	51	51	44	41	47	47	39	47	70	49	43	51	22	31
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	98	96	95	89	78	95	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie Saoudite	95	96	95	95	96	96	95	95	96	95	-	-	-	-	-	-
Argentine	75	79	74	74	77	71	74	74	72	75	94 x	18 x	-	-	-	-
Arménie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	37	71	-	-	-
Australie	-	98	95	95	95	94	95	95	87	97	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	90	85	85	94	84	85	85	61	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	94	85	79	85	82	79	79	79	-	79	33 x	8 x	-	1 x	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	99	98	98	99	99	98	98	98	99	99	-	-	-	-	-
Bangladesh	99	99	98	98	97	93	98	98	-	99	98	46	72	56	-	-
Barbade	-	86	85	85	89	78	85	85	-	86	-	-	-	-	-	-
Bélarus	97	97	97	97	97	98	97	97	-	-	93 x	45 x	-	-	-	-
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	76	79	79	79	82	87	79	79	-	-	95	67	55	71	-	-
Bénin	88	83	72	73	65	-	72	72	62	68	81	29	22	53	70	85
Bhoutan	98	96	95	96	93	92	96	96	-	90	90	74 x	61 x	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	82	79	68	68	74	46	68	68	74	68	89	62	22 x	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87 x	36 x	-	-	-
Botswana	98	98	95	96	87	66	95	95	85	90	91	14 x	43 x	75 x	31 x	53 x
Brésil	67	88	77	74	79	44	77	77	76	79	96	50 x	-	-	-	-
Brunéi Darussalam	99	99	99	99	99	97	99	99	-	-	97	-	-	-	-	-
Bulgarie	97	94	91	91	88	84	91	91	45	85	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	98	95	91	91	88	71	91	91	91	91	95	56 x	40	74	54	75
Burundi	83	98	93	93	90	83	93	93	96	93	90	59	36	70	40	46
Cabo Verde	98	93	93	94	95	86	94	94	-	-	95	-	-	-	-	-
Cambodge	98	94	92	94	84	80	92	92	-	90	95	69 x	35 x	61 x	4 x	5 x
Cameroun	80	77	69	70	62	28	69	69	67	69	83	30	18	61	60	73
Canada	-	94	91	92	90	83	84	92	84	84	-	-	-	-	-	-
Chili	98	98	93	93	91	83	93	93	-	89	-	-	-	-	-	-
Chine	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	89	92	88	88	90	88	88	88	87	89	97	64 x	54 x	54 x	-	3 x
Comores	91	93	87	81	89	-	87	87	-	-	83	38 x	38 x	45 x	41 x	59 x
Congo	72	77	73	73	68	29	73	73	60	71	87	28	27	51	61	66
Costa Rica	99	96	95	94	95	93	98	94	95	95	-	80	56	74	-	-
Côte d'Ivoire	86	93	80	74	70	-	80	80	77	79	86	44	17	45	60	76
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	99	99	99	98	98	98	99	99	-	-	-	90	35	85	-	-
Danemark	-	97	97	97	94	90	-	97	-	96	-	-	-	-	-	-
Djibouti	77	76	70	70	62	60	70	70	72	70	98	94 x	94 x	-	20 x	32 x
Dominique	98	99	97	97	92	90	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	96	95	94	95	94	94	94	94	-	-	86	68 x	28 x	68 x	-	-
El Salvador	79	79	72	64	71	56	72	72	75	78	92	80 x	70 x	-	-	-
Émirats Arabes Unis	86	90	90	80	99	92	91	90	86	84	-	-	-	-	-	-
Équateur	81	74	70	72	81	70	70	70	75	76	88	-	46 x	-	-	-
Érythrée	97	97	95	95	93	85	95	95	96	95	99	45 x	43 x	-	20 x	71 x
Espagne	-	98	98	98	98	94	98	98	-	88	-	-	-	-	-	-
Estonie	91	92	91	91	91	87	90	91	82	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	97	87	83	82	76	70	83	83	63	83	90	60 x	84 x	63 x	2 x	10 x
État de Palestine	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	-	77 x	32 x	-	-	-
États-Unis d'Amérique	-	97	93	92	91	95	91	90	75	82	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	70	76	71	74	60	46	71	71	70	67	90	30	30	35	45	64
Fédération de Russie	98	97	97	97	97	96	97	-	-	87	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	-	-	-	-
Finlande	-	98	91	91	96	93	-	91	83	89	-	-	-	-	-	-
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	85	69	63	62	53	-	63	63	-	-	83	68 x	26 x	67 x	39 x	36 x
Gambie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	70	44	64	44	77
Géorgie	96	95	88	88	91	77	88	88	75	82	-	74 x	42	67	-	-

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions															
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%)										2015-2020 ^a					
	2020 ^d										Pneumonie	Diarrhée	Paludisme			
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^f	HepB3	Hib3	Rota	PCV3			Protection à la naissance contre le tétanos ^g	Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	Traitement par sels de réhydratation orale (SRO) (%)	Consultations pour des enfants fébriles (%)
Ghana	93	94	94	92	88	79	94	94	89	95	90	56	48	69	54	74
Grèce	-	99	99	99	97	83	96	99	20	96	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	79	72	72	83	79	72	72	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	86	92	83	83	88	79	89	89	85	86	91	52	49	50	-	-
Guinée	73	62	47	48	47	-	47	47	-	-	83	69	55	62	27	44
Guinée-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	48	30	52	94	97
Guinée Équatoriale	85	77	53	55	53	-	53	53	-	-	60	54 x	40 x	62 x	23 x	38 x
Guyana	94	99	99	91	98	97	99	99	97	89	99	84 x	43 x	71 x	7 x	5 x
Haiti	73	75	51	51	65	41	51	51	51	51	80	37	39	40	18	31
Honduras	83	85	80	80	82	79	80	80	83	80	99	64 x	60 x	62 x	-	-
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38 x	63 x	-	-
Îles Salomon	82	98	94	92	81	51	94	94	41	93	87	79	37	62	70	86
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	85	87	85	85	89	81	85	85	82	21	90	78	51	73	5	1
Indonésie	87	83	77	76	76	49	77	77	-	4	85	75	36	90	3 x	3 x
Iran (République islamique d')	98	99	99	99	99	98	99	99	-	-	96	76 x	61 x	-	-	-
Iraq	99	90	74	78	76	93	74	74	42	-	73	44	25	75	-	-
Irlande	-	98	94	94	92	-	94	94	89	86	-	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	99	98	98	99	96	96	98	79	94	-	-	-	-	-	-
Italie	-	94	94	94	92	86	94	94	63	91	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	99	97	96	95	93	89	95	96	-	-	91	82 x	64 x	-	-	-
Japon	95	98	96	96	98	95	92	95	-	95	-	-	-	-	-	-
Jordanie	76	78	77	76	76	90	77	77	75	-	92	61	44	68	-	-
Kazakhstan	93	94	88	88	93	91	88	88	-	89	-	81 x	62 x	-	-	-
Kenya	92	94	89	89	88	49	91	89	93	90	88	66 x	54 x	72 x	56	59 x
Kirghizistan	96	90	87	87	92	93	86	86	52	90	-	60 x	36	48	-	-
Kiribati	93	99	92	91	82	57	92	92	89	91	93	87	61	27 x	69	86
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-
Lesotho	87	92	87	83	75	69	87	87	87	87	85	58	40	61 x	-	-
Lettonie	99	99	99	99	99	94	99	99	86	91	-	-	-	-	-	-
Liban	-	87	71	67	74	64	71	71	-	74	-	74 x	44 x	-	-	-
Libéria	85	82	65	67	61	30	65	65	65	65	90	78	60 x	81	44	55
Libya	74	74	73	73	73	72	73	73	73	73	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	96	95	91	91	90	91	91	91	48	83	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	99	99	99	99	90	96	99	89	96	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93 x	62 x	-	-	-
Madagascar	73	73	68	76	59	24	70	70	64	65	75	40	19	48	62	78
Malaisie	99	99	98	98	95	84	99	98	-	-	95	92	45	-	-	-
Malawi	87	95	94	93	90	75	90	90	91	93	90	77	65	54	68	82
Maldives	99	99	99	99	99	96	99	99	-	-	99	74 x	75	86	-	-
Mali	78	75	70	65	62	26	70	70	68	66	87	35	21	53	79	85
Malte	-	99	98	98	95	99	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	70 x	22 x	-	-	-
Maurice	96	94	93	94	89	87	93	93	92	86	97	-	-	-	-	-
Mauritanie	80	79	71	76	72	-	71	71	71	70	83	34	25	35	32	49
Mexique	28	79	74	74	89	78	79	74	71	75	96	73	61	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	84	98	83	82	79	62	88	68	40	79	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	99	98	96	97	97	96	96	96	-	92	-	76	58	-	-	-
Monténégro	67	94	84	84	24	76	52	84	-	-	-	89 x	16 x	74 x	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	91	83	79	73	81	62	79	79	79	65	86	57	46	69	73	82
Myanmar	87	87	84	86	91	90	84	84	49	86	90	58	62	65	19	27
Namibie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	68 x	72 x	63 x	6 x	24 x
Nauru	99	99	95	95	98	97	95	95	-	-	-	69 x	23 x	51 x	-	-
Népal	92	89	84	84	87	74	84	84	-	80	89	82	60	73	-	-
Nicaragua	93	94	92	93	97	98	92	92	92	92	90	58 x	65 x	-	-	-
Niger	94	93	81	81	79	60	81	81	83	81	83	59	41	75	96	87
Nigéria	67	65	57	57	54	12	57	57	-	57	65	40	40	73	52	61
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	98	97	97	97	95	97	97	95	96	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	94	92	92	91	91	92	92	88	92	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions															
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%)										2015-2020 ^a					
	2020 ^d										Pneumonie	Diarrhée	Paludisme			
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^f	HepB3	Hib3	Rota	PCV3			Protection à la naissance contre le tétanos ^g	Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	Traitement par sels de réhydratation orale (SRO) (%)	Consultations pour des enfants fiévreux (%)
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	56 x	59 x	-	-	-
Ouganda	91	94	89	88	87	-	89	89	88	89	83	71	47	87	60	83
Ouzbékistan	99	96	95	97	99	99	95	95	90	93	-	68 x	28 x	-	-	-
Pakistan	91	83	77	83	83	74	77	77	80	80	85	71	37	81	0	4
Palaos	-	99	96	96	93	83	93	89	82	75	-	-	-	-	-	-
Panama	99	93	74	74	80	74	74	74	86	74	-	82 x	52 x	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	52	48	39	41	47	27	39	39	-	39	67	63	30	50	52	69
Paraguay	84	84	79	78	80	72	79	79	80	82	95	89	28	86	-	-
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	61	34	61	-	-
Philippines	64	74	71	72	72	68	71	71	-	66	91	66	45	55	-	-
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	98	89	82	89	90	90	82	82	83	70	-	-	-	-	-	-
République Arabe Syrienne	74	65	49	53	59	53	49	49	-	-	90	77 x	50 x	-	-	-
République Centrafricaine	61	54	42	46	41	-	42	42	-	40	63	35	23	32	51	61
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	73	66	57	59	57	-	57	57	33	58	85	34	24	46	51	63
République Démocratique Populaire Lao	90	87	79	78	79	47	79	79	-	77	93	40	56	58	50	61
République de Moldova	95	86	86	87	84	93	87	86	56	72	-	79 x	42 x	-	-	-
République Dominicaine	85	86	82	80	82	55	81	80	77	69	99	73 x	48 x	65 x	-	-
République Populaire Démocratique de Corée	99	98	97	70	99	99	97	97	-	-	98	86	74	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	87	88	86	65	84	67	86	86	82	80	91	55	45	75	55	78
Roumanie	97	95	87	87	87	75	87	87	-	85	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	-	97	93	93	91	87	93	93	91	91	-	-	-	-	-	-
Rwanda	89	91	91	91	94	91	91	91	91	91	97	54	34	62	56	66
Sainte-Lucie	89	90	86	88	89	71	86	86	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	98	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	92	89	89	90	79	89	88	-	82	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	99	99	97	99	99	99	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	99	94	79	76	57	44	72	72	-	-	-	72	59	63	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	82	42	62	63	78
Sénégal	95	93	91	84	88	69	92	92	92	92	95	48	26	50	65	81
Serbie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90 x	36 x	-	-	-
Seychelles	99	99	97	97	97	99	97	97	98	94	100	-	-	-	-	-
Sierra Leone	72	93	91	90	87	67	91	91	90	91	93	76	85	75	59	68
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	99	97	97	96	98	97	97	-	96	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	98	95	95	94	91	-	95	-	70	-	-	-	-	-	-
Somalie	37	52	42	47	46	-	42	42	-	-	60	23	13 x	37	11 x	19 x
Soudan	92	96	90	90	86	68	90	90	92	90	81	48 x	20 x	-	30 x	25 x
Soudan du Sud	52	51	49	50	49	-	49	49	-	-	65	48 x	39 x	57 x	42	63
Sri Lanka	99	96	96	96	96	96	96	96	-	-	99	52	54	92	4	6
Suède	26	98	97	97	97	95	97	97	83	97	-	-	-	-	-	-
Suisse	-	98	96	96	97	93	72	96	-	86	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	60	51	51	45	50	51	51	-	-	95	89	46	52	43 x	61 x
Tadjikistan	98	98	97	97	98	97	97	97	95	-	-	69	62	44	1 x	2 x
Tchad	60	69	52	52	47	-	52	52	-	-	78	26	20	23	36	77
Tchéquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	80	73	76	-	-
Timor-Leste	88	87	86	86	79	78	86	86	-	-	83	70	70	58	55	64
Togo	96	87	82	80	69	46	82	82	78	82	83	39	14	54	61	71
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	82	-	-
Trinité-et-Tobago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74 x	45 x	-	-	-
Tunisie	85	92	92	92	93	92	92	92	-	82	97	98	40	74	-	-
Turkménistan	98	99	98	98	98	99	99	99	95	23	-	51 x	47	59	-	-
Turquie	96	99	98	98	95	93	98	98	-	95	95	45 x	-	-	-	-
Tuvalu	99	99	95	90	93	85	93	93	-	-	-	-	44 x	79 x	-	-
Ukraine	93	93	81	84	85	82	81	85	-	-	-	92 x	59 x	-	-	-
Uruguay	99	98	92	91	95	91	92	92	-	94	-	91 x	-	-	-	-
Vanuatu	77	84	78	76	78	-	78	78	-	-	78	72 x	48 x	57 x	51 x	83 x
Venezuela (République Bolivarienne du)	82	73	54	62	76	28	54	54	-	-	67	72 x	38 x	-	-	-

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions															
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%)											2015-2020 ^a				
	2020 ^d											Pneumonie	Diarrhée	Paludisme		
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^f	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^g	Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	Traitement par sels de réhydratation orale (SRO) (%)	Consultations pour des enfants fiévreux (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
Viet Nam	95	96	94	80	97	93	94	94	-	-	96	81 x	51 x	-	9 x	10 x
Yémen	71	83	72	66	68	46	72	72	73	72	70	34 x	25 x	33 x	-	-
Zambie	85	88	84	83	96	66	84	84	87	85	85	75	67	77	52	78
Zimbabwe	88	93	86	86	85	74	86	86	88	86	87	48	33	50	15	37
DONNÉES CONSOLIDÉES																
Asie de l'Est et Pacifique	93	94	92	91	92	87	92	36	3	16	89 ^h	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	94	97	94	94	94	91	91	78	29	79	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	97	96	94	95	94	93	94	65	20	75	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	68	98	95	94	94	88	88	94	41	84	-	-	-	-	-	-
Amérique Latine et Caraïbes	68	85	77	76	83	64	78	77	69	73	93	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	93	93	88	88	87	87	88	88	30	36	87	-	-	-	-	-
Amérique du Nord	-	97	93	92	91	94	90	90	76	82	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	88	87	84	85	88	80	84	84	72	40	89	74	50	73	4	2
Afrique Subsaharienne	78	78	72	71	68	35	72	72	55	67	81	46	37	60	54	68
Afrique de l'Est et australe	80	83	78	77	75	50	78	78	75	73	85	51	41	59	51	68
Afrique de l'Ouest et centrale	76	74	65	65	62	21	66	66	36	62	77	41	33	61	56	67
Pays les moins avancés	81	82	76	75	73	47	76	76	56	71	85	49	42	57	50	64
Monde	85	87	83	83	84	70	83	70	46	49	86^h	62	44	68	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications/>. Les données ventilées par sexe pour les indicateurs relatifs à la santé de l'enfant sont disponibles à l'adresse <<https://data.unicef.org/topic/child-health/>>. Les indicateurs sont disponibles à l'adresse <<https://data.unicef.org/topic/child-health/>>. Les indicateurs sont disponibles à l'adresse <<https://data.unicef.org/topic/child-health/>>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

BCG – Pourcentage de nourrissons nés vivants à qui on a administré le bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose).

DTP1 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré la première dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

DTP3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

Polio3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre la poliomyélite.

MCV1 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré la première dose de vaccin contre la rougeole.

MCV2 – Pourcentage d'enfants à qui on a administré la deuxième dose de vaccin contre la rougeole conformément au calendrier national.

HepB3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre l'hépatite B.

Hib3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre le *Haemophilus influenzae* de type b.

Rota – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré la dernière dose de vaccin contre le rotavirus, conformément aux recommandations.

PCV3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin conjugué contre le pneumocoque.

Protection à la naissance – Pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos par l'anatoxine tétanique.

Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie (toux, respiration rapide ou difficile due à un problème dans la poitrine) dans les deux semaines précédant l'enquête et pour lesquels on a demandé un conseil ou un traitement auprès d'un centre de santé ou d'un soignant.

Traitement de la diarrhée par des sels de réhydratation orale (SRO) – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête à qui l'on a administré des sels de réhydratation orale (sachets de sels de réhydratation orale, ou SRO liquides pré-conditionnés).

Consultations pour des enfants fiévreux – Pourcentage d'enfants fiévreux âgés de moins de 5 ans pour lesquels il a été demandé des conseils ou un traitement auprès d'un centre de santé ou d'un soignant. Sont exclus les fournisseurs de médicaments, les magasins et les guérisseurs traditionnels. Dans certains pays, en particulier ceux où le paludisme n'est pas endémique, les pharmacies ont également été exclues du calcul.

Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit qui a précédé l'enquête.

Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide – Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Vaccination – Estimations réalisées par l'OMS et l'UNICEF de la couverture vaccinale nationale, révision de 2020. Dernière mise à jour : juillet 2021.

Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Traitement de la diarrhée par des sels de réhydratation orale (SRO) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Consultations pour des enfants fiévreux – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs du paludisme et autres enquêtes

nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs du paludisme et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs du paludisme et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

NOTES

– Données non disponibles.

h À l'exclusion de la Chine.

J Pour le calcul des agrégats régionaux, la couverture des pays n'ayant pas inclus le vaccin dans leur calendrier national ou n'ayant pas transmis de données sur la couverture est considérée comme nulle, à l'exception du BCG qui n'est recommandé que dans les pays où l'environnement caractérisés par une forte incidence de la tuberculose ou une charge de morbidité liée à la lèpre élevée. Les estimations des *Perspectives de la population mondiale (Révision de 2019)* en ce qui concerne les populations cibles ont été utilisées dans le calcul des agrégats régionaux et mondiaux.

F En général, il est recommandé d'administrer la deuxième dose de vaccin contre la rougeole (MCV2) au cours de la deuxième année de vie. Toutefois, dans de nombreux pays, cette dose est programmée plus tard. Les estimations des *Perspectives de la population mondiale (Révision de 2019)* en ce qui concerne

les populations cibles dans leur deuxième année de vie ont été utilisées dans le calcul des agrégats régionaux et mondiaux.

G L'OMS et l'UNICEF appliquent un processus complexe qui utilise des données administratives, des enquêtes (de routine et supplémentaires), des enquêtes sérologiques et des informations sur d'autres vaccins pour calculer le pourcentage de naissances que l'on peut considérer comme protégées contre le tétanos parce que les femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique.

R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Pays et zones	Taux de mortalité des adolescents 2019	Décès d'adolescents 2019	Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents (2000-2019)	Taux de natalité chez les adolescents 2015-2020 ^R	Naissances à l'âge de 18 ans (%) 2015-2020 ^R	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2015-2020 ^R	Soins prénatals (%) 2015-2020 ^R	Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2015-2020 ^R	Filles vaccinées contre le PVH (%) 2020	Facteurs de risque (%)					
	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	(femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans)	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans		Consommation d'alcool 2016		Consommation de tabac 2015-2019 ^R		Activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés (âgés de 11 à 17 ans) 2016	
	Total	Total	Total	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme		Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
Afghanistan	15	14 329	-0,9	62	20	21	19	58	-	1	0	10 x	6 x	88	88
Afrique du Sud	11	10 655	1,3	41	15 x	-	77	97	-	27	11	24 x	19 x	-	-
Albanie	3	105	3,3	14	3	6	72	100	-	51	24	15	7	68	81
Algérie	4	2 751	2,2	12	1	68 x	69	97	-	2	1	17 x	3 x	76	91
Allemagne	2	1 236	3,4	7	-	-	-	-	-	82	58	-	-	80	88
Andorre	2	1	3,4	3	-	-	-	-	77	77	51	-	-	-	-
Angola	19	13 944	3,6	163 x	38	15	56	50	-	46	21	-	-	-	-
Anguilla	-	-	-	40 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	3	5	3,0	28	-	-	-	-	-	48	22	8	7	74	85
Arabie Saoudite	6	2 846	1,3	9 x	-	-	-	-	-	3	2	21 x	9 x	-	-
Argentine	4	3 152	1,1	50	12 x	-	85 x	-	45	68	40	19	21	80	90
Arménie	3	104	-0,2	19	1	7 x	93	100	-	24	9	11 x	4 x	73	83
Australie	2	576	3,0	9	-	-	-	-	66	81	57	-	-	87	91
Autriche	2	148	3,8	6	-	-	-	-	-	80	56	-	-	71	85
Azerbaïdjan	4	524	1,9	48	4 x	13 x	40 x	99 x	-	18	7	13	3	-	-
Bahamas	6	40	0,5	29 x	-	-	-	-	-	41	18	16 x	8 x	81	88
Bahreïn	3	49	2,0	13	-	-	-	-	-	5	2	27	10	75	87
Bangladesh	10	30 330	-0,2	74	24	71	35	62	-	2	1	13 x	2 x	63	69
Barbade	3	13	1,8	50 x	7 x	56 x	-	-	7	50	24	17 x	11 x	77	87
Bélarus	2	189	5,1	12	3 x	66 x	95 x	100 x	-	66	49	10	10	-	-
Belgique	1	188	4,3	6	-	-	-	-	-	79	53	-	-	79	88
Belize	5	44	2,2	58	17	47	92	97	11	38	16	17 x	8 x	76	84
Bénin	18	4 910	0,6	108	19	13	47	78	-	22	8	7	2	71	81
Bhoutan	10	142	1,8	59 x	15 x	52 x	66 x	40 x	81	24	9	31	14	83	85
Bolivie (État plurinational de)	6	1 472	3,2	71	20 x	34 x	81	90	24	43	19	14	8	82	89
Bosnie-Herzégovine	2	82	1,1	10	-	-	-	100 x	-	47	22	18 x	13 x	-	-
Botswana	6	280	4,3	52	-	-	-	-	-	28	11	27 x	21 x	86	89
Bésil	7	23 252	0,1	49	-	-	-	-	72	37	16	7	7	78	89
Brunéï Darussalam	2	16	4,2	10	-	-	-	-	86	30	19	16 x	6 x	81	94
Bulgarie	3	212	1,6	39	5 x	-	-	-	2	68	40	27	30	67	80
Burkina Faso	12	6 081	3,2	132	28 x	41	52	83	-	35	13	-	-	-	-
Burundi	18	4 796	5,7	58	13	55	52	91	-	28	11	21 x	17 x	-	-
Cabo Verde	3	33	3,1	12	22 x	68 x	-	87 x	-	30	12	15 x	12 x	-	-
Cambodge	5	1 601	5,1	30 x	7 x	46 x	71 x	91 x	-	28	11	3	2	90	93
Cameroun	21	12 302	0,7	122	28	24	58	67	-	38	15	14 x	6 x	-	-
Canada	2	899	2,0	7	-	-	-	-	87	65	37	12	8	70	82
Chili	3	725	1,3	23	-	-	-	-	74	68	40	20 x	28 x	84	91
Chine	2	38 427	4,1	9	-	-	-	-	-	53	28	11 x	2 x	80	89
Chypre	2	23	5,2	8	-	-	-	-	-	69	41	29 x	11 x	-	-
Colombie	6	4 937	3,0	58	20	72	86	99	34	35	15	21	20	81	87
Comores	6	109	3,7	70 x	17 x	20 x	38 x	82 x	-	3	1	16	8	-	-
Congo	9	1 107	4,3	111 x	26	28	77	92	-	50	24	28 x	20 x	-	-
Costa Rica	4	284	0,6	41	13	78	92	98	77	33	14	10 x	8 x	76	88
Côte d'Ivoire	22	13 003	0,5	123	25	18	47	76	13	36	14	26 x	11 x	-	-
Croatie	2	79	3,3	9	-	-	-	-	-	61	33	19	16	70	84
Cuba	3	397	1,8	53	10	76	76	100	-	44	20	13	10	-	-
Danemark	1	88	4,2	2	-	-	-	-	70	77	51	-	-	82	87
Djibouti	16	287	2,1	21 x	-	-	-	-	-	16	6	18 x	11 x	81	89
Dominique	4	4	1,4	47 x	-	-	-	-	64	43	19	30 x	20 x	82	86
Égypte	6	9 937	1,1	52	7 x	64 x	87 x	93 x	-	2	1	18 x	8 x	82	93
El Salvador	14	1 661	-2,2	70	18 x	70 x	90 x	99 x	-	27	11	15	11	83	90
Émirats Arabes Unis	3	273	1,0	4	-	-	-	-	29	11	4	18	8	78	87
Équateur	6	1 771	1,9	64	-	-	-	-	36	44	20	15	11	83	90
Érythrée	12	966	3,0	76 x	19 x	6 x	40 x	30 x	-	17	6	8 x	5 x	-	-
Espagne	1	590	4,6	6	-	-	-	-	79	70	42	-	-	70	84
Estonie	3	32	4,2	10	-	-	-	-	55	75	49	34 x	28 x	81	88
Eswatini	13	356	0,5	87 x	17 x	34 x	68 x	89 x	-	25	10	16 x	9 x	-	-
État de Palestine	5	574	1,4	43	22 x	37	96 x	100 x	-	-	-	-	-	-	-
États-Unis d'Amérique	3	14 506	1,4	17	-	82	-	-	49	73	46	8	6	64	80
Éthiopie	13	33 785	5,4	80 x	21	61	36	55	76	20	7	-	-	-	-
Fédération de Russie	4	5 686	4,7	22	-	-	-	-	-	45	34	17	13	81	88
Fidji	6	100	2,1	23	-	-	-	-	-	14	5	12	7	81	86
Finlande	2	133	1,7	4	-	-	-	-	-	75	48	24 x	18 x	69	82
France	2	1 215	3,7	9	-	-	-	-	-	78	52	-	-	82	92
Gabon	14	576	1,8	91 x	28 x	24 x	76 x	91 x	-	66	38	9 x	9 x	-	-
Gambie	13	677	2,7	68	19 x	15	76	86	-	23	9	18	5	-	-

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Pays et zones	Taux de mortalité des adolescents 2019	Décès d'adolescents 2019	Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents (2000-2019)	Taux de natalité chez les adolescents 2015-2020 ^R	Naissances à l'âge de 18 ans (%) 2015-2020 ^R	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2015-2020 ^R	Soins prénatals (%) 2015-2020 ^R	Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2015-2020 ^R	Filles vaccinées contre le PVH (%) 2020	Facteurs de risque (%)					
	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	(femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans)	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans		Consommation d'alcool 2016	Consommation de tabac 2015-2019 ^R		Activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés (âgés de 11 à 17 ans) 2016		
	Total	Total	Total	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme		Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
Géorgie	4	185	-0,8	29	6	27	-	100 x	22	33	13	21	10	-	-
Ghana	12	7 834	1,7	78	18	29	78	75	-	22	8	9	8	87	88
Grèce	2	172	3,7	9	-	-	-	-	-	67	39	16 x	13 x	80	89
Grenade	5	7	0,6	36 x	-	-	-	-	32	47	22	13	7	82	87
Guatemala	8	3 253	0,9	77	20	50	85	70	-	24	9	20	14	84	89
Guinée	19	6 018	2,0	120	39	33	36	59	-	18	7	31 x	20 x	-	-
Guinée-Bissau	14	596	2,4	84	27	24	81	62	-	25	10	-	-	-	-
Guinée Équatoriale	17	443	2,2	176 x	42 x	20 x	-	70 x	-	73	46	25 x	17 x	-	-
Guyana	9	130	-0,4	74 x	16 x	17 x	86 x	94 x	15	37	15	19	10	82	86
Haiti	11	2 647	2,9	55	14	31	55	37	-	32	13	20 x	19 x	-	-
Honduras	7	1 356	1,3	89 x	22 x	67 x	87 x	87 x	47	26	10	10	6	80	88
Hongrie	2	191	2,5	22	-	-	-	-	-	68	40	25	25	73	86
Îles Cook	7	2	2,2	42	-	-	-	-	-	49	23	30	14	78	88
Îles Marshall	8	12	0,8	85 x	21 x	40 x	-	94 x	-	-	-	37	21	-	-
Îles Salomon	6	90	1,3	78 x	15	13	-	88	22	11	4	30 x	24 x	82	85
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	27 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	7	168 482	4,0	12	9	27	30 x	84	-	35	14	19 x	8 x	72	76
Indonésie	7	31 159	1,9	36	7	82	65	87	7	19	7	23	2	85	87
Iran (République islamique d')	6	7 289	1,2	31	5 x	-	-	-	-	3	1	13	8	-	-
Iraq	6	5 151	0,8	70	14	44	76	97	-	2	1	19 x	9 x	80	90
Irlande	1	74	6,0	6	-	-	-	-	77	83	60	-	-	64	81
Islande	2	7	3,1	5	-	-	-	-	-	73	45	-	-	75	85
Israël	2	228	2,6	8	-	-	-	-	55	55	27	-	-	80	90
Italie	2	891	3,2	4	-	-	-	-	27	65	36	18	25	86	91
Jamaïque	5	247	1,3	52	15 x	-	85 x	97 x	3	32	13	16	15	-	-
Japon	1	1 517	2,7	3	-	-	-	-	1	59	31	-	-	-	-
Jordanie	4	841	1,9	27	5	31	93	100	-	2	1	34 x	14 x	81	88
Kazakhstan	4	1 075	3,2	23	2	64	98	99	-	37	16	4 x	2 x	-	-
Kenya	11	13 457	2,3	96 x	23 x	55	49 x	65 x	16	20	7	13 x	7 x	85	89
Kirghizistan	4	456	1,7	38	3	29	82	100	-	22	8	12 x	5 x	-	-
Kiribati	11	24	1,0	51	8	30	66	96	-	10	3	38 x	22 x	79	86
Koweït	3	146	1,7	5	-	-	-	-	-	0	0	24	10	79	90
Lesotho	14	599	2,1	91	14 x	60	71	90	-	15	5	26 x	22 x	-	-
Lettonie	3	55	3,4	12	-	-	-	-	57	78	52	25 x	24 x	76	84
Liban	3	381	2,4	12	-	-	-	-	-	5	2	35	28	76	88
Libéria	26	2 924	-0,8	128	34	16	86	84	18	27	10	9	11	-	-
Libya	7	765	-0,5	11 x	-	-	-	-	-	0	0	11 x	5 x	78	89
Liechtenstein	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	3	76	3,4	11	-	-	-	-	68	82	59	24	21	76	85
Luxembourg	1	7	5,2	5	-	-	-	-	-	93	80	-	-	73	85
Macédoine du Nord	2	49	2,8	15	4	-	-	100 x	-	53	26	10	12	74	84
Madagascar	18	11 276	1,3	151	36	51	45	42	-	18	6	17	7	-	-
Malaisie	4	2 347	1,5	9	-	-	94	98	84	26	10	30	4	81	91
Malawi	11	5 221	4,9	138	31	62	46	92	77	21	8	17 x	11 x	-	-
Maldives	3	21	1,5	9	1	10	87	99	68	6	2	16 x	7 x	78	86
Mali	18	8 882	1,6	164	37	31	42	71	-	19	7	23 x	9 x	-	-
Malte	2	7	2,4	12	-	-	-	-	85	64	36	-	-	77	86
Maroc	5	2 705	2,4	19	8 x	75	30 x	70 x	-	2	1	7	4	85	90
Maurice	4	74	0,5	23	-	-	-	-	74	28	11	23	14	76	88
Mauritanie	12	1 152	1,7	84 x	22	16 x	56	67	-	1	0	20	19	83	91
Mexique	6	13 036	-0,3	62	21	64	94	99	24	40	17	22 x	18 x	79	88
Micronésie (États fédérés de)	8	18	1,8	44 x	-	-	-	-	37	13	4	52 x	36 x	-	-
Monaco	2	0	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	6	258	1,6	31	4	53	90	100	-	29	12	20 x	8 x	74	83
Monténégro	2	13	3,5	10	3	-	-	-	-	54	27	12	8	-	-
Montserrat	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	17	12 413	3,1	180	40 x	34	55	75	-	18	7	5	6	83	91
Myanmar	6	5 560	6,0	28	5	73	47	61	-	24	9	26	4	84	90
Namibie	13	644	1,7	64	15 x	47 x	58 x	88 x	-	27	10	14 x	9 x	86	88
Nauru	8	2	0,9	94	22 x	-	-	91 x	-	19	7	26 x	27 x	84	90
Népal	7	4 226	2,7	63	14	30	80	81	-	25	9	10	5	82	85
Nicaragua	6	733	2,0	103	28 x	87 x	68 x	75 x	-	29	11	21 x	15 x	-	-
Niger	25	14 566	1,6	154	48 x	28	32 x	36 x	-	17	6	12 x	6 x	-	-
Nigéria	16	76 347	1,8	106	28	15	47	31	-	52	22	-	-	-	-
Nioué	7	0	0,1	20 x	-	-	-	-	-	30	12	26 x	19 x	86	88

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Pays et zones	Taux de mortalité des adolescents 2019	Décès d'adolescents 2019	Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents (2000-2019)	Taux de natalité chez les adolescents 2015-2020 ^R	Naissances à l'âge de 18 ans (%) 2015-2020 ^R	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2015-2020 ^R	Soins prénatals (%) 2015-2020 ^R	Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2015-2020 ^R	Filles vaccinées contre le PVH (%) 2020	Facteurs de risque (%)					
	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	(femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans)	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans		Consommation d'alcool 2016		Consommation de tabac 2015-2019 ^R		Activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés (âgés de 11 à 17 ans) 2016	
	Total	Total	Total	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme		Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
Norvège	2	104	3,7	3	-	-	-	-	90	81	57	-	-	79	89
Nouvelle-Zélande	2	145	3,5	13	-	-	-	-	67	76	51	19 x	22 x	85	93
Oman	4	196	0,9	8	2 x	17 x	-	99 x	-	5	2	9	4	78	90
Ouganda	19	20 057	1,7	111	28	46	59	80	30	34	14	12	9	84	87
Ouzbékistan	6	2 969	1,0	19	2 x	-	-	99 x	100	17	6	14 x	14 x	-	-
Pakistan	10	43 799	0,8	54	7	23	44	70	-	1	0	13 x	7 x	85	89
Palaos	8	1	1,2	34	-	-	-	-	-	-	-	48	37	76	82
Panama	5	355	1,1	74	-	72	84 x	99	44	45	21	8	7	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10	1 909	1,4	68	14 x	33	54	61	-	11	4	40	28	-	-
Paraguay	6	837	1,5	72	-	83	92	97	31	33	13	7 x	7 x	79	88
Pays-Bas	1	284	3,0	3	-	-	-	-	-	74	47	-	-	77	84
Pérou	4	1 939	3,8	44	16	63	93	90	-	51	25	11 x	8 x	83	87
Philippines	5	11 286	1,2	36	11	47	80	86	5	30	12	22	10	93	94
Pologne	2	843	2,4	10	-	-	-	-	-	69	41	26	20	74	84
Portugal	1	154	5,7	7	-	-	-	-	-	72	44	16 x	17 x	78	91
Qatar	2	55	3,8	7	-	-	-	-	-	32	13	16	9	86	91
République Arabe Syrienne	12	4 104	-3,7	22 x	9 x	31 x	-	97 x	-	2	0	32 x	17 x	84	91
République Centrafricaine	16	1 998	2,4	229 x	43	14	45	43	-	35	14	-	-	-	-
République de Corée	1	748	4,3	1	-	-	-	-	-	64	36	9 x	4 x	91	97
République démocratique du Congo	28	55 146	0,3	109	25	19	46	87	-	34	14	-	-	-	-
République Démocratique Populaire Lao	9	1 370	4,9	83	18	60	52	56	-	37	16	16	6	78	91
République de Moldova	5	189	1,0	21	4 x	52 x	96 x	100 x	40	67	39	15 x	6 x	73	78
République Dominicaine	6	1 090	2,7	54	21 x	67 x	91 x	99 x	7	40	18	8	6	-	-
République Populaire Démocratique de Corée	6	2 164	3,8	1	-	-	-	-	-	38	17	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	10	13 759	3,1	139	22	35	48	68	58	34	14	7	2	78	86
Roumanie	3	607	3,6	36	-	-	-	-	-	69	41	16	13	73	87
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	2	1 276	2,6	12	-	-	-	-	64	75	49	-	-	75	85
Rwanda	10	2 936	7,8	41	6	84	44	98	68	32	13	13 x	10 x	-	-
Sainte-Lucie	6	14	-0,2	25	-	53 x	-	-	-	48	23	12	8	83	86
Saint-Kitts-et-Nevis	8	6	-0,1	46 x	-	-	-	-	-	54	27	10 x	8 x	78	86
Saint-Marin	1	0	4,6	1	-	-	-	-	50	-	-	7	7	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	9	16	-3,0	52	-	-	-	-	12	44	20	10	9	83	89
Samoa	5	22	1,0	39 x	7	11 x	-	87 x	-	13	5	23	8	87	87
Sao Tomé-et-Principe	9	47	2,3	86	22	54	81 x	98	-	30	12	31 x	23 x	-	-
Sénégal	15	5 386	2,2	68	16	25	51	77	31	18	7	15 x	6 x	85	92
Serbie	2	212	3,4	12	3	21 x	95 x	98 x	-	61	33	17	16	-	-
Seychelles	7	9	-1,7	68	-	-	-	-	24	52	26	27	16	79	87
Sierra Leone	33	5 872	0,7	102	31	34	82	90	-	27	11	15	10	-	-
Singapour	1	71	3,2	2	-	-	-	-	-	71	43	11 x	8 x	70	83
Slovaquie	2	128	1,8	26	-	-	-	-	-	70	42	24	23	66	78
Slovénie	2	32	3,9	4	-	-	-	-	59	73	46	14	12	75	86
Somalie	26	9 762	1,4	118	27	1	4 x	31	-	1	0	-	-	-	-
Soudan	14	13 073	2,6	87 x	22 x	19 x	49 x	77 x	-	2	1	15 x	7 x	90	91
Soudan du Sud	23	5 694	2,3	158 x	28 x	4 x	21 x	25 x	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	2	828	6,0	21	3	58	-	99	51	26	10	13	3	82	89
Suède	2	174	1,8	4	-	-	-	-	82	75	48	-	-	82	87
Suisse	1	125	3,3	2	-	-	-	-	63	83	60	-	-	83	89
Suriname	5	50	1,7	54	-	28	66	99	4	39	17	17	7	78	85
Tadjikistan	2	416	4,5	54	1	18	67	96	-	17	6	5 x	3 x	-	-
Tchad	26	10 167	1,3	179 x	51	11	33	27	-	19	7	21 x	14 x	-	-
Tchéquie	2	197	2,7	11	-	-	-	-	-	77	51	21	21	73	82
Thaïlande	9	7 576	0,4	23	9	80	81	98	-	38	16	22	8	70	85
Timor-Leste	18	565	-1,0	42	7	22	74	58	-	19	7	32	14	86	93
Togo	13	2 440	2,3	79	17	25	47	64	-	22	8	11 x	4 x	-	-
Tokélaou	-	-	-	30 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	4	9	1,9	30	3	-	90	100	-	12	4	28	8	87	85
Trinité-et-Tobago	5	90	1,1	32 x	6 x	61 x	81 x	99 x	-	58	30	17	11	79	86
Tunisie	5	761	0,5	7	1	-	-	-	-	4	1	19	5	75	88
Turkménistan	6	618	1,5	22	1	11	96	100	99	26	10	0	0	-	-
Turquie	3	4 113	5,1	19	5	40	83 x	99	-	6	2	23	12	77	86
Tuvalu	7	2	1,6	27	3 x	-	-	100 x	-	12	4	30	14	85	89
Ukraine	3	1 370	3,4	18	4 x	59 x	87 x	99 x	-	53	37	18	12	71	83

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Pays et zones	Taux de mortalité des adolescents 2019	Décès d'adolescents 2019	Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents (2000-2019)	Taux de natalité chez les adolescents 2015-2020 ^R	Naissances à l'âge de 18 ans (%) 2015-2020 ^R	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2015-2020 ^R	Soins prénatals (%) 2015-2020 ^R	Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2015-2020 ^R	Facteurs de risque (%)							
	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	(femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans)	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans		Fillles vaccinées contre le PVH (%) 2020	Consommation d'alcool 2016		Consommation de tabac 2015-2019 ^R		Activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés (âgés de 11 à 17 ans) 2016	
	Total	Total	Total	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme		Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Uruguay	4	219	0,6	36	-	-	44 x	100 x	25	71	43	13 x	13 x	75	89	
Vanuatu	7	46	0,3	51 x	13 x	-	-	93 x	-	11	4	20	15	86	89	
Venezuela (République Bolivarienne du)	13	6 378	-2,0	95 x	24 x	-	-	-	-	35	14	11 x	7 x	85	93	
Viet Nam	4	5 936	1,7	35	5 x	60 x	55 x	87 x	-	33	13	7 x	1 x	82	91	
Yémen	17	11 209	-2,4	67 x	17 x	23 x	30 x	52 x	-	1	0	24 x	10 x	83	90	
Zambie	13	5 751	3,0	135	31	63	59	84	69	24	9	25 x	26 x	89	89	
Zimbabwe	16	5 595	0,3	108	24	77	71	89	-	15	5	22 x	16 x	85	89	
DONNÉES CONSOLIDÉES																
Asie de l'Est et Pacifique	4	113 559	2,7	20	-	62	-	-	-	44	22	-	-	82	89	
Europe et Asie centrale	3	27 705	3,9	16	-	82	-	-	-	53	34	19	15	77	87	
Europe de l'Est et Asie centrale	4	19 253	3,8	25	-	68	-	-	-	31	19	19	12	77	86	
Europe de l'Ouest	2	8 451	3,5	8	-	86	-	-	-	75	49	-	-	78	87	
Amérique Latine et Caraïbes	7	70 160	0,7	61	-	72	-	-	-	41	18	12	11	80	89	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	7	50 261	0,4	39	-	46	-	-	-	3	1	-	-	81	91	
Amérique du Nord	3	15 405	1,4	16	-	79	-	-	-	72	45	8	6	65	81	
Asie du Sud	8	262 157	3,0	23	11	42	-	79	-	27	11	-	-	73	78	
Afrique Subsaharienne	17	424 005	2,2	99	26	44	50	62	-	29	12	-	-	-	-	
Afrique de l'Est et australe	14	185 498	3,1	88	25	52	51	68	-	23	9	-	-	-	-	
Afrique de l'Ouest et centrale	19	238 507	1,3	110	27	36	49	57	-	37	15	-	-	-	-	
Pays les moins avancés	15	353 431	2,0	91	24	46	46	67	-	19	7	-	-	78	83	
Monde	8	963 254	1,6	41	15	60	-	75	-	36	17	-	-	78	85	

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de mortalité chez les adolescents – Probabilité de décéder entre l'âge de 10 ans et le jour exact du vingtième anniversaire, exprimée pour 1 000 enfants de 10 ans.

Décès d'adolescents – Nombre de décès d'enfants âgés de 10 à 19 ans.

Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents – Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents (TMA) défini de la manière suivante : $TAD=100 \cdot \ln(TMA_{t2}/TMA_{t1}) / (t1-t2)$, où $t1=2000$ et $t2=2019$.

Taux de natalité chez les adolescents – Nombre de naissances pour 1 000 adolescents âgés de 15 à 19 ans.

Naissances avant l'âge de 18 ans – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont eu un enfant avant l'âge de 18 ans. Cet indicateur se réfère aux femmes ayant eu un enfant dans une période de temps récente, généralement deux ans pour les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et cinq ans pour les enquêtes démographiques et de santé (EDS).

Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 19 ans) dont le besoin de planification familiale a été satisfait à l'aide de méthodes modernes.

Soins prénatals (au moins quatre consultations) – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 19 ans) qui ont été examinées au moins quatre fois au cours de leur grossesse par un agent de santé.

Personnel soignant qualifié à la naissance – Pourcentage d'accouchements de mères âgées de 15 à 19 ans supervisés par un agent de santé qualifié (généralement un médecin, un infirmier ou une sage-femme).

Fillles vaccinées contre le PVH (%) – Pourcentage de filles ayant reçu la dernière dose du vaccin contre le papillomavirus humain (PVH) conformément au calendrier national.

Consommation d'alcool – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans qui avaient consommé au moins une boisson alcoolique au cours des 12 derniers mois.

Consommation de tabac – Pourcentage d'adolescents âgés de 13 à 15 ans qui avaient fumé des cigarettes ou utilisé des produits du tabac avec ou sans fumée au cours du mois écoulé.

Activité physique insuffisante – Pourcentage d'adolescents scolarisés âgés de 11 à 17 ans qui ne respectent pas les recommandations de l'OMS de pratiquer au moins une heure d'activité physique modérée à intense chaque jour pour être en bonne santé.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux de mortalité des adolescents – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : septembre 2020.

Décès d'adolescents – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : septembre 2020.

Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : septembre 2020.

Taux de natalité des adolescents – Base de données mondiale des indicateurs de suivi des objectifs de développement durable, 2021. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Naissances avant l'âge de 18 ans – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes – Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2021). World Contraceptive Use 2021 (Utilisation de la contraception dans le monde). New York, Organisation des Nations Unies, basé sur des EDS, des MICS, des

enquêtes sur la santé procréative, d'autres enquêtes nationales et les systèmes d'information sanitaire nationaux. Dernière mise à jour : mai 2021.

Soins prénatals (au moins quatre consultations) (femmes âgées de 15 à 19 ans) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Personnel soignant qualifié à la naissance (femmes âgées de 15 à 19 ans) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : janvier 2021.

Fillles vaccinées contre le PVH – Estimations de l'OMS/UNICEF relatives à la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (PVH), révision de 2020. Dernière mise à jour : juillet 2021.

Consommation d'alcool – Estimations de l'OMS basées sur des enquêtes internationales (Enquêtes sur la santé dans le monde, STEPS, GENACIS et ECAS) et d'autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Consommation de tabac – Observatoire mondial de la santé de l'OMS, basé sur des enquêtes dans les écoles et d'autres enquêtes et recensements nationaux.

Activité physique insuffisante – Principales sources de données provenant de l'enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS), de l'enquête sur les comportements des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) et d'autres enquêtes nationales. Source des données : Rapport de l'OMS sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. Dernière mise à jour : janvier 2021.

NOTES

– Données non disponibles.

R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

TABLEAU 6. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants				Nombre d'enfants vivant avec le VIH			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Afghanistan	0,02	0,02	0,02	0,02	0,47	0,08	0,09	0,08	560	<500	<200	<200
Afrique du Sud	2,14	8,60	15,08	2,42	23,74	42,55	45,02	40,10	310 000	370 000	230 000	140 000
Albanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Algérie	0,03	0,01	0,02	<0,01	0,36	0,01	0,03	<0,01	850	<500	<200	<100
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	0,90	0,89	1,45	0,32	29,81	10,55	10,68	10,42	39 000	24 000	15 000	9 100
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie Saoudite	0,01	0,02	0,01	0,02	0,24	0,02	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Argentine	0,02	0,05	0,04	0,07	0,20	0,04	0,06	0,06	1 200	1 400	660	740
Arménie	0,02	0,05	0,06	0,05	0,46	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Australie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	0,01	0,02	0,02	0,02	0,12	0,07	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bénin	0,35	0,21	0,36	0,06	13,67	8,29	7,66	8,90	8 900	6 800	3 700	3 100
Bhoutan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	0,04	0,03	0,04	0,01	0,82	0,30	0,35	0,25	<500	<500	<500	<200
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	0,83	6,06	10,57	1,73	29,71	41,12	43,49	38,79	7 500	12 000	7 300	4 800
Brésil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunéï Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	0,39	0,06	0,10	0,03	12,53	11,97	11,07	12,83	16 000	15 000	7 400	7 200
Burundi	0,46	0,08	0,15	0,02	12,40	8,56	8,15	8,97	9 700	8 800	4 500	4 300
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	0,04	0,18	0,13	0,23	1,16	0,86	0,81	0,85	2 800	4 300	2 100	2 300
Cameroun	1,10	0,69	1,22	0,17	31,96	16,21	15,92	16,49	35 000	32 000	19 000	14 000
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	0,04	0,03	0,02	0,05	0,97	0,22	0,20	0,24	1 400	1 500	690	830
Comores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	2,59	2,46	4,61	0,36	65,49	18,02	19,58	16,32	11 000	8 000	5 500	2 500
Costa Rica	0,19	0,11	0,16	0,05	2,95	0,28	0,29	0,27	<500	<200	<200	<100
Côte d'Ivoire	0,28	0,24	0,42	0,05	7,22	11,42	10,51	12,36	21 000	27 000	14 000	12 000
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	0,03	0,06	0,10	0,03	0,81	0,23	0,32	0,15	<200	<200	<200	<100
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	0,37	0,06	0,08	0,04	11,33	16,38	16,03	17,77	600	670	<500	<500
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	<0,01	0,02	0,01	0,02	0,14	<0,01	0,01	0,01	<500	<500	<200	<200
El Salvador	0,11	0,04	0,06	0,02	2,74	0,50	0,51	0,33	530	<500	<500	<200
Émirats Arabes Unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	0,07	0,03	0,04	0,02	1,50	0,26	0,26	0,25	930	660	<500	<500
Érythrée	0,10	0,07	0,13	0,01	2,49	2,00	1,81	2,18	710	800	<500	<500
Espagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	2,53	7,42	13,47	1,65	49,76	68,34	75,29	61,43	8 700	11 000	6 800	4 700
État de Palestine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
États-Unis d'Amérique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	0,18	0,13	0,23	0,03	4,81	4,10	4,02	4,20	44 000	47 000	25 000	22 000
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	0,79	0,60	1,13	0,06	32,52	11,45	11,05	11,85	2 900	2 100	1 200	910

TABLEAU 6. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants				Nombre d'enfants vivant avec le VIH			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Gambie	1,02	0,22	0,39	0,05	24,80	9,19	8,70	9,68	2 200	1 300	680	580
Géorgie	0,05	0,10	0,09	0,10	1,11	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Ghana	0,87	0,63	1,16	0,10	25,30	12,31	11,87	12,75	29 000	23 000	14 000	9 200
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	0,14	<0,01	<0,01	<0,01	3,84	1,14	1,22	1,06	2 700	2 000	980	1 000
Guinée	0,44	0,59	1,01	0,18	14,05	7,17	6,75	7,51	9 700	8 100	5 000	3 200
Guinée-Bissau	1,58	0,59	0,90	0,28	44,43	22,52	20,56	24,48	3 500	2 500	1 300	1 200
Guinée Équatoriale	-	-	-	-	93,10	19,95	18,71	20,42	3 500	2 000	1 300	740
Guyana	0,21	0,15	0,22	0,07	5,47	1,21	1,23	1,19	<500	<500	<200	<200
Haïti	0,76	0,50	0,90	0,11	14,56	4,11	4,09	4,14	8 000	7 500	4 400	3 100
Honduras	0,09	0,01	0,01	0,02	2,30	0,80	0,82	0,79	810	990	<500	<500
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indonésie	0,13	0,15	0,12	0,18	3,28	0,42	0,40	0,44	18 000	13 000	5 400	7 400
Iran (République islamique d')	0,01	0,02	0,03	<0,01	0,22	0,03	0,03	0,03	740	570	<500	<500
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	0,41	0,17	0,26	0,07	8,04	0,44	0,45	0,43	520	540	<500	<500
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	0,04	0,10	0,09	0,09	0,85	0,03	0,07	0,07	550	<500	<500	<500
Kenya	0,76	1,02	1,78	0,27	16,30	13,42	13,18	13,60	82 000	99 000	55 000	44 000
Kirghizistan	0,02	0,05	0,05	0,05	0,32	0,09	<0,01	<0,01	<500	<200	<100	<100
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	2,40	5,16	8,99	1,45	59,95	47,16	47,49	46,84	8 700	13 000	7 700	5 500
Lettonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	0,39	0,42	0,69	0,16	9,69	8,33	7,86	8,78	2 800	3 000	1 700	1 300
Libya	0,03	0,02	0,02	0,02	0,50	0,17	0,18	0,17	<500	<200	<100	<100
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	0,14	0,08	0,11	0,04	3,12	0,29	0,29	0,25	2 100	790	530	<500
Malaisie	<0,01	0,08	0,03	0,12	0,07	0,04	0,04	0,04	<500	740	<500	<500
Malawi	0,89	1,47	2,65	0,20	22,73	24,04	23,66	24,44	62 000	74 000	42 000	32 000
Maldives	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	0,58	0,39	0,57	0,21	15,65	7,20	6,90	7,48	14 000	11 000	6 100	5 000
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	0,02	<0,01	<0,01	<0,01	0,39	0,07	0,07	0,06	860	<500	<500	<500
Maurice	0,17	0,40	0,40	0,41	3,42	1,86	1,26	1,21	<100	<200	<100	<100
Mauritanie	-	-	-	-	3,34	1,79	1,81	1,76	650	<500	<500	<200
Mexique	0,02	0,07	0,05	0,10	0,43	0,08	0,07	0,08	2 300	3 200	1 400	1 800
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monténégro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	2,40	5,10	8,64	1,66	49,33	32,92	34,39	31,35	130 000	130 000	82 000	48 000
Myanmar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibie	1,14	2,74	4,56	0,93	27,41	31,86	32,34	31,37	8 400	11 000	6 400	5 000
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	0,03	<0,01	<0,01	<0,01	0,23	0,03	0,03	0,03	1 200	1 000	520	510
Nicaragua	0,02	0,03	0,04	0,02	0,51	0,08	0,16	0,15	<500	<200	<100	<100

TABLEAU 6. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants				Nombre d'enfants vivant avec le VIH			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Niger	0,10	0,01	0,02	<0,01	2,51	1,40	1,25	1,54	3 200	2 400	1 200	1 200
Nigéria	0,65	0,40	0,62	0,19	14,74	5,82	5,73	5,91	130 000	97 000	54 000	43 000
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	0,75	1,22	2,27	0,20	22,04	19,69	20,61	18,79	98 000	100 000	60 000	43 000
Ouzbékistan	0,02	0,04	0,04	0,03	0,32	0,07	0,07	0,07	4 100	1 400	700	680
Pakistan	0,06	0,05	0,04	0,06	1,15	0,05	0,05	0,05	4 900	2 700	1 200	1 500
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	0,04	0,04	0,06	0,02	1,02	0,30	0,30	0,29	<500	<500	<200	<200
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	0,04	0,03	0,03	0,03	0,59	0,19	0,19	0,19	1 300	900	<500	<500
Philippines	0,01	0,26	0,05	0,46	0,19	0,09	0,03	0,15	590	6 600	640	5 900
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	<0,01	0,04	0,03	0,04	0,07	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République Arabe Syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République Centrafricaine	-	-	-	-	23,02	16,96	15,64	18,27	5 800	6 000	3 300	2 700
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	0,46	0,18	0,32	0,04	14,28	6,96	6,85	7,06	71 000	51 000	28 000	23 000
République Démocratique Populaire Lao	0,07	0,13	0,14	0,11	1,52	0,28	0,28	0,27	540	<500	<500	<500
République de Moldova	0,13	0,12	0,13	0,12	2,23	<0,01	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
République Dominicaine	0,12	0,11	0,17	0,05	1,60	0,70	0,72	0,69	1 400	1 300	700	570
République Populaire Démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	1,09	1,41	2,26	0,58	33,27	16,11	16,13	16,09	110 000	110 000	62 000	47 000
Roumanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	0,30	0,42	0,75	0,09	7,48	9,34	8,83	9,79	12 000	17 000	9 000	7 600
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	0,12	0,02	0,03	0,01	3,65	2,57	2,39	2,75	3 900	3 100	1 600	1 500
Serbie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1,73	1,12	1,76	0,49	43,46	15,26	14,32	16,20	11 000	8 700	5 200	3 500
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	0,03	<0,01	0,01	<0,01	1,10	0,83	0,81	0,90	1 000	780	<500	<500
Soudan	0,10	0,05	0,06	0,03	2,63	0,85	0,87	0,83	4 100	2 400	1 300	1 100
Soudan du Sud	1,48	1,08	1,66	0,52	36,38	12,30	12,40	12,20	16 000	11 000	6 300	4 400
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suède	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	0,10	0,10	0,16	0,04	1,99	0,98	<0,01	<0,01	<100	<200	<100	<100
Tadjikistan	0,12	0,04	0,05	0,03	3,31	0,05	<0,01	<0,01	1 100	<500	<200	<100
Tchad	0,35	0,31	0,50	0,11	11,23	8,55	8,04	9,06	11 000	9 300	5 200	4 100
Tchéquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	0,02	0,22	0,13	0,30	1,01	1,24	1,24	1,27	2 400	7 200	3 200	4 000
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	0,99	0,37	0,67	0,08	24,53	12,90	12,36	13,43	9 700	8 700	4 800	4 000
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tunisie	0,01	0,01	0,02	<0,01	0,34	0,06	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100

TABLEAU 6. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants				Nombre d'enfants vivant avec le VIH			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Turkménistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	0,07	0,07	0,08	0,06	1,07	0,22	0,23	0,22	2 900	2 600	1 300	1 300
Uruguay	0,17	0,07	0,10	0,03	2,88	0,22	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République Bolivarienne du)	0,13	0,15	0,18	0,13	3,76	1,14	1,34	0,95	3 300	3 500	1 800	1 700
Viet Nam	0,03	0,03	0,03	0,03	0,27	0,03	0,03	0,03	4 300	3 100	1 500	1 600
Yémen	0,02	<0,01	0,01	<0,01	0,46	0,07	0,06	0,06	510	<500	<200	<200
Zambie	2,50	4,87	8,46	1,38	57,99	30,89	31,97	29,83	82 000	90 000	57 000	33 000
Zimbabwe	2,13	2,02	3,56	0,51	54,46	47,50	46,65	48,34	79 000	81 000	44 000	37 000
DONNÉES CONSOLIDÉES												
Asie de l'Est et Pacifique	0,04	0,08	0,06	0,10	0,81	0,22	0,25	0,20	50 000	58 000	25 000	33 000
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique Latine et Caraïbes	0,07	0,09	0,09	0,08	1,45	0,44	0,46	0,43	36 000	40 000	21 000	19 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,01	0,01	0,01	<0,01	0,22	0,03	0,02	0,02	4 000	2 300	1 200	1 100
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	0,04	0,03	0,03	0,03	0,53	0,14	0,14	0,14	71 000	78 000	37 000	40 000
Afrique Subsaharienne	0,74	1,05	1,79	0,32	18,39	11,75	11,84	11,66	1 530 000	1 540 000	900 000	640 000
Afrique de l'Est et australe	0,91	1,74	2,99	0,51	21,14	15,74	16,11	15,36	1 120 000	1 220 000	720 000	500 000
Afrique de l'Ouest et centrale	0,59	0,37	0,61	0,13	15,77	7,84	7,60	8,07	400 000	330 000	180 000	140 000
Pays les moins avancés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monde	0,23	0,25	0,40	0,11	5,02	2,59	2,68	2,51	1 720 000	1 750 000	1 000 000	750 000

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés – Nombre estimatif de nouvelles infections par le VIH pour 1 000 habitants non infectés exposés à un risque d'infection au VIH.

Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants – Nombre estimatif de décès liés au sida pour 100 000 habitants.

Nombre d'enfants vivant avec le VIH – Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés – Estimations 2021 de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2021.

Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants – Estimations 2021 de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2021.

Nombre d'enfants vivant avec le VIH – Estimations 2021 de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2021.

NOTES

– Données non disponibles.

En raison de l'arrondissement des estimations, l'addition des données ventilées pourrait ne pas correspondre au montant total.

TABLEAU 7. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%)	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%)	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%)		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2020 ^a		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2020 ^a		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2020 ^a	
			Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Afghanistan	9,6	4,8	10,7		4,3	0,6	-	-	-	-
Afrique du Sud	>95	86,8	47,4		-	-	-	-	-	-
Albanie	-	-	-		19,6	35,3	-	-	-	-
Algérie	34,1	22,1	>95		-	7,8	-	-	-	1,0
Allemagne	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Angola	68,1	2,4	15,2		29,4	31,1	-	-	-	-
Anguilla	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-		55,1 x	40,2 x	100,0 x	53,8 x	-	-
Arabie Saoudite	36,5	44,8	44,7		-	-	-	-	-	-
Argentine	>95	81,9	>95		-	35,7	-	-	-	-
Arménie	90,2	78,4	>95		8,9	14,7	-	-	-	-
Australie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	>95	91,5	86,6		2,1 x	3,1 x	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	-	-		-	10,6	-	-	-	-
Barbade	-	-	-		-	65,6	-	-	-	9,7
Bélarus	-	-	-		52,8	50,8	-	-	14,7	15,1
Belgique	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	-		43,5	39,7	68,7	-	7,0	12,9
Bénin	>95	38,4	24,1		14,4	14,1	43,3	38,1	5,6	7,3
Bhoutan	-	-	-		-	21,9 x	-	-	-	3,4 x
Bolivie (État plurinational de)	>95	-	50,8		23,8 x	20,0 x	-	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	-	-	-		41,0	42,3	-	-	0,0	0,0
Botswana	>95	>95	62,0		-	-	-	-	-	-
Brésil	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Brunéï Darussalam	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	88,5	10,0	16,8		30,8 x	29,0 x	-	-	-	-
Burundi	54,7	80,2	31,4		50,2	46,3	-	-	-	-
Cabo Verde	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Cambodge	86,0	77,8	60,0		42,4	32,7	-	-	-	-
Cameroun	63,9	52,6	34,8		32,9	37,2	-	-	-	-
Canada	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Chili	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Colombie	70,2	73,6	54,1		25,9	27,7	-	-	-	-
Comores	-	-	-		20,6	17,8	-	-	-	-
Congo	13,5	<1	13,1		41,9	26,0	54,7	48,9	3,8	7,4
Costa Rica	67,9	28,6	29,3		-	23,2	-	49,3	-	3,3
Côte d'Ivoire	88,8	60,8	48,6		31,5	24,4	72,7	30,4	7,9	16,3
Croatie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Cuba	>95	>95	17,6		46,3	46,9	79,9	74,9	15,0	24,6
Danemark	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Djibouti	43,9	5,1	8,4		-	-	-	-	-	-
Dominique	-	-	-		39,3 x	49,2 x	73,5 x	85,7 x	-	-
Égypte	26,6	19,9	70,6		4,7	2,7	-	-	-	-
El Salvador	43,0	46,5	21,9		25,1	25,1	-	30,9	-	7,5
Émirats Arabes Unis	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Équateur	60,7	19,8	93,3		-	-	-	-	-	-
Érythrée	72,7	36,7	44,6		31,9 x	22,3 x	-	-	-	-
Espagne	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Eswatini	94,8	81,5	>95		44,4	44,5	92,4 x	-	33,0	47,9
État de Palestine	-	-	-		-	2,6	-	-	-	-
États-Unis d'Amérique	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Éthiopie	91,9	40,9	40,0		37,6	24,0	-	-	-	-
Fédération de Russie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Finlande	-	-	-		-	-	-	-	-	-
France	-	-	-		-	-	-	-	-	-

TABLEAU 7. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%)	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%)	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%)		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2020 ^a		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2020 ^a		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2020 ^a	
			Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Gabon	89,7	2,5	21,3		34,8	28,8	-	-	-	-
Gambie	45,6	14,0	26,9		15,0	19,1	40,8	0,0	1,5	3,9
Géorgie	53,1	59,2	44,7		-	-	-	-	-	1,6 x
Ghana	71,6	41,4	33,2		17,0	14,0	50,4	34,8	1,4	6,8
Grèce	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-		66,7 x	58,5 x	80,0 x	92,3 x	-	-
Guatemala	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Guinée	94,1	43,2	24,0		21,6	17,3	-	17,9	-	4,7
Guinée-Bissau	57,2	17,3	33,5		24,5	11,4	53,3	28,7	0,7	4,4
Guinée Équatoriale	31,0	4,5	28,3		-	-	-	-	-	-
Guyana	84,0	85,9	38,3		33,2	47,6	82,6	-	10,1	15,8
Haïti	70,8	44,5	46,0		33,5	36,2	-	-	-	-
Honduras	36,6	45,1	38,1		-	-	-	-	-	-
Hongrie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Inde	-	-	-		28,2	18,5	29,9	35,3	-	-
Indonésie	17,1	3,8	26,6		4,0	12,4	-	-	-	-
Iran (République islamique d')	52,7	23,5	63,7		-	-	-	-	-	-
Iraq	-	-	-		-	5,1	-	-	-	0,7
Irlande	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Jamaïque	64,2	21,3	33,4		33,7	39,1	75,2	55,9	20,0	34,7
Japon	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Jordanie	-	-	-		7,7	1,9	-	-	-	-
Kazakhstan	-	-	56,0		29,5 x	19,6	93,6 x	-	13,8 x	10,9
Kenya	93,9	76,0	84,3		57,7	49,0	-	-	-	-
Kirghizistan	94,4	91,0	>95		-	17,0	-	-	-	10,5
Kiribati	-	-	-		19,2	31,5	26,3	629,1	4,2	0,5
Koweït	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Lesotho	>95	71,2	83,5		26,0	27,8	-	-	43,9	53,6
Lettonie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Liban	-	-	-		21,6	25,9	-	-	-	-
Libéria	81,2	20,1	30,6		-	-	-	-	-	-
Libya	94,0	53,7	48,5		-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Madagascar	17,2	<1	7,4		25,8	19,8	1,8	7,1	1,5	2,5
Malaisie	>95	>95	80,0		-	-	-	-	-	-
Malawi	>95	78,6	73,4		43,1	38,9	49,1	38,3	17,1	47,2
Maldives	-	-	-		21,3	26,9	-	-	-	-
Mali	28,2	13,4	29,2		14,3	13,2	47,0	25,7	1,6	5,0
Malte	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Maroc	53,8	34,9	>95		-	12,2 x	-	-	-	-
Maurice	>95	63,5	47,9		-	-	-	-	-	-
Mauritanie	19,7	8,5	24,5		7,4	7,0	-	-	1,0	2,4
Mexique	76,7	-	71,5		-	27,6	-	36,3	-	6,9
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Mongolie	-	-	-		17,3	17,5	77,8	-	4,6	6,5
Monténégro	-	-	-		35,2	42,3	64,4	-	0,0	0,4
Montserrat	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Mozambique	>95	82,9	64,4		28,0	27,7	-	-	-	-
Myanmar	-	-	-		14,3	13,4	-	-	-	-
Namibie	>95	>95	74,6		61,0	55,9	-	-	14,2	27,6
Nauru	-	-	-		-	-	-	-	-	-

TABLEAU 7. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%)	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%)	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%)		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2020 ^R		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2020 ^R		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2020 ^R	
			Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Népal	39,8	87,0	>95		23,0	26,1	-	-	0,8	2,3
Nicaragua	>95	54,9	57,2		20,3	11,2	-	-	-	-
Niger	36,2	2,9	35,3		-	-	-	-	-	-
Nigéria	43,9	23,4	45,0		28,7	38,1	62,0	42,7	7,3	7,9
Nioué	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Ouganda	>95	66,2	62,8		40,2	40,7	-	-	18,6	34,1
Ouzbékistan	89,4	77,0	80,0		-	-	-	-	-	-
Pakistan	18,5	4,5	43,2		0,2	1,0	-	-	-	-
Palaos	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Panama	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-		21,4	21,3	-	-	-	-
Paraguay	>95	69,0	40,9		-	24,9	-	61,0	-	9,0
Pays-Bas	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Pérou	88,8	22,4	66,1		-	20,8 x	-	-	-	-
Philippines	26,2	6,3	21,0		15,4 x	15,7	-	-	-	-
Pologne	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Portugal	>95	>95	>95		-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-		22,8	9,7	-	-	-	-
République Arabe Syrienne	-	-	-		-	-	-	-	-	-
République Centrafricaine	71,1	29,8	60,8		16,0	12,1	50,5	31,7	2,3	12,4
République de Corée	-	-	-		-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	39,4	10,6	30,6		22,8	18,1	35,3	25,9	5,4	6,0
République Démocratique Populaire Lao	54,1	51,9	56,5		24,6	23,3	57,2	27,4	0,5	1,0
République de Moldova	87,2	89,9	86,3		25,6	35,2	-	-	6,4	9,9
République Dominicaine	73,7	36,6	41,6		39,2	39,0	-	39,7	-	11,3
République Populaire Démocratique de Corée	-	-	-		-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	84,4	55,0	54,1		32,2	32,9	-	-	10,5	23,5
Roumanie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Rwanda	>95	85,5	54,4		59,5	61,6	-	-	-	-
Sainte-Lucie	-	-	-		-	57,7	-	-	-	11,9
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-		55,2 x	54,4 x	53,8 x	50,0 x	-	-
Saint-Marin	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-		27,6	32,4	75,9	63,0	9,9	17,5
Sénégal	74,0	34,9	37,1		25,7	20,3	-	-	-	-
Serbie	-	-	-		43,0 x	52,9 x	62,8 x	-	1,3 x	1,3 x
Seychelles	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	46,3	2,8	10,4		22,2	26,5	8,8	11,5	3,0	7,4
Singapour	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Somalie	33,4	-	15,2		-	-	-	-	-	-
Soudan	3,3	-	31,1		9,8 x	7,7	-	-	-	0,6
Soudan du Sud	44,1	11,0	13,9		-	8,3 x	-	6,1 x	-	3,2 x
Sri Lanka	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Suède	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Suisse	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Suriname	>95	48,0	50,6		-	40,3 x	-	-	-	11,4 x
Tadjikistan	32,7	27,6	82,6		9,4 x	8,5	-	-	-	-
Tchad	87,3	21,9	30,1		25,6	17,0	40,3	39,3	7,4	7,1
Tchéquie	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Thaïlande	>95	>95	75,7		45,5	49,2	-	-	0,8	2,5
Timor-Leste	-	-	-		12,7	5,9	-	-	-	-
Togo	63,7	33,4	46,8		31,7	24,7	33,9	48,6	7,2	14,9
Tokélaou	-	-	-		-	-	-	-	-	-

TABLEAU 7. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%)	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%)	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%)		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2020 ^a		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2020 ^a		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2020 ^a	
			Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Tonga	-	-	-	-	7,6	3,6	0,0	0,0	0,9	0,6
Trinité-et-Tobago	-	-	-	-	-	55,3 x	-	-	-	10,0 x
Tunisie	53,6	19,6	56,0	-	12,2	13,0	-	-	-	0,0
Turkménistan	-	-	-	-	-	18,6	-	-	-	4,8
Turquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	>95	72,9	92,1	-	36,6	42,6	89,8	-	9,9	6,9
Uruguay	91,5	69,9	45,9	-	-	36,4	-	66,8	-	7,2
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République Bolivarienne du)	29,5	6,0	39,2	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	90,5	54,6	>95	-	48,1 x	50,5	-	-	-	3,8
Yémen	3,4	2,6	27,4	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	80,4	64,8	57,6	-	38,6	40,5	-	-	14,9	28,8
Zimbabwe	87,2	75,9	71,8	-	41,4	41,4	61,9	-	26,0	39,0
DONNÉES CONSOLIDÉES										
Asie de l'Est et Pacifique	57,5	43,1	59,2	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique Latine et Caraïbes	85,1	49,5	50,5	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	41,1	24,1	76,6	-	-	-	-	-	-	-
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	56,4	37,1	>95	-	-	-	-	-	-	-
Afrique Subsaharienne	86,6	63,7	51,2	-	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Est et australe	94,9	73,9	56,9	-	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	56,3	26,7	35,6	-	-	-	-	-	-	-
Pays les moins avancés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monde	84,8	62,6	53,8	-	-	-	-	-	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME – Pourcentage du nombre estimatif de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral effectif (hors névirapine à dose unique) pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons – Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant subi un test virologique pour le VIH dans les deux mois suivant leur naissance.

Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral – Pourcentage d'enfants vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral.

Connaissances d'ensemble sur le VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans capables d'identifier correctement les deux façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH, qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive au VIH et qui réfutent les deux idées fausses les plus répandues sur la transmission du VIH.

Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui affirment avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont obtenu les résultats du test le plus récent.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME – Estimations 2021 du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2021.

Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons – Estimations 2021 du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2021.

Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral – Estimations 2021 du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2021.

Connaissances d'ensemble sur le VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans – Enquêtes de population représentatives au niveau national, dont des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes sur les indicateurs du sida et d'autres enquêtes auprès des ménages portant sur la période 2012-2020. Dernière mise à jour : juin 2021.

d'autres enquêtes sur les ménages portant sur la période 2012-2020. Dernière mise à jour : juin 2021.

Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples – Enquêtes de population représentatives au niveau national, dont des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes sur les indicateurs du sida et d'autres enquêtes auprès des ménages portant sur la période 2012-2020. Dernière mise à jour : juin 2021.

Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats – Enquêtes de population représentatives au niveau national, dont des MICS, des EDS, des enquêtes sur les indicateurs du sida et d'autres enquêtes auprès des ménages portant sur la période 2012-2020. Dernière mise à jour : juin 2021.

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 8. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE/SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Poids à la naissance		Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans)				Supplémentation en vitamine A, couverture totale ^a (6 à 59 mois) (%) 2020 ^{m,a}	Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Malnutrition chez les femmes		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2014-2020 ⁿ
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015 ^m	Absence de pesée à la naissance (%) 2014-2020 ^{m,R}	Retard de croissance (%) (2020)	Émaciation (%) (2014-2020) ^{c,R}		Surpoids (%) (2020)		Maigreurs (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (2016)	Anémie chez les 15-49 ans (%) (2019)	
				Modérée et sévère ^{g,m}	Sévère							
			Maigreurs et maigreurs sévères ^a			Surpoids et obésité ^a						
Afghanistan	- z	86	35	2	5 k	4	0 f	17	9	16	43	57
Afrique du Sud	14	12	23	2 w	3 w	13	39 f	5	25	3	31	91
Albanie	5	3	10	1	2	15	-	1	25	2	25	65
Algérie	7	10	9	1	3	13	-	6	31	4	33	89
Allemagne	7	2 x	2	<1 x	<1 mw	4	-	1	26	2	12	-
Andorre	7	14 x	- z	-	-	- z	-	1	36	2	12	-
Angola	15	45	38	1	5	3	- f	8	11	11	45	82
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	9	-	- z	-	-	- z	-	3	27	4	17	-
Arabie Saoudite	- z	-	4	5 x	12 mx	8	-	8	36	2	28	70 xy
Argentine	7	4	8	<1 wx	2	13	-	1	37	1	12	-
Arménie	9	0	9	2	4	11	-	2	19	4	17	99
Australie	7	1	2	<1 x	<1 mx	19	-	1	34	2	9	-
Autriche	7	0	- z	-	-	- z	-	2	26	3	13	-
Azerbaïdjan	7	3 x	16	1 x	3 x	9	-	3	19	3	35	93 x
Bahamas	13	16 x	- z	-	-	- z	-	3	36	3	15	-
Bahreïn	12	2	5 e	-	-	6 e	-	6	35	4	35	-
Bangladesh	28	49	30	2	10	2	97 f	18	9	23	37	76
Barbade	- z	2 x	7	2 x	7 x	11	-	4	28	3	17	37 x
Bélarus	5	0	4	1 x	2 x	7	-	2	23	2	21	-
Belgique	7	4	2	<1 w	<1 lw	5	-	1	24	2	14	-
Belize	9	2	13	1	2	8	-	3	29	3	21	85
Bénin	17	40	31	1	5 k	2	7 f	7	11	9	55	85
Bhoutan	12	28 x	22	2 x	6 x	5	-	16	10	11	39	98 xy
Bolivie (État plurinational de)	7	7	13	1	2	9	31 f	1	28	2	24	86
Bosnie-Herzégovine	3	2 x	9	2 x	2 x	13	-	2	21	3	24	-
Botswana	16	5 x	23	3 x	7 x	11	- f	6	18	7	33	83 x
Bésil	8	3	6	<1 x	2 x	7	-	3	28	4	16	98 x
Brunéï Darussalam	11	4	13	<1 x	3 mx	9	-	6	27	6	17	-
Bulgarie	10	6	6	3 w	6 mw	6	-	2	29	2	24	92 xy
Burkina Faso	13	36 x	26	1	8 k	3	97 f	8	8	13	53	92 x
Burundi	15	20	58	1	5 k	3	92 f	7	10	11	39	89
Cabo Verde	- z	-	10 e	-	-	- z	-	7	12	7	24	92 bx
Cambodge	12	9	30	2	10	2	- f	11	11	14	47	68
Cameroun	12	40	27	2	4	10	14 f	6	13	6	41	91
Canada	6	1 x	- z	-	-	12	-	1	32	2	10	-
Chili	6	4	2	-	<1 m	10	-	1	35	1	9	-
Chine	5	0 x	5	1 x	2 m	8	-	3	29 k	6	16	97 y
Chypre	- z	27	- z	-	-	- z	-	1	33	2	14	-
Colombie	10	18	11	<1	2	6	-	2	24	3	21	-
Comores	24	33 x	23	4 x	11 x	10	23 f	7	12	9	34	82 x
Congo	12	10	18	3	8	5	- f	7	11	11	49	91
Costa Rica	7	2	9	<1	2	8	-	2	32	2	14	-
Côte d'Ivoire	15	27	18	1	6	3	89 f	6	13	8	51	80
Croatie	5	-	- z	-	-	- z	-	1	28	2	21	-
Cuba	5	5	7	1	2	10	-	3	30	5	19	90
Danemark	5	4	- z	-	-	- z	-	1	25	3	12	-
Djibouti	- z	-	34	9 x	21 x	7	- f	6	17	7	32	4 x
Dominique	- z	-	- z	-	-	- z	-	3	33	3	21	-
Égypte	- z	39	22	5	9	18	-	3	37	1	28	93 y
El Salvador	10	7	11	<1	2	7	-	2	30	2	11	-
Émirats Arabes Unis	13	3	- z	-	-	- z	-	5	36	2	24	-
Équateur	11	19	23	1	4	10	-	1	28	1	17	-
Érythrée	- z	65 x	49	4 x	15 x	2	- f,aa	8	11	17	37	86 x
Espagne	8	4	- z	-	-	- z	-	1	34	2	13	-
Estonie	4	0	1	<1	2	6	-	2	21	2	22	-
Eswatini	10	9	23	<1	2	10	- f	4	17 l	5	31	90
État de Palestine	8	2	8	1	1	9	-	-	-	-	-	96
États-Unis d'Amérique	8	2	3	<1	<1	9	-	1	42	2	12	-
Éthiopie	- z	86	35	1	7 k	3	66 f	10	9	15	24	86
Fédération de Russie	6	0	- z	-	-	- z	-	2	21	2	21	-
Fidji	- z	- x	7	2 x	6 mx	5	-	4	34	2	32	-
Finlande	4	6	- z	-	-	- z	-	1	27	2	11	-
France	7	0 x	- z	-	-	- z	-	1	30	3	11	-
Gabon	14	9 x	14	1 x	3 x	7	- f	6	16	7	52	89 x
Gambie	17	17	16	1	5	2	33 f	7	12	10	50	75
Géorgie	6	0	6	<1	1	8	-	3	20	4	28	98 x
Ghana	14	40	14	1	7	3	31 f	6	11	7	35	69
Grèce	9	4	2	<1 wx	1 wx	14	-	1	37	1	15	-
Grenade	- z	-	- z	-	-	- z	-	4	26	4	19	-
Guatemala	11	6	43	<1	1 k	5	-	1	29	2	7	88 x
Guinée	- z	49	29	4	9	6	97 f	7	10	10	48	53
Guinée-Bissau	21	49	28	2	8	3	0 f	7	11	9	48	33
Guinée Équatoriale	- z	30	20	2 x	3 mx	9	5 f	8	11	10	45	57 x

TABLEAU 8. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE/SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Poids à la naissance		Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans)				Supplémentation en vitamine A, couverture totale ^a (6 à 59 mois) 2020 ^{m,a}	Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Malnutrition chez les femmes		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2014-2020 ^R
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015 ^m	Absence de pesée à la naissance (%) 2014-2020 ^{m,R}	Retard de croissance (%) (2020)	Émaciation (%) (2014-2020) ^{c,R}		Surpoids (%) (2020)		Maigreux (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (2016)	Anémie chez les 15-49 ans (%) (2019)	
				Modérée et sévère ^{g,m}	Sévère							
Guyana	16	11	9	2	6	7	-	5	25	5	32	43
Haiti	- z	67	20	1	4	4	18 f	4	28	5	48	8
Honduras	11	17 x	20	<1 x	1 kx	6	-	2	27	3	18	-
Hongrie	9	0	- z	-	-	- z	-	2	28	3	20	-
Îles Cook	3	-	- z	-	-	- z	-	<1	63	<1	27	-
Îles Marshall	- z	10	32	1	4	4	-	<1	59	1	31	-
Îles Salomon	- z	14	29	4	8	4	-	1	23	2	38	88
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	- z	22	31	5	17 m	2	54 f	27	7	24	53	92 y
Indonésie	10	5	32	4	10 m	11	-	10	15	13	31	92 bx
Iran (République islamique d')	- z	-	6	1 x	4 mx	9 e	-	9	26	4	24	94 bx
Iraq	- z	28	12	1	3	9	-	5	32	2	29	68
Irlande	6	4	- z	-	-	- z	-	<1	31	1	12	-
Islande	4	8	- z	-	-	- z	-	1	28	2	10	-
Israël	8	0	- z	-	-	- z	-	1	35	2	13	-
Italie	7	2	- z	-	-	- z	-	1	37	2	14	-
Jamaïque	15	3	8	<1	3	7	-	2	30	3	20	-
Japon	9	5	5	<1 x	2 mx	2	-	2	14	10	19	-
Jordanie	14	5	7	1 x	2 x	7	-	4	31	1	38	88 bx
Kazakhstan	5	1	7	1	3	9	-	2	20	4	29	94
Kenya	11	34	19	1	4	4	82 f	8	11	10	29	95
Kirghizistan	6	0	11	1	2	6	-	3	16	4	36	99
Kiribati	- z	7	15	1	4	2	- f	<1	55	1	33	77
Koweït	10	30	6	1	3 m	7	-	4	42	1	24	-
Lesotho	15	8	32	1	2	7	- f	5	15 l	5	28	85
Lettonie	5	0	- z	-	-	- z	-	2	22	2	22	-
Liban	9	0	10	3 x	7 mx	20	-	5	33	3	28	95 x
Libéria	- z	71	28	1	3	5	- f	7	10	8	43	91 x
Libya	- z	-	44	5	10 m	25	-	6	33	2	30	70 b
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	5	7	- z	-	-	- z	-	3	21	2	20	-
Luxembourg	7	0	- z	-	-	- z	-	1	26	2	10	-
Macédoine du Nord	9	4 x	4	1	3	10	-	2	26	3	19	-
Madagascar	17	60 x	40	1	6 k	1	26 f	7	11	15	38	68 x
Malaisie	11	1	21	4	10	6	-	7	26	7	32	28 xy
Malawi	14	16	37	<1 w	1 w	5	19 f	6	11	9	31	78
Maldives	12	11	14	2	9	5	-	14	17	9	52	97 x
Mali	- z	63	26	2 w	9 kw	2	59 f	8	11	10	59	89
Malte	6	0	- z	-	-	- z	-	1	37	1	14	-
Maroc	17	3	13	1	3	11	-	6	27	3	30	43 x
Maurice	17	6	9 e	-	-	8 e	-	7	15	7	24	-
Mauritanie	- z	64	24	2	11 k	3	0 f	8	13	8	43	25 y
Mexique	8	2	12	<1	1	6	-	2	35	2	15	-
Micronésie (États fédérés de)	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	51	1	25	-
Monaco	5	0	- z	-	-	- z	-	-	-	-	12	-
Mongolie	5	1 x	7	<1	1	10	-	2	18	3	15	75
Monténégro	5	2	8	1	2	10	-	2	25	2	17	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	14	49 x	38	2	4	6	59 f	4	13	10	48	42 x
Myanmar	12	55	25	1 w	7 w	2	- f	13	12	14	42	85 y
Namibie	16	14 x	18	3 x	7 kx	5	- f	8	15	9	25	74 x
Nauru	- z	4 x	15	<1 x	1 mx	4	-	<1	65	<1	30	-
Népal	22	23	30	3	12 k	2	85 f	16	8	17	36	94
Nicaragua	11	8 x	14	1 x	2 x	7	-	2	29	2	16	-
Niger	- z	77 x	47	2	10	2	- f,aa	10	8	13	50	59
Nigéria	- z	75	35	1	6 k	3	0 f	10	8	10	55	93
Nioué	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	59	1	27	-
Norvège	4	3	- z	-	-	- z	-	1	27	2	12	-
Nouvelle-Zélande	6	8	- z	-	-	- z	-	<1	40	2	10	-
Oman	11	0	12	3	9	5	-	7	32	5	29	88
Ouganda	- z	33	28	1	3	4	- f	6	10 l	10	33	91
Ouzbékistan	5	4	10	<1	2	5	-	3	17	4	25	82 x
Pakistan	- z	84	37	2	7	3	0 f	19	10	15	41	69 x
Palaos	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	64	1	29	-
Panama	10	9 x	15	<1 x	1 x	11	-	2	29	3	21	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	- z	49	48	6 x	14 x	9	34 f	1	32	3	34	60 x
Paraguay	8	2	5	<1	1	12	-	2	28	2	23	93 x
Pays-Bas	6	6	2	<1 x	1 x	5	-	1	25	2	13	-
Pérou	9	5	11	<1	<1	8	-	1	27	2	21	91
Philippines	20	16	29	2	6 m	4	29 f	10	13	14	12	57 y
Pologne	6	0	2	<1 wx	1 wx	7	-	2	26	3	- z	-
Portugal	9	0	3	<1 w	1 w	9	-	1	32	2	13	-
Qatar	7	2 x	5 e	-	-	14 e	-	5	39	2	28	99 xy
République Arabe Syrienne	- z	52 x	30	5 x	12 x	18	-	6	28	3	33	72 y
République Centrafricaine	15	37	40	1	5	3	- f	8	11	12	47	76
République de Corée	6	2	2	<1 x	1 mx	9	-	1	27 k	6	14	-

TABLEAU 8. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE/SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Poids à la naissance		Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans)				Supplémentation en vitamine A, couverture totale ^a (6 à 59 mois) (%) 2020 ^{m,a}	Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Malnutrition chez les femmes		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2014-2020 ^R
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015 ^m	Absence de pesée à la naissance (2014-2020) ^{m,R}	Retard de croissance (%) (2020)	Émaciation (%) (2014-2020) ^{c,R}		Surpoids (%) (2020)		Maigreux (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (2016)	Anémie chez les 15-49 ans (%) (2019)	
				Modérée et sévère ^{g,m}	Sévère							
République démocratique du Congo	11	27	41	2	6	4	60 f	9	10	13	42	85
République Démocratique Populaire Lao	17	33	30	3	9	3	54 f	9	14	11	40	94
République de Moldova	5	1 x	5	<1 x	2 x	4	-	3	18	3	26	58 x
République Dominicaine	11	4	6	1 x	2 x	8	-	3	33	3	26	32 x
République Populaire Démocratique de Corée	- z	0	18	1	3 m	2	93 f	5	23	8	34	38
République-Unie de Tanzanie	10	36	32	<1	4 k	5	1 f	7	12	10	39	76
Roumanie	8	2	10	1 x	4 mx	7	-	3	25	2	23	-
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	7	4 x	- z	-	-	- z	-	1	31	2	11	-
Rwanda	8	8	33	<1	1 m	5	- f,aa	6	11 l	8	17	90
Sainte-Lucie	- z	0 x	3	1 x	4 x	7	-	4	23	4	14	75 x
Saint-Kitts-et-Nevis	- z	-	- z	-	-	- z	-	4	28	3	15	-
Saint-Marin	3	2	- z	-	-	- z	-	-	-	-	13	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	- z	-	- z	-	-	- z	-	3	29	4	17	-
Samoa	- z	24	7	1	3 m	7	-	<1	53	1	27	96
Sao Tomé-et-Principe	7	3	12	1	4 k	4	33 f	5	13	8	44	89
Sénégal	18	36	17	1	8 k	2	37 f	9	10	11	53	65
Serbie	5	0	5	1	3	11	-	2	27	3	23	-
Seychelles	12	0 x	7	1 x	4 mx	10	-	6	23	5	25	-
Sierra Leone	14	41	27	1	5	5	32 f	7	11	10	48	82
Singapour	10	17	3	1 x	4 mx	5	-	2	22	8	13	-
Slovaquie	8	2	- z	-	-	- z	-	1	23	3	24	-
Slovénie	6	4 x	- z	-	-	- z	-	1	27	3	22	-
Somalie	- z	96 x	27	4 x	14 x	3	28 f	7	13	9	43	7 x
Soudan	- z	89	34	4	16	3	0 f	-	-	-	37	34
Soudan du Sud	- z	-	31	10 x	23 kx	6	0 f	-	-	-	36	60 x
Sri Lanka	16	3	16	3	15	1	-	15	13	13	35	92
Suède	2	5 x	- z	-	-	- z	-	1	24	2	14	-
Suisse	6	0	- z	-	-	- z	-	<1	22	4	11	-
Suriname	15	16	8	1	6	4	-	4	31	3	21	-
Tadjikistan	6	9	15	2	6	3	99 f	4	15	5	35	91
Tchad	- z	88	35	5	14 k	3	0 f	8	9	13	45	65
Tchéquie	8	0	3	1 x	5 kx	7	-	2	28	2	21	-
Thaïlande	11	1	12	3	8	9	-	8	22	8	24	84
Timor-Leste	- z	47	49	2 x	10 kx	3	65 f	11	13	18	30	83
Togo	16	30	24	1	6	2	91 f	6	10	9	46	81
Tokélaou	-	-	- z	-	-	- z	-	-	-	-	-	-
Tonga	- z	6 x	3	<1	1	13	-	<1	58	<1	29	-
Trinité-et-Tobago	12	19 x	9	2 x	6 x	11	-	6	25	4	18	63 x
Tunisie	7	2	9	1	2	17	-	7	25	3	32	-
Turkménistan	5	1	8	1	4	4	- f	3	18	4	27	>99
Turquie	11	4	- z	1	2	- z	-	5	29	2	- z	85 x
Tuvalu	- z	3 x	10	1 x	3 mx	6	-	<1	58	1	28	-
Ukraine	6	3 x	16	4 x	8 x	17	-	2	21	2	18	36 x
Uruguay	8	6 x	6	<1	1	10	-	2	33	1	15	-
Vanuatu	11	13 x	29	1 x	5 x	5	-	2	31	2	29	63 x
Venezuela (République Bolivarienne du)	9	-	11	-	4 mx	7	-	2	34	2	24	-
Viet Nam	8	6	22	1	6 m	6	-	14	10	18	21	61 x
Yémen	- z	92 x	37	5 x	16 kx	3	6 f	14	20	8	62	49 x
Zambie	12	20	32	2	4	6	98 f	6	13	9	32	88 x
Zimbabwe	13	12	23	<1	3	4	29 f	6	15 l	5	29	84
DONNÉES CONSOLIDÉES												
Asie de l'Est et Pacifique	8	5 v	14	1	4	8	39	6	23	8	19	92
Europe et Asie centrale	7	2	6	-	-	8	-	2	26	2	19	-
Europe de l'Est et Asie centrale	7	2	8	1 q	2 q	9	-	3	23	2	25	-
Europe de l'Ouest	7	3	3	-	-	7	-	1	30	2	13	-
Amérique Latine et Caraïbes	9	7	11	<1	1	7	-	2	30	3	17	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	11	23	16	3	6	12	-	6	31	3	30	-
Amérique du Nord	8	2	3	<1 d	<1 d	9	-	1	41	2	12	-
Asie du Sud	27	37	32	5	15	2	47	25	8	23	49	90
Afrique Subsaharienne	14	51	32	1	6	4	35	7	10	10	41	82
Afrique de l'Est et australe	14	47	32	1	5	5	42	7	11	9	33	82
Afrique de l'Ouest et centrale	14	54	32	2	7	3	29	9	10	10	50	83
Pays les moins avancés	16	50	34	2	7	3	45	10	10	14	39	76
Monde	15	27 v	22	2	7	6	41	11	18	9	30	89

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

TABLEAU 8. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE/SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES**DÉFINITION DES INDICATEURS**

Insuffisance pondérale à la naissance – Pourcentage de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance.

Absence de pesée à la naissance – Pourcentage de naissances pour lesquelles le poids à la naissance ne figure pas dans la source de données. Remarques : i) les estimations provenant des enquêtes sur les ménages portent sur les naissances vivantes pour les femmes âgées de 15 à 49 ans durant la période de référence de l'enquête (par exemple, les deux dernières années) pour lesquelles le poids à la naissance n'est indiqué dans aucun document officiel (par exemple, une carte d'assurance maladie) ou n'a pas pu être obtenu auprès de la personne interrogée au moment de l'entretien et peuvent avoir été recalculées de sorte que les poids de naissance inférieurs à 250 g et supérieurs à 5 500 g soient considérés comme non disponibles et ii) les estimations provenant de sources administratives (par exemple, des systèmes de gestion de l'information dans le domaine de la santé) ont été calculées à l'aide des données du numérateur de la source administrative du pays en question. Les données du dénominateur correspondent au nombre de naissances annuelles selon l'édition 2017 du rapport *Perspectives de la population mondiale* de la Division de la population des Nations Unies. Ces estimations incluent les nouveau-nés qui n'ont pas été pesés et les poids non enregistrés dans le système.

Retard de croissance (enfants d'âge préscolaire) – Modéré et sévère : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Émaciation (enfants d'âge préscolaire) – Modérée et sévère : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Émaciation (enfants d'âge préscolaire) – Sévère : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur à trois écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Surpoids (enfants d'âge préscolaire) – Modéré et sévère : Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts-types au-dessus de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS (inclut le surpoids sévère).

Supplémentation en vitamine A, couverture totale – Pourcentage estimatif d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses de supplément en vitamine A, à 4 ou 6 mois d'intervalle environ, au cours d'une année donnée.

Maigre (enfants d'âge scolaire) – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans ayant un IMC inférieur à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Surpoids (enfants d'âge scolaire) – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans ayant un IMC supérieur à un écart-type au-dessus de la médiane des normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Maigre (femmes de plus de 18 ans) – Pourcentage de femmes âgées de plus de 18 ans ayant un IMC inférieur à 18,5 kg/m².

Anémie (femmes âgées de 15 à 49 ans) – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant une concentration d'hémoglobine inférieure à 120 g/L pour les femmes qui ne sont pas enceintes et pour les femmes allaitantes, et inférieures à 110 g/L pour les femmes enceintes, ajustée en fonction de l'altitude et du tabagisme.

Ménages consommant du sel iodé – Pourcentage de ménages consommant du sel iodé (supérieur à 0 ppm).

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Insuffisance pondérale à la naissance – Estimations modélisées de l'UNICEF et de l'OMS. Dernière mise à jour : mai 2019.

Absence de pesée à la naissance – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales sur les ménages, données obtenues à partir de rapports de routine. Dernière mise à jour : juin 2021.

Retard de croissance, surpoids (enfants d'âge préscolaire) – estimations modélisées de l'UNICEF et de l'OMS. Dernière mise à jour : mai 2021.

Émaciation et émaciation sévère (enfants d'âge préscolaire) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : mai 2021.

Supplémentation en vitamine A – UNICEF. Dernière mise à jour : septembre 2021.

Maigre et surpoids (enfants d'âge scolaire) et insuffisance pondérale (femme de plus de 18 ans) – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017),

« Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », The Lancet, 390(10113), pages 2627 à 2642. Dernière mise à jour : août 2019.

Insuffisance pondérale (femmes de plus de 18 ans) – Observatoire mondial de la santé, OMS. Dernière mise à jour : août 2019.

Anémie (femmes de 15 à 49 ans) – Observatoire mondial de la santé, OMS. Dernière mise à jour : avril 2021.

Consommation de sel iodé – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages et enquêtes au sein des établissements scolaires. Dernière mise à jour : août 2021.

NOTES

- Données non disponibles.
- a La couverture totale en ce qui concerne les suppléments de vitamine A est présentée comme le pourcentage le plus faible de deux points de couverture annuels (c'est-à-dire le point le plus faible entre le premier.
- aa Les résultats des pays n'ayant pas autorisé le partage public de leurs estimations ne figurent pas dans les résultats nationaux de ce tableau, mais sont incluses dans les estimations mondiales et régionales.
- b Impossibilité de confirmer si les valeurs indiquées comprennent les ménages avec une alimentation sans sel ou pas.
- c Les moyennes régionales et mondiales pour le retard de croissance (modéré et sévère) et l'émaciation (sévère) sont estimées grâce à des modélisations statistiques des données issues des estimations communes de l'UNICEF, de l'OMS et du Groupe de la Banque mondiale sur la malnutrition infantile publiées en mai 2021. Pour en savoir plus, consulter l'adresse <data.unicef.org/malnutrition>.
- d En ce qui concerne les estimations relatives à l'émaciation et à l'émaciation sévère, la moyenne régionale pour l'Amérique du Nord se base uniquement sur les données des États-Unis.
- e Le point de données le plus récent du pays (par ex., des enquêtes auprès des ménages) utilisé pour produire les estimations modélisées du retard de croissance et du surpoids est antérieur à l'année 2000 ; à interpréter avec prudence.
- f Identifie les pays désignés comme « prioritaires ». Les pays prioritaires pour les programmes nationaux de supplémentation en vitamine A sont identifiés comme étant ceux présentant de forts taux de mortalité chez les moins de 5 ans (plus de 40 pour 1 000 naissances vivantes) et/ou des données probantes de carence en vitamine A au sein de ce groupe d'âge et/ou démontrant avoir déjà bénéficié de programmes de supplémentation en vitamine A.
- g Les données sur la taille et le poids des enfants collectées grâce aux enquêtes auprès des ménages ont été limitées en 2020 en raison des mesures de distanciation physique requises pour prévenir la propagation de la COVID-19. Seules quatre enquêtes nationales incluses dans la base de données ont été réalisées (au moins partiellement) en 2020. Les estimations conjointes sur la malnutrition se basent donc presque entièrement sur les données recueillies avant 2020 et ne prennent pas en compte les effets de la pandémie de COVID-19.
- k Observation de différences significatives sur le plan statistique entre les genres montrant que les garçons sont plus touchés.
- l Observation de différences significatives sur le plan statistique entre les genres montrant que les filles sont plus touchées.
- m Évaluation des genres impossible.
- p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.
- q Les estimations régionales relatives à l'Asie de l'Est et au Pacifique excluent la Chine, celles relatives à l'Amérique latine et aux Caraïbes excluent le Brésil et celles relatives à l'Europe de l'Est et à l'Asie centrale excluent la Fédération de Russie.
- R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- v Les estimations ventilées concernant l'Asie de l'Est et le Pacifique ainsi que le monde incluent des estimations relatives à la Chine datant de 2013 qui se situent donc en dehors de la période 2014-2020.
- w Catégorie d'âge réduite. Pour la supplémentation en vitamine A, correspond aux pays ayant des programmes nationaux de supplémentation en vitamine A qui ciblent une catégorie d'âge réduite. Le chiffre de couverture est présenté comme étant ciblé.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.
- y Les données diffèrent de la définition standard ; si elles font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- z Les estimations modélisées au niveau national ne sont pas affichées, mais ont été utilisées pour les agrégats régionaux et mondiaux. Pour en savoir plus, veuillez consulter les bases de données disponibles à l'adresse <https://data.unicef.org/topic/nutrition/child-nutrition/>.
- ^ Dans la vaste majorité des pays, aucune différence significative sur le plan statistique n'a été observée entre les genres, si bien que les données ventilées par sexe ne sont pas affichées.
- & Les estimations relatives à la couverture de la supplémentation en vitamine A pour l'année 2020 dans certains pays prioritaires n'étaient pas prêtes au moment de la publication de ce rapport et seront disponibles au cours des mois à venir. Pour obtenir les données les plus récentes, veuillez consulter : <data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>

TABLEAU 9. NUTRITION : ALLAITEMENT ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois)
2014-2020^{a, A}

Pays et zones	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)			Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) (%)
				Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches			
Afghanistan	63 ^m	58 ^m	61	74	80	70	22	18	35	49	15	59
Afrique du Sud	67	32	83	34	47	25	40	38	51	43	19	37
Albanie	57	37	89	43	38	37	52	46	48	45	27	26
Algérie	33	29	88	37	36	43	39	31	52	46	19	26
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	48	37	79 ^k	67	74	53	29	19	45	31	12	36
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie Saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	57 ^m	32 ^x	97 ^x	39 ^x	49 ^x	33 ^x	-	-	-	64 ^x	-	-
Arménie	41	44	90	29	32	24	36	32	42	62	22	22
Australie	-	-	-	20 ^m	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	20 ^{mx}	12 ^{mx}	77 ^x	26 ^x	24 ^x	15 ^x	35 ^x	29 ^x	41 ^x	-	-	38 ^x
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	47	63	75	90	91	86	34	22	48	65	27	45
Barbade	40 ^{mx}	20 ^{mx}	90 ^{mx}	41 ^x	- ^{px}	- ^{px}	-	-	-	58 ^x	-	-
Bélarus	24 ^m	22 ^m	96 ^m	17 ^x	26 ^x	19 ^x	70 ^m	67	71	93	57	3
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	68 ^m	33	79	47	59	37	58	50	70	64 ^x	-	30
Bénin	54	41	56	69	77	52	26	23	26	44	15	54
Bhoutan	77	53	93	77	91	- ^p	16	5	39	63 ^x	-	61
Bolivie (État plurinational de)	63 ^y	56	83	61	74 ^{rx}	53 ^{rx}	70	46 ^{rx}	78 ^{rx}	-	-	16
Bosnie-Herzégovine	42 ^{mx}	18 ^x	76 ^{mx}	12 ^x	16 ^x	10 ^x	-	-	-	71 ^x	-	-
Botswana	53	30	73	15	-	-	-	-	-	-	-	-
Brazil	43 ^{mx}	39 ^{mx}	94 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunéi Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	59	58	61	92	93 ^{rx}	77 ^{rx}	36	4 ^{rx}	13 ^{rx}	65	27	26
Burundi	92 ^m	72 ^m	80 ^m	89	92	84	18	9	39	39	10	9
Cabo Verde	73 ^{mxy}	60 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	63	65	82	58	65	39	40	28	56	72	30	35
Cameroun	48	39	76	43	65	12	20	9	28	44	10	32
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	29 ^{mx}	21 ^{mx}	83 ^{mx}	-	-	-	37 ^x	22 ^x	51 ^x	63 ^x	25 ^x	29 ^x
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	69	37	90 ^l	42	49	36	69	48	74	60	42	15
Comores	34 ^x	11 ^x	80 ^x	65 ^x	68 ^x	69 ^x	22 ^x	19 ^x	23 ^x	28 ^x	5 ^x	52 ^{lx}
Congo	25 ^m	33	84	32	54	20	14	13	16	29	4	51
Costa Rica	53 ^m	25	99	46	47	40	76	75	63	76 ^x	-	10
Côte d'Ivoire	37 ^m	23	65	63	76	36	23	20	35	48	14	44
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	64 ^m	41	94	25	25	35	58	69	50	76	54	22
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	52 ^{mx}	12 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	27	40	75	50	58	43	35	37	36	56	23	45
El Salvador	42 ^m	47	90	67	71	57	73	66	82	87	64	16
Émirats Arabes Unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	72	40 ^{mx}	63	53	-	-	53	-	-	48	29	27
Érythrée	93 ^{mxy}	69 ^{mx}	44 ^{mx}	86 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-
Espagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	48 ^m	64	90	28	29	19	48	36	58	81	37	21
État de Palestine	41	39	90	29	29	28	45	28	54	71	31	28
États-Unis d'Amérique	-	26 ^m	-	12 ^m	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	72	59	69	81	69	77	13	6	20	55	11	69
Fédération de Russie	25 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	57 ^{mxy}	40 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	32 ^x	5 ^x	82 ^x	23 ^x	34 ^x	19 ^x	18 ^x	12 ^x	22 ^x	-	-	52 ^x
Gambie	35	54	76	74	76	68	23	17	27	51	15	57
Géorgie	33 ^m	20	90	25	29	20	53	43	58	65	28	9
Ghana	52	43	79	66	79	58	26	19	48	41	13	43

TABLEAU 9. NUTRITION : ALLAITEMENT ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Pays et zones	Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2014-2020 ^{B A}											
	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)			Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) (%)
				Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches			
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	63	53	80	72	85	48	59	47	72	82	52	27
Guinée	43	33	52	78	84	57	14	7	24	22	4	63
Guinée-Bissau	46 ^m	59	64	75	80	55	8	5	16	35	3	69
Guinée Équatoriale	-	7 ^{mx}	-	31 ^{mx}	47 ^{rx}	34 ^{rx}	-	-	-	39 ^{mxy}	-	-
Guyana	49 ^m	21	81	46	64	25	52	49	65	61	36	17
Haïti	47	40	91	52	59	43	19	12	34	39	11	55
Honduras	64 ^x	31 ^x	86 ^x	59 ^x	76 ^x	42 ^x	61 ^x	49 ^x	70 ^x	85 ^x	55 ^x	36 ^x
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	61	43	64 ^m	36	25	- ^p	34	25	47	50	15	46
Îles Salomon	79 ^m	76 ^m	-	71 ^m	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	57 ^m	58 ^m	53 ^m	80	88	69	16	7	25	39	8	55
Indonésie	58 ^m	51	86	67	74	56	54	39	69	71	40	18
Iran (République islamique d')	69 ^{mx}	53 ^{mx}	76 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	32	26	85	35	47	32	45	42	49	74	34	25
Irlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	65 ^{mx}	24 ^x	64 ^x	38 ^x	39 ^x	29 ^x	-	-	-	37 ^x	-	-
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	67	25	83	26	28	33	35	30	40	52	20	41
Kazakhstan	83 ^m	38	66 ^l	41	40	45	49	40	55	73	37	21
Kenya	62	61	80	75	79	69	36	18	58	50	22	29
Kirghizistan	81	46	91	47	53	36	60	52	66	75	43	14
Kiribati	46	64	90	61	70	53	9	5	13	74	8	51
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	56	59	91	34	55	14	17	11	29	68	10	35
Lettonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	41 ^{mxy}	-	-	14 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	66	55	45	68	73	52	9	4	16	22	3	56
Libya	29 ^m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	10	28	96 ^k	30	37	33	54	36	72	80	43	13
Madagascar	45	51	89	77	75	77	25	9	56	79	21	26
Malaisie	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	76	59	85	84	87	78	23	14	42	29	8	23
Maldives	66	63	97	73	79	- ^p	71	63	71	68	50	15
Mali	59	40	59	79	82 ^r	73 ^r	22	17 ^r	42 ^r	29	8	44
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	43 ^m	35 ^m	84 ^x	35 ^x	45 ^x	19 ^x	-	-	-	-	-	-
Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	68 ^m	40 ^m	74 ^m	70	75	61	28	14	45	37	14	51
Mexique	45	27	89	35	52 ^r	16 ^r	59	58	68	79	48	18
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	70	58 ^m	88	64 ^k	65	51	45 ^m	13 ^r	63 ^r	66	28	45
Monténégro	24 ^m	20	87	25	55	20	66	60	82	76	48	11
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	69 ^{mx}	41 ^{mx}	95 ^{mx}	75 ^x	80 ^x	53 ^x	28 ^x	31 ^x	29 ^x	41 ^x	13 ^x	36 ^x
Myanmar	67	51 ^k	75	78	84	66	21	16	35	57	16	56
Namibie	71 ^x	48 ^x	80 ^x	47 ^x	55 ^x	27 ^x	25 ^x	9 ^x	53 ^x	38 ^x	12 ^x	52 ^x
Nauru	76 ^{mxy}	67 ^{mx}	-	67 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	42	62	86	91	94	84	40	35	54	69	30	38
Nicaragua	54 ^{mxy}	32 ^{mx}	89 ^x	52 ^x	64 ^x	28 ^x	-	-	-	-	-	-
Niger	60	22	80	74	85 ^{rx}	71 ^{rx}	17	4 ^{rx}	22 ^{rx}	71	15	43
Nigéria	42	29	74	61	82	32	23	16	37	41	10	53
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	82 ^m	23 ^m	95 ^m	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	66	65	81	67	77	53	26	20	34	41	15	44

TABLEAU 9. NUTRITION : ALLAITEMENT ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Pays et zones	Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2014-2020 ^{a, A}											
	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)			Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) (%)
				Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches			
Ouzbékistan	86	49	57	63	63	56	23	12	35	24	6	42
Pakistan	20	48	65	63	67	60	15	7	25	61	13	61
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	55 ^{my}	21 ^x	83 ^m	41 ^x	57 ^x	18 ^x	-	-	-	60 ^x	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	55	60	79	79	79	64	32	27	46	44	18	13
Paraguay	50 ^m	30	87	33	41	43	52	41	65	71	38	16
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	51	65	94	68	71	62	84	74	89	-	-	6
Philippines	57	55 ^m	89 ^x	60	68	49	54 ^x	43 ^x	62 ^x	-	-	22 ^x
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	34 ^{mx}	29 ^x	74 ^x	47 ^x	-	-	-	-	-	40 ^x	-	-
République Arabe Syrienne	36 ^m	29 ^m	75 ^m	45 ^x	57 ^x	42 ^x	-	-	-	-	-	-
République Centrafricaine	49	36	77	73	74 ^r	52 ^r	27 ^x	14 ^x	45 ^x	26	9 ^x	22 ^x
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	47	54	82	70	79	50	15	12	24	34	8	28
République Démocratique Populaire Lao	50	44	87 ^l	43	66	19	36	23	59	69	26	36
République de Moldova	61 ^{mx}	36 ^x	75 ^x	27 ^x	44 ^x	22 ^x	70 ^x	63 ^x	81 ^x	46 ^x	-	10 ^x
République Dominicaine	38 ^m	5	81	20	27	14	51	45	61	77	42	35
République Populaire Démocratique de Corée	43 ^m	71 ^m	78 ^m	-	-	-	47 ^m	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	54 ^m	58 ^m	87 ^m	72	75	70	21	13	40	39	9	29
Roumanie	58 ^{mx}	16 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	76	81 ^m	82	90 ^m	91 ^r	79 ^r	30	11	55	47	18	22
Sainte-Lucie	50 ^{mx}	3 ^{mx}	- ^{px}	29 ^{mx}	- ^{px}	- ^{px}	-	-	-	43 ^x	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	81 ^{my}	70 ^m	74 ^m	73 ^m	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	36	63	80	46	51	39	32	26	48	58	22	32
Sénégal	32	41	64	72	78	57	19	13	26	37	9	52
Serbie	8	24	96	16	28	18	86	78	93	95	74	2
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	75	54	69	65	67	51	25	20	28	32	9	52
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	60 ^m	34 ^m	41 ^m	45 ^m	61 ^{rx}	23 ^{rx}	-	-	-	-	-	-
Soudan	69 ^m	55	61	73	72	74	24	9	51	41	14	67
Soudan du Sud	50 ^x	45 ^x	42 ^x	62 ^x	67 ^x	58 ^x	-	-	-	10 ^x	-	-
Sri Lanka	90 ^{my}	81	94	90 ^l	90	81	78	66	88	-	-	11
Suède	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	52	9	81	23	27	21	28	16	33	52	16	29
Tadjikistan	62	36	63	57	63	53	23	19	29	36	8	58
Tchad	16	16	71	73	73	64	23	17	30	34	11	48
Tchéquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	34 ^m	14	92	19	27	16	69	65	74	86	61	14
Timor-Leste	47	65	73	49	61 ^r	44 ^r	40	17 ^r	45 ^r	56	25	34
Togo	48	64	76	80	90	72	19	14	27	61	13	48
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	38	40	91	35	47	16	53	44	55	49	27	10
Trinité-et-Tobago	46 ^{mx}	21 ^x	56 ^x	34 ^x	45 ^x	- ^{px}	-	-	-	61 ^x	-	-
Tunisie	32	14	97	30	39	28	63	53	76	85	54	20
Turkménistan	68	56	91	45	49	38	69	76	65	97	64	12
Turquie	71 ^m	41 ^m	85 ^m	53 ^m	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	15 ^{my}	35 ^{mx}	-	53 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	66 ^{mx}	20 ^x	75 ^x	31 ^x	31 ^x	30 ^x	-	-	-	55 ^x	-	-
Uruguay	61	58	92	45	-	-	70	-	-	-	-	6
Vanuatu	85 ^{my}	73 ^{mx}	72 ^{mx}	58 ^{mx}	69 ^{rx}	40 ^{rx}	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République Bolivarienne du)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	26 ^m	24	91	43	55	29	59	35	68	91	55	14
Yémen	53 ^x	10 ^x	69 ^x	63 ^x	73 ^x	56 ^x	21 ^x	12 ^x	38 ^x	57 ^x	15 ^x	66 ^x

TABLEAU 9. NUTRITION : ALLAITEMENT ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Pays et zones	Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2014-2020 ^{R, A}											
	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)			Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) (%)
				Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches			
Zambie	75	70	94	63	74	51	23	11	45	41	12	29
Zimbabwe	59	42	90	50	61	33	17	7	35	68	11	28
DONNÉES CONSOLIDÉES												
Asie de l'Est et Pacifique	38 v	31 v	84 v	58 q	68 q	48 q	42 v	27 v	55 v	67 v	30 v	27 v
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	70	41	76	50	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique Latine et Caraïbes	54	37	87	45	55 q	31 q	62	55 q	70 q	71 q	44 q	20
Moyen-Orient et Afrique du Nord	34	33	81	42	49	39	39	37	44	59	26	35
Amérique du Nord	-	26	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	50	57	58	78	84	69	19	10	29	45	11	54
Afrique Subsaharienne	54	45	75	68	76	53	22	15	36	44	12	44
Afrique de l'Est et australe	64	55	77	70	72	65	24	14	40	47	14	43
Afrique de l'Ouest et centrale	46	37	73	66	79	43	21	15	33	41	11	45
Pays les moins avancés	57	53	75	75	78	67	23	15	36	48	14	44
Monde	48 v	44 v	73 v	65	75	56	29 v	19 v	40 v	52 v	18 v	41 v

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Mise au sein précoce – Pourcentage d'enfants nés au cours des 24 derniers mois ayant été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance.

Allaitement exclusif au sein (nourrissons âgés de moins de 6 mois) – Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois nourris exclusivement au lait maternel la veille de l'enquête.

Poursuite de l'allaitement (enfants âgés de 12 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois nourris au lait maternel la veille de l'enquête.

Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (nourrissons âgés de 6 à 8 mois) – Pourcentage de nourrissons âgés de 6 à 8 mois ayant été nourris avec des aliments solides, semi-solides ou mous la veille de l'enquête.

Diversité alimentaire minimale (enfants âgés de 6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu la veille de l'enquête des aliments provenant d'au moins cinq des huit groupes d'aliments définis.

Fréquence minimale des repas (enfants âgés de 6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant été nourris la veille de l'enquête avec des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris des préparations lactées pour les enfants non nourris au sein) au moins le nombre minimum de fois recommandé.

Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu une alimentation minimale acceptable la veille de l'enquête.

Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui n'ont consommé aucun légume et aucun fruit la veille de l'enquête.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2021.

NOTES

- Données non disponibles.
- k Observation de différences significatives sur le plan statistique entre les genres montrant que les garçons sont plus touchés.
- l Observation de différences significatives sur le plan statistique entre les genres montrant que les filles sont plus touchées.
- m Évaluation des genres impossible.
- p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.
- q Les estimations régionales relatives à l'Asie de l'Est et au Pacifique excluent la Chine, celles relatives à l'Amérique latine et aux Caraïbes excluent le Brésil et celles relatives à l'Europe de l'Est et à l'Asie centrale excluent la Fédération de Russie.
- r Les données ventilées proviennent de sources différentes que les données présentées pour l'ensemble des enfants pour le même indicateur.
- R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- v Les estimations ventilées concernant l'Asie de l'Est et le Pacifique ainsi que le monde incluent des estimations relatives à la Chine datant de 2013 qui se situent donc en dehors de la période 2014-2020.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent uniquement à une partie d'un pays. Si elles font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- ^ Dans la vaste majorité des pays, aucune différence significative sur le plan statistique n'a été observée entre les genres, si bien que les données ventilées par sexe ne sont pas affichées.

TABLEAU 10. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Pays et zones	Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance 2012-2020 ^R					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte ^R 2012-2020 ^R					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père ^H 2012-2020 ^R	Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant 2012-2020 ^R					Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate 2012-2020 ^R					
	Total	Homme	Femme	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	Homme	Femme	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches		Livres pour enfants			Jouets ^H		Total	Homme	Femme	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	
												Total	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	20 % les plus pauvres						20 % les plus riches
Afghanistan	1 x	1 x	1 x	0 x	4 x	73 x	74 x	73 x	72 x	80 x	62 x,y	2 x	1 x	5 x	53 x	52 x	57 x	40 x	42 x	39 x	43 x	27 x
Afrique du Sud	48 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albanie	73	73	73	62	88	78	75	80	57	88	14	32 x	16 x	52 x	53 x	57 x	48 x	7	7	6	9	3
Algérie	14	14	15	6	26	63	63	63	49	79	13	8	1	20	49	36	55	13	13	12	13	13
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	7 x	7 x	7 x	4 x	12 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie Saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	63 y	61 y	66 y	46 y	85 y	84 x,y	83 x,y	85 x,y	73 x,y	95 x,y	57 y	61 y	40 y	83 y	61 y	58 y	63 y	8 y	9 y	8 y	10 y	5 y
Arménie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	11 x	12 x	11 x	5 x	20 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	19	19	19	15	26	64	64	65	49	80	11	6	2	12	67	61	65	11	11	11	17	6
Barbade	90	88	91	90 p	97 p	97	97	97	100 p	100 p	46 y	85	83	89	76	68	77	1	2	1	0	3
Bélarus	91	91	91	80	95	97	96	98	91	99	30	91	81	96	81	78	83	2	2	2	3	3
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	55	52	58	29	72	88	89	86	80	94	24	44	23	73	68	70	66	13	15	11	15	11
Bénin	19 y	18 y	20 y	5 y	49 y	39 y	39 y	39 y	32 y	56 y	4 y	2 y	0 y	7 y	55 y	39 y	70 y	29 y	28 y	30 y	36 y	22 y
Bhoutan	10 x	10 x	10 x	3 x	27 x	54 x	52 x	57 x	40 x	73 x	51 x,y	6 x	1 x	24 x	52 x	36 x	60 x	14 x	13 x	15 x	17 x	7 x
Bolivie (État plurinational de)	17 x	17 x	18 x	13 x	26 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	13	12	14	2	31	95	95	96	87	100	76 y	56	39	73	56	58	60	2	2	2	3	1
Botswana	18 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	70 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunéi Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	3 y	3 y	3 y	-	-	14 x	14 x	14 x	12 x	26 x	24 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burundi	7 y	7 y	7 y	1 y	31 y	58 y	58 y	59 y	56 y	67 y	3 y	0 y	0 y	0 y	35 y	29 y	52 y	42 y	42 y	42 y	43 y	30 y
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	15 y	12 y	17 y	7 y	38 y	45 y	42 y	48 y	33 y	60 y	8 y	4 y	1 y	12 y	34 y	20 y	53 y	10 y	10 y	10 y	16 y	4 y
Cameroun	28	27	29	2	66	44	45	44	50	52	4	4	0	17	53	47	65	34	34	35	52	23
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	37 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	14 x	13 x	15 x	10 x	28 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	46	36	37	7	77	59	59	58	47	77	6	3	0	10	51	42	51	42	42	41	54	30
Costa Rica	44	41	47	41	52	77	78	75	68	87	23	39	17	62	82	78	85	7	7	7	7	6
Côte d'Ivoire	14	14	15	2	51	29	29	29	18	61	5	1	0	7	45	35	53	20	20	19	20	18
Croatie	83 y	74 y	83 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	50	47	53	-	-	89	88	90	-	-	30	42	-	-	86	-	-	2	2	2	-	-
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	14 x	12 x	16 x	-	-	37 y	38 y	35 y	-	-	28 y	15 x	-	-	24 x	-	-	8	8	8	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	47 y	48 y	47 y	34 y	50 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	4	7	2
El Salvador	25	24	26	19	44	59	57	62	45	78	8	18	6	44	62	62	58	4	4	3	4	4
Émirats Arabes Unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	30	26	33	28	48	39	33	44	25	59	2	6	2	19	67	56	78	17	16	17	18	15
État de Palestine	34	36	33	26	45	76	76	76	67	87	18	12	4	24	73	64	77	14	14	14	17	12
États-Unis d'Amérique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambie	24	23	25	19	40	16	15	17	11	34	1	1	0	5	49	41	55	16	17	16	18	16
Géorgie	78	77	79	61	87	77	77	76	69	86	7	57	26	75	66	61	71	4	3	5	4	3

TABLEAU 10. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Pays et zones	Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance 2012-2020 ^R					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte ^H 2012-2020 ^R					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père ^H 2012-2020 ^R	Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant 2012-2020 ^R					Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate 2012-2020 ^R					
	Total	Hom-me	Femme	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	Hom-me	Femme	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches		Livres pour enfants			Jouets ^H			Total	Hom-me	Femme	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches
												Total	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches					
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oman	29	28	31	-	-	81	78	84	-	-	22	25	-	-	75	-	-	45	44	45	-	-
Ouganda	37 y	34 y	39 y	15 y	66 y	53 y	51 y	55 y	38 y	74 y	3 y	2 y	0 y	8 y	50 y	39 y	59 y	37 y	37 y	37 y	49 y	21 y
Ouzbékistan	32 x	33 x	31 x	-	-	91 x	91 x	90 x	83 x	95 x	54 x	43 x	32 x	59 x	67 x	74 x	62 x	5 x	5 x	5 x	6 x	7 x
Pakistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	37	38	35	28	67	74	73	74	55	89	45 y	26	7	59	69	67	68	3	3	2	6	1
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	31	30	32	10	61	64	62	65	40	90	17 y	23	3	61	60	55	65	3	2	3	4	2
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	77 y	76 y	79 y	70 y	90 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Philippines	29 x	26 x	33 x	17 x	58 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	41	41	41	-	-	88	89	88	-	-	85 y	40	-	-	55	-	-	12	12	11	-	-
République Arabe Syrienne	8 x	8 x	7 x	4 x	18 x	70 x	70 x	69 x	52 x	84 x	62 x	30 x	12 x	53 x	52 x	52 x	51 x	17 x	17 x	17 x	22 x	15 x
République Centrafricaine	6	6	7	2	27	39	41	38	37	36	6	0	0	1	56	47	68	49	49	49	50	47
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	5	6	5	1	20	44	45	44	40	58	7	1	0	1	39	28	63	47	47	46	53	29
République Démocratique Populaire Lao	32	30	34	13	69	44	43	46	31	72	11	4	0	18	61	51	63	12	13	12	17	6
République de Moldova	71	74	67	50	88	89	86	92	81	95	47 y	68	33	87	68	75	69	6	6	6	9	5
République Dominicaine	40	39	40	16	72	58	58	59	38	73	6	10	2	28	57	57	58	5	5	5	7	3
République Populaire Démocratique de Corée	73	73	73	-	-	95 y	94 y	95 y	-	-	21 y	50	-	-	59	-	-	16	17	16	-	-
République-Unie de Tanzanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Roumanie	82 y	82 y	83 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	13 y	12 y	14 y	3 y	45 y	44 y	43 y	45 y	32 y	63 y	2 y	1 y	0 y	3 y	30 y	21 y	41 y	35 y	35 y	35 y	38 y	21 y
Sainte-Lucie	85	87	84	-	-	93	89	96	-	-	50 y	68	-	-	59	-	-	5	5	5	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	26	-	-	-	-	87 y	-	-	-	-	23 y	9	-	-	51	-	-	16	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	35	36	34	19	57	43	42	44	38	65	5	6	2	20	71	67	74	21	21	22	29	17
Sénégal	21 y	21 y	21 y	6 y	51 y	20 y	18 y	21 y	15 y	33 y	8 y	1 y	0 y	3 y	29 y	15 y	50 y	39 y	39 y	38 y	30 y	54 y
Serbie	61	58	63	11	80	95	94	96	91	97	37	78	48	90	83	84	84	4	3	4	7	2
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	12	11	12	1	41	29	28	29	20	46	7	2	0	9	41	27	66	30	30	30	32	25
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	2 x	2 x	2 x	1 x	6 x	79 x	80 x	79 x	76 x	85 x	48 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	22	22	23	7	59	-	-	-	-	-	-	2	0	7	46	36	55	-	-	-	-	-
Soudan du Sud	6 x	6 x	6 x	2 x	13 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	60	-	-	52	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suède	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	46	43	49	32	67	67	64	69	46	79	14	26	6	63	65	64	69	6	6	6	8	3
Tadjikistan	6	-	-	-	-	74 x	73 x	74 x	56 x	86 x	23 x	17 x	4 x	33 x	46 x	43 x	44 x	13 x	13 x	12 x	15 x	11 x
Tchad	1	1	1	0	4	56	55	56	52	59	5	1	0	1	58	54	68	64	64	64	63	63
Tchéquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	86	85	88	85	88	93	91	94	85	98	33	34	14	65	80	80	76	5	6	4	5	3
Timor-Leste	14 y	13 y	16 y	9 y	16 y	81 y	83 y	79 y	72 y	89 y	15 y	4 y	2 y	9 y	40 y	22 y	61 y	29 y	29 y	30 y	33 y	26 y
Togo	20	21	20	10	40	28	26	30	23	41	7	1	0	2	38	27	52	29	29	29	38	21
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	35	30	41	29	37	90	88	92	87	93	26	24	8	52	63	58	63	9	10	7	14	6
Trinité-et-Tobago	85 x	85 x	84 x	72 x	93 x	96 x	95 x	96 x	94 x	100 x	57 x,y	76 x	63 x	93 x	76 x	75 x	82 x	2 x	2 x	1 x	3 x	1 x
Tunisie	51	52	49	17	71	74	73	75	44	91	31	24	7	45	62	54	67	13	13	12	18	8
Turkménistan	41	40	42	17	77	91	90	93	90	94	15	32	17	58	75	83	69	2	3	2	2	2
Turquie	-	-	-	-	-	65 y	66 y	65 y	42 y	88 y	16 y	29	6	68	76	64	85	6	6	7	9	5
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	52	54	50	30	68	98	97	98	95	99	71 y	91	92	92	52	61	51	7	6	7	11	5
Uruguay	84	83	86	-	-	93	94	91	-	-	66 y	59	-	-	75	-	-	3	3	3	-	-

TABLEAU 10. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Pays et zones	Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance 2012-2020 ^R					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte ^H					Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant 2012-2020 ^R					Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate 2012-2020 ^R						
	Total	Homme	Femme	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	Homme	Femme	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	Livres pour enfants			Jouets ^H			Total	Homme	Femme	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches
												Total	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches					
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République Bolivarienne du)	66 ^{x,y}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	71	74	69	53	86	76	76	76	52	96	15	26	6	58	52	44	54	7	6	8	14	2
Yémen	3 x	3 x	3 x	0 x	8 x	33 x	34 x	32 x	16 x	57 x	37 x	10 x	4 x	31 x	49 x	45 x	49 x	34 x	36 x	33 x	46 x	22 x
Zambie	6 x	7 x	6 x	1 x	19 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zimbabwe	28	28	29	16	53	39	39	38	30	56	4	3	0	13	69	58	82	20	21	20	28	12

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Amérique Latine et Caraïbes	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	28	30	30	19	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9	9	10	7
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Asie du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Afrique Subsaharienne	26	24	25	8	56	48	48	48	38	67	7	3	0	11	46	36	61	36	36	35	39	29
Afrique de l'Est et australe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	24	24	24	7	55	50	50	50	39	69	8	3	0	12	45	36	61	36	36	35	38	30
Pays les moins avancés	19	18	19	10	40	48	48	49	39	64	7	2	1	7	50	40	62	32	32	31	37	22
Monde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois inscrits dans un programme d'éducation de la petite enfance.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois avec qui un adulte a réalisé au moins quatre activités visant à promouvoir l'apprentissage ou la préparation à la scolarité au cours des trois jours précédant l'enquête. Ces activités consistent à : a) lire des livres à l'enfant, b) raconter des histoires à l'enfant, c) chanter des chansons à l'enfant, d) emmener l'enfant en promenade, e) jouer avec l'enfant, f) désigner des objets, les compter ou les dessiner avec l'enfant.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois avec qui le père a réalisé au moins quatre activités visant à promouvoir l'apprentissage ou la préparation à la scolarité au cours des trois jours précédant l'enquête. Ces activités consistent à : a) lire des livres à

l'enfant, b) raconter des histoires à l'enfant, c) chanter des chansons à l'enfant, d) emmener l'enfant en promenade, e) jouer avec l'enfant, f) désigner des objets, les compter ou les dessiner avec l'enfant.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : livres pour enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois possédant au moins trois livres pour enfants chez eux.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : jouets – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois possédant au moins deux des jouets suivants : objets usuels ou objets trouvés dehors (bâtons, pierres, animaux, coquillages, feuilles d'arbres, etc.), jouets artisanaux ou jouets achetés dans un magasin.

Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois laissés seuls ou sous la surveillance d'un autre enfant de moins de 10 ans pendant plus d'une heure au cours de la semaine précédant l'enquête.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : juin 2021.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : juin 2021.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : juin 2021.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : livres pour enfants – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : juin 2021.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : jouets – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : juin 2021.

Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : juin 2021.

NOTES

- Données non disponibles.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

- p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.
- R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- H Une explication plus détaillée de la méthodologie et des changements apportés pour calculer ces estimations est disponible dans la section Note générale sur les données.

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2013-2019 ^R								Taux d'achèvement 2010-2019 ^R						Résultats d'apprentissage 2013-2019 ^R						Taux d'alphabétisation 2019	
	Un an avant l'âge d'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Homme	Femme
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	44	69	67	40	49	26	32	14	22	25	13	-	-	74	56	
Afrique du Sud	28	27	12	10	16	13	22	20	95	98	85	91	45	52	22	-	13	-	-	-	-	
Albanie	4	2	6	3	6	1	21	15	94	96	98	97	76	80	-	-	-	48	58	99	100	
Algérie	-	-	-	-	-	-	-	-	93	93	49	65	22	37	-	-	-	21	19	98	97	
Allemagne	1	1	1	0	6	4	12	16	-	-	-	-	-	-	-	-	95	77	79	-	-	
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	31	39	-	-	-	-	-	-	63	57	42	32	24	15	-	-	-	-	-	-	-	
Anguilla	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua-et-Barbuda	14	4	4	1	1	2	14	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Arabie Saoudite	51	48	1	3	0	3	3	9	-	-	-	-	-	-	63	16	-	-	48	11	-	
Argentine	2	2	-	-	0	0	15	7	91	94	70	79	46	53	76	71	46	56	48	31	99	
Arménie	52	50	9	9	11	9	16	4	99	99	95	99	69	79	-	-	-	55	-	50	-	
Australie	13	14	0	0	2	3	10	6	-	-	-	-	-	-	94	70	-	64	80	78	-	
Autriche	0	0	0	0	1	0	10	9	-	-	-	-	-	-	-	-	98	-	76	79	-	
Azerbaïdjan	32	19	10	7	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	81	-	-	-	-	
Bahamas	-	-	-	-	23	21	29	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahreïn	31	28	2	3	7	0	18	6	-	-	-	-	-	-	69	40	-	-	-	39	100	
Bangladesh	-	-	-	-	-	-	41	36	76	89	59	71	32	27	47	34	44	32	54	57	94	
Barbade	6	10	1	2	7	3	7	3	99	99	98	98	91	97	-	-	-	-	-	-	-	
Bélarus	0	4	1	2	1	1	6	4	100	100	100	100	91	94	-	-	-	-	77	71	100	
Belgique	3	2	1	0	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79	80	-	
Belize	18	16	1	1	9	11	38	35	95	96	55	66	48	51	-	-	-	-	-	-	-	
Bénin	15	16	3	10	27	43	46	66	51	44	25	13	12	5	9	34	23	11	-	70	52	
Bhoutan	58	59	5	2	18	6	33	22	67	71	41	38	25	18	-	-	-	-	56	-	-	
Bolivie (État plurinational de)	9	8	5	5	13	14	22	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bosnie-Herzégovine	72	73	-	-	-	-	22	19	99	100	97	97	92	92	-	-	-	-	46	42	-	
Botswana	79	78	12	10	-	-	-	-	95	98	92	92	55	66	-	-	-	16	-	-	-	
Bésil	0	1	1	1	2	3	16	14	95	97	81	89	65	75	80	71	53	52	50	32	99	
Brunéï Darussalam	17	18	-	-	-	-	19	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	52	100	
Bulgarie	19	20	13	13	12	13	10	14	-	-	-	-	-	-	-	-	95	75	53	56	-	
Burkina Faso	81	81	21	22	48	44	67	65	32	29	13	6	6	2	36	59	21	22	-	62	55	
Burundi	52	50	9	6	36	31	67	62	46	54	26	19	4	3	79	97	7	40	-	-	-	
Cabo Verde	19	19	6	7	14	13	29	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cambodge	48	44	9	9	12	14	-	-	68	79	41	39	20	20	-	-	50	-	8	10	-	
Cameroon	56	57	4	13	33	40	50	58	75	74	52	43	26	21	30	57	24	12	-	88	82	
Canada	-	-	-	-	0	0	6	6	-	-	-	-	-	-	96	69	-	-	86	84	-	
Chili	8	8	1	2	5	6	5	5	96	97	94	97	83	88	94	90	70	75	68	28	-	
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	93	93	63	67	82	85	-	-	80	79	100	
Chypre	1	2	0	1	2	2	6	8	-	-	-	-	-	-	-	74	-	-	56	63	-	
Colombie	3	1	3	2	6	5	22	20	91	95	74	81	69	78	79	64	55	48	50	35	99	
Comores	71	70	18	18	20	18	52	48	75	77	47	45	24	32	-	-	-	-	-	78	78	
Congo	71	70	15	16	-	-	-	-	78	82	56	45	28	19	38	72	17	6	-	85	79	
Costa Rica	4	4	3	3	3	1	7	5	98	99	70	76	56	60	89	84	68	60	58	40	99	
Côte d'Ivoire	78	78	2	8	41	48	52	64	60	53	36	22	17	15	17	33	22	3	-	64	53	
Croatie	5	5	-	-	3	1	16	11	-	-	-	-	-	-	-	-	67	78	69	-	-	
Cuba	2	2	1	1	10	10	20	15	100	98	95	98	85	86	-	-	-	-	-	-	-	
Danemark	2	2	1	0	0	1	11	9	-	-	-	-	-	-	97	80	-	-	84	85	-	
Djibouti	85	88	32	35	48	48	66	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dominique	21	7	4	3	3	1	19	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Égypte	63	63	-	-	3	2	23	24	91	92	79	81	43	41	-	-	-	-	-	21	-	
El Salvador	18	17	14	13	17	17	33	35	84	89	73	74	34	36	-	-	-	-	-	98	98	
Émirats Arabes Unis	0	0	8	5	2	3	2	2	-	-	-	-	-	-	68	42	-	-	57	46	-	
Équateur	8	3	-	-	6	3	20	18	98	98	89	92	78	79	74	65	38	48	49	29	-	
Érythrée	73	73	45	50	32	40	45	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	93	
Espagne	5	5	3	3	1	1	2	1	-	-	-	-	-	-	97	67	-	-	84	75	100	
Estonie	12	12	2	2	2	0	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	90	-	
Eswatini	-	-	15	17	3	3	14	18	64	77	47	54	31	33	-	-	-	-	-	94	97	
État de Palestine	35	34	3	3	4	1	32	18	99	100	80	93	52	73	-	-	-	-	-	99	99	
États-Unis d'Amérique	12	8	1	1	3	1	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	73	-	
Éthiopie	62	64	11	18	45	49	73	75	47	48	19	22	11	14	-	-	-	-	-	-	-	
Fédération de Russie	9	10	1	0	2	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	99	89	78	78	100	
Fidji	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Finlande	2	3	1	1	1	0	3	5	-	-	-	-	-	-	98	82	-	-	86	85	-	
France	0	0	0	0	1	1	5	4	-	-	-	-	-	-	-	94	58	79	79	-	-	
Gabon	-	-	-	-	-	-	-	-	66	75	32	33	14	14	-	-	-	-	-	88	91	
Gambie	42	36	19	10	-	-	-	-	64	60	50	48	33	28	5	-	-	-	-	-	-	
Géorgie	-	-	2	2	1	2	7	4	100	100	98	98	79	83	86	47	-	-	36	39	-	
Ghana	14	12	1	0	13	8	28	28	69	73	45	50	12	9	-	-	-	-	-	93	92	

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2013-2019 ^R								Taux d'achèvement 2010-2019 ^R						Résultats d'apprentissage 2013-2019 ^R				Taux d'alphabétisation 2019			
	Un an avant l'âge d'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Homme	Femme
Grèce	6	5	2	1	3	5	4	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	64	99	99	
Grenade	4	1	-	-	-	-	8	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	16	16	11	10	30	35	57	61	80	76	52	45	27	25	68	52	36	34	30	11	-	
Guinée	57	60	15	29	43	60	59	76	52	39	33	20	22	13	-	-	-	-	-	-	70	43
Guinée-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	29	25	18	16	14	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée Équatoriale	57	55	56	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	-	-	-	-	-	-	-	-	96	99	80	88	49	64	-	-	-	-	-	-	-	-
Haiti	-	-	-	-	-	-	-	-	49	58	32	38	17	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	24	22	11	14	44	31	58	54	81	87	46	52	29	35	70	57	31	32	30	15	95	98
Hongrie	12	14	4	5	3	3	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	97	75	75	67	-	-
Îles Cook	3	-	2	2	4	6	30	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	32	31	25	27	33	29	45	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	36	33	9	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	19	-	-	-	22	17	29	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	9	2	4	3	8	7	24	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	-	-	3	1	18	12	47	48	92	91	82	79	46	40	47	53	46	44	-	-	93	90
Indonésie	8	2	3	8	19	14	23	22	91	92	64	59	40	37	-	18	-	-	30	28	100	100
Iran (République islamique d')	50	49	-	-	3	6	25	27	-	-	-	-	-	-	66	33	-	-	-	34	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	78	73	46	47	45	43	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	2	2	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	98	84	-	-	88	84	-	-
Islande	4	3	0	1	1	0	15	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	79	-	-
Israël	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	-	-	-	69	66	-	-
Italie	6	7	3	3	2	2	6	5	-	-	-	-	-	-	98	69	-	-	77	62	100	100
Jamaïque	8	6	-	-	19	17	25	22	99	100	97	97	80	83	-	-	-	-	-	-	-	-
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	-	-	83	89	-	-
Jordanie	55	55	18	19	29	30	48	43	96	97	86	88	49	63	-	-	-	-	59	41	99	99
Kazakhstan	22	23	10	9	-	-	-	-	100	100	100	100	95	96	-	-	98	80	36	51	100	100
Kenya	-	-	-	-	-	-	-	-	77	82	61	69	44	38	53	42	-	-	-	-	88	88
Kirghizistan	11	10	-	-	2	3	30	26	99	100	99	99	89	85	39	-	36	35	-	-	100	100
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	92	96	69	88	13	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	21	16	4	1	9	4	20	17	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	18	99	100
Lesotho	58	57	3	2	21	13	38	29	69	92	33	55	27	37	13	-	-	-	-	-	-	-
Lettonie	2	2	2	1	1	1	5	4	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	78	83	100	100
Liban	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	35	100	100
Libéria	21	21	22	21	17	26	20	31	36	33	29	23	18	9	-	-	-	-	-	-	-	-
Libya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	1	2	3	2	1	7	10	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	3	3	-	-	-	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	97	81	76	74	-	-
Luxembourg	1	1	1	1	4	5	22	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	73	-	-
Macédoine du Nord	51	51	1	1	-	-	-	-	97	100	93	95	86	79	-	-	-	-	45	39	-	-
Madagascar	43	38	-	-	31	29	63	64	52	60	26	27	16	15	13	-	4	5	-	-	82	81
Malaisie	1	1	0	0	15	12	41	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	59	97	97
Malawi	-	-	-	-	19	18	62	76	43	52	23	21	15	13	-	-	-	-	-	-	-	-
Maldives	8	5	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	53	57	38	44	49	56	71	79	50	41	36	25	23	12	-	-	-	-	-	-	58	43
Malte	0	5	-	-	2	1	10	7	-	-	-	-	-	-	73	-	-	-	64	62	99	100
Maroc	31	39	2	3	8	11	26	30	-	-	-	-	-	-	36	16	-	-	27	14	98	97
Maurice	9	8	3	1	6	4	25	17	-	-	-	-	-	-	-	-	88	78	-	-	99	99
Mauritanie	-	-	25	21	31	25	63	59	68	58	53	40	31	23	-	-	-	-	-	-	-	-
Mexique	2	-	-	-	9	7	28	24	98	98	87	90	56	60	78	77	58	69	55	44	99	99
Micronésie (États fédérés de)	30	34	9	11	15	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	3	5	2	3	8	7	22	20	96	98	87	93	60	73	44	-	-	-	-	-	98	99
Monténégro	23	24	3	3	8	7	12	10	95	98	93	97	83	90	-	-	-	-	56	54	99	99
Montserrat	19	14	15	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	1	4	39	47	65	73	44	39	15	11	8	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	88	88	-	-	22	20	47	38	82	84	45	45	14	19	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibie	33	30	-	-	-	-	-	-	75	86	48	62	33	39	-	-	35	6	-	-	94	96
Nauru	11	3	-	-	13	4	52	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	9	17	-	-	4	1	26	13	81	83	71	75	27	28	-	-	-	-	-	-	94	91
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61	44	31	20	-	-	-	-
Niger	76	76	37	45	61	69	84	89	35	24	10	4	4	1	9	27	2	1	-	-	51	36
Nigéria	-	-	-	-	-	-	-	-	71	71	66	59	57	44	-	-	-	-	-	-	82	68
Nioué	13	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	3	3	0	0	0	1	8	7	-	-	-	-	-	-	99	86	-	70	81	81	-	
Nouvelle-Zélande	6	7	1	1	1	1	4	1	-	-	-	-	-	-	90	59	-	-	81	78	-	
Oman	16	13	-	-	-	-	8	17	-	-	-	-	-	-	59	32	-	-	-	23	98	99
Ouganda	-	-	6	3	-	-	-	-	39	43	27	23	18	15	33	21	-	-	-	-	89	90

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage								
	Taux de déscolarisation 2013-2019 ^R								Taux d'achèvement 2010-2019 ^R						Résultats d'apprentissage 2013-2019 ^R				Taux d'alphabétisation 2019				
	Un an avant l'âge d'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)		
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Homme
Viet Nam	-	0	-	-	-	-	-	-	96	97	81	87	50	61	-	-	55	51	86	81	98	98	
Yémen	96	96	10	21	23	34	46	68	70	55	55	39	37	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	-	-	17	13	-	-	-	-	71	73	54	50	33	27	-	-	-	-	5	2	93	92	
Zimbabwe	60	58	-	-	-	-	45	50	86	92	45	53	17	14	20	-	-	-	-	-	-	-	-
DONNÉES CONSOLIDÉES																							
Asie de l'Est et Pacifique	13	11	3	4	10	8	24	16	94	95	83	84	58	61	-	-	-	-	-	-	-	99	99
Europe et Asie centrale	14	14	2	2	3	3	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100
Europe de l'Est et Asie centrale	22	23	3	3	3	3	13	13	99	99	97	96	65	60	-	-	-	-	-	-	-	100	100
Europe de l'Ouest	4	4	1	1	2	2	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique Latine et Caraïbes	4	4	3	2	7	7	22	20	93	94	78	84	59	65	-	-	-	-	-	-	-	99	98
Moyen-Orient et Afrique du Nord	52	53	4	6	9	12	28	34	86	84	64	67	40	41	-	-	-	-	-	-	-	88	92
Amérique du Nord	9	9	0	1	1	1	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	-	-	7	8	17	14	45	48	85	84	76	72	41	36	-	-	-	-	-	-	-	88	92
Afrique Subsaharienne	56	56	17	21	35	38	53	60	61	62	40	36	31	25	-	-	-	-	-	-	-	74	79
Afrique de l'Est et australe	57	57	16	18	35	38	55	59	60	63	33	33	26	23	-	-	-	-	-	-	-	80	80
Afrique de l'Ouest et centrale	56	56	17	24	35	38	52	60	62	60	47	40	35	25	-	-	-	-	-	-	-	67	78
Pays les moins avancés	50	49	15	18	33	35	53	58	59	59	37	34	25	19	-	-	-	-	-	-	-	76	80
Monde	27	27	7	9	15	15	35	35	82	82	70	68	45	42	-	-	-	-	-	-	-	91	93

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

La base de données sur les compétences d'apprentissage fondamentales fondée sur la MICS6 fournit des données ventilées par sexe, lieu de résidence, niveau de richesse et groupe d'âge. Pour en savoir plus, veuillez consulter l'adresse <https://data.unicef.org/resources/dataset/learning-and-skills/>.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de déscolarisation des enfants ayant un an de moins que l'âge officiel d'entrée en primaire – Nombre d'enfants ayant un an de moins que l'âge d'entrée en primaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement préscolaire ou primaire, exprimé en pourcentage de la population d'enfants ayant un an de moins que l'âge officiel d'entrée en primaire.

Taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter l'école primaire – Nombre d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, exprimé en pourcentage de la population d'enfants officiellement en âge de fréquenter l'école primaire.

Taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire – Nombre d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter le premier cycle du secondaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, exprimé en pourcentage de la population d'enfants officiellement en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire.

Taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter le deuxième cycle du secondaire – Nombre d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter le deuxième cycle du secondaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement primaire, secondaire ou supérieur, exprimé en pourcentage de la population d'enfants officiellement en âge de fréquenter le deuxième cycle du secondaire.

Taux d'achèvement de l'enseignement primaire – Nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année de primaire qui ont achevé l'enseignement primaire.

Taux d'achèvement du premier cycle du secondaire – Nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année du premier cycle du secondaire qui ont achevé ce cycle d'études.

Taux d'achèvement du deuxième cycle du secondaire – Nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année du deuxième cycle du secondaire qui ont achevé ce cycle d'études.

Proportion d'enfants et de jeunes a) en cours élémentaire ; b) en fin de primaire ; et c) en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en i) lecture et ii) mathématiques – Pourcentage d'enfants et de jeunes en cours élémentaire, en fin de primaire et en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en a) lecture et b) mathématiques. Cet indicateur se rapporte à l'indicateur 4.1.1 de l'ODD n° 4.

Taux d'alphabétisation des jeunes – Nombre de personnes alphabétisées âgées de 15 à 24 ans, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe d'âge.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux de déscolarisation – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Dernière mise à jour : mars 2021.

Taux d'achèvement – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : avril 2021.

Proportion d'enfants et de jeunes a) en cours élémentaire ; b) en fin de primaire ; et c) en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent

au moins les normes d'aptitudes minimales en i) lecture et ii) mathématiques – Base de données de la Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies. Dernière mise à jour : juin 2021.

Taux d'alphabétisation des jeunes – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Dernière mise à jour : mars 2021.

NOTES

- Données non disponibles.
- D Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.
- R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 12. PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^H 2012-2019 ^R			Mariage des enfants (%) ^H 2014-2020 ^R			Enregistrement des naissances (%) ^H 2011-2020 ^H			Mutilations génitales féminines (%) ^H 2012-2020 ^R				Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^H 2014-2020 ^R		Discipline imposée par la violence (%) ^H 2012-2020 ^R			Violences sexuelles durant l'enfance (%) ^R 2012-2019 ^R		
	Total	Homme	Femme	Femme		Homme	Total	Homme	Femme	Femmes (Fa)	Filles (Fb)	Attitudes		Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Homme	Femme	
				Mariées à 15 ans	Mariées à 18 ans	Mariées à 18 ans						Volonté de mettre fin à cette pratique (Fc)	Homme								Femme
Afghanistan	21	23	20	4	28	7	42	43	42	-	-	-	-	71 y	78 y	74 x,y	75 x,y	74 x,y	-	1 y	
Afrique du Sud	4 y	4 y	3 y	1	4	1	89 y	-	-	-	-	-	-	14	7	-	-	-	-	1 y	-
Albanie	3 x,y	4 x,y	3 x,y	1	12	1	98	99	98	-	-	-	-	11	5	48 y	49 y	45 y	-	-	
Algérie	4 y	5 y	4 y	0	4	-	100	100	100	-	-	-	-	25	84	85	83	-	-	-	-
Allemagne	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	19	17	20	8	30	6	25	25	25	-	-	-	-	24	25	-	-	-	-	-	5
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie Saoudite	-	-	-	-	-	-	99 y	100 y	99 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	2 x	72 y	74 y	71 y	-	-	-	-
Arménie	4	5	3	0	5	0	99	99	99	-	-	-	-	25	9	69	71	67	-	-	-
Australie	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	-	-	-	2 x	11 x	0 x	94 x	93 x	94 x	-	-	-	-	24 x	77 x,y	80 x,y	74 x,y	-	0 x	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	7	9	5	15	51	4 x	56	56	56	-	-	-	-	17	89	89	89	-	-	-	3 y
Barbade	1 y	2 y	1 y	1 x	11 x	-	99	99	99	-	-	-	-	5 x	75 y	78 y	72 y	-	-	-	-
Bélarus	1 y	1 y	1 y	0	5	2	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	0	1	57	59	55	-	-	-
Belgique	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	3	4	3	6	34	22	96	95	96	-	-	-	-	8	6	65	67	63	-	-	-
Bénin	25	24	26	9	31	5	86	85	86	9	0	89	86	17	29	91	91	91	-	-	5
Bhoutan	4 x,y	3 x,y	4 x,y	6 x	26 x	-	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	70 x	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	14	14	13	3	20	5	92 y	-	-	-	-	-	-	34 y	-	-	-	-	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	0 x	3 x	0 x	100 x	100 x	99 x	-	-	-	-	5 x	1 x	55 y	60 y	50 y	-	-	-
Botswana	-	-	-	-	-	-	88 y	87 y	88 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bésil	5	5	5	6 x	26 x	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunéï Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	42 x,y	44 x,y	40 x,y	10 x	52 x	4 x	77 x	77 x	77 x	76 x	13 x	87 x	90 x	40 x	39 x	83 x,y	84 x,y	82 x,y	-	-	-
Burundi	31	30	32	3	19	1	84	84	83	-	-	-	-	48	63	90	91	89	0	4	-
Cabo Verde	-	-	-	3 x	18 x	3 x	91 x	-	-	-	-	-	-	24 x	23 x	-	-	-	-	-	-
Cambodge	13	12	14	2	19	4	73	74	73	-	-	-	-	26 y	46 y	-	-	-	-	-	2
Cameroun	39 y	40 y	38 y	11	30	3	62	62	62	1 x	-	85 x	84 x	34	28	85	85	85	2	7	-
Canada	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	6	7	5	-	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	4	4	3	5	23	7	97	-	-	-	-	-	-	5	4	-	-	-	0	2	-
Comores	28	25	32	10 x	32 x	12 x	87	87	87	-	-	-	-	29 x	43 x	-	-	-	-	-	3
Congo	14	13	15	7	27	6 x	96	96	96	-	-	-	-	45	56	83	83	82	-	-	-
Costa Rica	4	4	3	2	17	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	3	49	50	49	-	-	-
Côte d'Ivoire	22	22	23	7	27	4	72	75	71	37	10	82	79	29	43	87	88	85	-	-	-
Croatie	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	5	29	6	100	100	100	-	-	-	-	1	3	42	43	40	-	-	-
Danemark	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	-	-	1 x	5 x	-	92 x	93 x	91 x	94	43	-	51 x	-	-	72 x,y	73 x,y	71 x,y	-	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	5	6	4	2 y	17 y	0 x	99	100	99	87	14 y	28	38	-	46 y	93	93	93	-	-	-
El Salvador	7	6	7	6	26	-	90 y	89 y	90 y	-	-	-	-	-	10	52	55	50	-	-	-
Émirats Arabes Unis	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	-	-	-	4	22	-	82 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	-	-	-	13 x	41 x	2 x	-	-	-	83 x	33 x	85 x	82 x	60 x	51 x	-	-	-	-	-	-
Espagne	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	8 x,y	8 x,y	7 x,y	1	5	1	54	51	50	-	-	-	-	29	32	88	89	88	-	-	-
État de Palestine	9 x,y	11 x,y	8 x,y	1	13	-	99	99	99	-	-	-	-	-	18	90	92	88	4 y	2 y	-
États-Unis d'Amérique	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	45	51	39	14	40	5	3	3	3	65	16	87	79	33	60	-	-	-	-	-	5
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72 x,y	-	-	-	-	-
Finlande	-	-	-	-	0 y	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	20 y	19 y	17 y	6 x	22 x	5 x	90	91	88	-	-	-	-	47 x	58 x	-	-	-	-	-	9
Gambie	17	17	17	7	26	0	58	60	56	76	46	42	46	50	57	89	90	88	-	-	0
Géorgie	2	2	1	0	14	1	99	99	99	-	-	-	-	-	5 x	69	71	67	-	-	-

TABLEAU 12. PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^H 2012-2019 ^R			Mariage des enfants (%) ^H 2014-2020 ^R			Enregistrement des naissances (%) ^H 2011-2020 ^R			Mutilations génitales féminines (%) ^H 2012-2020 ^R				Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^H 2014-2020 ^R		Discipline imposée par la violence (%) ^H 2012-2020 ^R			Violences sexuelles durant l'enfance (%) ^H 2012-2019 ^R	
	Total	Homme	Femme	Femme		Homme	Total	Homme	Femme	Prévalence		Attitudes		Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Homme	Femme
				Mariées à 15 ans	Mariées à 18 ans	Mariées à 18 ans				Femmes (Fa)	Filles (Fb)	Volonté de mettre fin à cette pratique (Fc)								
												Homme	Femme							
Oman	-	-	-	1	4	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Ouganda	18	17	19	7	34	6	32	32	32	0	1 x	-	83 x	53	58	85	85	85	1	5
Ouzbékistan	-	-	-	0 x	7 x	7 x	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	63 x	-	-	-	-	-	-
Pakistan	11	13	10	4 y	18 y	5 y	42 y	43 y	42 y	-	-	-	-	58 p,y	51 y	-	-	-	-	1 y
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	2	3	1	7 x	26 x	-	97	97	97	-	-	-	-	9 x	45	47	43	-	3	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	8	27	4	13	13	14	-	-	-	-	72	69	-	-	-	7	
Paraguay	18	20	13	4	22	-	69 y	69 y	69 y	-	-	-	-	7	52	55	49	-	-	
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	15	14	15	3	17	-	98 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Philippines	-	-	-	2	17	3 x	92	92	91	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	2
Pologne	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	0 x	4 x	1 x	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	22 x	5 x	50 y	53 y	46 y	-	-
République Arabe Syrienne	-	-	-	2 x	13 x	-	96 x	96 x	96 x	-	-	-	-	-	89 x,y	90 x,y	88 x,y	-	-	
République Centrafricaine	30 x,y	29 x,y	32 x,y	26	61	17	45	46	44	22	1	-	69	38	61	90	90	90	-	-
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	15	13	17	8	29	6	40	40	40	-	-	-	-	52	60	89	90	88	-	13
République Démocratique Populaire Lao	28	27	29	7	33	11	73 y	73 y	73 y	-	-	-	-	17	30	69	70	68	-	-
République de Moldova	-	-	-	0 x	12 x	1 x	100	99	100	-	-	-	-	14 x	13 x	76 y	77 y	74 y	-	5 x
République Dominicaine	7	8	6	12	36	8 x	88	88	88	-	-	-	-	3	63	64	61	-	1	
République Populaire Démocratique de Corée	4	5	4	0	0	0	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	4	4	59	63	55	-	-
République-Unie de Tanzanie	25	26	24	5	31	4	26	28	25	10	0	89 x	95	50	59	-	-	-	-	7
Roumanie	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	-	-	-	-	0 y	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 y	7 y
Rwanda	19 y	17 y	21 y	0	7	1	56	56	56	-	-	-	-	24	45	-	-	-	0	10
Sainte-Lucie	3 y	5 y	2 y	4 x,y	24 x,y	-	92	91	93	-	-	-	-	15 x	68 y	71 y	64 y	-	-	
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	1	7	2	67	-	-	-	-	-	-	28	34	91	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	18	17	19	5	28	3	99	99	98	-	-	-	-	10	17	84	84	82	-	3 x
Sénégal	23	27	19	9	31	1	79	80	77	25	16	78	79	40	42	-	-	-	-	0
Serbie	10	11	8	1	6	7 x	100	100	100	-	-	-	-	2	45	46	43	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	25	26	25	9	30	4	90	90	91	86	8	40	34	29	44	87	87	86	0	3
Singapour	-	-	-	0 y	0 y	-	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	-	-	-	17	36	6	4 y	4 y	3 y	99 y	26	-	19 y	-	75 x,y	-	-	-	-	-
Soudan	18	20	16	12	34	-	67	69	66	87	30	64 x	53	-	36	64	65	63	-	-
Soudan du Sud	-	-	-	9 x	52 x	-	35 x	35 x	36 x	-	-	-	-	72 x	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	1	1	1	1	10	-	97 x	97 x	97 x	-	-	-	-	54 x,y	-	-	-	-	-	-
Suède	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 y	13 y
Suisse	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	4 y	5 y	4 y	9	36	20	98 y	98 y	99 y	-	-	-	-	8	6	87	89	86	-	-
Tadjikistan	-	-	-	0	9	-	96	96	96	-	-	-	-	44	69	70	68	-	0	-
Tchad	39	37	41	24	61	8	26	26	26	34	7	49 x	53	-	74	85	85	86	-	2
Tchéquie	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	-	-	-	3	20	10	100	100	100	-	-	-	-	8	8	58	61	55	-	-
Timor-Leste	9	9	10	3	15	1	60	60	61	-	-	-	-	48	69	-	-	-	-	3
Togo	39	38	39	6	25	3	83	84	82	3	0	96	95	22	25	92	92	91	-	4
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	26	33	19	0	10	3	98	97	98	-	-	-	-	22	31	87	89	84	-	0
Trinité-et-Tobago	1 x,y	1 x,y	1 x,y	3 x	11 x	-	97	97	97	-	-	-	-	8 x	77 x,y	79 x,y	75 x,y	-	25 y	-
Tunisie	2 y	3 y	1 y	0	1	0	100	100	100	-	-	-	-	22	14	88	89	87	-	-
Turkménistan	0	0	0	0	6	-	100	100	100	-	-	-	-	46	69	70	67	-	-	-
Turquie	-	-	-	2	15	-	98 y	98 y	99 y	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	0 x	10 x	0 x	50 x	49 x	51 x	-	-	-	-	83 x	69 x	-	-	-	-	-
Ukraine	3 y	3 y	3 y	0 x	9 x	4 x	100	100	100	-	-	-	-	2 x	2 x	61 y	68 y	55 y	-	2 x
Uruguay	4 x	5 x	3 x	1 x	25 x	-	100	100	100	-	-	-	-	3 x	55 y	58 y	51 y	-	-	-
Vanuatu	16 y	15 y	16 y	2 x	21 x	5 x	43 y	44 y	43 y	-	-	-	-	63 x	56 x	84 y	83 y	84 y	-	-

TABLEAU 12. PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^H 2012-2019 ^R			Mariage des enfants (%) ^H 2014-2020 ^R			Enregistrement des naissances (%) ^H 2011-2020 ^R			Mutilations génitales féminines (%) ^H 2012-2020 ^R			Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^H 2014-2020 ^R		Discipline imposée par la violence (%) ^H 2012-2020 ^R			Violences sexuelles durant l'enfance (%) 2012-2019 ^R		
	Total	Homme	Femme	Femme		Homme	Total	Homme	Femme	Prévalence		Attitudes		Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Homme	Femme
				Mariées à 15 ans	Mariées à 18 ans	Mariées à 18 ans				Femmes (Fa)	Filles (Fb)	Volonté de mettre fin à cette pratique (Fc)								
												Homme	Femme							
Venezuela (République Bolivarienne du)	-	-	-	-	-	-	81	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	13	13	14	1	11	3 x	96	96	96	-	-	-	-	28	68	72	65	-	-	-
Yémen	-	-	-	9 x	32 x	-	31	31	30	19	15	-	75	49 x	79 y	81 y	77 y	-	-	-
Zambie	23	23	23	5	29	3	14	14	14	-	-	-	-	32	47	-	-	-	-	3
Zimbabwe	28	33	22	5	34	2	49	48	49	-	-	-	-	49	54	64	65	63	-	2
DONNÉES CONSOLIDÉES																				
Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique Latine et Caraïbes	7	8	6	4	22	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	4	5	4	2	15	-	92	92	92	-	-	-	-	38	87	88	86	-	-	-
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	-	-	-	7	28	4	70	70	70	-	-	-	-	39	41	-	-	-	-	2
Afrique Subsaharienne	26	27	25	11	34	4	46	45	44	36	17	-	72	34	43	84	84	83	-	5
Afrique de l'Est et australe	26	28	25	9	31	5	38	35	34	44	-	-	-	34	43	-	-	-	-	4
Afrique de l'Ouest et centrale	26	26	26	13	37	4	53	54	52	30	19	63	68	34	42	86	86	85	-	7
Pays les moins avancés	22	23	21	10	36	6	44	45	44	-	-	-	-	40	45	83	84	82	-	5
Monde	-	-	-	5	19	4	74	75	74	-	-	-	-	35	37	-	-	-	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Travail des enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 17 ans qui avaient un travail au moment de l'enquête. Le travail des enfants correspond aux situations suivantes : a) enfants de 5 à 11 ans qui, pendant la semaine de référence, se sont livrés à une activité économique pendant au moins une heure et/ou ont effectué des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures, b) enfants de 12 à 14 ans qui, pendant la semaine de référence, se sont livrés à une activité économique pendant au moins 14 heures et/ou ont effectué des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures, c) enfants de 15 à 17 ans qui, pendant la semaine de référence, se sont livrés à une activité économique pendant au moins 43 heures.

Mariage des enfants – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient maritalement avant l'âge de 15 ans ; pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient maritalement avant l'âge de 18 ans ; pourcentage d'hommes âgés de 20 à 24 ans qui se sont mariés ou vivaient maritalement avant l'âge de 18 ans.

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance avait été enregistrée au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants déclarés comme disposant d'un certificat de naissance, que celui-ci ait été vu ou non par l'enquêteur, et les enfants qui ne disposent pas de certificat

de naissance, mais dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que la naissance a été enregistrée.

Mutilations génitales féminines – a) Femmes : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi une mutilation génitale féminine ; (b) Filles : pourcentage de filles âgées de 0 à 14 ans qui ont subi une mutilation génitale féminine (d'après les déclarations de leur mère) ; c) Volonté de mettre fin à cette pratique : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont entendu parler des mutilations génitales féminines et qui pensent que cette pratique doit cesser.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents – Pourcentage de filles et de garçons âgés de 15 à 19 ans qui pensent qu'un mari est en droit de frapper ou de battre son épouse dans au moins l'un des cas suivants : si elle brûle le repas, se dispute avec lui, sort sans le lui dire, néglige leurs enfants ou refuse d'avoir des rapports sexuels.

Discipline imposée par la violence – Pourcentage d'enfants âgés de 1 à 14 ans à qui l'on a imposé la discipline par la violence (agression psychologique et/ou châtiments corporels) au cours du dernier mois.

Violences sexuelles durant l'enfance – Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 18 à 29 ans qui ont subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Travail des enfants – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : février 2021.

Mariage des enfants – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : février 2021 (pour les filles), juin 2021 (pour les garçons).

Enregistrement des naissances – EDS, MICS, autres enquêtes nationales, recensements et systèmes d'enregistrement des faits d'état civil. Dernière mise à jour : février 2021.

Mutilations génitales féminines – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : a) février 2021, b) et c) juin 2021.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : juin 2021.

Discipline imposée par la violence – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : février 2021.

Violences sexuelles durant l'enfance – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : février 2021.

NOTES

- Données non disponibles.
- v Les estimations de 100 % ont été établies sur la base du fait que les pays concernés disposent d'un système d'enregistrement d'état civil complet et enregistrent tous les faits d'état civil (y compris les naissances). Source : Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de statistique. Dernière mise à jour : janvier 2021.
- p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.
- H Une explication plus détaillée de la méthodologie et des changements apportés pour calculer ces estimations est disponible dans la section Note générale sur les données.
- R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2019 ^a	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2019 ^a	Répartition des prestations de protection sociale (%) 2010-2019 ^a			Part du revenu des ménages (%) 2010-2019 ^a			Coefficient de Gini 2010-2019 ^a	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2019 ^a	Indice de revenu de la vaste majorité 2010-2019 ^a	PIB par habitant (dollars E.-U. courants) 2010-2019 ^a
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres				
Afghanistan	1,7	0,4	-	-	-	-	-	-	31,0	-	-	507
Afrique du Sud	7,6	76,6	50,5	10,5	25,5	7,2	68,2	2,4	67,0	10,1	0,4	6 001
Albanie	-	-	45,9	13,7	27,6	19,5	40,7	7,5	33,2	1,3	0,8	5 353
Algérie	11,2	-	-	-	-	23,1	37,2	9,4	27,6	1,0	0,8	3 974
Allemagne	100,0	100,0	-	-	-	20,4	39,6	7,6	29,7	1,1	0,8	46 468
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	28,0	1,0	-	40 886
Angola	-	-	-	-	-	11,5	55,6	3,8	51,3	3,5	0,6	2 791
Anguilla	73,3	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	37,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17 113
Arabie Saoudite	-	3,0	-	-	-	-	-	-	42,2	-	-	23 140
Argentine	31,7	79,6	74,8	5,5	48,6	14,2	47,9	4,7	42,5	2,1	0,7	9 912
Arménie	61,6	30,2	58,3	9,1	35,9	22,2	39,1	9,0	34,4	1,4	0,7	4 623
Australie	100,0	100,0	-	-	-	19,6	42,1	7,4	32,5	1,3	0,7	55 057
Autriche	100,0	100,0	-	-	-	20,9	38,7	7,9	27,5	1,0	0,8	50 122
Azerbaïdjan	16,0	16,9	29,0	32,9	17,4	-	-	-	26,6	0,7	0,8	4 793
Bahamas	46,5	-	-	-	-	-	-	-	41,4	2,0	-	34 864
Bahreïn	-	56,7	-	-	-	-	-	-	59,6	-	-	23 504
Bangladesh	20,9	29,4	44,4	18,0	24,3	21,0	41,4	8,6	48,3	2,9	0,7	1 856
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	32,0	3,1	-	18 148
Bélarus	100,0	-	50,4	16,6	27,1	24,3	35,4	10,0	25,2	0,9	0,8	6 698
Belgique	100,0	100,0	-	-	-	23,2	36,4	8,9	25,1	0,9	0,8	46 345
Belize	19,9	3,0	-	-	-	-	-	-	53,3	3,9	0,5	4 815
Bénin	41,0	11,6	-	-	-	12,8	52,1	3,2	47,8	2,9	0,6	1 219
Bhoutan	10,4	13,5	-	-	-	17,5	44,4	6,7	37,4	1,6	0,7	3 316
Bolivie (État plurinational de)	59,3	66,2	42,7	24,5	25,1	15,4	47,3	5,1	43,0	2,2	0,6	3 552
Bosnie-Herzégovine	100,0	-	36,5	24,7	16,5	19,8	40,7	7,5	33,0	1,3	0,7	6 109
Botswana	24,0	4,2	21,6	35,6	7,5	10,9	58,5	3,9	53,3	3,8	0,5	7 961
Bésil	47,8	67,7	59,3	3,6	33,1	10,5	57,8	3,1	53,8	4,1	0,5	8 717
Brunéï Darussalam	62,9	-	-	-	-	-	-	-	56,4	5,0	-	31 087
Bulgarie	100,0	48,6	-	-	-	16,5	47,6	5,7	40,8	2,0	0,7	9 828
Burkina Faso	0,4	-	2,8	67,5	1,9	20,0	44,3	8,3	35,3	1,5	0,7	787
Burundi	-	-	-	-	-	17,9	46,3	6,9	38,6	1,7	0,7	261
Cabo Verde	19,3	37,9	-	-	-	15,4	48,7	5,7	46,0	2,1	0,6	3 604
Cambodge	1,5	4,5	-	-	-	-	-	-	30,8	1,2	0,7	1 643
Cameroun	0,6	1,8	1,4	50,9	0,0	13,0	51,7	4,5	46,6	2,7	0,6	1 507
Canada	100,0	39,7	-	-	-	19,5	40,6	7,1	30,3	1,1	0,7	46 190
Chili	46,6	68,5	42,5	11,5	18,5	15,5	51,3	5,8	48,4	2,9	0,6	14 896
Chine	69,0	3,0	47,9	16,4	24,2	17,2	45,3	6,5	46,5	1,7	0,7	10 217
Chypre	100,0	60,3	-	-	-	20,9	41,4	8,4	31,1	1,2	0,7	27 858
Colombie	-	36,0	67,9	2,8	38,5	11,6	56,2	3,7	52,9	3,9	0,6	6 429
Comores	-	-	-	-	-	13,6	50,4	4,5	45,3	2,5	0,6	1 370
Congo	-	-	-	-	-	12,4	53,7	4,2	48,9	3,1	0,6	2 280
Costa Rica	23,4	38,8	63,8	2,5	30,2	12,8	53,7	4,4	49,5	3,1	0,6	12 244
Côte d'Ivoire	-	-	3,8	57,0	1,2	15,9	47,8	5,7	60,7	6,4	0,7	2 276
Croatie	100,0	-	60,8	11,6	39,0	21,3	37,7	7,8	29,2	1,0	0,8	14 944
Cuba	42,7	0,2	-	-	-	-	-	-	27,0	0,9	-	8 822
Danemark	100,0	100,0	-	-	-	23,1	37,7	9,3	27,5	1,0	0,8	60 213
Djibouti	4,8	3,5	74,1	8,7	53,8	15,8	47,6	5,4	41,6	2,0	0,7	3 415
Dominique	38,6	-	-	-	-	-	-	-	44,4	2,5	-	8 111
Égypte	100,0	-	-	-	-	21,8	41,0	9,0	31,5	1,2	0,7	3 019
El Salvador	11,0	8,5	57,5	9,5	28,2	17,1	45,6	6,3	40,6	1,9	0,7	4 187
Émirats Arabes Unis	-	1,0	-	-	-	23,0	34,8	9,2	32,5	1,2	-	43 103
Équateur	6,8	8,6	59,9	6,1	32,4	13,6	51,0	4,5	45,6	2,5	0,6	6 184
Érythrée	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	643
Espagne	100,0	100,0	-	-	-	18,4	41,0	6,2	33,0	1,3	0,7	29 565
Estonie	100,0	100,0	-	-	-	20,9	38,3	8,1	30,5	1,1	0,7	23 718
Eswatini	13,8	-	46,9	12,6	23,0	10,5	60,3	3,7	54,6	4,1	0,5	3 895
État de Palestine	7,0	12,1	29,7	29,4	14,8	19,2	41,1	7,3	44,9	2,5	0,7	3 562
États-Unis d'Amérique	-	-	-	-	-	15,5	46,9	5,2	41,5	2,0	0,7	65 298
Éthiopie	-	4,5	38,6	26,9	17,3	19,4	43,0	7,3	33,0	1,5	0,7	856
Fédération de Russie	63,0	100,0	33,6	21,7	13,4	18,3	45,1	7,1	34,7	1,4	0,7	11 585
Fidji	24,5	2,6	35,2	24,4	17,2	18,8	44,7	7,5	36,7	1,6	0,7	6 176
Finlande	100,0	100,0	-	-	-	23,3	36,8	9,3	26,2	0,9	0,8	48 771
France	100,0	100,0	-	-	-	20,9	40,8	8,0	29,2	1,1	0,7	40 496
Gabon	-	-	-	-	-	16,8	44,4	6,0	38,0	1,6	0,7	7 767
Gambie	-	-	87,3	8,0	4,1	19,0	43,6	7,4	35,9	1,5	0,7	778
Géorgie	26,0	48,1	66,3	7,9	44,0	18,5	43,0	6,8	36,4	1,5	0,7	4 698
Ghana	41,7	25,9	81,9	3,6	57,6	14,3	48,6	4,7	43,5	2,3	0,6	2 202
Grèce	100,0	-	-	-	-	19,6	40,1	7,2	31,0	1,1	0,7	19 581
Grenade	85,3	-	-	-	-	-	-	-	36,6	1,6	-	10 809
Guatemala	18,1	2,6	56,2	10,0	30,5	13,1	53,6	4,5	45,0	2,4	0,6	4 620

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2019 ^R	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2019 ^R	Répartition des prestations de protection sociale (%) 2010-2019 ^R			Part du revenu des ménages (%) 2010-2019 ^R			Coefficient de Gini 2010-2019 ^R	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2019 ^R	Indice de revenu de la vaste majorité 2010-2019 ^R	PIB par habitant (dollars E.-U., courants) 2010-2019 ^R
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres				
Guinée	-	-	-	-	-	19,8	41,5	7,6	33,7	1,3	0,7	963
Guinée-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	50,7	3,3	0,5	697
Guinée Équatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	50,2	-	-	8 132
Guyana	30,1	-	-	-	-	-	-	-	35,0	2,4	0,6	6 610
Haïti	-	4,1	-	-	-	15,8	47,1	5,5	60,8	6,5	0,4	1 272
Honduras	-	19,4	54,7	16,1	27,9	11,6	52,2	3,6	49,4	3,1	0,6	2 575
Hongrie	100,0	100,0	-	-	-	21,7	37,8	8,2	28,0	1,0	0,8	16 730
Îles Cook	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 788
Îles Salomon	23,8	-	-	-	-	18,4	44,6	7,0	37,1	1,6	0,7	2 374
Îles Turques-et-Caïques	57,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31 353
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	41,6	24,1	43,3	17,3	22,9	19,8	44,4	8,1	51,9	3,6	0,7	2 100
Indonésie	28,4	25,6	57,7	6,0	30,7	17,7	45,5	6,9	37,8	1,7	0,7	4 136
Iran (République islamique d')	13,1	16,4	-	-	-	15,8	48,5	5,8	40,8	1,9	0,7	5 550
Iraq	-	-	26,8	35,5	12,4	21,9	38,5	8,8	40,9	2,0	0,8	5 955
Irlande	100,0	100,0	-	-	-	21,4	40,0	8,4	28,3	1,0	0,7	78 779
Islande	100,0	-	-	-	-	23,9	35,9	9,7	23,2	0,8	0,8	67 084
Israël	100,0	-	-	-	-	15,7	44,2	5,1	34,8	1,4	0,7	43 589
Italie	100,0	-	-	-	-	18,0	42,1	6,0	32,8	1,3	0,7	33 226
Jamaïque	7,0	27,0	52,1	2,0	31,7	16,3	47,9	6,1	37,5	1,7	0,6	5 582
Japon	-	85,4	-	-	-	20,5	41,1	7,7	33,9	1,3	0,8	40 247
Jordanie	4,8	8,8	-	-	-	-	-	-	40,1	1,9	0,7	4 405
Kazakhstan	44,2	57,4	39,4	20,1	19,4	23,3	37,9	9,8	27,5	1,0	0,8	9 813
Kenya	30,2	3,6	38,4	24,0	20,0	16,5	47,5	6,2	40,8	1,9	0,7	1 817
Kirghizistan	23,8	16,9	61,8	6,6	35,0	22,8	39,5	9,6	27,7	1,0	0,8	1 310
Kiribati	-	1,3	-	-	-	-	-	-	37,0	1,6	0,7	1 655
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	36,0	2,4	-	32 000
Lesotho	-	10,4	47,6	10,4	23,3	13,5	49,8	4,6	44,9	2,4	0,5	1 118
Lettonie	100,0	100,0	-	-	-	18,9	42,3	7,0	35,2	1,4	0,7	17 819
Liban	-	-	-	-	-	20,6	40,0	7,9	31,8	1,2	0,8	7 584
Libéria	-	5,8	40,0	16,5	22,5	18,8	42,8	7,2	35,3	1,4	0,7	622
Libya	-	-	-	-	-	-	-	-	30,2	-	-	7 686
Liechtenstein	100,0	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	181 403
Lituanie	100,0	-	-	-	-	18,6	42,8	6,6	35,4	1,5	0,7	19 551
Luxembourg	100,0	100,0	-	-	-	18,5	42,2	6,6	32,3	1,2	0,7	114 685
Macédoine du Nord	100,0	-	-	-	-	18,5	38,8	6,1	30,7	1,1	0,7	6 022
Madagascar	-	-	-	-	-	15,7	49,4	5,7	42,7	2,1	0,6	523
Malaisie	46,5	2,8	47,8	12,2	24,6	15,9	47,3	5,8	41,0	2,0	0,7	11 414
Malawi	-	9,8	37,3	17,0	17,9	16,2	51,7	6,4	44,7	2,4	0,6	412
Maldives	26,2	8,2	34,6	23,2	15,1	21,2	39,8	8,3	31,3	1,2	0,7	10 627
Mali	-	5,4	-	-	-	-	-	-	33,0	1,3	0,7	879
Malte	100,0	-	-	-	-	22,2	37,5	8,6	28,0	1,0	0,8	29 737
Maroc	-	-	-	-	-	17,4	47,0	6,7	39,6	1,8	0,7	3 204
Maurice	-	-	28,9	27,2	11,8	18,8	44,6	7,2	36,8	1,6	0,7	11 099
Mauritanie	-	-	-	-	-	19,9	40,2	7,5	32,6	1,3	0,7	1 679
Mexique	10,5	23,4	51,0	15,6	28,0	14,9	51,7	5,4	46,4	2,6	0,6	9 946
Micronésie (États fédérés de)	-	6,8	-	-	-	16,2	46,0	5,5	40,1	1,8	0,7	3 568
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	185 829
Mongolie	100,0	85,0	44,7	17,9	23,8	20,2	40,9	7,9	32,7	1,3	0,7	4 340
Monténégro	100,0	-	60,9	10,6	43,1	16,4	43,9	5,2	34,1	1,3	0,7	8 910
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	0,3	0,3	-	-	-	11,8	59,5	4,2	47,0	3,8	0,5	504
Myanmar	1,6	2,1	49,6	13,1	33,4	21,9	40,0	8,9	30,7	1,2	0,7	1 408
Namibie	24,8	22,8	34,9	25,6	17,6	8,6	63,7	2,8	56,0	6,2	0,5	4 957
Nauru	-	-	-	-	-	19,4	42,7	7,5	-	1,9	-	9 397
Népal	9,8	22,9	-	-	-	-	-	-	32,8	1,3	0,7	1 071
Nicaragua	17,8	3,1	-	-	-	14,3	52,0	5,1	46,2	2,6	0,6	1 913
Niger	-	4,2	29,4	16,8	13,3	19,6	42,4	7,8	34,3	1,4	0,7	554
Nigéria	0,1	12,0	45,4	16,2	21,4	18,7	42,4	7,1	35,1	1,4	0,6	2 230
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	100,0	100,0	-	-	-	23,0	36,6	8,9	25,4	0,9	0,8	75 420
Nouvelle-Zélande	100,0	67,1	-	-	-	-	-	-	34,1	1,4	-	41 558
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	39,9	-	-	15 343
Ouganda	5,3	-	10,0	79,3	3,4	15,9	49,8	6,1	42,8	2,1	0,6	794
Ouzbékistan	16,0	29,2	49,3	14,4	29,7	18,8	43,7	7,1	39,7	1,5	0,7	1 725
Pakistan	-	5,4	60,4	8,3	33,4	21,7	41,1	9,1	33,5	1,4	0,7	1 285
Palaos	-	60,0	-	-	-	-	-	-	51,0	3,8	-	14 902
Panama	19,2	21,5	51,5	11,5	24,9	11,7	54,4	3,6	50,6	3,4	0,6	15 731
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	-	-	-	-	-	41,9	2,1	0,7	2 829
Paraguay	8,2	18,6	58,1	3,6	27,7	14,0	51,2	4,8	47,3	2,8	0,6	5 415

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2019 ^R	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2019 ^R	Répartition des prestations de protection sociale (%) 2010-2019 ^R			Part du revenu des ménages (%) 2010-2019 ^R			Coefficient de Gini 2010-2019 ^R	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2019 ^R	Indice de revenu de la vaste majorité 2010-2019 ^R	PIB par habitant (dollars E.-U., courants) 2010-2019 ^R
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres				
Pays-Bas	100,0	100,0	-	-	-	22,7	37,2	8,9	27,5	1,0	0,8	52 295
Pérou	8,8	16,1	81,2	1,6	51,1	15,4	47,2	5,2	42,9	2,2	0,6	6 978
Philippines	12,4	31,1	54,7	12,8	28,4	16,1	49,2	6,2	44,4	2,3	0,6	3 485
Pologne	100,0	100,0	62,4	9,4	38,0	21,5	38,6	8,2	28,5	1,0	0,8	15 695
Portugal	100,0	93,1	-	-	-	20,0	41,4	7,4	31,9	1,2	0,7	23 214
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	40,4	-	-	62 088
République Arabe Syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	34,2	1,2	0,7	1 178
République Centrafricaine	0,1	0,4	-	-	-	-	-	-	56,2	4,5	0,5	468
République de Corée	-	40,0	-	-	-	20,5	39,1	7,5	34,5	1,4	0,8	31 846
République démocratique du Congo	-	1,3	8,5	64,1	3,5	15,5	48,4	5,5	42,1	2,1	0,6	581
République Démocratique Populaire Lao	12,7	-	-	-	-	17,8	46,4	7,0	36,4	1,6	0,7	2 535
République de Moldova	100,0	-	50,6	13,0	30,2	24,4	36,0	10,2	25,7	0,9	0,8	4 494
République Dominicaine	17,4	62,1	44,9	12,3	20,6	16,1	48,6	6,0	43,2	2,2	0,6	8 282
République Populaire Démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	0,4	-	53,9	9,2	17,9	17,4	48,1	6,9	40,5	1,9	0,7	1 122
Roumanie	100,0	100,0	52,2	15,1	32,3	17,3	41,2	5,4	34,8	1,4	0,8	12 913
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	100,0	65,6	-	-	-	18,6	42,1	6,8	35,1	1,3	0,7	42 329
Rwanda	1,3	5,2	31,0	33,7	13,7	15,8	50,8	6,0	43,7	2,3	0,6	820
Sainte-Lucie	39,4	-	-	-	-	11,0	55,4	3,1	51,2	3,5	0,6	11 611
Saint-Kitts-et-Nevis	78,0	-	-	-	-	-	-	-	40,0	-	-	19 935
Saint-Marin	100,0	-	-	-	-	-	-	-	27,7	-	-	48 995
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	28,6	-	-	-	-	-	-	-	40,0	-	-	7 458
Samoa	28,5	0,0	-	-	-	17,9	46,3	6,8	38,7	1,8	0,7	4 324
Sao Tomé-et-Principe	2,0	-	-	-	-	11,5	61,2	3,9	56,3	4,2	0,8	1 947
Sénégal	3,0	1,0	7,4	69,4	3,2	16,5	46,9	6,1	40,3	1,9	0,7	1 447
Serbie	-	-	50,7	18,3	34,5	17,3	41,5	5,2	33,3	1,3	0,7	7 412
Seychelles	-	-	-	-	-	19,6	39,1	7,0	46,8	2,6	0,6	17 448
Sierra Leone	-	0,8	-	-	-	19,6	44,2	7,9	35,7	1,5	0,7	528
Singapour	89,3	-	-	-	-	-	-	-	47,3	1,9	-	65 233
Slovaquie	100,0	100,0	-	-	-	23,8	33,8	8,8	22,8	0,7	0,8	19 266
Slovénie	96,0	79,4	-	-	-	24,7	34,9	10,1	23,9	0,8	0,8	25 941
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	-	40,5	1,9	-	127
Soudan	-	-	-	-	-	19,9	42,4	7,8	34,2	1,4	0,7	442
Soudan du Sud	-	17,7	-	-	-	-	-	-	46,3	2,7	0,6	1 120
Sri Lanka	29,4	32,0	59,3	7,3	32,6	17,9	47,2	7,1	45,0	2,5	0,7	3 853
Suède	100,0	100,0	-	-	-	21,4	37,8	7,7	27,6	1,0	0,8	51 648
Suisse	100,0	100,0	-	-	-	19,9	40,8	7,5	30,6	1,2	0,7	81 989
Suriname	0,0	57,9	-	-	-	-	-	-	38,1	5,8	0,5	6 360
Tadjikistan	66,5	14,0	15,0	42,7	7,6	19,4	41,7	7,4	34,0	1,4	0,7	871
Tchad	-	-	2,9	64,6	1,4	14,6	48,8	4,9	43,3	2,2	0,6	710
Tchéquie	100,0	-	-	-	-	24,9	35,5	10,2	24,0	0,8	0,8	23 490
Thaïlande	40,0	21,0	51,8	12,0	26,5	19,2	42,8	7,7	36,4	1,5	0,7	7 807
Timor-Leste	-	38,2	41,9	24,8	13,9	22,8	38,4	9,4	28,7	1,1	0,8	1 561
Togo	-	49,0	-	-	-	14,5	48,6	5,0	43,1	2,2	0,6	679
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	26,3	3,3	-	-	-	18,2	45,4	6,8	37,6	1,6	0,7	4 903
Trinité-et-Tobago	40,4	14,6	-	-	-	-	-	-	40,3	1,9	0,7	17 398
Tunisie	25,3	28,6	-	-	-	20,1	40,9	7,8	32,8	1,3	0,7	3 317
Turkménistan	-	-	-	-	-	-	-	-	26,5	2,0	0,7	6 967
Turquie	-	-	63,7	5,7	37,8	15,5	48,0	5,4	41,7	2,0	0,6	9 127
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	39,1	1,8	0,7	4 059
Ukraine	100,0	100,0	45,6	15,8	22,1	23,7	36,5	9,7	26,1	0,9	0,8	3 659
Uruguay	100,0	-	59,3	13,4	36,7	16,2	45,9	5,8	39,2	1,8	0,7	16 190
Vanuatu	-	12,9	-	-	-	-	-	-	37,6	1,6	0,7	3 115
Venezuela (République Bolivarienne du)	-	-	-	-	-	-	-	-	37,8	1,6	0,6	16 054
Viet Nam	44,0	1,0	82,8	2,6	63,8	18,6	42,9	6,7	42,4	1,5	0,7	2 715
Yémen	-	-	-	-	-	18,8	44,7	7,3	36,7	1,6	0,7	774
Zambie	4,1	21,1	8,9	59,0	1,0	8,9	61,3	2,9	57,1	5,0	0,5	1 305
Zimbabwe	-	6,7	61,0	16,2	49,3	15,1	51,1	6,0	44,3	2,3	0,6	1 464

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2019 ^R	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2019 ^R	Répartition des prestations de protection sociale (%) 2010-2019 ^R			Part du revenu des ménages (%) 2010-2019 ^R			Coefficient de Gini 2010-2019 ^R	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2019 ^R	Indice de revenu de la vaste majorité 2010-2019 ^R	PIB par habitant (dollars É.-U., courants) 2010-2019 ^R
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres				
DONNÉES CONSOLIDÉES												
Asie de l'Est et Pacifique	56,6	14,2	51,3	14,0	27,4	17,7	44,8	6,7	43,2	1,7	0,7	11 386
Europe et Asie centrale	85,3	90,8	46,5	16,1	25,0	19,6	41,5	7,4	32,3	1,3	0,7	24 694
Europe de l'Est et Asie centrale	66,3	80,6	45,0	16,8	23,8	18,9	43,3	7,2	34,4	1,4	0,7	8 437
Europe de l'Ouest	100,0	99,5	-	-	-	20,2	40,1	7,5	30,5	1,1	0,8	38 421
Amérique Latine et Caraïbes	31,0	44,6	59,2	7,6	33,4	12,9	53,4	4,3	48,2	3,1	0,6	8 810
Moyen-Orient et Afrique du Nord	48,8	-	-	-	-	19,7	42,8	7,8	36,3	1,5	0,7	7 756
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	15,9	46,3	5,4	40,4	1,9	0,7	63 369
Asie du Sud	37,8	22,0	45,6	16,2	24,4	20,1	43,8	8,3	48,7	3,2	0,7	1 961
Afrique Subsaharienne	7,5	13,6	34,5	31,3	16,7	16,2	48,3	6,0	41,8	2,6	0,6	1 604
Afrique de l'Est et australe	9,1	18,7	38,8	27,6	18,0	15,4	50,9	5,8	43,7	3,0	0,6	1 628
Afrique de l'Ouest et centrale	6,0	9,5	30,6	34,6	15,4	17,1	45,4	6,3	39,7	2,0	0,7	1 578
Pays les moins avancés	9,4	11,6	33,0	33,2	16,2	17,9	46,0	6,9	40,5	2,2	0,7	1 078
Monde	48,4	27,4	47,5	16,7	25,3	18,0	45,3	6,9	42,8	2,2	0,7	11 562

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Mères avec nouveau-nés recevant des prestations en espèces – Pourcentage de femmes ayant donné naissance bénéficiant de prestations de maternité : nombre de femmes bénéficiant de prestations de maternité en espèces rapporté au nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année (estimations reposant sur les taux de fécondité par âge publiés dans le document *Perspectives de la population mondiale* de l'ONU ou sur le nombre de naissances vivantes ajusté en fonction de la part de naissances de jumeaux ou de triplés).

Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale – Pourcentage d'enfants bénéficiant de prestations de protection sociale : nombre d'enfants/de ménages recevant des prestations à l'enfance/aux familles en espèces rapporté au nombre total d'enfants/de ménages avec des enfants.

Répartition des prestations de protection sociale – Pourcentage de prestations versées au 1^{er} quintile, aux 40 % les plus pauvres et au 5^e quintile par rapport à la totalité des prestations versées à la population. La couverture sociale inclut : le fait de fournir une aide sociale au moyen de transferts en espèces à ceux qui en ont besoin, en particulier aux enfants ; les prestations et le soutien fournis aux personnes en âge de travailler en cas de maternité ou de handicap ; et le versement d'une pension aux personnes âgées.

Part du revenu des ménages – Pourcentage du revenu qui revient aux 20 % des ménages ayant le revenu le plus élevé, aux 40 % des ménages affichant le revenu le plus faible et aux 20 % des ménages affichant le revenu le plus faible.

Coefficient de Gini – L'indice de Gini mesure l'écart entre une répartition parfaitement égale des revenus (ou, dans certains cas, des dépenses de consommation) et leur

répartition dans un pays donné entre les personnes ou les ménages. On construit pour cela une courbe de Lorenz qui met en regard les pourcentages cumulés du revenu total et le nombre cumulé de personnes percevant ce revenu, en commençant par les personnes ou les ménages les plus pauvres. L'indice de Gini mesure l'aire comprise entre la courbe de Lorenz et une ligne hypothétique d'égalité parfaite, exprimée en pourcentage de l'aire maximale située au-dessous de la ligne. Le coefficient de Gini est égal à zéro pour une égalité parfaite des revenus et à 100 pour une inégalité parfaite.

Indice de Palma sur l'inégalité de revenu – L'indice de Palma correspond à la part du revenu national brut des 10 % les plus riches divisée par la part des 40 % les plus pauvres.

PIB par habitant (dollars É.-U., courants) – Le PIB par habitant est le produit intérieur brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. Le PIB est la somme de la valeur brute ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (moins les subventions) non incluses dans l'évaluation des produits. Son calcul ne tient compte d'aucune déduction pour l'amortissement des biens fabriqués, ni de l'épuisement ou de la dégradation des ressources naturelles. Données en dollars É.-U., courants.

Indice de revenu de la vaste majorité – Le coefficient de revenu de la vaste majorité consiste à ne prendre en compte que les revenus des premiers 80 % de la population (la vaste majorité) d'un pays donné.

Profil de la pauvreté des enfants – L'indicateur du profil de la pauvreté des enfants mesure la prévalence d'enfants extrêmement pauvres dans une, deux, trois, quatre dimensions ou plus de la pauvreté multidimensionnelle.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) – Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2020 de l'OIT. Dernière mise à jour : mai 2021.

Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale – Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2020 de l'OIT. Dernière mise à jour : mai 2021.

Répartition des prestations de protection sociale – The Atlas of Social Protection: Indicators of Resilience and Equity (L'Atlas de la protection sociale : Indicateurs de résilience et d'équité). Dernière mise à jour : mai 2021.

Part du revenu des ménages – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : février 2021.

Coefficient de Gini – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : mai 2020.

Indice de Palma sur l'inégalité de revenu – Base de données sur les inégalités de revenu dans le monde. Dernière mise à jour : mai 2020.

PIB par habitant (dollars É.-U., courants) – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : mai 2020.

Indice de revenu de la vaste majorité – Estimations de l'UNICEF basées sur les Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : février 2021.

Profil de la pauvreté des enfants – Estimations de l'UNICEF basées sur des EDS et des MICS.

NOTES

- Données non disponibles.
- R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- CS Des données ventilées par sexe sont disponibles dans l'entrepôt de données de l'UNICEF.

TABLEAU 14. EAH

Pays et zones	Ménages 2020									Écoles 2019									Établissements de santé 2019			
	Utilisation de sources d'eau potable au moins de base (%)			Utilisation d'installations sanitaires au moins de base (%)			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%)			Utilisation de sources d'eau de base (%)			Utilisation d'installations sanitaires de base (%)			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%)			Utilisation de sources d'eau de base (%)	Utilisation d'installations sanitaires de base (%)	Utilisation d'installations d'hygiène de base (%)	Utilisation d'installations de base de gestion des déchets (%)
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire				
Afghanistan	75	100	66	50	67	45	38	64	29	66	58	74	38	26	65	6	3	10	-	-	-	-
Afrique du Sud	94	99	83	78	77	81	44	53	27	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albanie	95	96	94	99	99	99	-	-	-	59	56	66	89	83	88	82	71	84	-	-	-	-
Algérie	94	96	90	86	88	79	85	88	75	92	85	98	99	98	100	99	98	99	-	-	-	-
Allemagne	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Andorre	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100
Angola	57	72	28	52	65	24	27	34	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	100	100	100	100	100	99	100	-	-	-	-
Arabie Saoudite	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Argentine	-	100	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arménie	100	100	100	94	100	83	95	97	91	-	-	95	-	-	-	-	-	-	97	41	69	97
Australie	100	100	100	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Autriche	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	96	100	91	-	96	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	48	100	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Bangladesh	98	97	98	54	53	55	58	66	54	82	78	93	56	48	58	51	49	49	64	31	38	11
Barbade	99	-	-	98	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Bélarus	97	96	99	98	98	97	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Belgique	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
Belize	98	99	98	88	94	84	90	92	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bénin	65	73	58	17	27	8	12	17	8	45	45	-	-	-	-	-	-	-	53	-	-	64
Bhoutan	97	98	97	77	77	76	92	89	93	64	58	63	86	75	93	-	-	-	95	16	73	36
Bolivie (État plurinational de)	93	99	80	66	75	44	27	29	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	96	95	97	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	92	98	79	80	91	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	99	100	96	90	94	63	-	-	-	-	-	-	-	-	61	61	65	-	45	-	-	
Brunéi Darussalam	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
Bulgarie	99	100	97	86	87	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	47	80	33	22	40	13	9	17	5	53	-	42	70	-	53	25	26	8	76	-	-	25
Burundi	62	91	58	46	41	46	6	19	4	46	45	52	49	35	93	17	18	14	-	48	-	82
Cabo Verde	89	93	80	79	83	72	-	-	-	-	-	-	90	91	85	84	83	100	-	-	-	-
Cambodge	71	90	65	69	93	61	74	83	71	73	80	76	32	40	48	48	55	42	-	-	-	-
Cameroun	66	82	44	45	61	23	36	47	22	34	34	-	39	39	-	-	-	-	-	-	-	-
Canada	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	94	97	90	92	95	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	-	36	-
Chypre	100	100	100	99	100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	97	100	87	94	96	84	68	76	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	2	-	-
Congo	74	87	46	20	27	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	100	100	100	98	98	97	86	87	83	84	86	76	75	71	89	78	75	85	100	-	-	-
Côte d'Ivoire	71	85	56	35	48	21	22	31	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croatie	-	100	-	97	98	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	97	98	94	91	93	86	92	94	86	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Danemark	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Djibouti	76	84	47	67	79	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Égypte	99	100	99	97	100	96	90	93	88	-	-	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
El Salvador	98	100	93	82	87	70	-	-	-	82	80	84	87	87	92	-	-	-	-	-	-	-
Émirats Arabes Unis	100	-	-	99	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Équateur	95	100	87	92	93	89	87	92	79	87	87	96	80	80	91	-	-	-	-	-	-	49
Érythrée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	26	46	5	3	8	-	-	-	-
Espagne	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Estonie	100	100	-	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100
Eswatini	71	97	62	64	52	68	24	48	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
État de Palestine	98	98	99	99	99	98	92	92	92	78	81	86	81	78	86	21	22	29	-	-	-	-
États-Unis d'Amérique	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Éthiopie	50	84	40	9	21	5	8	20	5	15	15	22	40	39	61	5	5	8	30	59	-	64
Fédération de Russie	97	99	92	89	95	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	94	98	89	99	99	99	-	-	-	88	-	-	76	-	-	61	-	-	-	-	-	-
Finlande	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
France	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Gabon	85	90	45	50	51	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambie	81	88	69	47	60	26	18	18	18	-	-	63	83	80	-	-	-	-	-	-	-	-
Géorgie	97	99	94	86	95	72	92	95	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	86	96	72	24	28	17	42	47	35	71	76	79	64	62	65	54	52	52	61	-	-	51
Grèce	100	100	100	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	99	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
Guatemala	94	98	90	68	79	56	-	-	-	-	-	-	76	76	-	-	-	-	67	-	-	-
Guinée	64	87	51	30	46	21	20	33	13	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61
Guinée-Bissau	59	71	50	18	35	5	18	23	14	59	-	-	32	-	-	12	-	-	74	17	47	2
Guinée Équatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	96	100	94	86	92	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haïti	67	85	43	37	46	25	22	28	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63	-	-	6

TABLEAU 14. EAH

Pays et zones	Ménages 2020									Écoles 2019									Établissements de santé 2019			
	Utilisation de sources d'eau potable au moins de base (%)			Utilisation d'installations sanitaires au moins de base (%)			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%)			Utilisation de sources d'eau de base (%)			Utilisation d'installations sanitaires de base (%)			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%)			Utilisation de sources d'eau de base (%)	Utilisation d'installations sanitaires de base (%)	Utilisation d'installations d'hygiène de base (%)	Utilisation d'installations de base de gestion des déchets (%)
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire				
Honduras	96	100	90	84	86	80	-	-	-	68	65	52	82	-	-	12	5	21	58	1	-	-
Hongrie	100	100	100	98	98	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Îles Cook	100	-	-	99	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	60	-	-
Îles Marshall	89	87	94	84	91	59	85	86	80	3	3	-	27	27	-	36	36	-	-	-	-	-
Îles Salomon	67	91	59	35	78	21	-	-	-	28	17	20	19	27	22	34	17	-	74	-	-	12
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	100	-	-	-	-	-	-	-	-	93	100	84	100	100	100	95	91	100	-	-	-	-
Inde	90	94	89	71	79	67	68	82	60	67	67	75	64	64	73	53	53	53	-	-	-	-
Indonésie	92	98	86	86	92	80	94	96	91	73	72	75	40	37	50	59	59	57	80	-	-	66
Iran (République islamique d')	97	99	94	90	93	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	98	100	95	100	100	100	97	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	97	97	98	91	90	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	100	100	100	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Italie	100	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Jamaïque	91	95	85	87	83	91	-	-	-	95	94	96	95	94	96	97	96	97	-	-	-	-
Japon	99	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	99	99	97	97	97	95	-	-	-	93	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	95	98	92	98	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	62	87	52	33	36	32	27	33	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
Kirghizistan	92	99	87	98	95	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
Kiribati	78	92	61	46	51	39	56	59	51	-	-	-	-	-	-	-	-	65	-	-	-	17
Koweït	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Lesotho	72	93	64	50	47	52	6	10	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lettonie	99	99	99	92	96	84	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Liban	93	-	-	99	-	-	-	-	-	59	60	61	93	92	95	36	34	46	61	16	-	64
Libéria	75	86	64	18	29	6	-	-	-	50	44	65	27	24	35	69	67	75	-	-	-	31
Libya	100	-	-	92	-	-	-	-	-	17	-	-	61	-	-	13	-	-	-	-	-	43
Liechtenstein	100	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	98	100	94	94	98	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	99	93	
Luxembourg	100	100	99	98	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	98	98	97	98	99	97	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100
Madagascar	53	80	36	12	19	8	27	38	20	-	-	62	62	52	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaisie	97	99	90	-	100	-	-	-	-	98	97	99	100	100	100	98	97	98	-	-	-	-
Malawi	70	86	67	27	34	25	8	14	7	78	87	82	65	75	56	21	28	-	76	3	27	42
Maldives	100	99	100	99	100	99	96	97	95	100	100	96	-	-	-	-	-	55	15	80	30	
Mali	83	96	72	45	56	37	17	27	9	70	70	-	30	20	63	63	-	-	-	-	52	
Malte	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	90	98	77	87	96	71	-	-	-	84	74	91	70	70	-	89	81	98	-	-	-	-
Maurice	100	100	100	-	96	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	86	89	84	-	-	-	-
Mauritanie	72	89	50	50	75	19	-	-	-	-	-	21	20	32	-	-	-	-	-	-	44	
Mexique	100	100	98	92	94	86	-	-	-	-	49	74	74	80	-	-	82	-	-	-	-	
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	100	100	-	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
Mongolie	85	97	61	68	76	51	86	89	81	74	73	63	70	63	41	44	66	-	-	-	-	
Monténégro	99	99	98	98	100	94	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	85	100	100	
Montserrat	98	-	-	89	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
Mozambique	63	88	49	37	61	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	43	-	-	-
Myanmar	84	95	78	74	79	71	75	83	71	75	72	82	68	65	71	59	54	62	-	-	-	-
Namibie	84	96	71	35	50	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86	100	66	-	-	-	-	-	-	-
Népal	90	90	90	77	76	77	62	75	59	47	39	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Nicaragua	82	97	59	73	81	61	-	-	-	54	-	12	-	-	40	-	-	58	-	-	-	31
Niger	47	86	39	15	52	7	23	39	20	16	16	-	25	23	-	15	15	-	25	0	4	36
Nigéria	78	92	62	43	52	33	33	41	25	36	32	53	38	35	46	28	28	24	46	17	66	43
Nioué	97	-	-	96	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
Norvège	100	100	100	98	98	98	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	92	95	76	99	99	99	97	-	-	100	-	-	96	-	-	100	100	100	-	-	-	-
Ouganda	56	79	48	20	28	17	23	36	18	68	70	80	80	-	30	31	56	44	-	-	-	48
Ouzbékistan	98	100	96	100	100	100	-	-	-	90	90	89	92	93	91	89	90	89	-	-	-	-
Pakistan	90	93	89	68	82	60	80	90	74	57	52	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palaos	100	100	100	100	100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	94	98	86	85	93	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	45	86	39	19	49	15	30	62	25	47	46	65	46	46	69	12	11	16	70	-	-	10
Paraguay	100	100	99	93	95	88	80	85	72	67	67	-	-	-	62	62	-	85	26	-	-	6
Pays-Bas	100	100	100	98	98	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
Pérou	93	97	81	79	84	60	-	-	55	80	79	76	61	62	67	-	-	46	7	-	-	28
Philippines	94	97	91	82	82	82	82	85	79	47	45	54	39	33	68	54	56	39	-	-	-	-
Pologne	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
Portugal	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
Qatar	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
République Arabe Syrienne	94	95	92	90	90	90	83	85	80	49	49	49	49	51	47	21	22	23	69	-	-	-

TABLEAU 14. EAH

Pays et zones	Ménages 2020									Écoles 2019									Établissements de santé 2019					
	Utilisation de sources d'eau potable au moins de base (%)			Utilisation d'installations sanitaires au moins de base (%)			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%)			Utilisation de sources d'eau de base (%)			Utilisation d'installations sanitaires de base (%)			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%)			Utilisation de sources d'eau de base (%)	Utilisation d'installations sanitaires de base (%)	Utilisation d'installations d'hygiène de base (%)	Utilisation d'installations de base de gestion des déchets (%)		
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire						
République Centrafricaine	37	50	28	14	25	6	22	34	12	16	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République de Corée	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	46	75	22	15	20	11	19	27	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	0	
République Démocratique Populaire Lao	85	97	78	79	98	69	56	73	46	-	-	16	16	-	35	35	-	-	-	-	-	-	-	
République de Moldova	91	97	85	79	87	73	-	-	92	-	-	81	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	
République Dominicaine	97	98	90	87	89	77	47	50	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
République Populaire Démocratique de Corée	94	97	89	85	92	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
République-Unie de Tanzanie	61	89	45	32	47	23	48	63	40	-	-	-	-	-	21	21	-	56	-	-	-	28		
Roumanie	100	100	100	87	97	76	-	-	72	64	85	72	64	87	72	64	87	-	-	-	-	-	-	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	100	100	100	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rwanda	60	83	56	69	50	73	5	13	3	55	53	65	65	61	73	52	50	49	73	6	65	52		
Sainte-Lucie	97	97	97	83	79	84	-	-	100	99	100	100	99	100	100	99	100	-	-	-	-	-	-	
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	84	79	100	-	-	-	84	79	100	-	-	-	-	-	-	
Saint-Marin	100	-	-	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100	100	
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	99	99	100	99	99	100	99	-	-	-	-	-	-	
Samoa	92	92	92	97	95	79	79	-	100	100	100	-	-	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	
Sao Tomé-et-Principe	78	80	74	48	51	39	55	59	44	-	-	76	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sénégal	85	95	75	57	68	46	22	35	10	45	42	79	16	9	40	22	25	9	66	-	-	16		
Serbie	95	95	96	98	100	96	-	-	72	63	91	74	66	92	73	66	91	98	6	86	85	85		
Seychelles	-	-	-	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	80		
Sierra Leone	64	78	53	17	25	10	21	24	19	63	55	71	20	46	25	-	-	21	-	-	-	19		
Singapour	100	100	-	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	
Slovaquie	100	100	100	98	99	96	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	
Slovénie	100	-	-	98	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	
Somalie	56	79	37	39	56	25	25	32	19	-	-	-	-	-	-	-	-	67	-	-	-	13		
Soudan	60	74	53	37	60	24	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Soudan du Sud	41	70	34	16	42	9	-	-	51	51	-	37	37	-	18	18	-	-	-	-	-	-	-	
Sri Lanka	92	100	91	94	93	94	-	-	83	84	88	96	93	94	-	-	-	99	-	-	-	27		
Suède	100	100	100	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suisse	100	100	100	100	100	100	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	
Suriname	98	99	97	90	94	82	72	75	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tadjikistan	82	96	77	97	94	98	73	87	68	79	-	47	-	-	26	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tchad	46	74	38	12	40	4	25	35	22	23	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75		
Tchéquie	100	100	100	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	100	100	100		
Thaïlande	100	100	100	99	99	98	85	87	83	-	-	-	-	-	-	-	-	88	61	93	98	98		
Timor-Leste	85	96	80	57	74	49	28	43	22	69	69	62	38	37	43	60	61	52	-	-	-	9		
Togo	69	91	52	19	33	8	17	27	10	20	20	-	65	62	68	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tokélaou	100	-	100	97	-	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	-	-	67		
Tonga	99	100	98	93	95	92	70	80	66	-	-	-	-	-	-	-	-	93	-	-	-	63		
Trinité-et-Tobago	99	-	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tunisie	98	99	94	97	98	97	84	91	67	70	-	63	63	-	38	38	-	-	-	-	-	-	-	
Turkménistan	100	100	100	99	99	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Turquie	97	97	96	99	100	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tuvalu	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ukraine	94	91	100	98	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-	82	74	93	-	-	-	-	-	-	
Uruguay	99	100	95	98	98	99	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Vanuatu	91	100	88	53	65	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	-	-	-	-	-	
Venezuela (République Bolivarienne du)	94	-	-	96	-	-	-	-	97	97	-	90	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Viet Nam	97	99	96	89	96	85	86	93	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Yémen	61	77	51	54	79	39	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	13	
Zambie	65	87	48	32	41	25	18	29	9	79	78	94	66	-	57	55	58	-	-	-	-	40	40	
Zimbabwe	63	93	48	35	42	32	42	56	36	66	64	69	-	-	-	-	-	81	17	58	78	78		

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2020		Nutrition		Protection de l'enfance			Enseignement et apprentissage				Transition vers la vie active 2012-2020 ^a					
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Maigreurs 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime 2012-2020 ^b	Harcèlement 2011-2018 ^b		Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères	
						Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Afghanistan	9 822	25	17	9	29	42	45	-	-	-	-	31	69	15 y	22 y	9	22
Afrique du Sud	10 409	18	4	26	-	-	-	-	-	-	-	13	12	71	75	1	2
Albanie	362	13	1	24	-	17	18	56	59	38	58	21	17	34	19	1 x	3 x
Algérie	6 732	15	6	29	-	48	55	18	21	15	28	-	-	32	38	1	1
Allemagne	7 931	9	1	25	-	21	21	79	79	76	84	-	-	9	10	-	-
Andorre	8	10	1	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	7 882	24	8	11	24	-	-	-	-	-	-	15	24	17	15	15	19
Anguilla	2	13	-	-	-	22	30	-	-	-	-	-	-	17 x	25 x	-	-
Antigua-et-Barbuda	14	14	3	25	-	24 x	27 x	-	-	-	-	-	-	30 x	36 x	-	-
Arabie Saoudite	4 860	14	8	35	-	-	-	12	11	34	62	-	-	37	65	-	-
Argentine	7 137	16	1	34	-	25	24	35	27	45	51	13 y	14 y	32	42	-	-
Arménie	369	12	2	18	0 p	19	15	48	52	-	-	21	12	40	33	0	1
Australie	3 130	12	1	33	-	-	-	78	77	76	85	-	-	21	17	-	-
Autriche	876	10	2	26	-	20	21	79	78	71	82	10	5	10	12	-	-
Azerbaïdjan	1 335	13	3	18	12 x	25	26	-	-	-	-	-	-	13	15	-	-
Bahamas	64	16	3	34	-	25	22	-	-	-	-	-	-	38	46	-	-
Bahreïn	182	11	6	34	-	36	23	36	43	-	-	-	-	10	21	-	-
Bangladesh	30 674	19	18	8	28 y	27	17	62	52	55	54	10	30	12	18	0	4
Barbade	37	13	4	26	-	15	11	-	-	-	-	-	-	50	29	0	0
Bélarus	929	10	2	22	-	-	-	71	70	72	82	-	-	17	18	0	0
Belgique	1 312	11	1	23	-	16	18	82	79	75	82	4	4	20	20	-	-
Belize	78	20	4	27	-	30	31	-	-	-	-	17	34	15 y	34 y	1	3
Bénin	2 779	23	7	11	14	47	52	-	-	-	-	10 x	20 x	3 x	5 x	15	26
Bhoutan	136	18	15	9	-	31	29	-	-	-	-	-	-	5	7	2 x	5 x
Bolivie (État plurinational de)	2 298	20	1	27	-	32	28	-	-	-	-	7	9	16	12	-	-
Bosnie-Herzégovine	346	11	2	21	-	-	-	42	43	38	55	14	13	39	57	-	-
Botswana	472	20	6	16	-	53 x	52 x	-	-	-	-	23	24	52 y	48 y	-	-
Brésil	31 160	15	3	26	-	-	-	34	30	44	56	16	20	37	49	-	-
Brunéi Darussalam	65	15	6	25	-	25	22	50	54	42	55	14	17	29	33	-	-
Bulgarie	686	10	2	27	-	35	33	55	56	45	62	12	15	29	-	-	-
Burkina Faso	5 030	24	8	8	5 x	-	-	-	-	-	-	31	44	9	8	9 x	29 x
Burundi	2 725	23	7	10	38	-	-	-	-	-	-	4	3	3	1	21	30
Cabo Verde	100	18	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	47	-	-
Cambodge	3 100	19	11	10	7	23	22	11	9	6	9	4	7	-	1	2	6
Cameroun	6 176	23	6	12	20	-	-	-	-	-	-	9	18	3	5	8	22
Canada	3 971	11	1	31	-	36	40	84	84	82	90	17	15	24	23	-	-
Chili	2 494	13	1	34	-	16	14	32	24	64	73	11	12	28	40	8	10
Chine	166 605	12	4	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	142	12	1	32	-	-	-	60	66	46	67	6	9	28	-	-	-
Colombie	8 120	16	2	24	-	-	-	40	30	48	52	16	26	21	36	1	3
Comores	191	22	7	12	4	-	-	-	-	-	-	18	24	22	23	15	28
Congo	1 258	23	8	11	-	-	-	-	-	-	-	11 xy	15 xy	17 x	12 x	8	9
Costa Rica	719	14	2	30	-	18 x	20 x	45	35	55	61	12	14	47	65	1	0
Côte d'Ivoire	6 105	23	6	12	20 y	-	-	-	-	-	-	23	38	-	4	11	22
Croatie	408	10	2	26	-	23	21	70	68	72	85	16	12	44	60	-	-
Cuba	1 247	11	4	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 x	13 x	-	-
Danemark	676	12	1	24	-	12	15	85	86	79	89	3	2	16	14	-	-
Djibouti	179	18	6	16	-	44 x	36 x	-	-	-	-	13	19	88	85	-	-
Dominique	9	13	3	31	-	29 x	26 x	-	-	-	-	-	-	37 x	40 x	-	-
Égypte	18 385	18	3	35	17	70	70	20	23	-	-	6	20	10	34	1	5
El Salvador	1 166	18	2	29	7 y	21	24	-	-	-	-	15	33	10	16	7	20
Émirats Arabes Unis	843	9	5	34	-	33	22	45	48	46	68	8	9	28	25	-	-
Équateur	3 116	18	1	27	-	-	-	34	24	47	52	10	20	7 y	16 y	-	-
Érythrée	861	24	8	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espagne	4 736	10	1	32	-	10	9	75	75	80	87	11	10	50	61	-	-
Estonie	137	10	2	19	-	30	30	90	90	86	92	3	5	37	-	-	-
Eswatini	277	24	4	16	-	33	31	-	-	-	-	17	25	37	43	2 x	3 x
État de Palestine	1 109	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	16	39	41	1	2
États-Unis d'Amérique	42 332	13	1	41	-	26 x	25 x	74	72	77	85	9	8	18	17	-	-
Éthiopie	26 829	23	10	8	24	-	-	-	-	-	-	5	11	1	3	49 x	58 x
Fédération de Russie	15 256	10	2	19	-	31	35	78	78	73	83	-	-	22	26	-	-
Fidji	158	18	4	33	47 xy	33	26	-	-	-	-	8	13	16	32	-	-
Finlande	607	11	1	25	-	27	24	83	87	80	93	5	6	32	27	-	-
France	7 883	12	1	29	-	13	16	79	79	75	84	8	6	24	29	-	-
Gabon	423	19	6	15	40	-	-	-	-	-	-	-	-	27 x	38 x	6	7
Gambie	557	23	7	11	14	-	-	-	-	-	-	41	39	23	36	3	17
Géorgie	471	12	3	19	-	17	20	38	40	28	44	19	15	43	45	0	0
Ghana	6 617	21	6	10	23 xy	-	-	-	-	-	-	23	26	5	7	13	19

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2020		Nutrition		Protection de l'enfance			Enseignement et apprentissage				Transition vers la vie active 2012-2020 ^a					
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Maigreurs 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime 2012-2020 ^b	Harcèlement 2011-2018 ^b		Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères	
						Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	
Grèce	1 069	10	1	35	-	18	21	63	65	61	78	10	10	31	50	-	-
Grenade	16	14	4	25	-	29 x	26 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	3 872	22	1	27	9	26	20	12	10	28	33	10	41	4	4	-	-
Guinée	3 199	24	7	9	-	-	-	-	-	-	-	6	14	4	9	11	18
Guinée-Bissau	450	23	7	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	9
Guinée Équatoriale	265	19	8	10	56 x p	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	145	18	6	24	-	40 x	37 x	-	-	-	-	28	43	29	51	2	3
Haïti	2 347	21	4	26	28	-	-	-	-	-	-	6	13	7	10	19	13
Honduras	2 065	21	2	26	16	13 y	12 y	19	12	28	31	13	40	49	62	-	-
Hongrie	969	10	2	27	-	27	28	69	65	70	79	6	6	24	27	-	-
Îles Cook	3	15	<1	62	6 y	29	32	-	-	-	-	7	14	2	5	-	-
Îles Marshall	15	25	<1	58	27 y	-	-	-	-	-	-	30	21	28	-	-	-
Îles Salomon	149	22	1	24	-	64	68	-	-	-	-	5	6	1	1	6	9
Îles Turques-et-Caïques	6	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	4	14	-	-	-	18 x	17 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	252 202	18	27	6	18	-	-	-	-	-	-	10	27	28	14	-	-
Indonésie	46 303	17	10	14	-	24	19	26	30	24	36	19 x	28 x	17	18	-	-
Iran (République islamique d')	11 748	14	9	25	-	-	-	34	34	-	-	12	26	19	27	-	-
Iraq	8 711	22	5	30	-	32	22	-	-	-	-	17	56	19	7	1	6
Irlande	669	14	<1	29	-	32	32	84	84	85	91	10	9	23	22	-	-
Islande	45	13	1	27	-	12	11	77	82	66	81	4	-	16	12	-	-
Israël	1 405	16	1	34	-	29	18	63	69	60	77	-	-	7	7	-	-
Italie	5 733	9	1	34	-	11	12	64	61	72	81	14	14	46 y	51 y	-	-
Jamaïque	467	16	2	28	11 y	26	25	-	-	-	-	-	-	-	58 x	1	0
Japon	11 267	9	2	13	-	-	-	89	89	79	87	-	-	6	4	-	-
Jordanie	2 180	21	4	30	15	46 x	37 x	40	41	46	71	25	27	48	34	0	2
Kazakhstan	2 721	14	2	19	-	15	16	51	51	29	43	-	-	2	3	-	-
Kenya	12 747	24	8	11	23	57 x	57 x	-	-	-	-	7	12	8	7	-	-
Kirghizistan	1 101	17	3	15	3	-	-	-	-	-	-	10	13	9	12	5	11
Kiribati	24	20	<1	54	67 p	42	32	-	-	-	-	40	26	30	35	17	19
Koweït	533	12	4	43	-	36	28	20	16	-	-	-	-	39 x	41 x	-	-
Lesotho	429	20	6	15	-	-	-	-	-	-	-	6	10	22	42	11	16
Lettonie	189	10	2	20	-	44	49	83	83	71	84	3	2	29	17	-	-
Liban	1 135	17	5	31	-	24	12	36	34	28	36	16	20	28	29	-	-
Libéria	1 175	23	7	10	58	43	51	-	-	-	-	7	11	-	-	18	21
Libya	1 186	17	6	31	-	40 x	31 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	4	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	243	9	3	19	-	51	51	73	76	68	83	3	2	26	21	-	-
Luxembourg	66	11	1	25	-	21	23	74	72	66	76	3	-	29	37	-	-
Macédoine du Nord	233	11	2	25	-	18	18	37	41	34	57	10	10	47	49	1	1
Madagascar	6 343	23	7	10	19	-	-	-	-	-	-	3	3	3	2	17	26
Malaisie	5 116	16	8	25	-	19 y	14 y	56	60	47	61	-	-	14	15	-	-
Malawi	4 738	25	6	10	28	43 x	47 x	-	-	-	-	17	28	7	8	5	11
Maldives	59	11	14	16	4	30	30	-	-	-	-	31	26	19	33	-	-
Mali	5 009	25	8	10	21 y	-	-	-	-	-	-	16	32	1	1	13	24
Malte	41	9	1	35	-	29	21	61	63	55	74	8	11	21	-	-	-
Maroc	6 097	17	6	26	-	44	32	14	15	22	32	-	-	17	11	-	-
Maurice	175	14	7	14	-	29	22	-	-	-	-	16	15	27	47	-	-
Mauritanie	1 008	22	8	13	-	48 x	46 x	-	-	-	-	22	35	19	23	13	23
Mexique	22 350	17	2	34	-	-	-	47	41	52	58	10	21	7	9	2	2
Micronésie (États fédérés de)	23	20	<1	50	35 y	-	-	-	-	-	-	14	19	-	29	-	-
Monaco	3	8	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	42	-	-
Mongolie	500	15	2	17	8 y	36	25	-	-	-	-	9	11	16	25	18	14
Monténégro	79	13	2	24	-	-	-	55	52	48	63	-	-	44	-	0	0
Montserrat	<1	12	-	-	-	32 x	25 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	7 595	24	4	12	10 y	45	46	-	-	-	-	-	-	7	5	-	-
Myanmar	9 917	18	13	11	22	51	49	-	-	-	-	8	15	3	1	-	-
Namibie	526	21	8	14	52 p	48	45	-	-	-	-	17	20	37	39	-	-
Nauru	2	20	<1	64	-	40	38	-	-	-	-	22	39	33	61	-	-
Népal	6 120	21	16	7	17	56	45	-	-	-	-	16	31	23	26	7	17
Nicaragua	1 240	19	2	28	-	-	-	-	-	-	-	2	3	6	11	-	-
Niger	5 901	24	10	8	-	-	-	-	-	-	-	57	71	19	17	18	25
Nigéria	47 703	23	10	8	13	-	-	-	-	-	-	20	33	-	20	7	9
Nioué	<1	16	<1	58	-	38 x	-	-	-	-	-	-	-	16 x	14 x	-	-
Norvège	643	12	1	27	-	16	14	79	83	74	88	3	2	16	16	-	-
Nouvelle-Zélande	625	13	<1	38	-	-	-	79	78	77	86	-	-	18	19	-	-
Oman	530	10	7	30	-	45	39	20	27	-	-	-	-	39	51	-	-
Ouganda	11 449	25	6	10	31	50 x	41 x	-	-	-	-	19	26	16	14	7	18

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2020		Nutrition		Protection de l'enfance			Enseignement et apprentissage				Transition vers la vie active 2012-2020 ^a					
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Maigreur 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime 2012-2020 ^b	Harcèlement 2011-2018 ^b		Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères	
						Femme	Homme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Ouzbékistan	5 461	16	3	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	45 427	21	19	9	17 ^y	45 ^x	35 ^x	-	-	-	-	7	43	9	6	-	-
Palaos	2	13	<1	62	8 ^y	-	-	-	-	-	-	5	5	-	-	-	-
Panama	727	17	2	28	-	-	-	21	17	33	39	10	10	25	38	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 918	21	1	31	60	-	-	-	-	-	-	21 ^x	21 ^x	3 ^x	2 ^x	-	-
Paraguay	1 336	19	2	27	-	19	15	11	6	30	34	10	23	13	27	4	9
Pays-Bas	1 954	11	1	24	-	12	12	84	85	71	81	2	2	11	11	-	-
Pérou	5 135	16	1	26	18	47 ^x	48 ^x	43	36	43	49	23	26	8 ^y	8 ^y	3	5
Philippines	21 370	20	10	12	11	53	49	18	20	15	23	10	11	4	6	-	-
Pologne	3 709	10	2	24	-	23	18	85	86	80	90	4	2	18	17	-	-
Portugal	1 015	10	1	30	-	17	19	77	77	76	84	5	4	29	36	-	-
Qatar	228	8	5	37	-	49	35	36	37	36	62	-	-	0	0	-	-
République Arabe Syrienne	3 325	19	6	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19 ^x	27 ^x	-	-
République Centrafricaine	1 265	26	8	10	32 ^x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	23
République de Corée	4 753	9	2	25	-	-	-	84	86	81	89	-	-	10	8	-	-
République démocratique du Congo	21 000	23	10	10	36	-	-	-	-	-	-	12	21	8	5	7	17
République Démocratique Populaire Lao	1 466	20	9	13	14 ^y	15	11	-	-	-	-	31	35	18	16	5	11
République de Moldova	419	10	3	17	15 ^x	43	44	49	50	49	66	15	8	13	16	-	-
République Dominicaine	1 936	18	3	31	22	26	22	10	9	16	26	23	30	14	28	2	4
République Populaire Démocratique de Corée	3 561	14	5	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	14 089	24	7	11	30	25 ^y	28 ^y	-	-	-	-	11	16	3	4	4	7
Roumanie	2 075	11	3	23	-	31	30	54	53	52	67	11	12	30	32	-	-
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	7 642	11	1	30	-	38	37	82	80	79	86	9	8	19	13	-	-
Rwanda	2 906	22	6	11	-	-	-	-	-	-	-	25	31	18	21	22	31
Sainte-Lucie	24	13	4	22	-	24	29	-	-	-	-	25	23	60	52	3	1
Saint-Kitts-et-Nevis	7	14	4	27	-	25	20	-	-	-	-	-	-	18 ^x	18 ^x	-	-
Saint-Marin	3	9	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27 ^y	42 ^y	-	-
Saint-Siège	<1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	17	16	4	28	-	31 ^x	29 ^x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	42	21	<1	51	-	43	34	-	-	-	-	27	21	34	64	-	-
Sao Tomé-et-Principe	54	25	6	13	28 ^x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	11
Sénégal	3 864	23	10	9	3	-	-	8	7	8	9	22	34	3	2	6	23
Serbie	1 000	11	2	26	-	17	19	60	61	55	70	11	8	40	42	1	2
Seychelles	14	14	6	21	-	45	50	-	-	-	-	21	20	19	17	-	-
Sierra Leone	1 867	23	7	10	43	60	57	-	-	-	-	7	9	13	7	12	20
Singapour	506	9	2	21	-	-	-	92	95	86	92	-	-	3	15	-	-
Slovaquie	545	10	1	22	-	20	19	75	75	62	75	7	6	45	-	-	-
Slovénie	196	9	1	25	-	26	23	83	84	75	89	4	3	-	26	-	-
Somalie	3 938	25	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	10 124	23	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	17 ^x	33 ^x	29 ^x	33 ^x	4	8
Soudan du Sud	2 582	23	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	3 386	16	15	12	-	50	29	-	-	-	-	14	16	24	32	-	-
Suède	1 127	11	2	23	-	18	19	81	82	77	86	3	3	40	35	-	-
Suisse	835	10	<1	21	-	14	18	84	83	72	82	5	5	9	9	-	-
Suriname	102	17	4	30	-	25	25	-	-	-	-	8	9	23	62	1	2
Tadjikistan	1 788	19	4	14	6	7 ^x	7 ^x	-	-	-	-	20 ^x	38 ^x	12	7	-	-
Tchad	4 039	25	9	8	15	-	-	-	-	-	-	27	44	3	1	20	40
Tchéquie	1 061	10	2	26	-	17	19	79	80	74	85	2	3	21	22	-	-
Thaïlande	8 492	12	8	20	-	38	28	43	51	31	49	9	10	5	7	-	-
Timor-Leste	307	23	11	11	38	39	25	-	-	-	-	11	15	-	13	-	-
Togo	1 915	23	7	10	13	-	-	-	-	-	-	15	25	11	2	19	31
Tokélaou	<1	17	-	-	-	39	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	24	22	<1	57	-	46	31	-	-	-	-	23	17	5	19	3	0
Trinité-et-Tobago	186	13	6	23	-	13	18	43	52	48	67	-	-	11	10 ^y	0 ^x	0 ^x
Tunisie	1 640	14	7	24	-	37 ^x	24 ^x	27	24	23	33	15 ^x	20 ^x	33	26	1	1
Turkménistan	1 009	17	3	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Turquie	13 595	16	5	28	18 ^y	39	33	41	43	68	79	14	25	20	23	-	-
Tuvalu	2	20	<1	57	-	40	15	-	-	-	-	15	23	11	61	-	-
Ukraine	4 384	10	2	20	2 ^x	40	41	65	63	68	81	-	-	29	27	2	2
Uruguay	479	14	2	32	-	18	20	51	48	53	63	14	14	41	53	1 ^x	2 ^x
Vanuatu	67	22	2	29	-	60	46	-	-	-	-	35	36	26	23	1	0
Venezuela (République Bolivarienne du)	5 159	18	2	33	-	-	-	-	-	-	-	16	25	13 ^y	16 ^y	-	-
Viet Nam	13 599	14	14	9	16 ^{xy}	26	26	79	83	81	91	14	15	7	8	2	4
Yémen	6 750	23	14	18	-	47	33	-	-	-	-	18	58	25	29	-	-

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2020		Nutrition		Protection de l'enfance			Enseignement et apprentissage				Transition vers la vie active 2012-2020 ^a					
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Maigreurs 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime 2012-2020 ^a	Harcèlement 2011-2018 ^b		Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères	
						Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	
Zambie	4 550	25	6	12	27	63 x	67 x	2	3	4	6	25	35	32	30	8	9
Zimbabwe	3 560	24	6	14	31	-	-	-	-	-	-	30	41	25	29	4	10
DONNÉES CONSOLIDÉES																	
Asie de l'Est et Pacifique	306 037	13	6	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	106 137	11	2	25	-	26	26	-	-	-	-	10	11	23	25	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	54 027	13	3	21	-	33	32	-	-	-	-	-	-	22	24	-	-
Europe de l'Ouest	52 110	10	1	28	-	20	20	-	-	-	-	8	7	25	26	-	-
Amérique Latine et Caraïbes	105 911	16	2	29	-	-	-	-	-	-	-	13	21	22	30	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	77 679	17	6	29	-	51	46	-	-	-	-	12	33	21	29	1	4
Amérique du Nord	46 319	13	1	40	-	-	-	-	-	-	-	10	8	19	18	-	-
Asie du Sud	347 827	19	24	7	19	-	-	-	-	-	-	10	30	24	14	-	-
Afrique Subsaharienne	263 554	23	8	10	23	-	-	-	-	-	-	16	24	12	13	9	15
Afrique de l'Est et australe	135 794	23	7	11	25	-	-	-	-	-	-	11	17	15	15	8	13
Afrique de l'Ouest et centrale	127 760	23	9	9	20	-	-	-	-	-	-	20	31	8	12	10	17
Pays les moins avancés	237 402	22	10	9	26	-	-	-	-	-	-	15	27	10	11	8	16
Monde	1 253 463	16	11	17	-	-	-	-	-	-	-	12	22	17	17	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Maigreurs – Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 19 ans ayant un IMC inférieur à 2 écarts-types en dessous de la médiane selon les normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Surpoids – Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 19 ans ayant un IMC supérieur à 1 écart-type au-dessus de la médiane selon les normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Violences exercées par un partenaire intime – Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans engagées dans une relation qui ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un ancien partenaire intime ou de leur partenaire intime actuel au cours des 12 derniers mois.

Harcèlement – Pourcentage d'élèves âgés de 13 à 15 ans qui ont signalé avoir été harcelés au moins une journée au cours des 30 derniers jours.

Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques – Pourcentage d'enfants et de jeunes en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en mathématiques.

Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture – Pourcentage d'enfants et de jeunes en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en lecture.

Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans déscolarisés, sans emploi ni formation.

Chômage – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans sans emploi au sein de la main d'œuvre.

Participation aux tâches ménagères – Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 14 ans qui ont effectué au moins 21 heures de services ménagers non rémunérés durant la semaine de référence.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Population adolescente – Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2019). *Perspectives de la population mondiale 2019*, édition en ligne.

Maigreurs et surpoids – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, vol. 390, no 10113, p. 2627 à 2642 (2017). Dernière mise à jour : août 2019.

Violences exercées par un partenaire intime – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : juillet 2021.

Harcèlement – Enquête sur les comportements des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) et enquête en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS). Dernière mise à jour : juillet 2021.

Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques et en lecture – Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies. Dernière mise à jour : avril 2019.

Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : juin 2021.

Chômage – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : juin 2021.

Participation aux tâches ménagères – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : juillet 2021.

NOTES

- Données non disponibles.
- R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

TABLEAU 16. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et zones	Recettes publiques en % du PIB 2010-2019 ^R	Dépenses publiques 2010-2019 ^R							Aide publique au développement 2010-2019 ^R			
		En % du PIB				En % du budget de l'État			Apport en millions de dollars É.-U.	Apport en % du RNB du pays bénéficiaire	Sortie en millions de dollars É.-U.	Sortie en % du RNB du pays donateur
		Total	En santé	En éducation	En protection sociale	En santé	En éducation	En protection sociale				
Afghanistan	13,0	-	0,5	4,1	1,8	1,8	15,7	4,1	4 284	21,9	-	-
Afrique du Sud	32,4	21,3	4,5	6,5	6,0	13,3	19,5	13,5	971	0,3	-	-
Albanie	25,3	11,5	2,8	3,6	9,5	9,7	12,4	32,5	28	0,2	-	-
Algérie	-	16,9	4,1	-	-	10,7	-	-	176	0,1	-	-
Allemagne	29,4	20,4	8,9	4,9	19,7	20,0	11,0	43,7	-	-	24 736	0,7
Andorre	-	-	4,6	3,2	-	18,6	19,3	-	-	-	-	-
Angola	16,4	10,3	1,1	-	-	5,4	-	-	50	0,1	-	-
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	16,4	2,9	-	-	11,7	-	-	27	1,7	-	-
Arabie Saoudite	31,2	23,8	4,0	-	-	10,9	-	-	-	-	-	-
Argentine	18,8	15,8	5,9	5,5	-	15,2	13,3	-	18	0,0	-	-
Arménie	23,8	12,5	1,2	2,7	6,7	5,3	10,4	26,1	420	3,0	-	-
Australie	26,0	19,0	6,4	5,1	9,5	17,9	13,6	26,4	-	-	3 278	0,3
Autriche	44,0	19,4	7,5	5,4	20,1	15,5	11,0	41,6	-	-	1 635	0,4
Azerbaïdjan	42,8	10,8	0,9	2,5	6,4	2,8	7,4	19,9	121	0,3	-	-
Bahamas	17,9	14,2	3,1	-	-	15,9	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	16,3	2,4	2,3	-	7,2	7,2	-	-	-	-	-
Bangladesh	10,2	6,3	0,4	1,3	-	3,0	9,3	-	4 483	1,4	-	-
Barbade	29,6	11,3	2,9	4,4	-	9,9	12,9	-	-	-	-	-
Bélarus	30,2	15,9	4,0	4,8	14,1	10,6	12,3	33,8	214	0,3	-	-
Belgique	37,9	23,0	7,8	6,4	19,5	15,0	12,5	37,2	-	-	2 300	0,5
Belize	29,4	17,5	3,9	7,6	-	12,5	21,4	-	38	2,2	-	-
Bénin	-	10,3	0,5	2,9	-	3,0	17,7	-	602	4,2	-	-
Bhoutan	22,2	18,3	2,4	6,9	-	7,6	22,8	-	181	7,9	-	-
Bolivie (État plurinational de)	-	18,1	4,5	-	-	12,1	-	-	716	1,8	-	-
Bosnie-Herzégovine	38,2	19,5	6,2	-	-	15,1	-	-	465	2,3	-	-
Botswana	27,5	18,4	4,5	-	-	14,3	-	-	69	0,4	-	-
Brésil	29,7	20,3	4,0	6,3	-	10,3	16,5	-	290	0,0	-	-
Brunéi Darussalam	-	25,0	2,3	4,4	-	7,1	11,4	-	-	-	-	-
Bulgarie	34,7	16,8	4,2	4,1	11,6	11,6	12,7	31,8	-	-	-	-
Burkina Faso	18,7	19,0	2,4	5,4	-	8,8	22,7	-	1 149	7,5	-	-
Burundi	-	27,6	1,9	5,1	-	8,5	19,9	-	589	19,5	-	-
Cabo Verde	28,8	17,6	3,2	5,2	-	10,4	16,4	-	153	7,9	-	-
Cambodge	22,8	4,8	1,3	2,2	-	5,2	8,8	-	984	3,9	-	-
Cameroun	15,7	10,9	0,2	3,1	-	1,1	16,9	-	1 335	3,5	-	-
Canada	18,8	21,2	7,9	5,3	11,2	19,5	12,2	29,8	-	-	3 930	0,3
Chili	21,4	14,6	4,6	5,4	-	18,3	21,3	-	70	0,0	-	-
Chine	16,5	16,8	3,0	-	8,1	8,9	-	26,2	-590	0,0	-	-
Chypre	40,2	16,6	2,9	5,8	12,6	6,6	15,9	31,0	-	-	-	-
Colombie	24,2	15,4	5,5	4,5	-	19,6	16,0	-	903	0,3	-	-
Comores	-	10,3	0,4	2,5	-	2,6	13,3	-	78	6,7	-	-
Congo	25,8	12,2	0,8	3,5	-	3,5	15,6	-	187	2,0	-	-
Costa Rica	25,2	17,4	5,5	7,0	10,4	27,8	26,1	31,3	60	0,1	-	-
Côte d'Ivoire	12,3	10,1	1,2	3,3	-	5,1	18,3	-	1 201	2,1	-	-
Croatie	40,3	19,7	5,7	3,9	14,6	12,3	8,7	31,0	-	-	-	-
Cuba	-	30,1	9,9	-	-	15,2	-	-	500	3,0	-	-
Danemark	39,7	23,8	8,4	7,8	21,6	16,6	15,3	43,5	-	-	2 369	0,8
Djibouti	-	20,6	1,2	3,6	-	4,3	14,0	-	272	8,4	-	-
Dominique	-	-	4,3	5,6	-	7,0	9,4	-	51	9,0	-	-
Égypte	21,0	7,7	1,4	-	9,5	4,7	-	29,0	1 741	0,6	-	-
El Salvador	24,0	16,0	4,5	3,6	4,4	18,8	14,9	16,8	306	1,2	-	-
Émirats Arabes Unis	4,6	13,3	2,2	-	2,3	7,2	-	8,1	-	-	-	-
Équateur	-	14,5	4,2	5,0	-	11,4	12,6	-	525	0,5	-	-
Érythrée	-	26,6	0,6	-	-	2,4	-	-	277	6,5	-	-
Espagne	28,0	18,9	6,3	4,2	17,4	15,2	10,2	42,0	-	-	4 278	0,3
Estonie	35,2	19,9	4,9	5,0	13,2	12,5	12,8	33,9	-	-	-	-
Eswatini	-	20,7	2,1	7,1	-	6,0	24,8	-	73	1,8	-	-
État de Palestine	-	20,2	-	5,3	-	-	-	-	2 234	12,0	-	-
États-Unis d'Amérique	17,5	14,0	8,5	5,0	7,5	22,5	-	19,9	-	-	34 412	0,2
Éthiopie	7,8	9,2	0,8	4,7	-	4,8	27,1	-	4 810	5,0	-	-
Fédération de Russie	27,4	18,3	3,2	4,7	12,0	9,8	13,5	31,6	-	-	-	-
Fidji	24,9	19,8	2,3	3,9	-	7,2	14,3	-	139	2,8	-	-
Finlande	36,6	23,0	7,1	6,4	24,0	13,3	11,9	45,1	-	-	1 060	0,4
France	43,5	23,1	8,3	5,5	23,9	14,8	9,7	42,9	-	-	9 622	0,4
Gabon	19,4	11,0	1,6	2,7	-	9,4	11,2	-	117	0,8	-	-
Gambie	-	8,2	0,9	2,4	-	4,4	11,2	-	194	10,8	-	-
Géorgie	20,8	13,0	2,8	3,5	6,7	10,3	13,0	23,4	497	2,9	-	-
Ghana	15,0	8,9	1,4	4,0	-	6,4	18,6	-	936	1,4	-	-
Grèce	45,8	19,5	4,0	-	19,3	8,5	-	41,8	-	-	369	0,2

TABLEAU 16. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et zones	Recettes publiques en % du PIB 2010-2019 ^R	Dépenses publiques 2010-2019 ^R							Aide publique au développement 2010-2019 ^R			
		En % du PIB				En % du budget de l'État			Apport en millions de dollars É.-U.	Apport en % du RNB du pays bénéficiaire	Sortie en millions de dollars É.-U.	Sortie en % du RNB du pays donateur
		Total	En santé	En éducation	En protection sociale	En santé	En éducation	En protection sociale				
Grenade	-	-	1,7	3,2	-	7,7	14,0	-	15	1,3	-	-
Guatemala	11,2	11,1	2,1	3,2	-	16,7	24,2	-	394	0,5	-	-
Guinée	-	14,8	0,6	2,3	-	4,1	14,9	-	581	4,8	-	-
Guinée-Bissau	13,3	9,7	0,6	2,1	-	3,0	16,2	-	121	8,4	-	-
Guinée Équatoriale	19,2	26,0	0,6	-	-	3,2	-	-	64	0,8	-	-
Guyana	-	-	3,7	5,5	-	10,7	16,0	-	113	2,2	-	-
Haiti	-	7,5	0,9	2,8	-	4,8	14,4	-	726	5,1	-	-
Honduras	23,4	13,5	2,8	6,1	-	10,7	23,0	-	458	2,0	-	-
Hongrie	37,6	19,6	4,6	4,7	13,3	9,9	10,1	28,5	-	-	199	0,2
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	10,8	-	-	-	-
Îles Marshall	32,2	56,3	7,6	-	-	12,1	15,0	-	66	19,2	-	-
Îles Salomon	26,3	-	3,5	-	-	7,9	-	-	224	14,2	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	2,9	-	-	12,1	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	13,1	12,0	1,0	3,8	-	3,4	14,1	-	2 611	0,1	-	-
Indonésie	12,3	8,8	1,4	3,6	1,3	8,5	20,5	8,0	-630	-0,1	-	-
Iran (République islamique d')	-	11,6	4,0	4,0	-	21,8	21,1	-	210	0,0	-	-
Iraq	38,5	23,6	2,0	-	-	6,2	-	-	2 212	0,9	-	-
Irlande	24,4	12,0	5,1	3,5	8,9	20,2	13,5	36,3	-	-	803	0,3
Islande	28,9	24,3	7,0	7,7	10,8	16,6	17,7	25,5	-	-	59	0,3
Israël	31,2	22,6	4,9	6,1	11,1	12,1	15,7	28,4	-	-	-	-
Italie	40,2	18,7	6,4	4,0	21,2	13,2	8,3	43,5	-	-	5 087	0,3
Jamaïque	29,6	13,5	3,9	5,2	-	13,0	17,3	-	127	0,8	-	-
Japon	-	19,8	9,2	3,2	16,2	23,6	8,4	41,8	-	-	10 417	0,2
Jordanie	22,0	15,0	3,8	3,1	-	12,4	10,0	-	2 797	6,3	-	-
Kazakhstan	14,9	9,1	1,8	2,6	5,9	9,1	13,9	30,2	54	0,0	-	-
Kenya	20,1	13,1	2,2	5,3	-	8,5	19,1	-	3 251	3,5	-	-
Kirghizistan	28,6	16,8	2,8	6,0	10,4	8,4	15,7	31,0	449	5,7	-	-
Kiribati	114,8	73,9	9,3	-	2,2	6,0	-	2,2	57	14,8	-	-
Koweït	-	22,7	4,4	-	-	8,9	-	-	-	-	-	-
Lesotho	37,0	39,6	5,4	7,0	-	11,6	13,9	-	146	5,2	-	-
Lettonie	40,4	19,1	3,7	4,4	12,1	9,6	12,0	31,5	-	-	-	-
Liban	19,2	15,9	4,2	2,4	-	13,3	8,6	-	1 525	3,0	-	-
Libéria	-	19,7	1,7	2,6	-	5,2	8,1	-	597	22,0	-	-
Libya	-	-	3,8	-	-	6,4	-	-	316	0,6	-	-
Liechtenstein	-	-	-	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	31,9	16,8	4,3	3,8	12,4	12,7	11,8	35,5	-	-	-	-
Luxembourg	41,6	17,1	4,5	3,6	18,0	10,7	8,5	42,7	-	-	391	1,0
Macédoine du Nord	28,5	14,0	3,8	-	-	12,4	-	-	142	1,2	-	-
Madagascar	11,6	14,3	1,7	2,8	-	10,5	19,8	-	756	5,6	-	-
Malaisie	17,5	11,7	1,9	4,2	-	8,5	17,9	-	6	0,0	-	-
Malawi	17,9	13,9	2,7	4,7	-	9,8	15,8	-	1 206	16,1	-	-
Maldives	-	15,4	6,6	4,1	-	21,4	11,3	-	72	1,4	-	-
Mali	15,4	15,7	1,1	3,8	-	5,4	16,5	-	1 863	11,1	-	-
Malte	37,2	17,2	5,7	4,8	10,8	15,6	13,5	29,1	-	-	-	-
Maroc	25,5	19,4	2,1	-	-	7,2	-	-	758	0,6	-	-
Maurice	23,0	15,3	2,5	4,7	6,8	10,0	18,7	26,5	22	0,1	-	-
Mauritanie	-	12,8	1,6	1,9	-	6,1	9,5	-	412	5,5	-	-
Mexique	18,6	11,4	2,7	4,5	-	10,5	17,6	-	536	0,0	-	-
Micronésie (États fédérés de)	44,7	-	3,3	12,4	-	4,8	22,3	-	93	24,0	-	-
Monaco	-	-	1,4	1,5	-	6,6	7,0	-	-	-	-	-
Mongolie	28,7	12,1	2,2	4,1	6,4	7,7	12,6	21,3	315	2,5	-	-
Monténégro	-	17,8	5,1	-	-	10,6	-	-	97	1,7	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	28,9	21,7	1,7	5,5	-	5,6	17,9	-	1 908	12,7	-	-
Myanmar	13,9	18,3	0,7	1,9	0,9	3,5	10,5	4,6	2 080	2,8	-	-
Namibie	34,1	25,9	3,7	-	-	10,7	-	-	148	1,2	-	-
Nauru	108,5	-	7,9	-	6,1	7,4	-	5,9	54	31,2	-	-
Népal	25,0	11,6	1,5	5,1	-	4,6	14,1	-	1 361	4,4	-	-
Nicaragua	19,1	15,6	5,1	4,4	-	18,8	17,9	-	389	3,2	-	-
Niger	-	17,2	2,4	3,5	-	8,4	16,8	-	1 490	11,1	-	-
Nigéria	-	5,9	0,6	-	-	4,4	-	-	3 517	0,8	-	-
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	47,8	24,4	8,6	7,9	19,8	17,4	16,0	38,2	-	-	4 380	1,1
Nouvelle-Zélande	33,7	18,5	6,9	6,3	10,6	19,3	16,7	29,3	-	-	438	0,3
Oman	-	24,6	3,6	5,0	-	8,0	11,1	-	-	-	-	-
Ouganda	13,2	8,8	1,0	2,1	0,2	5,1	10,9	1,5	2 100	6,1	-	-
Ouzbékistan	21,0	16,4	2,0	5,3	6,5	7,9	23,0	23,7	1 156	2,0	-	-
Pakistan	-	11,7	1,1	2,9	-	5,3	14,5	-	2 171	0,8	-	-

TABLEAU 16. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et zones	Recettes publiques en % du PIB 2010-2019 ^R	Dépenses publiques 2010-2019 ^R							Aide publique au développement 2010-2019 ^R			
		En % du PIB			En % du budget de l'État				Apport en millions de dollars É.-U.	Apport en % du RNB du pays bénéficiaire	Sortie en millions de dollars É.-U.	Sortie en % du RNB du pays donateur
		Total	En santé	En éducation	En protection sociale	En santé	En éducation	En protection sociale				
Palaos	28,4	33,1	6,4	-	-	16,8	-	-	25	8,7	-	-
Panama	13,6	11,9	4,6	3,2	-	21,4	13,0	-	71	0,1	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	14,2	-	1,7	1,9	-	7,4	8,7	-	667	2,8	-	-
Paraguay	17,4	11,8	2,9	3,4	-	15,3	18,2	-	130	0,4	-	-
Pays-Bas	39,4	24,5	6,5	5,2	15,4	15,4	12,2	36,7	-	-	4 966	0,6
Pérou	19,6	13,3	3,3	3,8	-	15,3	17,5	-	476	0,2	-	-
Philippines	16,1	12,5	1,4	-	-	6,6	-	-	905	0,2	-	-
Pologne	34,5	18,0	4,5	4,6	16,8	10,8	11,1	40,0	-	-	663	0,1
Portugal	37,4	16,9	5,8	5,0	17,0	13,4	11,1	39,7	-	-	343	0,2
Qatar	-	18,5	1,9	2,7	-	6,3	8,6	-	-	-	-	-
République Arabe Syrienne	-	-	1,6	-	-	4,5	-	-	10 250	-	-	-
République Centrafricaine	8,8	15,0	0,7	1,1	-	4,2	7,8	-	754	31,6	-	-
République de Corée	28,0	17,2	4,4	4,3	5,2	14,0	-	21,9	-	-	2 246	0,2
République démocratique du Congo	-	6,5	0,5	1,5	-	4,5	14,0	-	3 026	6,2	-	-
République Démocratique Populaire Lao	-	14,0	0,9	2,9	-	4,4	11,8	-	632	3,6	-	-
République de Moldova	27,1	14,2	3,7	5,4	11,1	12,0	17,5	35,4	343	2,7	-	-
République Dominicaine	15,5	11,1	2,5	-	-	15,4	-	-	134	0,2	-	-
République Populaire Démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	151	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	13,7	8,5	1,6	3,7	-	9,4	20,6	-	2 153	3,5	-	-
Roumanie	29,7	17,3	4,4	3,1	-	12,7	10,1	-	-	-	-	-
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	35,4	18,8	7,9	5,4	14,8	19,2	14,2	36,0	-	-	18 053	0,7
Rwanda	20,7	15,8	2,4	3,1	-	8,9	10,8	-	1 191	11,9	-	-
Sainte-Lucie	19,4	-	2,1	3,3	-	8,2	14,4	-	32	1,6	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	27,9	-	2,5	2,6	-	7,4	8,6	-	30	3,6	-	-
Saint-Marin	41,1	19,4	6,0	3,6	18,4	23,4	14,0	41,2	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	27,2	-	3,1	5,7	-	10,1	18,8	-	84	10,3	-	-
Samoa	29,0	-	3,8	4,2	-	11,0	10,5	-	124	15,2	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	2,8	5,1	-	10,8	20,1	-	51	12,3	-	-
Sénégal	19,7	13,6	0,9	4,8	-	4,3	21,5	-	1 444	6,3	-	-
Serbie	41,1	16,6	5,1	3,6	16,5	12,4	8,8	37,5	571	1,2	-	-
Seychelles	37,7	21,4	3,8	4,4	6,4	10,2	11,7	16,9	16	1,1	-	-
Sierra Leone	-	8,4	1,6	7,7	-	7,2	33,9	-	595	14,6	-	-
Singapour	21,2	10,3	2,2	2,9	0,9	15,3	28,8	5,6	-	-	-	-
Slovaquie	39,0	19,7	5,3	3,9	14,3	12,7	9,8	33,6	-	-	106	0,1
Slovénie	38,8	18,4	6,0	4,8	16,6	13,8	12,0	38,1	-	-	81	0,2
Somalie	0,0	11,9	-	-	0,0	-	-	0,4	1 866	-	-	-
Soudan	9,5	3,6	1,0	-	-	6,8	-	-	1 625	5,6	-	-
Soudan du Sud	-	7,3	0,7	1,5	-	2,1	0,9	-	1 885	15,9	-	-
Sri Lanka	12,6	9,4	1,5	2,1	-	8,3	11,3	-	197	0,2	-	-
Suède	32,9	25,9	9,3	7,6	19,1	18,6	15,8	38,7	-	-	4 894	0,9
Suisse	18,4	11,9	3,7	5,1	12,9	11,0	15,6	39,4	-	-	3 582	0,5
Suriname	-	-	5,3	-	-	16,8	-	-	23	0,7	-	-
Tadjikistan	-	17,8	2,0	5,2	-	6,1	16,4	-	367	3,9	-	-
Tchad	-	3,6	0,7	2,5	-	5,2	16,4	-	707	6,3	-	-
Tchéquie	32,2	19,7	6,3	3,9	12,6	15,5	9,9	30,5	-	-	260	0,1
Thaïlande	19,3	16,1	2,9	4,1	3,1	15,0	19,1	15,0	-338	-0,1	168	0,0
Timor-Leste	68,0	47,4	2,6	6,8	14,0	5,4	7,9	11,0	236	8,7	-	-
Togo	19,4	16,0	1,1	5,4	-	4,3	21,8	-	412	7,5	-	-
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	18,9	3,2	-	-	7,5	-	-	108	20,1	-	-
Trinité-et-Tobago	29,7	-	3,4	-	-	11,0	-	-	-	-	-	-
Tunisie	31,4	20,5	4,2	6,6	-	13,6	22,6	-	984	2,6	-	-
Turkménistan	-	7,8	1,2	3,0	-	8,7	22,8	-	25	0,1	-	-
Turquie	30,6	15,5	3,2	-	10,6	9,3	-	30,6	825	0,1	6 488	0,8
Tuvalu	-	-	15,2	-	-	13,7	-	-	36	55,8	-	-
Ukraine	31,9	19,9	3,7	5,4	15,1	8,9	13,1	36,4	1 148	0,7	-	-
Uruguay	34,0	15,0	6,7	5,0	-	20,2	15,2	-	42	0,1	-	-
Vanuatu	31,5	14,9	2,1	4,5	-	7,0	12,7	-	131	13,8	-	-
Venezuela (République Bolivarienne du)	-	14,6	1,7	-	-	3,7	-	-	284	0,0	-	-
Viet Nam	-	6,5	2,7	4,2	-	9,3	14,5	-	1 095	0,4	-	-
Yémen	-	-	0,5	-	7,1	2,2	-	20,3	4 397	19,5	-	-
Zambie	19,6	17,7	1,9	4,6	-	7,0	17,0	-	976	4,3	-	-
Zimbabwe	23,2	25,6	1,3	5,9	-	7,6	19,0	-	975	4,9	-	-

TABLEAU 16. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et zones	Recettes publiques en % du PIB 2010-2019 ^R	Dépenses publiques 2010-2019 ^A							Aide publique au développement 2010-2019 ^R			
		En % du PIB			En % du budget de l'État				Apport en millions de dollars É.-U.	Apport en % du RNB du pays bénéficiaire	Sortie en millions de dollars É.-U.	Sortie en % du RNB du pays donateur
		Total	En santé	En éducation	En protection sociale	En santé	En éducation	En protection sociale				
DONNÉES CONSOLIDÉES												
Asie de l'Est et Pacifique	16,6	15,3	3,1	-	7,3	9,8	-	23,7	-	0,2	-	-
Europe et Asie centrale	32,5	18,5	5,3	4,8	15,4	12,8	12,3	36,3	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	28,6	16,7	3,2	4,5	11,2	9,5	14,0	31,0	-	1,0	-	-
Europe de l'Ouest	35,7	20,0	7,1	5,0	18,5	15,6	11,2	40,4	-	-	-	0,5
Amérique Latine et Caraïbes	23,6	16,0	3,9	5,2	-	12,4	16,9	-	-	0,3	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	25,8	15,2	2,8	-	-	10,0	-	-	-	2,3	-	-
Amérique du Nord	17,6	14,7	8,5	5,0	7,9	22,2	-	20,9	-	-	-	0,2
Asie du Sud	13,0	11,4	0,9	3,5	-	3,6	13,7	-	-	0,8	-	-
Afrique Subsaharienne	16,3	11,2	1,3	4,0	-	6,3	18,5	-	-	5,0	-	-
Afrique de l'Est et australe	16,4	13,1	1,8	4,5	-	7,6	19,5	-	-	5,5	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	-	9,1	0,9	3,1	-	4,8	17,0	-	-	4,4	-	-
Pays les moins avancés	13,6	10,8	1,0	3,1	-	5,1	15,7	-	-	6,7	-	-
Monde	19,0	14,2	2,9	4,1	9,2	9,1	15,0	26,0	-	1,3^u	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Recettes publiques en % du PIB – Les recettes correspondent aux rentrées monétaires provenant des taxes, des contributions sociales et d'autres recettes, telles que les contraventions, les redevances, les rentes et les revenus provenant de la propriété ou des ventes. Les subventions sont également considérées comme des recettes mais ne sont pas prises en compte ici.

Dépenses publiques – Les dépenses de consommation finale des administrations publiques (auparavant dénommées « consommation des administrations publiques ») incluent toutes les dépenses courantes des administrations publiques pour l'achat de biens et de services (dont la rémunération des employés). Elles comprennent également la plupart des dépenses relatives à la défense et à la sécurité nationales, mais excluent les dépenses militaires qui font partie de la formation de capital public.

Dépenses publiques exprimées en % du PIB – Dépenses publiques totales et dépenses spécifiques consacrées à la santé, à l'éducation et à la protection sociale.

Dépenses publiques exprimées en % des dépenses publiques totales – Dépenses spécifiques consacrées à la santé, à l'éducation et à la protection sociale.

APD (Aide publique au développement nette) – On entend par « apports d'aide publique au développement » tous les apports de ressources qui sont fournis aux pays et territoires figurant sur la Liste des bénéficiaires de l'APD établie par le CAD, ou à des institutions multilatérales, et qui répondent aux critères suivants : a) émaner d'organismes publics, y compris les États et les collectivités locales, ou d'organismes agissant pour le compte d'organismes publics ; b) chaque opération doit avoir pour but essentiel de favoriser le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement et c) être assortie de conditions favorables.

APD (Aide publique au développement nette) pour les pays donateurs – Exprimée en sortie de ressources (en dollars É.-U. et en % du revenu national brut).

APD (Aide publique au développement nette) pour les pays bénéficiaires – Exprimée en apport de ressources (en dollars É.-U. et en % du revenu national brut).

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

APD – Organisation de coopération et de développement économiques. Dernière mise à jour : mai 2021.

Recettes publiques en % du PIB – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : mai 2021.

Dépenses publiques – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : juin 2021. Statistiques de finances publiques du FMI. Dernière mise à jour : avril 2021.

NOTES

- Données non disponibles.
- R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- u La moyenne correspond à tous les pays bénéficiaires.

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2019	Prestations de congé de maternité 2021	Prestations de congé de paternité 2021	Achèvement de la scolarité 2014-2019 ^a		Taux d'activité 2010-2020 ^b						Taux de chômage 2010-2020 ^b						Possession d'un téléphone portable 2014-2020 ^c		Inclusion financière 2014-2020 ^d				
					Deuxième cycle du secondaire		Homme			Femme			Homme			Femme			Homme	Femme	Homme	Femme			
					Homme	Femme	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Homme	Femme	Homme	Femme
Afghanistan	Très élevé	-	Non	Oui	-	-	75	72	75	24	17	22	10	12	10	8	35	14	-	-	23	7			
Afrique du Sud	Faible	-	Oui	Oui	62	60	49	69	63	37	56	50	31	26	27	33	30	31	58	61	68	70			
Albanie	Faible	80	Oui	Oui	-	-	64	70	68	50	54	53	10	13	12	9	12	11	-	-	42	38			
Algérie	-	-	Oui	Oui	-	-	74	65	68	13	19	17	8	11	10	19	21	20	93	83	56	29			
Allemagne	Très faible	100	Oui	Oui	87	80	68	67	67	57	55	56	2	4	4	2	3	3	-	-	99	99			
Andorre	-	-	-	-	48	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Angola	-	-	Non	Oui	20	12	87	73	79	90	66	76	2	11	7	1	14	7	-	-	36	22			
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Antigua-et-Barbuda	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Arabie Saoudite	-	-	Non	Oui	55	53	76	79	78	22	22	22	2	3	3	24	23	98	95	81	58				
Argentine	-	60	Non	Oui	55	59	69	75	73	49	53	51	7	10	9	9	12	11	-	-	46	51			
Arménie	Faible	80	Oui	Non	90	90	68	63	65	49	39	43	11	23	18	11	27	20	76	77	56	41			
Australie	Très faible	100	Oui	Oui	80	77	68	73	71	58	62	61	4	6	5	4	6	5	-	-	100	99			
Autriche	Très faible	100	Oui	Oui	86	74	67	67	67	56	55	55	2	6	5	2	6	4	-	-	98	98			
Azerbaïdjan	Faible	-	Oui	Non	92	85	66	72	70	60	65	63	3	5	4	4	7	6	88	79	29	28			
Bahamas	-	-	Non	Non	-	-	79	83	82	68	71	70	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-			
Bahreïn	-	-	Non	Oui	66	63	84	89	87	44	46	45	0	1	1	4	5	5	100	100	86	75			
Bangladesh	Très élevé	20	Oui	Non	36	27	81	82	82	39	31	36	3	4	3	6	9	7	54	31	65	36			
Barbade	-	50	Non	Non	-	-	67	70	69	60	63	62	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-			
Bélarus	Faible	50	Oui	Non	-	-	68	74	72	55	60	58	4	7	6	2	4	4	94	96	81	81			
Belgique	Très faible	-	Oui	Oui	71	68	60	59	59	52	49	49	4	6	6	4	5	5	-	-	98	99			
Belize	-	-	Oui	Non	-	-	83	79	81	43	58	50	3	6	4	9	10	10	-	-	44	52			
Bénin	Moyen	-	Oui	Oui	-	-	76	69	73	72	65	69	1	4	2	1	4	3	-	-	49	29			
Bhoutan	-	-	Non	Oui	20	14	73	76	74	64	49	60	1	3	2	2	6	3	-	-	39	28			
Bolivie (État plurinational de)	Faible	70	Non	Oui	46	39	93	75	81	78	58	64	1	5	3	1	5	4	-	-	55	54			
Bosnie-Herzégovine	Faible	-	Oui	Oui	75	52	58	58	58	34	42	37	12	16	14	19	18	19	-	-	63	55			
Botswana	-	-	Non	Non	-	-	78	75	76	63	67	65	13	15	14	20	21	21	-	-	56	47			
Brésil	Faible	80	Oui	Oui	45	50	68	76	74	38	58	55	8	11	10	13	14	14	83	86	73	68			
Brunéï Darussalam	-	-	Non	Non	-	-	68	74	73	53	57	56	11	5	6	13	7	8	91	99	-	-			
Bulgarie	Faible	100	Oui	Oui	78	75	56	67	64	40	55	50	8	3	5	8	3	4	-	-	71	74			
Burkina Faso	Moyen	-	Oui	Oui	4	2	77	70	75	60	56	59	4	7	5	3	10	5	-	-	51	35			
Burundi	-	-	Non	Oui	8	4	79	70	78	84	58	81	1	8	2	0	8	1	25	12	8	7			
Cabo Verde	-	70	Non	Oui	20	20	61	71	67	40	60	53	9	14	13	8	13	12	73	71	-	-			
Cambodge	Faible	-	Non	Non	15	5	89	84	88	80	69	77	0	0	0	0	0	0	32	33	22	22			
Cameroun	Très élevé	50	Oui	Oui	-	-	84	78	81	78	63	71	1	5	3	1	8	4	-	-	39	30			
Canada	Très faible	-	Oui	Oui	84	85	68	71	70	59	62	61	6	6	6	5	5	5	-	-	100	100			
Chili	Moyen	80	Oui	Oui	60	58	75	73	73	43	53	52	5	7	7	7	8	8	87	97	78	71			
Chine	-	-	Oui	Oui	-	-	85	70	76	68	56	61	4	6	5	3	5	4	97	95	84	76			
Chypre	Faible	90	Oui	Oui	74	72	63	71	70	51	60	58	6	6	6	9	8	8	99	98	87	90			
Colombie	Très faible	90	Oui	Oui	48	51	85	79	80	43	59	56	4	9	8	10	13	13	72	74	49	42			
Comores	-	-	Oui	Non	-	-	57	57	57	34	34	5	8	6	9	12	10	-	-	26	18				
Congo	-	-	Oui	Non	-	-	78	67	71	77	61	68	3	14	9	3	17	10	-	-	31	21			
Costa Rica	Faible	60	Oui	Non	38	41	79	77	77	43	55	52	8	10	9	16	15	15	86	86	75	61			
Côte d'Ivoire	Élevé	80	Oui	Oui	15	7	68	59	63	45	44	45	1	5	3	1	6	4	71	64	47	36			
Croatie	Très faible	100	Oui	Oui	-	-	58	58	58	41	48	45	6	6	6	8	7	7	-	-	90	83			
Cuba	-	-	-	-	-	-	63	68	66	39	42	41	1	2	2	1	2	2	-	-	-	-			
Danemark	Très faible	90	Oui	Oui	78	80	64	68	67	55	60	58	4	5	5	4	6	5	82	83	100	100			
Djibouti	-	-	Oui	Oui	-	-	72	65	69	53	48	51	9	13	11	9	14	11	61	52	17	9			
Dominique	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Égypte	-	-	Non	Non	67	67	73	69	71	18	20	19	6	8	7	18	26	21	100	98	39	27			
El Salvador	Faible	90	Oui	Oui	31	28	79	74	76	35	51	45	3	5	4	4	4	4	81	78	38	24			
Émirats Arabes Unis	-	60	Non	Oui	70	66	90	95	93	51	53	52	1	2	1	5	7	6	100	100	93	76			
Équateur	Faible	80	Non	Oui	44	43	87	78	81	64	52	55	1	4	3	2	6	5	62	58	60	43			
Érythrée	-	-	Non	Non	-	-	92	74	86	76	62	72	4	13	6	4	13	7	-	-	-	-			
Espagne	Très faible	100	Oui	Oui	50	50	59	64	64	46	53	52	12	13	13	17	16	16	97	97	96	92			
Estonie	Très faible	100	Oui	Oui	84	91	65	74	71	52	60	58	5	4	4	5	5	5	-	-	98	98			
Eswatini	-	-	Non	Non	-	-	52	71	57	43	64	49	23	15	21	25	22	24	-	-	30	27			
État de Palestine	-	40	Non	Non	42	43	76	69	70	19	18	18	12	23	21	29	44	41	79	70	34	16			
États-Unis d'Amérique	Très faible	-	Non	Oui	89	90	63	70	69	53	58	57	4	4	4	4	4	4	-	-	-	-			
Éthiopie	Faible	30	Oui	Oui	-	-	89	73	85	77	63	73	1	4	2	2	6	3	-	-	41	29			
Fédération de Russie	Faible	-	Oui	Non	-	-	65	72	70	48	57	55	7	4	5	7	4	4	97	97	75	76			
Fidji	-	80	Oui	Oui	42	47	81	72	77	37	39	38	2	5	4	4	6	5	-	-	-	-			

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2019	Prestations de congé de maternité 2021	Prestations de congé de paternité 2021	Achèvement de la scolarité 2014-2019 ^a		Taux d'activité 2010-2020 ^a						Taux de chômage 2010-2020 ^a						Possession d'un téléphone portable 2014-2020 ^a		Inclusion financière 2014-2020 ^a				
					Deuxième cycle du secondaire		Homme			Femme			Homme			Femme			Homme	Femme	Homme	Femme			
					Homme	Femme	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Homme	Femme	Homme	Femme
Finlande	Très faible	100	Oui	Oui	75	76	59	65	63	52	57	56	6	8	7	5	7	6	99	98	100	100			
France	Très faible	90	Oui	Oui	73	67	59	60	60	51	51	51	6	10	9	7	9	8	80	78	97	91			
Gabon	Élevé	-	Oui	Oui	-	-	59	64	62	41	45	43	12	15	14	27	28	28	-	-	64	54			
Gambie	-	-	Oui	Oui	-	-	66	69	68	53	50	51	4	9	7	10	14	12	85	74	-	-			
Géorgie	Faible	-	Oui	Non	93	92	80	67	73	66	48	55	6	19	13	5	16	10	92	88	58	64			
Ghana	Moyen	-	Non	Non	-	-	72	71	72	65	63	64	2	6	4	3	6	4	80	68	62	54			
Grèce	Faible	100	Oui	Oui	57	52	58	61	60	41	46	45	12	15	14	19	22	22	-	-	86	85			
Grenade	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	95	-	-				
Guatemala	Faible	60	Non	Oui	26	27	90	83	86	32	48	41	1	3	2	3	4	3	-	-	46	42			
Guinée	Très élevé	50	Oui	Non	12	3	64	51	60	67	54	63	3	11	5	2	7	3	86	69	27	20			
Guinée-Bissau	-	-	Non	Non	-	-	84	67	79	70	57	66	2	6	3	2	6	3	87	61	-	-			
Guinée Équatoriale	-	-	Non	Oui	-	-	64	69	67	52	56	55	6	9	8	6	9	8	-	-	-	-			
Guyana	-	-	Non	Non	-	-	69	62	67	40	50	43	12	12	12	17	16	17	-	-	-	-			
Haiti	Moyen	-	Non	Non	-	-	78	67	73	70	58	64	6	17	11	10	23	16	-	-	35	30			
Honduras	Faible	60	Non	Non	22	24	92	81	86	43	58	52	2	8	5	5	8	7	-	-	50	41			
Hongrie	Faible	90	Oui	Oui	81	72	67	66	66	48	49	48	5	3	3	4	3	4	-	-	78	72			
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Marshall	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Salomon	-	-	Non	Non	-	-	90	81	86	86	78	82	0	1	1	0	1	1	-	-	-	-			
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	77	-	-				
Inde	Moyen	40	Oui	Non	-	-	77	75	76	22	19	21	5	6	5	3	10	5	-	-	83	77			
Indonésie	Élevé	-	Non	Oui	38	31	85	80	82	56	52	54	3	5	4	3	4	3	69	58	46	51			
Iran (République islamique d')	Très élevé	-	Oui	Oui	48	49	77	71	72	19	17	18	6	11	10	14	20	18	80	56	96	92			
Iraq	Très élevé	70	Oui	Non	-	-	76	74	74	7	13	12	10	10	10	13	34	31	85	86	26	20			
Irlande	Très faible	90	Oui	Oui	68	73	67	70	69	54	58	56	5	6	5	5	5	5	83	83	95	95			
Islande	-	100	Oui	Oui	-	-	79	79	79	68	71	70	4	4	4	3	3	3	-	-	-	-			
Israël	-	70	Oui	Non	82	81	70	68	68	64	59	60	3	4	4	3	4	4	95	94	92	94			
Italie	Très faible	-	Oui	Oui	50	48	58	59	59	39	42	41	9	9	9	11	11	11	93	90	96	92			
Jamaïque	Faible	50	Non	Non	-	-	76	71	73	59	61	60	5	7	6	8	11	10	96	97	79	78			
Japon	Faible	70	Oui	Oui	-	-	69	73	72	52	54	54	2	3	3	2	3	2	93	91	98	98			
Jordanie	Très élevé	40	Non	Oui	-	-	67	61	64	15	14	15	13	18	15	21	27	24	-	-	56	27			
Kazakhstan	Faible	70	Oui	Non	98	97	72	78	76	59	65	63	3	5	4	4	6	5	89	88	57	60			
Kenya	Moyen	90	Non	Oui	-	-	75	79	77	74	68	72	1	4	2	1	6	3	48	47	86	78			
Kirghizistan	Faible	40	Oui	Non	-	-	75	74	75	49	41	44	4	6	6	7	10	9	-	93	41	39			
Kiribati	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	53	-	-				
Koweït	-	-	Non	Non	27	39	85	89	88	48	50	50	1	1	1	5	7	6	99	99	83	73			
Lesotho	Moyen	-	Non	Non	-	-	79	72	76	63	58	60	18	23	20	26	30	28	84	87	45	46			
Lettonie	Très faible	100	Oui	Oui	88	92	65	70	68	52	58	56	9	6	7	7	5	5	-	-	94	93			
Liban	Très élevé	50	Non	Non	-	-	68	75	72	22	24	23	3	6	5	7	11	10	-	-	57	33			
Libéria	Élevé	-	Oui	Non	-	-	89	73	80	83	63	72	1	6	4	1	4	2	-	-	44	28			
Libya	-	-	Oui	Non	-	-	62	67	65	32	35	34	13	16	15	23	25	24	-	-	71	60			
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Lituanie	Très faible	100	Oui	Oui	89	86	63	71	68	53	60	57	10	5	7	7	5	6	96	96	85	81			
Luxembourg	-	100	Oui	Oui	70	68	63	67	65	52	57	55	4	7	6	4	6	6	-	-	99	98			
Macédoine du Nord	-	80	Oui	Oui	-	-	70	65	66	46	45	45	14	18	17	18	18	18	-	-	80	73			
Madagascar	Élevé	40	Oui	Non	-	-	91	80	89	87	73	83	1	5	2	1	6	2	42	32	20	16			
Malaisie	-	30	Non	Non	58	59	77	80	77	53	45	51	2	5	3	3	6	4	97	94	88	82			
Malawi	Élevé	70	Non	Non	-	-	81	76	80	74	62	73	4	7	5	5	14	7	-	-	38	30			
Maldives	-	-	Non	Oui	-	-	83	86	85	41	42	42	5	8	6	4	7	5	-	-	-	-			
Mali	Élevé	-	Oui	Oui	11	4	83	76	81	62	48	58	7	6	7	7	13	8	-	-	45	26			
Malte	Faible	90	Oui	Oui	47	43	73	67	67	52	48	48	2	3	3	3	4	4	-	-	98	97			
Maroc	Très élevé	70	Oui	Oui	-	-	83	62	70	26	19	22	6	10	9	8	13	11	95	94	41	17			
Maurice	-	90	Oui	Oui	-	-	67	73	71	43	46	45	3	5	4	7	11	9	84	78	93	87			
Mauritanie	-	-	Oui	Oui	-	-	63	63	63	26	30	28	6	12	10	8	15	12	-	-	26	15			
Mexique	Faible	80	Non	Oui	37	35	82	77	79	34	49	46	2	4	4	3	4	4	73	70	41	33			
Micronésie (États fédérés de)	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mongolie	Faible	-	Oui	Non	-	-	80	66	71	69	49	55	3	8	6	3	6	5	95	94	91	95			
Monténégro	-	60	Oui	Non	-	-	60	66	64	45	49	48	13	16	15	14	17	16	-	-	69	68			
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mozambique	Faible	70	Non	Oui	12	6	83	72	79	86	63	77	1	7	3	1	11	4	37	26	51	33			
Myanmar	Élevé	-	Oui	Oui	-	-	78	72	76	47	45	46	0	1	0	0	1	1	68	57	26	26			
Namibie	Faible	70	Non	Non	-	-	54	71	63	49	61	56	16	24	21	13	22	19	-	-	81	81			
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Népal	Moyen	60	Oui	Oui	-	-	86	75	84	86	64	82	2	7	3	1	10	3	-	-	50	42			

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2019	Prestations de congé de maternité 2021	Prestations de congé de paternité 2021	Achèvement de la scolarité 2014-2019 ^a		Taux d'activité 2010-2020 ^b						Taux de chômage 2010-2020 ^b						Possession d'un téléphone portable 2014-2020 ^c		Inclusion financière 2014-2020 ^d				
					Deuxième cycle du secondaire		Homme			Femme			Homme			Femme			Homme	Femme	Homme	Femme			
					Homme	Femme	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Homme	Femme	Homme	Femme
Nicaragua	Très faible	-	Non	Oui	-	-	91	80	85	37	58	50	2	8	5	5	5	5	-	-	37	25			
Niger	-	-	Oui	Oui	-	-	88	71	84	66	40	61	0	2	1	0	2	0	77	55	20	11			
Nigéria	Élevé	30	Non	Non	-	-	64	63	63	47	50	49	6	14	9	5	11	8	49	32	51	27			
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Norvège	Très faible	100	Oui	Oui	78	78	67	68	68	58	62	61	4	4	4	3	4	3	-	-	99	100			
Nouvelle-Zélande	Très faible	90	Oui	Non	72	68	79	74	75	68	64	65	3	4	4	4	5	4	-	-	99	99			
Oman	-	-	Non	Non	45	63	78	85	84	25	40	36	0	1	1	6	8	7	98	96	84	64			
Ouganda	Élevé	80	Non	Oui	-	-	73	74	73	68	65	67	1	2	1	1	6	2	-	-	66	53			
Ouzbékistan	-	-	Oui	Non	97	95	74	76	75	48	50	49	4	7	6	4	7	6	77	59	38	36			
Pakistan	Très élevé	20	Oui	Non	33	21	84	79	82	28	12	22	4	5	4	3	10	4	65	26	35	7			
Palaos	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Panama	-	80	Oui	Oui	-	-	86	78	80	52	56	55	2	5	4	3	7	6	-	-	51	42			
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	Non	Non	-	-	46	54	48	46	50	46	3	6	3	1	3	1	-	-	-	-			
Paraguay	Moyen	100	Oui	Oui	39	39	87	84	85	55	62	60	4	6	5	8	9	8	-	-	51	46			
Pays-Bas	Très faible	100	Oui	Oui	75	68	69	70	70	59	59	59	2	4	3	3	3	3	86	82	99	100			
Pérou	Faible	100	Oui	Oui	63	53	95	83	85	88	66	71	0	4	3	0	4	3	84	79	51	34			
Philippines	Très élevé	100	Oui	Oui	-	-	74	72	73	45	49	47	2	3	2	2	3	3	-	-	30	39			
Pologne	Très faible	100	Oui	Oui	87	83	66	66	66	47	50	49	3	3	3	4	3	4	-	-	85	88			
Portugal	Très faible	100	Oui	Oui	35	39	63	65	65	49	56	55	5	6	6	7	7	7	-	-	94	91			
Qatar	-	-	Non	Non	37	60	92	96	95	53	58	57	0	0	0	1	0	100	100	69	62				
République Arabe Syrienne	-	-	Oui	Non	-	-	78	71	74	15	14	15	4	8	6	17	24	20	-	-	27	20			
République Centrafricaine	Élevé	-	Oui	Oui	-	-	85	68	80	69	55	65	2	8	4	3	9	4	-	-	18	10			
République de Corée	Faible	70	Oui	Oui	83	70	76	72	73	56	53	54	3	4	4	3	4	4	97	95	95	95			
République démocratique du Congo	Moyen	-	Oui	Oui	39	17	72	59	66	73	46	61	2	10	5	1	8	3	53	33	27	24			
République Démocratique Populaire Lao	Faible	-	Oui	Oui	-	-	83	75	80	80	70	77	0	1	1	0	1	1	84	73	26	32			
République de Moldova	Faible	90	Oui	Oui	77	74	40	54	45	34	44	38	6	5	6	4	5	4	-	-	43	45			
République Dominicaine	Très faible	90	Oui	Oui	46	51	82	79	80	46	56	54	3	5	4	10	10	10	71	70	58	54			
République Populaire Démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	94	75	88	78	63	74	1	7	3	1	5	2	-	-	-	-			
République-Unie de Tanzanie	Élevé	80	Non	Oui	-	-	90	83	87	85	72	80	1	3	2	1	6	3	69	52	52	42			
Roumanie	Très faible	100	Oui	Oui	73	63	66	65	65	42	48	46	5	4	4	4	3	3	97	95	62	54			
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	Très faible	90	Oui	Oui	78	77	65	69	68	55	59	58	3	4	4	2	4	4	-	-	97	96			
Rwanda	Faible	90	Non	Oui	12	8	85	78	83	87	71	84	0	4	1	0	5	1	-	-	56	45			
Sainte-Lucie	-	-	Non	Non	-	-	72	79	76	65	71	69	12	15	14	15	18	17	-	-	-	-			
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Saint-Marin	-	-	Oui	Non	52	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	Non	Non	40	44	73	80	77	54	59	57	19	21	20	15	18	17	-	-	-	-			
Samoa	-	-	Non	Oui	-	-	54	61	56	29	41	31	7	10	7	10	10	10	-	-	-	-			
Sao Tomé-et-Principe	-	-	Oui	Non	-	-	78	71	74	43	40	42	7	11	9	18	23	21	-	-	-	-			
Sénégal	Moyen	-	Oui	Oui	17	5	61	54	57	34	36	35	3	9	6	3	10	7	-	-	47	38			
Serbie	Très faible	100	Oui	Oui	78	66	67	61	63	48	48	48	8	11	10	10	12	11	93	92	73	70			
Seychelles	-	-	Oui	Oui	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Sierra Leone	Élevé	-	Non	Non	-	-	51	63	58	48	63	58	11	3	5	6	3	4	65	45	25	15			
Singapour	Faible	-	Oui	Oui	77	71	76	79	78	60	63	62	2	3	3	2	4	3	89	88	100	96			
Slovaquie	Très faible	100	Oui	Non	91	83	68	68	68	51	53	52	7	5	6	7	5	6	-	-	85	83			
Slovénie	Très faible	90	Oui	Oui	87	78	63	62	63	53	53	53	4	4	4	5	5	5	98	97	98	97			
Somalie	-	-	Oui	Non	-	-	79	63	74	24	19	22	9	23	13	9	24	13	-	-	44	34			
Soudan	-	-	Non	Non	-	-	71	65	68	31	27	29	11	13	11	23	39	29	70	54	20	10			
Soudan du Sud	-	-	Non	Oui	-	-	79	63	74	75	61	71	8	20	11	9	24	13	-	-	13	5			
Sri Lanka	Élevé	-	Non	Non	62	64	74	73	74	34	30	34	3	3	3	7	6	7	-	-	74	73			
Suède	Très faible	100	Oui	Oui	77	76	66	69	68	59	62	61	6	7	7	6	7	7	-	-	99	100			
Suisse	Très faible	90	Oui	Non	89	83	75	73	73	65	62	63	3	4	4	4	5	5	-	-	98	99			
Suriname	-	60	Oui	Oui	-	-	61	66	64	37	41	39	3	5	4	9	13	11	94	93	-	-			
Tadjikistan	Moyen	-	Oui	Non	85	76	46	52	50	27	30	29	5	9	8	3	6	5	-	-	52	42			
Tchad	Élevé	-	Oui	Oui	-	-	82	66	77	68	55	64	1	4	2	1	4	2	-	-	29	15			
Tchéquie	Très faible	90	Oui	Oui	95	87	68	69	69	51	54	53	2	2	2	2	2	2	96	96	84	79			
Thaïlande	Moyen	60	Non	Non	34	33	76	75	75	58	60	59	1	1	1	1	1	1	88	88	84	80			

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2019	Prestations de congé de maternité 2021	Prestations de congé de paternité 2021	Achèvement de la scolarité 2014-2019 ^R		Taux d'activité 2010-2020 ^R						Taux de chômage 2010-2020 ^R						Possession d'un téléphone portable 2014-2020 ^R		Inclusion financière 2014-2020 ^R		
					Deuxième cycle du secondaire		Homme			Femme			Homme			Femme			Homme	Femme	Homme	Femme	
					Homme	Femme	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Homme	Femme
Timor-Leste	-	-	Non	Oui	-	-	75	66	73	65	51	62	2	8	3	3	17	6	-	-	-	-	
Togo	Élevé	-	Oui	Oui	-	-	62	61	61	58	54	56	3	7	5	1	5	3	49	39	53	38	
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tonga	-	-	Non	Non	-	-	58	52	56	39	36	38	3	3	3	4	4	88	84	-	-		
Trinité-et-Tobago	Faible	80	Oui	Non	-	-	68	72	71	48	51	50	3	4	4	3	4	4	-	-	88	74	
Tunisie	Élevé	-	Non	Oui	-	-	70	69	69	17	29	25	11	13	12	22	22	22	83	77	46	28	
Turkménistan	-	-	-	-	-	-	68	74	72	42	46	44	3	6	5	1	3	2	-	91	46	36	
Turquie	Faible	-	Oui	Oui	46	33	68	75	72	33	35	34	10	14	12	14	18	16	-	-	83	54	
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Ukraine	Faible	50	Oui	Non	-	-	61	64	63	45	48	47	10	8	9	8	8	8	-	-	65	61	
Uruguay	Faible	90	Oui	Oui	27	34	77	73	73	50	56	56	2	8	8	7	12	11	76	78	68	61	
Vanuatu	-	-	Non	Non	-	-	83	71	79	64	54	61	1	4	2	1	3	1	-	-	-		
Venezuela (République Bolivarienne du)	-	-	Oui	Oui	59	65	75	75	75	42	42	42	4	7	7	6	8	8	-	-	77	70	
Viet Nam	Faible	80	Oui	Oui	-	-	86	75	82	78	64	73	2	3	2	2	3	2	-	-	31	30	
Yémen	Très élevé	-	Non	Non	-	-	70	72	71	5	8	6	12	10	12	24	28	25	-	-	11	2	
Zambie	Moyen	-	Oui	Non	-	-	82	75	79	74	67	70	12	10	11	12	14	13	44	45	52	40	
Zimbabwe	Moyen	70	Oui	Non	16	9	92	83	89	87	64	78	1	11	5	1	16	6	73	72	59	52	

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	-	48 h	41 h	83	72	76	64	55	59	3	5	4	3	4	3	92	88	75	70
Europe et Asie centrale	-	90	-	-	72	67	65	67	67	47	52	50	6	7	7	7	7	7	91	89	83	79
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	70	62	66	71	69	45	50	48	7	8	7	7	8	8	93	91	68	62
Europe de l'Ouest	-	96	-	-	73	69	64	65	65	50	53	52	5	7	6	7	7	7	89	88	95	93
Amérique Latine et Caraïbes	-	80	-	-	45	47	80	76	77	45	54	53	4	8	7	7	10	9	79	79	58	52
Moyen-Orient et Afrique du Nord	-	-	-	-	57	58	75	72	73	17	21	19	7	9	8	17	22	20	92	84	56	41
Amérique du Nord	-	-	-	-	89	90	64	70	69	53	58	57	4	4	4	4	4	4	-	-	100	100
Asie du Sud	-	36	-	-	36 k	27 k	78	76	77	25	20	24	5	6	5	4	10	5	-	-	74	63
Afrique Subsaharienne	-	52	-	-	31	22	76	68	73	66	55	61	4	11	6	4	13	7	57	44	46	34
Afrique de l'Est et australe	-	62	-	-	38	33	81	73	78	71	59	67	4	12	7	6	17	9	56	49	49	40
Afrique de l'Ouest et centrale	-	38	-	-	25	10	71	64	68	58	51	55	4	10	6	3	9	5	57	41	43	28
Pays les moins avancés	-	44	-	-	29	18	81	72	78	61	48	57	3	7	4	4	11	6	57	41	41	28
Monde	-	58	-	-	58	55	78	72	74	47	48	47	4	7	5	4	8	6	83	75	69	61

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Indice Institutions sociales et égalité homme-femme – Cet indice mesure le niveau de discrimination liée au genre dans les institutions sociales dans quatre domaines : la discrimination dans la sphère familiale, l'intégrité physique restreinte, l'accès restreint aux ressources productives et financières, et les libertés civiles restreintes.

Cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans l'emploi et les avantages économiques – Mesure les efforts déployés par les gouvernements pour mettre en place des cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans le domaine de l'emploi et des avantages économiques, exprimé en pourcentage de réussite allant de 0 à 100 (100 correspondant aux meilleures pratiques).

Prestations de congé de maternité – Présence ou non d'un congé de maternité rémunéré prévu par la loi d'au moins 14 semaines, conformément aux normes de l'Organisation internationale du Travail.

Prestations de congé de paternité – Présence ou non d'un congé de paternité rémunéré prévu par la loi (de quelque longueur que ce soit).

Achèvement de la scolarité – Pourcentage de la population âgée de plus de 24 ans ayant achevé au moins le deuxième cycle du secondaire (niveau CITE 3).

Taux d'activité – Proportion de la population d'un pays en âge de travailler jouant un rôle actif dans le marché du travail, que ce soit en travaillant ou en recherchant un emploi.

Taux de chômage – Pourcentage de personnes sans emploi au sein de la main d'œuvre.

Possession d'un téléphone portable – Proportion de personnes possédant un téléphone portable.

Inclusion financière – Pourcentage d'adultes (personnes âgées de plus de 15 ans) rapportant avoir un compte (personnel ou joint) dans une banque ou dans un autre type d'institution financière ou avoir utilisé des services bancaires par téléphonie mobile au cours des 12 derniers mois.

NOTES

– Données non disponibles.

k À l'exclusion de l'Inde.

h À l'exclusion de la Chine.

R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Indice Institutions sociales et égalité homme-femme – Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Dernière mise à jour : mars 2019.

Cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans l'emploi et les avantages économiques – ONU Femmes, Groupe de la Banque mondiale, Centre de développement de l'OCDE. Dernière mise à jour : mai 2021.

Prestations de congé de maternité – Women Business and the Law, Banque mondiale. Dernière mise à jour : février 2021.

Prestations de congé de paternité – Women Business and the Law, Banque mondiale. Dernière mise à jour : février 2021.

Achèvement de la scolarité – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Dernière mise à jour : mars 2021.

Taux d'activité – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : juin 2021.

Taux de chômage – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : juin 2021.

Possession d'un téléphone portable – Union internationale des télécommunications (UIT). Dernière mise à jour : mai 2021.

Inclusion financière – Banque mondiale. Dernière mise à jour : mai 2021.

Les données nationales sur les indicateurs des ODD comprises dans ce tableau (cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi, possession d'un téléphone portable et inclusion financière) se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données dans l'édition 2021 de la base de données mondiale des ODD.

TABLEAU 18. MIGRATIONS

Pays et zones	Population de migrants internationaux 2020			Réfugiés par pays d'accueil 2020				Réfugiés par pays d'origine 2020		Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays 2020				Nouveaux déplacements internes 2020			
	Total (en milliers)	Moins de 18 ans (en milliers)	Total exprimé en proportion de la population nationale (%)	Total	Moins de 18 ans	Pour 1 000 habitants	Pour 1 dollar É.-U. RNB par habitant	Total	Moins de 18 ans	Total †	Moins de 18 ans	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%)	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%)	Total †	Moins de 18 ans	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%)	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%)
Afghanistan	144	54	0	72 278	40 491	2	136	2 594 775	1 118 572	4 664 000	2 277 869	76	24	450 000	219 777	90	10
Albanie	49	24	2	115	58	0	0	15 536	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Algérie	250	34	1	97 671	-	2	24	4 698	-	23	8	0	100	9 600	3 363	0	100
Andorre	46	3	59	-	-	-	-	15	15	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	656	128	2	25 806	-	1	9	8 264	-	790	419	0	100	15 000	7 954	0	100
Anguilla	6	1	38	0	-	0	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	29	2	30	0	-	0	0	118	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	2 282	346	5	4 045	309	0	0	139	-	16	5	0	100	3 700	1 075	0	100
Arménie	190	13	6	107 930	38 708	36	23	10 518	-	3 500	853	23	77	800	195	100	0
Australie	7 686	633	30	57 451	-	2	1	35	-	5 100	1 169	0	100	51 000	11 687	0	100
Autriche	1 738	139	19	141 866	-	16	3	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	252	28	2	1 582	506	0	0	101 531	36 281	735 000	200 087	100	0	84 000	22 867	100	0
Bahamas	64	7	16	25	0	0	0	544	-	250	66	0	100	0	0	-	-
Bahreïn	936	59	55	256	59	0	0	554	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2 115	589	1	866 534	448 685	5	447	18 993	-	772 000	248 181	55	45	4 443 230	1 428 402	0	100
Barbade	35	3	12	0	-	0	0	245	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	1 067	46	11	2 915	-	0	0	3 199	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belgique	2 005	196	17	65 033	-	6	1	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	62	5	16	29	-	0	0	78	-	0	0	-	-	6 300	2 198	0	100
Bénin	394	88	3	1 401	397	0	1	666	-	6 000	2 905	58	42	7 000	3 389	0	100
Bhoutan	54	4	7	-	-	-	-	6 808	2 056	0	0	-	-	120	36	0	100
Bolivie (État plurinational de)	164	62	1	1 156	-	0	0	580	-	13 000	4 662	0	100	13 000	4 662	0	100
Bosnie-Herzégovine	36	5	1	5 257	-	2	1	15 621	-	99 000	17 195	100	0	910	158	0	100
Botswana	110	16	5	637	251	0	0	206	-	780	305	0	100	780	305	0	100
Brazil	1 080	244	1	59 147	-	0	6	1 588	-	20 000	5 006	0	100	358 000	89 603	0	100
Îles Vierges britanniques	22	3	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunéï Darussalam	112	8	26	0	-	0	0	20	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	184	66	3	21 168	-	3	2	525	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	724	139	3	20 252	11 504	1	26	15 768	8 298	1 095 000	559 526	98	2	535 000	273 376	96	4
Burundi	345	102	3	75 476	42 330	6	270	373 036	197 214	98 000	50 539	22	78	51 310	26 461	1	99
Cabo Verde	16	1	3	0	-	0	0	25	-	0	0	-	-	750	249	0	100
Cambodge	79	7	0	0	-	0	0	11 901	-	260	94	0	100	66 000	23 830	0	100
Cameroun	579	207	2	436 406	244 264	16	291	78 560	39 154	1 033 000	502 046	97	3	239 000	116 156	51	49
Canada	8 049	633	21	109 264	-	3	2	85	-	18	3	0	100	26 000	4 907	0	100
République Centrafricaine	89	21	2	9 083	5 102	2	17	642 442	361 928	686 200	349 576	99	1	333 000	169 643	95	5
Tchad	547	144	3	478 664	267 127	29	684	10 488	5 116	342 680	182 900	100	0	150 000	80 060	53	47
Chili	1 645	201	9	2 078	-	0	0	694	-	210	48	0	100	3 400	781	0	100
Chine	1 040	210	0	303 410	-	0	29	175 585	-	158 000	33 300	0	100	5 074 000	1 069 386	0	100
Colombie	1 905	692	4	997	320	0	0	189 889	72 894	4 943 000	1 329 769	100	0	170 000	45 734	62	38
Comores	12	2	1	5	0	0	0	793	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	388	88	7	27 107	13 542	5	16	12 635	-	241 000	114 750	56	44	0	0	-	-
Îles Cook	5	1	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	521	78	10	9 648	-	2	1	233	-	530	132	0	100	4 200	1 046	0	100
Croatie	528	7	13	966	326	0	0	23 456	-	5 200	903	0	100	42 000	7 294	0	100
Cuba	3	<1	0	232	31	0	-	8 980	-	3	1	0	100	639 000	122 297	0	100
Chypre	190	20	16	14 037	-	12	1	15	-	228 000	45 696	100	0	0	0	-	-
Tchéquie	541	29	5	1 959	-	0	0	1 127	0	0	0	-	-	43	8	0	100
Côte d'Ivoire	2 565	276	10	2 111	791	0	1	37 601	15 531	308 070	148 340	100	0	16 900	8 138	89	11
République Populaire Démocratique de Corée	50	5	0	-	-	-	-	694	-	5 300	1 274	0	100	5 300	1 274	0	100
République démocratique du Congo	953	166	1	490 243	296 743	5	925	840 450	452 523	5 332 000	2 790 230	99	1	2 488 000	1 301 968	89	11
Danemark	718	69	12	36 718	-	6	1	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	120	22	12	21 208	8 472	21	6	2 444	-	11	4	0	100	11	4	0	100
Dominique	8	2	12	0	-	0	0	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République Dominicaine	604	77	6	172	19	0	0	590	-	3 700	1 206	0	100	31 000	10 105	0	100
Équateur	785	305	4	104 652	12 374	6	17	1 699	-	490	159	0	100	1 200	390	0	100
Égypte	544	91	1	272 856	107 949	3	101	26 604	-	11 600	4 526	28	72	9 400	3 668	11	89
El Salvador	43	6	1	63	5	0	0	45 640	-	62	20	0	100	131 000	41 607	87	13
Guinée Équatoriale	231	4	16	-	-	-	-	170	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	14	3	0	201	123	0	-	521 949	185 450	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	199	8	15	297	-	0	0	277	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	33	7	3	970	332	1	0	198	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	1 086	465	1	800 464	481 841	7	942	151 335	42 884	2 693 000	1 253 876	76	24	2 356 000	1 096 967	72	28
Fidji	14	3	2	14	6	0	0	516	-	14 000	4 771	0	100	37 000	12 610	0	100
Finlande	386	45	7	23 483	-	4	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	8 525	694	13	436 100	-	7	10	49	-	230	49	0	100	10 000	2 119	0	100

TABLEAU 18. MIGRATIONS

Pays et zones	Population de migrants internationaux 2020			Réfugiés par pays d'accueil 2020				Réfugiés par pays d'origine 2020		Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays 2020				Nouveaux déplacements internes 2020			
	Total (en milliers)	Moins de 18 ans (en milliers)	Total exprimé en proportion de la population nationale (%)	Total	Moins de 18 ans	Pour 1 000 habitants	Pour 1 dollar É.-U. RNB par habitant	Total	Moins de 18 ans	Total †	Moins de 18 ans	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%)	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%)	Total †	Moins de 18 ans	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%)	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%)
Panama	313	75	7	2 627	-	1	0	85	-	0	0	-	-	3 700	1 160	0	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	31	10	0	10 801	-	1	4	515	-	16 700	6 894	84	16	3 900	1 610	0	100
Paraguay	170	27	2	1 701	365	0	0	119	-	5	2	0	100	5	2	0	100
Pérou	1 225	405	4	4 332	-	0	1	2 854	-	66 800	19 483	90	10	8 000	2 333	0	100
Philippines	226	61	0	744	145	0	0	493	-	298 000	105 904	51	49	4 550 000	1 616 988	2	98
Pologne	817	177	2	2 811	-	0	0	925	17	22	4	0	100	420	76	0	100
Portugal	1 002	64	10	2 445	-	0	0	32	-	0	0	-	-	28	4	0	100
Qatar	2 226	324	77	201	62	0	0	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République de Corée	1 728	216	3	3 498	-	0	0	156	-	300	45	0	100	19 000	2 878	0	100
République de Moldova	104	14	3	435	46	0	0	2 221	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Roumanie	705	302	4	3 631	934	0	0	1 358	-	0	0	-	-	290	54	0	100
Fédération de Russie	11 637	620	8	20 325	-	0	2	52 717	-	1 230	264	89	11	250	54	0	100
Rwanda	514	161	4	139 501	69 313	11	168	245 806	-	4 600	2 107	0	100	6 000	2 749	0	100
Saint-Kitts-et-Nevis	8	2	15	0	-	0	0	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	8	2	5	0	-	0	0	731	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	5	1	4	0	-	0	0	742	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	4	2	2	0	-	0	0	0	-	0	0	-	-	55	24	0	100
Saint-Marin	6	<1	16	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	2	<1	1	-	-	-	-	28	6	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie Saoudite	13 455	2 329	39	340	106	0	0	2 030	-	0	0	-	-	610	174	0	100
Sénégal	275	76	2	14 366	6 647	1	10	14 004	-	10 400	5 096	81	19	3 300	1 617	0	100
Serbie	823	19	9	26 120	-	3	4	29 995	-	0	0	-	-	880	165	0	100
Seychelles	13	1	13	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	54	10	1	342	96	0	1	5 759	-	5 500	2 582	100	0	0	0	-	-
Singapour	2 524	186	43	5	0	0	0	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	197	31	4	1 036	-	0	0	1 368	-	0	0	-	-	60	11	0	100
Slovénie	278	18	13	858	-	0	0	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	3	<1	0	-	-	-	-	37	-	310	143	0	100	320	148	0	100
Somalie	59	20	0	11 235	5 335	1	-	814 551	372 480	2 968 000	1 577 146	100	0	1 330 000	706 740	22	78
Afrique du Sud	2 860	275	5	76 754	13 419	1	13	494	-	5 014	1 693	100	0	5 370	1 813	93	7
Soudan du Sud	882	272	8	314 453	193 644	28	-	2 189 141	1 313 105	1 542 000	737 312	93	7	714 000	341 401	38	62
Espagne	6 842	547	15	103 679	-	2	3	52	39	0	0	-	-	7 800	1 347	0	100
Sri Lanka	40	13	0	1 013	346	0	0	142 718	-	28 400	8 035	95	5	19 000	5 375	0	100
État de Palestine	273	31	5	-	-	-	-	100 317	-	131 010	58 101	100	0	1 110	492	90	10
Soudan	1 379	600	3	1 040 308	508 829	24	1 763	787 755	452 081	2 730 000	1 265 209	83	17	533 000	247 017	15	85
Suriname	48	12	8	24	-	0	0	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suède	2 004	232	20	248 425	-	25	4	8	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	2 491	170	29	115 868	-	13	1	5	-	0	0	-	-	13	2	0	100
République Arabe Syrienne	869	151	5	15 329	6 105	1	-	6 689 579	3 081 102	6 568 000	2 371 692	100	0	1 847 000	666 948	99	1
Tadjikistan	276	17	3	5 588	-	1	5	2 224	988	0	0	-	-	1 500	638	0	100
Thaïlande	3 632	500	5	96 214	37 082	1	13	184	-	41 320	8 304	99	1	13 000	2 613	0	100
Timor-Leste	8	2	1	0	-	0	0	11	-	1 100	481	0	100	1 100	481	0	100
Togo	280	100	3	10 808	5 653	1	16	7 725	2 136	-	-	-	-	-	-	-	-
Tokélaou	1	<1	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	4	1	4	0	-	0	0	36	-	93	38	0	100	2 700	1 111	0	100
Trinité-et-Tobago	79	19	6	3 224	-	2	0	297	-	6	1	0	100	33	8	0	100
Tunisie	60	11	1	2 620	928	0	1	1 653	-	0	0	-	-	10 000	2 826	0	100
Turquie	6 053	1 258	7	3 652 362	1 666 861	43	377	93 735	20 155	1 143 000	326 557	96	4	41 000	11 714	0	100
Turkménistan	195	14	3	20	0	0	-	515	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	26	2	67	8	0	0	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	<1	<1	2	-	-	-	-	0	-	0	0	-	-	400	159	0	100
Ouganda	1 720	928	4	1 421 133	839 974	31	1 822	7 390	-	34 000	17 998	3	97	40 079	21 216	0	100
Ukraine	4 997	280	11	2 274	-	0	1	35 180	-	734 240	137 943	100	0	2 074	390	4	96
Émirats Arabes Unis	8 716	1 351	88	1 330	425	0	0	191	-	0	0	-	-	610	105	0	100
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	9 360	920	14	132 349	-	2	3	67	-	200	42	0	100	4 900	1 025	0	100
République-Unie de Tanzanie	426	91	1	234 655	127 769	4	217	714	-	38 000	19 060	0	100	57 000	28 591	0	100
États-Unis d'Amérique	50 633	3 325	15	340 881	-	1	5	368	-	126 000	27 901	0	100	1 714 000	379 543	0	100
Uruguay	108	29	3	719	170	0	0	20	-	0	0	-	-	370	90	0	100
Ouzbékistan	1 162	92	3	18	0	0	0	3 133	-	0	0	-	-	70 000	23 361	0	100
Vanuatu	3	<1	1	0	-	0	0	0	-	64 000	28 437	0	100	80 000	35 546	0	100

TABLEAU 18. MIGRATIONS

Pays et zones	Population de migrants internationaux 2020			Réfugiés par pays d'accueil 2020				Réfugiés par pays d'origine 2020		Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays 2020				Nouveaux déplacements internes 2020			
	Total (en milliers)	Moins de 18 ans (en milliers)	Total exprimé en proportion de la population nationale (%)	Total	Moins de 18 ans	Pour 1 000 habitants	Pour 1 dollar É.-U. RNB par habitant	Total	Moins de 18 ans	Total †	Moins de 18 ans	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%)	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%)	Total †	Moins de 18 ans	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%)	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%)
Venezuela (République Bolivarienne du)	1 324	160	5	68 119	40 558	2	-	171 127	-	2 300	743	0	100	2 400	776	0	100
Viet Nam	77	11	0	5	0	0	0	316 722	-	162 000	44 117	0	100	1 267 000	345 038	0	100
Yémen	387	117	1	166 936	29 387	6	-	33 369	10 252	3 858 000	1 743 043	94	6	366 000	165 359	39	61
Zambie	188	34	1	66 075	31 687	4	46	269	-	1 000	509	0	100	6 000	3 056	0	100
Zimbabwe	416	53	3	9 266	4 587	1	7	8 614	1 283	21 000	10 181	0	100	380	184	0	100
DONNÉES CONSOLIDÉES																	
Asie de l'Est et Pacifique	28 972	2 984	1	616 527	198 989	0	53	1 646 024	790 288	1 544 112	465 522	49	51	12 238 523	3 424 439	2	98
Europe et Asie centrale	99 035	8 835	11	6 784 825	2 854 626	7	269	415 850	119 729	3 277 248	808 477	98	2	320 037	85 786	27	73
Europe de l'Est et Asie centrale	32 472	3 215	8	3 853 775	1 746 270	9	464	406 635	118 112	3 043 890	761 869	98	2	276 114	77 595	31	69
Europe de l'Ouest	66 563	5 620	13	2 931 050	939 701	6	74	9 215	527	233 358	46 608	98	2	43 923	8 191	0	100
Amérique Latine et Caraïbes	14 795	3 603	2	309 546	92 622	0	28	538 867	206 859	6 054 572	1 709 021	96	4	3 026 050	926 016	8	92
Moyen-Orient et Afrique du Nord	44 421	9 004	10	3 216 168	1 507 800	7	250	7 476 108	3 392 064	12 078 122	4 806 170	98	2	2 417 130	904 912	86	14
Amérique du Nord	58 709	3 961	16	450 145	-	1	7	453	-	126 018	27 904	0	100	1 740 050	384 458	0	100
Asie du Sud	11 066	1 197	1	2 593 748	1 227 558	1	1 302	2 916 448	1 266 746	7 804 400	3 355 404	59	41	9 649 640	3 222 016	4	96
Afrique Subsaharienne	23 601	5 919	2	6 679 356	3 721 041	6	4 054	7 421 336	3 983 465	24 116 897	12 089 180	90	10	11 071 892	5 556 887	61	39
Afrique de l'Est et australe	12 843	3 676	2	4 714 758	2 602 502	8	2 631	5 121 998	2 710 067	11 319 795	5 515 679	85	15	6 127 840	2 979 353	48	52
Afrique de l'Ouest et centrale	10 757	2 242	2	1 964 598	1 118 407	4	1 342	2 299 338	1 272 560	12 797 102	6 573 501	95	5	4 944 052	2 577 535	78	22
Pays les moins avancés	16 185	4 899	2	6 715 900	3 684 732	6	5 673	10 716 448	5 384 753	29 162 651	14 169 966	88	12	15 622 870	6 989 716	45	55
Monde	280 598	35 503	4	20 650 315	10 041 692	3	1 657	20 415 086	9 837 823	55 001 369	23 261 679	87	13	40 463 322	14 504 514	24	76

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Population de migrants internationaux – Nombre de personnes nées dans un autre pays que celui dans lequel elles vivent, y compris les réfugiés.

Réfugiés – Personnes forcées de fuir leur pays natal pour échapper à des persécutions ou à une menace sérieuse pour leur vie, leur intégrité physique ou leur liberté. Les chiffres figurant dans ce tableau font référence aux réfugiés placés sous le mandat du HCR uniquement. Les réfugiés palestiniens supplémentaires inscrits auprès de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) sont présents dans l'État de Palestine, au Liban, en Syrie et en Jordanie, mais ne figurent pas dans ce tableau.

Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays

Personnes forcées ou contraintes de fuir ou de quitter leur domicile ou leur lieu de résidence habituel, mais qui n'ont pas franchi de frontière internationalement reconnue d'un État à un moment donné dans le temps.

Nouveaux déplacements internes – Nombre de mouvements de personnes forcées ou contraintes de fuir ou de quitter leur domicile ou leur lieu de résidence habituel, mais qui n'ont pas franchi de frontière internationalement reconnue d'un État à un moment donné dans le temps.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Population de migrants internationaux – Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies, Division de la population (2020). International Migrant Stock 2020.

Réfugiés – Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Global Trends: Forced Displacement in 2020

(Tendances mondiales, déplacements forcés en 2020), HCR, Genève, 2021.

Déplacements internes – Centre de suivi des déplacements internes, Base de données mondiale sur les déplacements internes, (IDMC), 2021.

NOTES

- Données non disponibles.
- † Les totaux représentent la somme des chiffres arrondis, respectivement relatifs, au conflit, à la violence et aux catastrophes, tels que publiés par l'Observatoire des situations de déplacement interne.

Les valeurs régionales et mondiales se fondent sur un nombre supérieur de pays et de zones que ceux figurant sur cette liste. Par conséquent, la somme des valeurs nationales ne coïncide pas avec les valeurs régionales correspondantes ou la

valeur mondiale.

Les réfugiés dont l'origine est répertoriée comme « autre », « inconnue », « diverse » ou « apatride » ne sont pas inclus dans les agrégats, ce qui rend le chiffre global inférieur au total des réfugiés comptabilisés par pays d'accueil.

Si la pandémie de COVID-19 a fait naître d'immenses préoccupations concernant la santé mentale de toute une génération d'enfants, cette crise ne reflète toutefois qu'une infime partie des problématiques rencontrées en matière de santé mentale : la partie émergée d'un iceberg que nous ignorons depuis trop longtemps. Pour la première fois, le rapport *La Situation des enfants dans le monde* examine la santé mentale des enfants et des adolescents. Dans le contexte d'une sensibilisation croissante aux problématiques de santé mentale, nous avons aujourd'hui une occasion unique de promouvoir celle de chaque enfant, de protéger les enfants vulnérables et de prendre en charge les enfants confrontés aux problèmes les plus graves. Pour y parvenir, il est impératif d'investir de toute urgence dans divers secteurs, au-delà du seul système de santé, afin de soutenir la santé mentale des enfants et des adolescents grâce à la mise en œuvre d'interventions qui ont fait leurs preuves. Les sociétés devront également briser le silence autour de la santé mentale en luttant contre la stigmatisation, en favorisant une meilleure compréhension dans ce domaine et en tenant véritablement compte du vécu des enfants et des jeunes.



ISBN : 978-92-806-5291-8



© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Janvier 2022