Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A70/37**
Point 16.3 de l'ordre du jour provisoire **8 mai 2017**

Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : santé de l'adolescent

Rapport du Secrétariat

1. En janvier 2017, le Conseil exécutif, à sa cent quarantième session, a pris note d'une version antérieure du présent rapport.[1] La présente actualisation du rapport tient compte des débats qui se sont tenus durant cette session du Conseil, et en particulier des révisions ont été apportées aux paragraphes 5 à 10, à la section sur le Groupe de travail de haut niveau pour la santé et les droits humains de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (paragraphes 13 à 15) et aux paragraphes 20 à 24.

2. En septembre 2015, le Secrétaire général des Nations Unies a présenté la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)[2] comme étant à l'avant-garde de la mise en œuvre des objectifs de développement durable. Le passage des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé aux objectifs de développement durable se reflète dans les trois objectifs de la Stratégie mondiale : survivre, s'épanouir et transformer – mettre un terme aux décès évitables, assurer la santé et le bien-être et étendre les environnements favorables. La Stratégie mondiale propose une feuille de route pour atteindre ces objectifs ambitieux et, sur la base de données factuelles, des domaines d'action pour le secteur de la santé, d'autres secteurs et les communautés. Ses principes directeurs sont notamment l'équité, l'universalité, les droits humains, l'efficacité et la viabilité à long terme du développement.

3. En mai 2016, l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA69.2 sur l'engagement à mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, et a invité les États Membres à s'engager à mettre en œuvre la Stratégie mondiale conformément à leurs priorités et plans nationaux et à renforcer la redevabilité et le suivi. Elle a prié le Directeur général d'apporter un appui technique adapté, de poursuivre la collaboration afin de recommander une mise en œuvre cohérente et efficace des plans nationaux et de mobiliser l'assistance de multiples parties prenantes à cette fin, et de faire régulièrement rapport sur les progrès accomplis.

---

[1] Voir le document EB140/34 et les procès-verbaux de la cent quarantième session du Conseil exécutif, quinzième et seizième séances, section 1.

[2] Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : survivre, s'épanouir, transformer (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf, consulté le 17 mars 2017).

4. Conformément à la résolution WHA69.2, le présent rapport fournit des informations actualisées sur la situation actuelle concernant la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Il comprend également des informations actualisées concernant la résolution WHA61.16 (2008) sur les mutilations sexuelles féminines, la résolution WHA58.31 (2005) intitulée : Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, la résolution WHA67.10 (2014) sur le Plan d'action pour la santé du nouveau-né, la résolution WHA67.15 (2014) et la résolution WHA69.5 (2016) sur le renforcement du rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Il est aligné sur le rapport du Secrétariat consacré aux progrès dans la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (document A70/35). Dans les rapports qu'il présentera régulièrement sur les progrès accomplis en matière de santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, le Secrétariat choisira chaque année un thème particulier, qui mettra l'accent sur les priorités recensées par les États Membres et les sujets pour lesquels de nouvelles données probantes viennent appuyer les plans dirigés par les pays. La santé de l'adolescent est le thème choisi pour le rapport qui sera présenté à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé.

SANTÉ DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT – SUIVRE LES PROGRÈS ET PROMOUVOIR LA REDEVABILITÉ

5. En 2016, l'OMS a, en collaboration avec des organismes partenaires, mené des examens techniques et entrepris un processus consultatif visant à élaborer un cadre d'indicateurs et de suivi pour la Stratégie mondiale.[1] Le cadre global se compose de 60 indicateurs et vise à réduire au minimum la charge que représente pour les pays l'obligation de rendre compte au niveau mondial en les alignant sur les 34 indicateurs des objectifs de développement durable. Vingt-six indicateurs supplémentaires sont issus des initiatives mondiales établies pour la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Conjointement ces 60 indicateurs ont une portée suffisante pour suivre les avancées dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. Seize indicateurs clés ont été choisis en tant que sous-ensemble minimal afin de fournir un instantané des progrès accomplis vers les objectifs de la Stratégie mondiale – survivre, s'épanouir et transformer. La présente section fournit des informations actualisées sur ces 16 indicateurs clés. Les informations concernant l'ensemble des 60 indicateurs, pour tous les pays, sont disponibles sur le portail en ligne consacré à la Stratégie mondiale et récemment mis au point sur le site de l'Observatoire mondial de la Santé.[2] Ces données permettront d'orienter les rapports soumis par le Secrétariat à l'Assemblée de la Santé et d'aider les États Membres à examiner les progrès accomplis. Par ailleurs, un rapport de situation multipartite sur la Stratégie mondiale consacré au suivi de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sera publié ; et sa production sera coordonnée par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, sous les auspices de l'initiative Chaque femme, chaque enfant et en collaboration avec l'OMS, le Partenariat H6, l'initiative Compte à rebours pour 2030 : survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le projet de collaboration sur les données sanitaires (Health Data Collaborative) et d'autres partenaires.

[1] Disponible à l'adresse http://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicator-and-monitoring-framework.pdf (consulté le 17 mars 2017).

[2] Disponible à l'adresse http://apps.who.int/gho/data/node.gswcah; voir également : http://www.who.int/gho/en/ (consulté le 17 mars 2017).

6. Une évaluation des données disponibles les plus récentes menée en 2016 pour ces 16 indicateurs clés montre que pour l'objectif « survivre », le taux mondial de mortalité maternelle était estimé à 216 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 ; le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 43 pour 1000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale était de 19 pour 1000 naissances vivantes ; et le taux de mortinaissances était de 18,4 pour 1000 naissances au total. À ce jour, 49 pays, territoires ou zones où la charge de la mortalité du nouveau-né est la plus élevée ont parachevé leurs plans en faveur du nouveau-né ou renforcé les composantes pertinentes de leurs stratégies sanitaires.[1] En outre, 14 pays prennent actuellement des mesures visant à renforcer le volet santé du nouveau-né dans leurs stratégies sanitaires nationales.[2] Le rapport conjoint OMS-UNFPA intitulé : « Maternal Death Surveillance and Response » fournit une synthèse des progrès accomplis dans la mise en œuvre : 86 % des répondants au questionnaire ont adopté une politique sur la notification des décès maternels, toutefois seuls 46 % des pays, des territoires et des zones disposent d'un mécanisme opérationnel permettant de notifier, d'examiner les décès maternels et d'agir en conséquence.[3] Le plus important est de mettre en place un ensemble minimal de données pour la période périnatale dans chaque pays, territoire ou zone afin de comprendre et de traiter les problèmes de santé du nouveau-né ainsi que les problèmes de santé émergents comme la maladie à virus Zika. Bien que le taux de mortalité des adolescents soit un indicateur clé de la Stratégie mondiale, actuellement, les données empiriques sur ce paramètre sont rares dans les nombreux pays qui ne disposent pas de systèmes solides d'enregistrement de l'état civil et de statistiques d'état civil ou de système de recueil de données sur des échantillons de population représentatifs au niveau national. En 2015, le nombre total de décès d'adolescents était estimé à 1,2 million.

7. S'agissant de l'objectif « s'épanouir », à l'échelle mondiale en 2015, 156 millions de jeunes enfants (23 % de tous les jeunes enfants) étaient, selon les estimations, atteints d'un retard de croissance et le taux de natalité était de 44,1 pour 1000 femmes chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. S'agissant de la couverture des services de santé essentiels, en 2016, les besoins de planification familiale étaient satisfaits par des moyens modernes de contraception pour 77 % des femmes ; 58 % des femmes enceintes des régions en développement bénéficiaient d'au moins quatre visites anténatales, 39 % des mères pratiquaient l'allaitement exclusif pendant les six mois recommandés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et la couverture par trois doses de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux était de 86 %. En 2016, 78 % des femmes ont accouché en présence de personnel qualifié. La demande de soins pour les enfants de moins de cinq ans présumés atteints de pneumonie a été de 58 % au cours de la période 2007-2014, et 49 % des enfants de moins de cinq ans atteints de diarrhée ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale au cours de la même période. En 2014, la moyenne des dépenses de santé directement à la charge des

[1] Afghanistan,* Angola,* Bangladesh,** Bénin, Bhoutan,** Burkina Faso,* Cambodge,* Cameroun,* Chine,* Côte d'Ivoire,* Djibouti, Égypte,* Érythrée, Éthiopie,** Ghana,* Guinée,* Îles Salomon,* Inde,** Indonésie,** Iraq, Jordanie, Kenya,* Liban, Libéria,* Malawi,* Mali,* Maroc,* Mauritanie,* Mongolie,* Myanmar,* Namibie, Népal,** Niger,* Nigéria,** Ouganda,* Pakistan (Punjab),* Papouasie-Nouvelle-Guinée,* Philippines,* République démocratique du Congo,* République démocratique populaire lao,* République-Unie de Tanzanie,** Rwanda,* Sénégal,* Soudan,** Sri Lanka,** Thaïlande, Timor-Leste,* Viet Nam,* et Cisjordanie et Bande de Gaza,* (* indique que le plan comprend une cible pour la réduction de la mortalité du nouveau-né et ** indique que le plan comprend des cibles pour la réduction de la mortalité du nouveau-né et pour la réduction des mortinaissances). Voir également le rapport intitulé : Reaching the every newborn milestones by 2020: progress, plans and the way forward. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017, sous presse.

[2] Azerbaïdjan, Guinée-Bissau, Iran (République islamique d'), Lesotho, Mozambique, Pakistan, République arabe syrienne, République centrafricaine, République de Moldova, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

[3] OMS. Time to respond: a report on the global implementation of maternal death surveillance and response. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249524/1/9789241511230-eng.pdf?ua=1, consulté le 4 avril 2017).

ménages, en proportion du total des dépenses de santé, était de 30 %, s'échelonnant de 40 % dans les pays à faible revenu à 21 % dans les pays à revenu élevé.[1] En 2014 toujours, la proportion de la population utilisant un combustible propre pour la cuisine est restée de 57 %, et les 43 % restants utilisaient principalement des combustibles polluants comme la biomasse, le kérosène et le charbon qui contribuent sensiblement à la morbidité. Les dernières données montrent qu'en 2016, 114 pays disposaient d'une législation et d'une réglementation garantissant aux femmes âgées de 15 à 49 ans l'accès à des soins, des informations et une éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.

8. Pour ce qui est de l'objectif « transformer », la proportion d'enfants de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée auprès d'une autorité chargée de l'état civil était de 74 % en 2014, mais de 45 % seulement dans les pays les moins avancés. Le nombre des femmes et des jeunes filles âgées de 15 ans et plus ayant déjà vécu en couple et ayant subi des violences sexuelles et/ou physiques de la part de leur partenaire intime actuel ou ancien au cours de leur vie est estimé à 30 % ; la proportion est de 29 % chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. On estime en outre que près de 120 millions de jeunes filles de moins de 20 ans ont été soumises à un rapport sexuel forcé ou à d'autres actes sexuels forcés à un moment donné de leur vie. La lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles a été identifiée comme une priorité majeure par les États Membres pour l'amélioration de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. En mai 2016, dans la résolution WHA69.5, l'Assemblée de la Santé a approuvé le plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Un nombre de plus en plus croissant d'États Membres renforcent la riposte de leur système de santé face à la violence à l'égard des femmes en ayant recours au document de l'OMS intitulé *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*[2] pour élaborer ou actualiser des protocoles nationaux et former les agents de santé à l'appui de première ligne et à la riposte clinique, notamment les soins de santé mentale pour les survivants. Actuellement, environ 100 pays disposent de données en population sur la prévalence de la violence exercée par le partenaire intime. De même, reconnaissant que 200 millions de femmes et de filles dans le monde ont subi des mutilations sexuelles féminines,[3] les objectifs de développement durable comprennent la cible 5.3 consistant à éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine. Cette cible requiert que les États Membres mettent en œuvre des politiques et des programmes afin de remédier au problème et que les progrès dans sa réalisation soient surveillés. L'indicateur connexe du cadre de suivi permettant de suivre les progrès accomplis dans la réalisation de cette cible (pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation ou une ablation génitale, par groupe d'âge) figure également parmi les indicateurs pour mesurer les progrès dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de

[1] Il s'agit de moyennes non pondérées pour 192 pays, territoires ou zones, la source des données étant la base de données mondiale OMS sur les dépenses de santé (http ://apps.who.int/nha/database, consulté le 28 mars 2017).

[2] OMS. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1, consulté le 28 mars 2017), résumé d'orientation en français : Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'égard des femmes : recommandations cliniques et politiques (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/88186/1/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?ua=1, consulté le 1er mai 2017).

[3] Ce chiffre pour 2016 a augmenté par rapport à 2013 du fait de la croissance de la population et de l'inclusion de données d'un pays supplémentaire. La notification de nombres absolus de femmes et de filles touchées donne l'impression d'une augmentation de la pratique, toutefois dans de nombreux pays, les taux de prévalence seraient en baisse.

l'adolescent (2016-2030).[1] Dans l'ensemble, la pratique des mutilations sexuelles féminines est en diminution depuis ces 30 dernières années. La disponibilité de données d'enquête provenant de 30 États Membres de l'Afrique, de l'Asie et du Moyen-Orient ont entraîné une amélioration des chiffres de la prévalence mondiale. Depuis 2014, deux pays supplémentaires (l'Indonésie et l'Iraq) ont mené des enquêtes et huit pays ont renouvelé les enquêtes menées sur les mutilations sexuelles féminines. On a observé une baisse rapide de la pratique chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans l'ensemble des pays, avec des taux de prévalence variables de mutilations sexuelles féminines, notamment au Burkina Faso, en Égypte, au Kenya, au Libéria et au Togo.[2] Depuis 2014, la Gambie et le Nigéria ont adopté une législation, et au total, sur les 30 pays à forte prévalence, 24 disposent désormais de lois contre les mutilations sexuelles féminines. Les États Membres continuent de mener diverses activités pour changer la norme sociale afin que cette pratique soit abandonnée au sein des communautés et dans les pays, notamment par exemple des déclarations d'abandon par la communauté ; le recours à d'autres rites de passage ; les activités de sensibilisation destinées aux jeunes ; l'utilisation des médias et l'organisation de campagnes dans les médias sociaux ; et la participation de la communauté et des chefs religieux. En réponse aux données indiquant une tendance à la hausse de la médicalisation des mutilations sexuelles féminines dans huit pays pour lesquels des données sont disponibles, l'OMS œuvre activement avec des partenaires en vue d'empêcher les personnels de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines. On compte parmi les activités menées la promotion et le renforcement des politiques de santé visant à empêcher une telle médicalisation de la pratique ; la mise en œuvre de programmes d'autonomisation des personnels de santé par le développement des compétences et des connaissances ; la conduite de recherche pour comprendre les motivations des personnels de santé à pratiquer des mutilations sexuelles féminines ; et des interventions dans le secteur de la santé mises au point et testées en vue de parvenir à un abandon des mutilations sexuelles féminines. En mai 2016, le Secrétariat, en collaboration avec le programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/l'excision, a publié les premières lignes directrices fondées sur des bases factuelles sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines.[3] Dans le contexte des efforts visant à étendre les environnements favorables, le pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées était d'environ 68 % en 2015.

9. Une évaluation des priorités de suivi de la Stratégie mondiale en 2016 indique que des données de grande qualité ne sont recueillies de manière régulière au niveau national que pour un nombre restreint d'indicateurs.[4] Comme il est indiqué dans le document A70/35 sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, cette lacune souligne combien il est urgent d'investir dans des systèmes d'enregistrement des données et de statistiques d'état civil, et dans des systèmes nationaux d'information sanitaire, afin d'établir des priorités dans les indicateurs et de mieux cibler les objectifs, d'harmoniser les efforts de suivi aux niveaux national,

[1] Every Woman Every Child. Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Genève, 2016 (http://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicator-and-monitoring-framework.pdf?ua=1, consulté le 5 avril 2017).

[2] UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a global concern, 2016 (http://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-a-global-concern.html, consulté le 28 mars 2017).

[3] OMS. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206440/1/WHO_RHR_16.03_fre.pdf, consulté le 28 mars 2017).

[4] Country data, universal accountability: Monitoring priorities for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030), disponible à l'adresse http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gs-monitoring-readiness-report/en/ (consulté le 5 avril 2017).

régional et mondial, et de mobiliser le soutien politique requis pour suivre de façon précise les progrès et orienter l'action et la redevabilité à tous les niveaux.

10. Dans les résolutions WHA69.2 (2016) sur l'engagement à mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent et WHA69.11 (2016) sur la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, les États Membres ont souligné l'importance de l'amélioration des données et du renforcement des systèmes d'information. Le Secrétariat fournira un soutien technique, grâce au projet de collaboration sur les données sanitaires et avec d'autres partenaires, et contribuera à mobiliser les ressources selon qu'il conviendra. Le Secrétariat a créé un groupe d'experts intitulé : Maternal and Newborn Information for tracking Outcomes and Results (MONITOR), en vue d'harmoniser les instruments de mesures et les données sur la santé de la mère et du nouveau-né et de fournir des orientations pour l'amélioration des capacités nationales en matière de collecte des données, fondées sur des bases factuelles. Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) coordonnera le cadre de redevabilité unifié multipartite et hébergera le groupe indépendant d'experts de la redevabilité de l'initiative Chaque femme, chaque enfant. Le rapport 2016 du groupe[1] appelait à agir dans trois domaines principaux – le leadership, le renforcement des ressources et le renforcement institutionnel, en particulier en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé.

11. En mars 2017, 60 gouvernements avaient pris l'engagement, au niveau des chefs d'État ou au niveau ministériel, de mettre en œuvre la Stratégie mondiale, par l'intermédiaire de l'initiative Chaque femme, chaque enfant, et plus de 110 parties prenantes se sont engagées à soutenir la mise en œuvre au niveau des pays.

12. Il existe des mécanismes multipartites établis pour soutenir les activités d'investissement, de mise en œuvre et de suivi menées par les pays. L'OMS et ses autres partenaires du Partenariat H6 apportent un appui technique aux pays qui élaborent de nouvelles stratégies et/ou des projets d'investissement soumis au mécanisme mondial de financement de l'initiative dans le domaine de la santé reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et ils ont contribué au renforcement des capacités des ministères de la santé, en particulier dans la Région africaine. Afin de soutenir l'amélioration des soins, l'OMS a publié des standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé[2] et a mis au point un cadre pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals.[3] En février 2017, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et les partenaires de l'ensemble des groupes de parties prenantes ont constitué le Réseau pour l'amélioration de la qualité des soins en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (« Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health ») afin

[1] Independent Accountability Panel. 2016: Old challenges, new hopes: accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, disponible à l'adresse http://www.iapreport.org/downloads/IAP_Report_September2016.pdf (consulté le 4 avril 2017).

[2] Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/fr/, consulté le 28 mars 2017).

[3] Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. BJOG 2015; DOI: 10.1111/1471-0528.13451 (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13451/full) et OMS. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/fr/, consulté le 28 mars 2016).

d'introduire des interventions reposant sur des données factuelles, visant à améliorer la qualité des soins maternels et néonatals et s'appuyant sur un système d'apprentissage.[1]

GROUPE DE TRAVAIL DE HAUT NIVEAU POUR LA SANTÉ ET LES DROITS HUMAINS DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

13. La santé et les droits humains de la femme, de l'enfant et de l'adolescent constituent la pierre angulaire du programme de développement mondial. Au cours des 20 dernières années, les gouvernements ont pris des mesures pour mettre en œuvre les engagements pris eu égard à la santé et aux droits humains. Bien que des progrès aient été accomplis, les femmes, les enfants et les adolescents dans le monde continuent de faire face à des difficultés en matière d'accès à des services de santé essentiels et de bonne qualité. Par ailleurs, ils sont souvent confrontés à la violence et à la discrimination, ne peuvent pas participer pleinement à la société et rencontrent d'autres obstacles à la réalisation de la santé et des droits humains, en particulier les droits en matière de sexualité et de procréation.[2] Par conséquent, ces groupes restent touchés par des taux tragiquement élevés de mortalité et de morbidité ; en effet selon les estimations, on a enregistré en 2015 plus de 300 000 décès maternels, 2,6 millions de mortinaissances, 5,9 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans, dont 2,7 millions de décès néonatals, et 1,2 million de décès d'adolescents.[3] Environ 250 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire encourent un risque de développement sous-optimal et ne parviennent pas à réaliser pleinement leur potentiel en raison de la pauvreté et du retard de croissance.

14. Les taux de mortalité et de morbidité évitables susmentionnés s'expliquent en très grande partie par l'incapacité des gouvernements à protéger les droits humains de leurs citoyens. Les taux élevés de décès évitables et de morbidité chez les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans en sont l'exemple saisissant et représentent les inégalités en matière de disponibilité d'interventions salvatrices et d'accès à celles-ci, mais plus largement l'insuffisance du développement social et économique et le déni du droit de l'enfant à la santé, à l'éducation et au développement. En outre, en dépit des progrès accomplis, la discrimination à l'encontre des femmes demeure l'une des violations des droits humains les plus répandues dans l'ensemble des pays du monde et a des conséquences graves sur leur santé et leur bien-être.[4]

15. Ces dernières années, la santé et les droits humains de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ont fait l'objet d'attaques sans précédent dans plusieurs pays en raison de considérations juridiques et politiques restrictives, de conflits, de violences et de catastrophes, en particulier dans le contexte de la

---

[1] Voir http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/network/en/ et http://www.qualityofcarenetwork.org/about/network-activities (consulté le 4 avril 2017) ; les pays ayant initialement rejoint le réseau sont le Bangladesh, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, l'Inde, le Malawi, le Nigéria, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie.

[2] Every Woman Every Child. Sauver des vies, protéger des avenirs : rapport d'avancement sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, 2010-2015. New York, Organisation des Nations Unies, 2015.

[3] OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale, Division de la population de l'ONU. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 ; UNICEF, OMS, Banque mondiale, Division de la population de l'ONU. Levels and trends in child mortality 2015, and Levels and trends in child mortality 2014. New York, UNICEF, 2015 et 2014 ; OMS. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.

[4] Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Women's Rights are Human Rights. Nations Unies, New York, 2014 (http://www.ohchr.org/Documents/Events/WHRD/WomenRightsAreHR.pdf, consulté le 5 avril 2017).

santé sexuelle et reproductive. Le groupe de travail de haut niveau pour la santé et les droits humains de la femme, de l'enfant et de l'adolescent s'est réuni (à Genève les 7 et 8 février 2017) en vue d'aborder les défis rencontrés dans le cadre de la réalisation de la santé et des droits humains de ces populations, et pour souligner qu'il est urgent de promouvoir et de protéger la santé et les droits humains en vue de réaliser les cibles pertinentes des objectifs de développement durable et de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Le Groupe de travail insiste sur le fait que nous sommes à la croisée des chemins ; la façon dont nous nous attaquerons aux inégalités et aux injustices déterminera la mesure dans laquelle la vie des populations sera améliorée partout dans le monde mais plus particulièrement la capacité des sociétés à exploiter les retombées de la transition démographique et à articuler un nouveau paradigme pour la santé, la dignité et le bien-être de la prochaine génération de femmes, d'enfants et d'adolescents. Le Groupe de travail a incité à la prudence, indiquant que l'incapacité à promouvoir et à protéger la santé et les droits humains de la femme, de l'enfant et de l'adolescent se traduira par une incapacité à atteindre les objectifs fixés dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. En vue de remédier à ces problèmes et de créer un nouveau modèle pour la promotion et la protection de la santé et des droits humains, le Groupe de travail a recensé un ensemble de recommandations (annexe). Le Groupe de travail a appelé d'urgence l'ensemble des acteurs à réaffirmer leur engagement en faveur des valeurs universelles que sont la santé, la dignité et les droits humains pour tous et à défendre la santé et les droits humains de la femme, de l'enfant et de l'adolescent moyennant l'action, la sensibilisation et la mobilisation. Il a également appelé les communautés de la santé et des droits humains à œuvrer de concert en vue d'appuyer l'accélération des mesures en faveur de la santé et des droits humains de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

THÈME SPÉCIAL : SANTÉ DE L'ADOLESCENT – LA NOUVELLE FRONTIÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE MONDIALE

La santé mondiale de l'adolescent : un thème qui arrive à maturité

16. Dans son appel à l'action concernant la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, le Secrétaire général des Nations Unies a déclaré : « La Stratégie mondiale actualisée inclut les adolescents, car ils sont au cœur de tous nos objectifs et ils joueront un rôle déterminant dans le succès global du Programme d'ici à 2030 ». Cette déclaration reflète une vaste prise de conscience de la nécessité d'accorder une plus grande attention à la santé de l'adolescent.

17. La justification, sur le plan de la santé publique, de cette attention accrue portée aux adolescents, est solide. En premier lieu, même si le taux mondial de mortalité des adolescents n'est certes pas aussi élevé que celui des nourrissons et des jeunes enfants, il n'est cependant pas négligeable et ne décroît pas aussi rapidement que celui des enfants de moins de cinq ans. Entre 2000 et 2012, le taux mondial de mortalité des moins de cinq ans a diminué de 38 % alors que le taux de mortalité des adolescents n'a baissé que de 12 %. Au cours de la même période, le taux des années de vie ajustées sur l'incapacité perdues pour 100 000 adolescents n'a reculé que de 8 %, soit moins de la moitié de la baisse de 17 % constatée pour tous les groupes d'âge combinés, et le taux de dépression unipolaire, la principale cause des années de vie ajustées sur l'incapacité perdues chez les adolescents en 2012, a augmenté de 1 % au cours de cette période. En outre, la fréquence des comportements liés à la santé qui commencent ou sont consolidés durant l'adolescence, tels que les rapports sexuels non protégés (aggravés par le manque d'accès à la contraception), le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'usage nocif de l'alcool, le manque d'activité physique et la consommation de drogues – dont l'impact se fait sentir plus tard au cours de la vie – a très peu diminué, voire a augmenté.

18. En outre, les raisons économiques justifiant un investissement dans la santé de l'adolescent n'ont jamais été aussi incontestables. Élargir les possibilités qu'ont les adolescents d'améliorer leurs compétences et de les utiliser à des fins productives permettra de les valoriser et de garantir qu'ils ne seront pas une charge économique ou une menace pour l'harmonie sociale. Un investissement judicieux dans la santé de l'adolescent dans les pays à faible revenu sera rentable sur le plan démographique et donnera aux économies le nouvel élan qui permettra d'élever les niveaux de vie.

19. La Stratégie mondiale met en lumière les défis auxquels les adolescents sont confrontés dans les domaines sanitaire et social et établit la liste des interventions reposant sur des données probantes qui sont nécessaires dans ces domaines pour les relever à différents niveaux et dans différents secteurs dans un souci d'efficacité et d'équité. Elle fournit en outre des conseils de haut niveau sur les mesures à prendre aux niveaux national et international pour transposer concrètement ces idées.

De nombreux États Membres élargissent leurs investissements dans la santé de l'adolescent

20. Les objectifs de développement durable et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que les liens établis avec le mécanisme de financement mondial, fournissent une base solide pour agir plus rapidement dans le domaine de la santé de l'adolescent. Les États Membres commencent d'ores et déjà à utiliser ces possibilités et incluent la santé de l'adolescent dans leurs plans et programmes. Par exemple, en février 2017, le Cameroun, le Libéria et l'Ouganda avaient déjà inclus la santé de l'adolescent dans leurs projets d'investissement soumis au mécanisme mondial de financement, et plusieurs autres pays œuvraient dans ce sens.

21. De plus en plus fréquemment, les pays ont fait un pas supplémentaire dans leur engagement en faveur de la santé des adolescents. Un exemple tangible est l'introduction ou l'expansion des programmes multisectoriels nationaux visant à mettre fin au mariage des enfants. L'Union africaine et l'Association sud-asiatique de coopération régionale ont lancé des initiatives remarquées pour mettre fin au mariage des enfants dans leurs pays membres, 14 d'entre eux ayant élaboré au niveau national des stratégies complètes pour atténuer les conséquences sanitaires et sociales d'une telle pratique. Un deuxième exemple est le nombre croissant des pays à revenu faible ou intermédiaire, tels que l'Afrique du Sud, l'Argentine et l'Inde, qui ont revu et considérablement augmenté les ressources humaines et financières allouées à leurs programmes nationaux pour la santé des adolescents. En mars 2017, sur les 60 pays qui avaient pris des engagements formels en faveur de la Stratégie mondiale, 35 avaient inclu des engagements spécifiques liés à la santé des adolescents.

Contributions du Secrétariat au soutien fourni aux États Membres

22. Pour faire suite à une demande formulée par les États Membres à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015,[1] le Secrétariat est sur le point de parachever, en collaboration avec d'autres partenaires de l'OMS au sein du Partenariat H6, l'UNESCO et un groupe consultatif extérieur, des orientations sur la mise en œuvre d'un cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents.[2] Ce document vise à aider les pays à planifier et à mettre en œuvre des réponses aux besoins sanitaires des adolescents dans le cadre des plans nationaux

[1] Voir les procès-verbaux de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, dixième et onzième séances de la Commission A, section 3 (document WHA68/2015/REC/3, en anglais seulement).

[2] Voir http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/ (consulté le 28 mars 2017).

et à en assurer le suivi, les objectifs étant de leur permettre de survivre, s'épanouir et transformer, conformément à la Stratégie mondiale. Le document s'est inspiré des contributions reçues durant de larges consultations tenues avec les États Membres, les organes du système des Nations Unies, les adolescents et les jeunes, la société civile et les autres partenaires. La version finale sera mise à disposition avant la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé. Plusieurs États Membres ont déjà fait part de leur intérêt pour le document sur lequel ils pourront s'appuyer pour élaborer et actualiser les stratégies et programmes nationaux pour la santé de l'adolescent, et le Secrétariat collabore avec les premiers pays à l'avoir adopté en vue de les aider à appliquer les orientations.

23. Les efforts de l'OMS visant à améliorer la santé de l'adolescent font aussi partie intégrante d'autres initiatives à l'échelle des Nations Unies ou avec d'autres partenaires. Pour une meilleure cohérence et coordination des activités des organes des Nations Unies pour la jeunesse, le premier plan d'action pour la jeunesse à l'échelle du système des Nations Unies a été élaboré, la santé étant l'un des cinq domaines thématiques essentiels. En 2016, une enquête a été menée dans l'ensemble du système des Nations Unies pour faire le bilan des initiatives récentes ou en cours, y compris des initiatives conjointes, sur la jeunesse. Les données recueillies par l'intermédiaire de cette enquête alimenteront un rapport mondial complet sur les travaux des Nations Unies sur la jeunesse qui contribuera à renforcer les programmes établis avec le soutien des Nations Unies et à donner un nouvel élan à la collaboration interinstitutions à destination des jeunes.

24. L'OMS collabore sur des initiatives apparentées avec l'UNICEF (par exemple Adolescent Country Tracker – outil de suivi des adolescents dans les pays), l'UNFPA et l'Envoyé du Secrétaire général des Nations Unies pour la jeunesse (par exemple à la mise au point de l'indice mondial des objectifs de développement durable pour les jeunes et à des indications sur la définition des priorités dans les interventions liées à la santé destinées aux adolescents)[1], ainsi qu'avec le Comité des droits de l'enfant.[2] Elle soutiendra l'initiative YouthTrackChange dans le cadre de laquelle les adolescents et les jeunes eux-mêmes suivront et contribueront aux progrès pour leur santé et à la réalisation des objectifs de développement durable. Afin d'aider les adolescents et les jeunes à promouvoir efficacement leur santé et leur bien-être, le volet adolescence et jeunesse du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est en train de mettre au point un outil pratique de sensibilisation et de responsabilisation destiné aux jeunes sur les moyens de faire avancer la santé et le bien-être de l'adolescent au niveau national.

ÉVOLUTIONS FUTURES

25. L'importance du développement du jeune enfant en tant que pierre angulaire d'une santé durable, de la réussite scolaire, de la productivité économique, de la cohésion sociale et de la paix est de mieux en mieux documentée et comprise. La Stratégie mondiale fournit une occasion unique de favoriser l'investissement dans ce domaine. Le secteur de la santé a une responsabilité particulière puisqu'il est en mesure d'atteindre les aidants et les familles au cours des toutes premières années de la vie de l'enfant, d'assurer des interventions essentielles et de servir de tremplin pour des collaborations multisectorielles qui favorisent et soutiennent le développement du jeune enfant. Pour

[1] UNFPA and WHO for the Adolescent Working Group under Every Woman, Every Child. Technical guidance for prioritizing adolescent health. New York, UNFPA, 2017 (http://www.unfpa.org/publications/technical-guidance-prioritizing-adolescent-health, consulté le 28 mars 2017).

[2] Comité des droits de l'enfant. CRC General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence. Genève, Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, 2016 ; document CRC/C/GC/20.

que soit étudié de manière approfondie ce qui peut et ce qui doit être fait, il est proposé que le rapport du Secrétariat sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale qui sera présenté à une session ultérieure du Conseil exécutif ait pour thème le développement du jeune enfant.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

26. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

ANNEXE

RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DE HAUT NIVEAU POUR LA SANTÉ ET LES DROITS HUMAINS

Favoriser la réalisation des droits humains à la santé et ceux qu'elle permet d'obtenir

- **Défendre le droit à la santé dans les lois nationales**

Il conviendrait que l'ensemble des États renforcent la reconnaissance juridique des droits humains à la santé et ceux qu'elle permet d'obtenir, dans leur constitution nationale et d'autres instruments juridiques. En cas de violation de ces obligations, des mesures correctives efficaces doivent être prises. Il conviendrait d'affecter des ressources humaines et financières suffisantes pour l'élaboration et l'application des mesures législatives et politiques ainsi que des initiatives sociales afin de garantir la réalisation des droits en matière de santé et obtenus grâce à elle et de faciliter l'accès universel aux soins de santé.

- **Mettre en place une approche du financement de la santé fondée sur les droits et instaurer la couverture sanitaire universelle**

Tous les États doivent élaborer des stratégies de financement nationales et infranationales prévoyant des calendriers clairs et qui contribuent directement à la réalisation des droits, y compris la couverture sanitaire universelle. Ces stratégies doivent appliquer les principes des droits humains que sont l'équité, l'inclusion, la non-discrimination et la participation. Il faut prévoir des mesures correctives en cas de non-respect de ces normes universelles. Les États doivent prendre des mesures pour allouer au moins 5 % du PIB aux dépenses de santé publiques, ce qui est reconnu comme la condition préalable à la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

- **Traiter la question des droits humains en tant que déterminants de la santé**

Il conviendrait que les États mènent des évaluations périodiques et fondées sur les droits humains des déterminants de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, une attention particulière étant accordée aux inégalités entre les sexes, à la discrimination, aux déplacements, à la violence, à l'urbanisation déshumanisante, à la détérioration de l'environnement et au changement climatique, et mettent au point des stratégies nationales et infranationales fondées sur les droits afin d'agir sur ces déterminants.

- **Éliminer les normes sociales, culturelles et applicables au sexe qui empêchent la réalisation des droits**

Tous les États doivent mettre en œuvre des mesures juridiques et politiques ainsi que d'autres mesures et lever les obstacles structurels et juridiques qui portent atteinte aux droits de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Il faut d'urgence accorder l'attention à l'élaboration de cadres nationaux pour l'interdiction et la répression adéquates de la violence sexiste, l'élimination des mutilations sexuelles féminines, du mariage des enfants, du mariage précoce ou forcé et lever les obstacles à la jouissance des droits en matière de sexualité et de procréation.

Faire progresser les droits humains à la santé et ceux qu'elle permet d'obtenir, coopérer avec la population

- **Permettre à la population de faire valoir ses droits**

Les États doivent prendre des mesures concrètes (moyennant par exemple des campagnes de sensibilisation, et des actions de proximité) afin que la population (en particulier les femmes, les enfants et les adolescents), la communauté et la société civile soient mieux à même de faire valoir leurs droits, de participer à la prise de décisions en matière de santé et d'obtenir des réparations en cas de violation des droits liés à la santé.

- **Protéger et doter de moyens les personnes qui plaident en faveur des droits**

Il conviendrait que tous les États prennent des mesures concrètes visant à améliorer les conditions, le soutien et la protection des défenseurs, des porte-drapeaux et des coalitions qui plaident en faveur des droits humains en matière de santé et ceux obtenus grâce à elle.

- **Garantir la redevabilité envers la population et pour celle-ci**

Tous les États doivent veiller à ce que les mécanismes nationaux de responsabilisation (par exemple les tribunaux, le contrôle parlementaire, les organismes de défense des droits des patients, les examens des institutions nationales des droits de l'homme et du secteur de la santé) soient compétents et dotés de ressources pour faire respecter les droits humains à la santé et ceux qu'elle permet d'obtenir. Les États Membres devraient régulièrement rendre publiques leurs conclusions. L'OMS et le HCDH doivent fournir des orientations techniques en appui à cet objectif.

Renforcer les données relatives à la réalisation des droits humains à la santé et ceux qu'elle permet d'obtenir ainsi que la responsabilisation publique

- **Collecter des données qui prennent en compte les droits**

L'ensemble des États doivent prendre des mesures concrètes pour améliorer les données relatives aux droits humains à la santé et ceux qu'elle permet d'obtenir, en particulier concernant la femme, l'enfant et l'adolescent, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Ces données doivent pouvoir être ventilées selon toutes les formes de discrimination interdites en vertu du droit international, en accordant une attention particulière à celles devenues invisibles du fait des méthodologies actuelles de collecte des données.

- **Faire rapport systématiquement sur la santé et les droits humains**

Tous les États doivent faire rapport publiquement des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du présent rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé, dans leurs examens périodiques universels et dans le cadre de la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. L'OMS et le HCDH doivent fournir des orientations techniques en appui à cet objectif

Afin d'intensifier davantage les efforts mondiaux, nous appelons **le Directeur général de l'OMS et le Haut-Commissaire aux droits de l'homme** :

a) à mettre en place un programme de travail commun en vue d'appuyer la mise en œuvre des présentes recommandations, y compris aux niveaux régional et national ;

b) à renforcer les capacités institutionnelles et à développer les compétences dans les sièges ainsi qu'aux niveaux régional et national pour aider les États à progresser dans la réalisation des droits humains à la santé et ceux qu'elle permet d'obtenir, en particulier pour les femmes, les enfants et les adolescents ;

c) à veiller à poursuivre la coordination et le suivi des progrès accomplis vers la réalisation des droits humains à la santé et ceux qu'elle permet d'obtenir en particulier pour les femmes, les enfants et les adolescents, ce qui permettra la diffusion rapide des bonnes pratiques.

= = =