Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DOUZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A72/30**
Point 12.8 de l'ordre du jour provisoire **8 avril 2019**

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

Rapport du Directeur général

1. Le Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session est convenu d'introduire un point proposé sur la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent à l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé.[1] Il est en outre convenu qu'un seul rapport serait soumis sur la santé de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, qui inclurait une description des progrès accomplis vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, ainsi que dans le domaine de la santé du nouveau-né, comme il a été précisé au point 20.3 de l'ordre du jour provisoire présenté dans le document EB144/41 Rev.1.

2. Conformément à la résolution 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 à la demande du Conseil, le présent rapport met en lumière les réussites, les défis et les activités dans les domaines de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Il rend également compte de la mise en œuvre de la résolution WHA58.31 (2005) intitulée « Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants » et de la résolution WHA67.10 (2014) sur le Plan d'action pour la santé du nouveau-né. Il aborde en outre des questions telles que l'action multisectorielle, les droits humains et l'équité, et le suivi et la responsabilisation. Les données sur lesquelles se fonde le présent rapport sont disponibles par l'intermédiaire du portail des données de l'Observatoire mondial de la santé.[2]

SANTÉ DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT : SITUATION ACTUELLE

Santé de la femme

3. Malgré une baisse des taux de mortalité, les femmes continuent de mourir d'affections évitables. Le cancer du col de l'utérus, qui peut par exemple être évité moyennant la vaccination contre le papillomavirus humain, est la quatrième cause de cancer chez les femmes, avec un nombre de nouveaux cas estimé à 570 000 en 2018.[3] En janvier 2019, le Conseil exécutif a, dans sa décision EB144(2), prié

---

[1] Voir les procès-verbaux du Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session, dix-septième séance, section 1 (en anglais seulement).

[2] Voir Global Health Observatory data repository (http://apps.who.int/gho/data/node.gswcah, consulté le 20 février 2019).

[3] Voir le document EB144/28 pour plus d'informations.

le Directeur général d'élaborer, en consultation avec les États Membres et d'autres parties prenantes concernées, un projet de stratégie mondiale pour accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus, assorti d'objectifs et de cibles précises pour la période 2020-2030, pour examen par la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session.

4. La capacité des femmes à s'épanouir et à transformer leur vie est freinée par le manque d'accès à la contraception et son utilisation insuffisante. Le nombre de femmes en âge de procréer dans les régions en développement qui souhaitent éviter une grossesse mais n'utilisent pas une méthode de contraception moderne est estimé à 214 millions. Les obstacles à l'accès sont notamment le manque de connaissances et les freins socioculturels, et les difficultés à obtenir des services sont les principales raisons de la non-utilisation dans les populations où la prévalence de la contraception est faible. En 2018, l'OMS a publié un manuel de portée mondiale pour aider les prestataires de services de planification familiale à remédier à ces causes majeures de non-utilisation de la contraception.

5. La violence contre les femmes et les filles reste une menace mondiale. Selon les estimations mondiales, en 2010, 35 % des femmes avaient subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie, ces violences ayant de profondes répercussions sur leur santé physique, mentale, sexuelle et reproductive. L'OMS apporte un soutien aux pays pour élargir l'application des stratégies reposant sur des données factuelles et visant à renforcer la riposte du système de santé face à la violence qui s'exerce contre les femmes. Parmi les nouveaux outils figurent notamment un programme de l'OMS sur la violence contre les femmes à l'intention des prestataires de soins, et RESPECT, un cadre interorganisations pour la prévention de la violence contre les femmes, qui peut être utilisé pour éclairer les décisions stratégiques et financières.

6. Le nombre de femmes vivant aujourd'hui qui ont subi des mutilations sexuelles féminines est estimé à 200 millions et, avec la croissance de la population, le nombre absolu de jeunes filles qui subissent cette pratique augmentera à moins que les efforts en vue de son abandon ne s'intensifient. En 2018, l'OMS a publié un manuel clinique sur les mutilations sexuelles féminines qui fournit des conseils pratiques aux prestataires de soins sur la manière de communiquer avec leurs patients pour prévenir cette pratique et de fournir des soins adaptés pour la prise en charge des complications qui lui sont liées.

7. Les infections sexuellement transmissibles représentent aussi toujours un véritable défi pour la santé publique. Le nombre de nouveaux cas dus aux quatre infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes qu'il est possible de traiter (chlamydiose, gonorrhée, syphilis et trichomonase) est estimé à 376 millions à l'échelle mondiale, chez les hommes et les femmes, en 2016.[1]

Santé de la mère et du nouveau-né

8. À l'échelle mondiale, la mortalité maternelle a diminué de 44 % depuis 1990, avec encore toutefois 303 000 décès maternels en 2015, selon les estimations. C'est dans la Région africaine que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé, s'établissant à 542 pour 100 000. De nouvelles estimations sur les niveaux de mortalité maternelle, et les tendances, seront publiées en 2019. Un examen systématique de 70 études menées dans 28 pays a permis de constater que pour au moins 9 % des admissions hospitalières liées à un avortement, l'issue défavorable est évitée de justesse et que dans 1,5 % des cas, elles aboutissent à un décès ; l'hémorragie sévère est la complication la plus fréquemment rapportée (23 %).

[1] Report on global sexually transmitted infection surveillance, 2018. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

9. À l'échelle mondiale, le nombre de décès de nouveau-nés a été divisé par deux, passant de 5 millions en 1990 à 2,5 millions en 2017.[1] Toutefois, entre 1990 et 2017, la baisse de la mortalité des nouveau-nés a été plus lente que celle des enfants de moins de cinq ans qui ont dépassé la période néonatale. Dans la Région africaine, qui reste la Région de l'OMS où le taux de mortalité des moins de cinq ans est le plus élevé, la part des décès de nouveau-nés est de 37 %. A contrario, dans la Région européenne, où le taux de mortalité des moins de cinq ans est le plus faible de toutes les Régions, 52 % de tous les décès chez les moins de cinq ans surviennent au cours de la période néonatale. Les naissances prématurées, les complications lors de l'accouchement (asphyxie ou absence de respiration à la naissance), les infections et les anomalies congénitales sont à l'origine de la plupart des décès néonatals. De nouvelles estimations sur les naissances prématurées ont été publiées en 2018, selon lesquelles environ 15 millions de nourrissons sont nés avant terme[2] en 2014 ; les pays asiatiques et les pays d'Afrique subsaharienne totalisaient 78,9 % des naissances vivantes et 81,1 % de ces naissances prématurées. En 2015, les estimations laissaient penser que les mortinaissances étaient au nombre de 2,6 millions. De nouvelles estimations seront disponibles à la fin de 2019.

10. Un élément essentiel de la prévention des décès maternels et néonatals est l'accès à des services de soins prénatals de qualité. Dans les pays qui ont mené des enquêtes auprès des ménages depuis 2010, 77,5 % (médiane) des femmes indiquent avoir bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales. Les estimations du nombre de cas de syphilis issues de 132 pays laissent supposer que le nombre de cas de syphilis maternelle était d'un million en 2016, se traduisant par plus de 660 000 cas de syphilis congénitale, dont 350 000 issues fatales à la naissance. Bien que des services de soins prénatals de grande qualité puissent permettre de prévenir la syphilis congénitale, en 2017 moins de 10 % des pays indiquaient dépister >95 % des femmes lors des soins prénatals et fournir un traitement à >95% des femmes enceintes dont les tests étaient positifs pour la syphilis. De 2015 à 2018, 11 pays et territoires ont reçu la validation de l'OMS pour avoir éliminé la transmission mère-enfant de la syphilis.

11. L'accès à des professionnels de santé qualifiés au cours de la grossesse et dans la période postnatale est crucial pour prévenir les décès chez les femmes et les nouveau-nés. Dans les pays où des enquêtes auprès des ménages ont été menées entre 2013 et 2018, 81 % des femmes enceintes (valeur médiane) ont indiqué qu'un accoucheur qualifié était présent lors de l'accouchement. Il est essentiel que les soins qui entourent la naissance soient de grande qualité pour garantir que la « quantité appropriée » de soins soit fournie ; paradoxalement, « trop » de soins (ou des soins inadaptés) peuvent avoir des conséquences aussi graves que l'absence ou l'insuffisance de soins. Sur la base des données provenant de 169 pays qui totalisent 98,4 % des naissances dans le monde, on a estimé que 29,7 millions de naissances (21,1 %) avaient lieu par césarienne en 2015, soit près de deux fois plus qu'en 2000. En outre, 73 % des femmes ont indiqué avoir bénéficié d'au moins une consultation postnatale, mais seules 53 % d'entre elles ont indiqué que leur nouveau-né avait bénéficié de cette consultation postnatale. La période post-partum offre une occasion vitale de mettre en place et/ou de poursuivre les soins pour des affections non obstétricales, telles que les maladies non transmissibles et les troubles de la santé mentale.

12. Le Plan d'action pour la santé du nouveau-né (adopté dans la résolution WHA67.10) continue à proposer des interventions stratégiques pour mettre fin à la mortalité néonatale et aux mortinaissances évitables ; parallèlement à l'initiative visant à mettre fin à la mortalité maternelle évitable, il contribue à réduire la mortalité maternelle et à améliorer les résultats sanitaires pour le couple mère-nourrisson. L'outil de suivi du Plan d'action pour la santé du nouveau-né a été conçu en 2014 pour mesurer les progrès accomplis pour atteindre les objectifs stratégiques et suivre la prise en main et les mesures

[1] UNICEF, OMS, Banque mondiale, Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Levels and trends in Child Mortality Report 2018 ; estimations établies par le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2018.

[2] Avant 37 semaines complètes de gestation.

entreprises par le pays pour faire progresser la santé du nouveau-né, conformément aux étapes fixées au niveau national à l'horizon 2020. L'outil, utilisé initialement dans les 20 pays où le taux de mortalité néonatale est le plus élevé, a été employé dans 75 pays en 2018.[1]

13. Les résultats de l'étude menée sur la mortalité par l'Alliance for Maternal and Newborn Health Improvement, coordonnée par l'OMS – la plus importante étude réalisée à ce jour pour obtenir des données sur les taux en population, le moment exact et les causes des décès maternels, des mortinaissances et des décès néonatals – ont été publiés en 2018.[2] Les données étaient issues de 11 cohortes dans huit pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud. Les principales conclusions ont révélé qu'une plus grande proportion de décès avait lieu pendant le travail, l'accouchement et les 24 heures qui suivaient (40-45 %) qu'il n'avait été estimé auparavant et que l'asphyxie périnatale et les infections néonatales étaient des causes plus fréquentes de décès que les complications dues aux naissances prématurées. En outre, près de 90 % des mortinaissances étaient liées à la santé de la mère. Les mortinaissances ante-partum étaient plus fréquentes que les mortinaissances intra-partum, même dans les populations d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud où la mortalité est élevée. Une petite étude de cohortes menée au Bangladesh, au Pakistan et en République-Unie de Tanzanie a montré que la précision de l'échographie en fin de grossesse pour déterminer l'âge gestationnel était améliorée si on incluait une mesure du diamètre transversal du cervelet du fœtus.

14. L'OMS a entrepris d'actualiser ses recommandations sur les agents utérotoniques pour inclure la carbétocine et souhaite qu'elle soit introduite dans la Liste modèle OMS des médicaments essentiels. Cette démarche se fonde sur les résultats d'un essai d'équivalence coordonné par l'OMS comparant la carbétocine thermostable et l'oxytocine pour la prévention de l'hémorragie du post-partum, le plus important de ce type mené à ce jour. Il a permis de constater que la carbétocine thermostable était équivalente à l'oxytocine pour la prévention des pertes de sang de 500 ml ou plus, ou à l'utilisation d'autres agents utérotoniques.

15. En 2018, l'OMS a publié de nouvelles orientations sur l'utilisation des dossiers (ou carnets) de santé conservés à domicile pour les soins des femmes enceintes, des nouveau-nés et des enfants. Ces dossiers sont un complément utile aux fichiers des établissements de soins et contribuent plus largement à l'objectif de veiller au droit d'accès à l'information dans la lignée des efforts mondiaux pour des soins centrés sur la personne, auxquels l'OMS s'associe.

16. En 2018 toujours, l'OMS a également publié de nouvelles recommandations sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement.[3] Celles-ci soulignent l'importance de soins centrés sur la femme pour une expérience optimale du travail et de l'accouchement pour les femmes et leurs nourrissons dans le cadre d'une approche globale, fondée sur les droits humains. L'Organisation a aussi publié de nouvelles recommandations sur les interventions non cliniques ciblant

[1] OMS, UNICEF. 2018 Progress report : Reaching every newborn national 2020 milestones (https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Final-Country-Progress-Report-v9-low-res.pdf, consulté le 5 mars 2019).

[2] The Alliance for Maternal and Newborn Health Improvement (AMANHI) mortality study group. Population-based rates, timing, and causes of maternal deaths, stillbirths, and neonatal deaths in south Asia and sub-Saharan Africa: a multi-country prospective cohort study. *The Lancet Global Health*, 2018; 6: e1297–e1308, publié en ligne le 22 octobre 2018 (http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30385-1, consulté le 5 mars 2019).

[3] *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;sequence=1, consulté le 5 mars 2019).

les femmes et les systèmes de santé, y compris les prestataires de soins, pour réduire les césariennes inutiles en 2018.[1]

17. Des travaux sont en cours pour aider les pays à augmenter leurs investissements en vue d'améliorer la qualité des services au moment de l'accouchement et dans la période postnatale immédiate (voir la partie sur la couverture sanitaire universelle, paragraphes 31 à 35 ci-dessous).

Santé de l'enfant (âgé de >28 jours à neuf ans)

18. En 2017, selon les estimations, 5,4 millions d'enfants sont décédés avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. Bien qu'à l'échelle mondiale, d'immenses progrès aient été faits dans la réduction du taux de mortalité des moins de cinq ans, qui est passé de 93 pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 39 pour 1000 naissances vivantes en 2017, l'Afrique subsaharienne reste la région où le taux est le plus élevé au monde, avec un enfant sur 13 mourant avant d'atteindre son cinquième anniversaire. Actuellement, 51 pays sont en retard pour atteindre la cible des objectifs de développement durable[2] relative à la mortalité des moins de cinq ans. Les efforts visant à réduire la mortalité sont particulièrement nécessaires, en particulier dans la Région africaine et dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

19. Dans le monde, en 2017, 151 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient d'un retard de croissance, 51 millions d'émaciation, et 38 millions étaient en surpoids.

20. La couverture des interventions essentielles est variable. Pour les enfants de moins de cinq ans, les taux de vaccination permettant de prévenir les maladies de l'enfant les plus fréquentes restent élevés : supérieurs à 90 %. Toutefois, pour d'autres interventions vitales pour le maintien en bonne santé des enfants et le traitement des maladies les plus fréquentes, les taux de couverture à l'échelle mondiale sont plus bas. On peut notamment citer, à titre d'exemple, l'allaitement exclusif des nourrissons âgés de 0 à 5 mois (médiane de 38 %), les enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (médiane de 44 %), les enfants atteints d'infection respiratoire aiguë hospitalisés (64 %), et le traitement par sels de réhydratation orale des enfants souffrant de diarrhée (médiane de 43 %). La qualité des soins pour les maladies courantes de l'enfant et des soins pédiatriques est aussi très variable.

21. L'OMS et l'UNICEF ont lancé l'initiative Child Health Redesign dans le but d'actualiser les orientations stratégiques pour la santé de l'enfant au niveau mondial, en les alignant sur les objectifs de développement durable. L'initiative élargit la portée des programmes pour la santé de l'enfant au-delà de l'âge de 0 à 5 ans pour inclure des interventions prioritaires pour la survie et l'épanouissement des enfants plus âgés et des adolescents, tout en continuant à mettre l'accent sur la prévention des décès de nouveau-nés et de nourrissons dans les régions les plus concernées. Elle préconise une approche programmatique multisectorielle centrée sur l'enfant et la famille, qui tienne compte des besoins sanitaires, nutritionnels, environnementaux, psychosociaux et des besoins en matière d'apprentissage de tous les enfants et adolescents afin qu'ils réalisent pleinement leur potentiel.

---

[1] *WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1, consulté le 5 mars 2019).

[2] Cible 3.2 : D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus.

22. Le cadre des « Soins attentifs pour le développement de la petite enfance » (Nurturing Care Framework (2018)), une feuille de route présentant des mesures pour aider les enfants à survivre, à s'épanouir et à réaliser pleinement leur potentiel, a été adopté par de nombreux pays et partenaires.[1] L'OMS a travaillé avec plus de 20 pays pour élaborer des plans et créer les capacités de renforcer le soutien du secteur de la santé aux familles afin que les jeunes enfants bénéficient de soins attentifs. Dans leur déclaration de 2018, les membres du Groupe des vingt (G20) ont adopté une initiative sur le développement du jeune enfant, témoignant de leur engagement en faveur de la petite enfance pour renforcer le capital humain. L'OMS et ses partenaires travaillent ensemble pour faciliter l'apprentissage concernant les meilleures pratiques entre pays par l'intermédiaire du Réseau d'action pour le développement de la petite enfance (ECDAN).[2]

23. Pour faciliter le suivi des progrès en vue d'atteindre la cible 4.2 des objectifs de développement durable, moyennant l'indicateur 4.2.1 « Proportion d'enfants de moins de 5 ans dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial, par sexe », l'OMS coordonne, en collaboration avec l'UNICEF et le Groupe de la Banque mondiale, les travaux en vue d'élaborer des barèmes mondiaux pour renforcer la mesure en population du développement du jeune enfant âgé de 0 à 3 ans.

Santé de l'adolescent (âgé de 10 à 19 ans)

24. Les principales causes de décès en 2016 chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans étaient les traumatismes dus aux accidents de la route, le suicide et la violence interpersonnelle ; parmi les principaux facteurs contribuant à la charge de morbidité non mortelle figuraient l'anémie due à une carence en fer, les maladies de peau et les troubles de la santé mentale. Les progrès réalisés pour atténuer ces causes de décès chez les adolescents ont été limités.

25. Dans son rapport 2017 sur la responsabilité de la transformation pour les adolescents,[3] le Panel indépendant sur la responsabilité pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent a lancé un appel urgent pour des investissements stratégiques dans la santé des adolescents de 10 à 19 ans afin d'atteindre les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

26. Certains progrès ont été enregistrés dans d'autres domaines. Au cours de la dernière décennie, la proportion de jeunes filles mariées alors qu'elles étaient encore des enfants a diminué, passant de 25 % à 21 %. Le nombre des grossesses chez les adolescentes a reculé en Angleterre, au Chili et en Éthiopie. Bien qu'à l'échelle mondiale, les progrès dans la réduction de l'incidence de l'infection à VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans aient été lents, des baisses de 25 % et plus chez les adolescentes ont été constatées dans certains districts de sept pays dans le cadre du projet DREAMS de l'Agency for International Development des États-Unis d'Amérique.

---

[1] OMS, UNICEF, Banque mondiale. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1, consulté le 5 mars 2019) (Résumé en français : Soins attentifs pour le développement de la petite enfance, un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain).

[2] Voir http://www.ecdan.org (consulté le 5 mars 2019).

[3] *2017: Transformative accountability for adolescents: accountability for the health and human rights of women, children and adolescents in the 2030 Agenda*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (agissant en tant qu'organisation hôte pour le Panel indépendant sur la responsabilité pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent), 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259699/9789241512992-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 5 mars 2019).

27. De nouvelles estimations de la consommation d'alcool indiquent que 26,5 % de l'ensemble des jeunes âgés de 15 à 19 ans sont consommateurs d'alcool. La prévalence du surpoids chez les jeunes de 15 à 19 ans a quadruplé, passant de 4,3 % en 1975 à 17,3 % en 2016. L'OMS estime en outre que 50 % des jeunes risquent d'être exposés à une perte d'audition du fait des appareils qu'ils utilisent pour écouter de la musique ou des lieux de loisirs qu'ils fréquentent, et qu'un milliard de jeunes âgés de 0 à 14 ans sont exposés à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations.

28. Il ressort de l'examen des politiques mondiales en matière de nutrition (2016-2017) mené par l'OMS que 89 % des 160 pays disposaient d'une forme de programme de santé et de nutrition en milieu scolaire, mais la plupart des éléments spécifiques de ces programmes avaient perdu de leur importance depuis l'examen de 2009-2010.

29. L'OMS a établi, en collaboration avec ses partenaires du système des Nations Unies au sein du Partenariat pour la santé mondiale H6, un groupe consultatif défendant l'action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent afin de combler les lacunes dans les données et de rassembler les efforts de collecte de données, en harmonisant les indicateurs et en établissant des priorités au sein de ceux-ci. En outre, l'OMS a mis au point une série d'outils normatifs et a publié un manuel pour effectuer des évaluations des obstacles aux services de santé destinés aux adolescents, des orientations sur la mise en œuvre des activités visant à améliorer la nutrition des adolescents, des lignes directrices sur l'administration d'une prophylaxie préexposition contre le VIH, et une compilation des recommandations de l'Organisation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et leurs droits dans ce domaine.[1] Le Secrétariat établit actuellement des lignes directrices sur les services de santé en milieu scolaire et sur la promotion de la santé mentale chez les adolescents, et il met à jour les lignes directrices portant sur les grossesses chez les adolescentes. L'OMS et l'UNESCO ont lancé une initiative pour faire de chaque école un lieu propice à la santé, qui vise à l'élaboration et à la promotion de normes mondiales dans ce domaine.

30. En 2018, 33 nouvelles équipes nationales ont été formées à l'utilisation du Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents, qui vise à répondre à leurs besoins. L'OMS a utilisé des points d'entrée stratégiques pour renforcer l'action au niveau des pays : en travaillant avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour prévenir l'infection à VIH chez les adolescentes dans 13 pays, avec le programme mondial UNFPA-UNICEF pour mettre fin au mariage des enfants dans 12 pays, et en améliorant l'accès à la contraception et son utilisation dans les 69 pays ciblés par l'initiative Family Planning 2020.[2]

QUESTIONS TRANSVERSALES

Couverture sanitaire universelle

31. La couverture sanitaire universelle est indispensable pour accélérer les progrès pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. L'examen des tendances en matière de couverture sanitaire universelle peut permettre d'expliquer l'absence de progrès dans l'amélioration de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent décrite plus haut. Outre l'indicateur actuel visant à suivre les progrès vers la réalisation de la cible 3.8.1 des objectifs de développement durable sur la couverture des services de santé essentiels, « l'indice composite de couverture » est une moyenne pondérée des niveaux de

[1] OMS. *WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (http://www.who.int/iris/handle/10665/275374, consulté le 26 mars 2019).

[2] Pour des précisions sur ces pays, voir http://www.familyplanning2020.org/fr/countries (consulté le 5 mars 2019).

couverture pour la contraception, les soins prénatals et lors de l'accouchement, la vaccination de l'enfant et la prise en charge des cas de maladies courantes de l'enfant.[1] Cet indice a été utilisé pour comparer 81 pays qui sont au centre du Compte à rebours vers 2030 pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (essentiellement des pays à revenu faible ou intermédiaire) de façon à identifier ceux qui prennent du retard. Dans ces 81 pays, les taux de couverture de la planification familiale, des soins postnatals, de l'allaitement et de la recherche de soins en cas de pneumonie sont inférieurs à 50 %. Le fait que les inégalités en matière de couverture soient généralement plus faibles pour la vaccination et le traitement de la diarrhée par des sels de réhydratation orale que pour la présence de personnel qualifié à l'accouchement et les quatre consultations prénatales suggèrent que les interventions qui peuvent être assurées au niveau des communautés tendent à être plus équitables que celles qui nécessitent un accès à des établissements de santé fixes.

32. Il ne sera pas possible d'atteindre la couverture sanitaire universelle sans améliorations significatives dans la qualité des soins. Le nombre des décès qui auraient pu être évités par des soins adaptés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2016 est estimé à 8,6 millions, dont 5 millions dus, selon les estimations, à des soins de médiocre qualité.

33. La nouvelle initiative de l'OMS sur les stratégies et les politiques nationales visant à améliorer la qualité des soins fournit des orientations sur la mise en place de politiques nationales pour parvenir à une couverture sanitaire universelle de grande qualité. En outre, l'OMS et l'UNICEF ont établi conjointement un réseau mondial pour améliorer la qualité des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en 2017. Le réseau donne accès à des connaissances utiles sur la manière de planifier, d'améliorer et de maintenir la qualité des soins dans les services de santé et d'accélérer la baisse de la mortalité et de la morbidité évitables moyennant une couverture universelle, sûre et efficace. Dans le cadre du réseau, l'OMS a établi, en collaboration avec l'UNICEF, un ensemble clé d'indicateurs afin de suivre la qualité des soins au point de prestation des services, a conçu des outils pour évaluer comment sont traitées les femmes au cours de l'accouchement en milieu hospitalier et a créé des mécanismes pour recueillir et analyser ces données aux niveaux national et local, en s'alignant sur le système de gestion des informations sanitaires du pays.

34. L'OMS et l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé ont soutenu une série de huit projets de recherche sur la mise en œuvre dans différents pays qui ont permis de tester et d'obtenir des informations sur la prestation des interventions pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans différents contextes.[2] Les résultats de l'ensemble des huit projets ont clairement démontré que si elle est conçue avec soin, la recherche sur la mise en œuvre peut contribuer à résoudre les problèmes rencontrés pour mettre en place des interventions efficaces.

35. Les conclusions d'une enquête mondiale de l'OMS sur la formation des sages-femmes a permis de mettre en évidence de graves lacunes dans les compétences et des contraintes généralisées qui pèsent sur la capacité à assurer des services de qualité. L'OMS a apporté son soutien à six consultations mondiales sur les mesures prioritaires, dont le renforcement du leadership, l'alignement des partenaires, et la priorité à accorder aux compétences essentielles dans la pratique obstétricale, comme le recommande la Confédération internationale des sages-femmes. Sur la base de ces conclusions, un

[1] Boerma T., Requejo J., Victora C. G., Amouzou A., George A., Agyepong I. et al. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. *The Lancet*, 2018; 391:1538-1548, publié en ligne le 30 janvier 2018 (http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30104-1).

[2] Portela A., Qazi S. A. (eds.). Addressing implementation challenges for maternal, newborn and child health interventions. *Acta Paediatrica*, 2018;107 (Suppl. 471).

rapport spécial sur le renforcement d'une formation interprofessionnelle de qualité des sages-femmes dans l'optique de la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 est en cours d'élaboration.

Action multisectorielle, droits et équité

36. La lenteur des progrès pour de nombreux objectifs de développement durable,[1] et les droits humains qui leur sont liés, continuent d'avoir une incidence négative sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents. À l'échelle mondiale, la pauvreté extrême a reculé, mais il subsiste dans tous les pays des poches où persistent les pires formes de pauvreté. La faim est en hausse dans le monde entier après de nombreuses années de déclin. Les conflits, la sécheresse et les catastrophes liées aux changements climatiques sont les principaux facteurs aggravants.

37. Pour ce qui est de la santé environnementale, 29 % de la population n'a pas accès à l'eau potable, 61 % n'a pas accès à des services d'assainissement sûrs et 892 millions de personnes continuent de pratiquer la défécation à l'air libre. Plus de 90 % de la population urbaine dans le monde respire un air qui ne satisfait pas aux recommandations de l'OMS sur la qualité de l'air. Plus d'un décès d'enfant de moins de cinq ans sur quatre est directement ou indirectement lié aux risques environnementaux.

38. L'OMS et ses partenaires continuent à apporter leur soutien aux pays pour relever les défis environnementaux. L'OMS a organisé la première Conférence mondiale sur la pollution de l'air et la santé à la fin de 2018. L'Organisation a publié de nouvelles lignes directrices sur le logement et la santé et sur l'assainissement et la santé. Elle a compilé de nouvelles données sur la pollution de l'air portant sur plus de 4300 villes et lieux d'habitation dans 108 pays, a publié un rapport sur la pollution de l'air et la santé de l'enfant, et elle continue à travailler avec ses partenaires dans le cadre de la campagne mondiale pour l'air pur – la campagne « Breathelife ».

39. Dans le domaine de l'éducation, le taux de scolarisation au cours de la petite enfance et dans l'enseignement primaire était de 70 % en 2016, soit en hausse par rapport aux 63 % de 2010. Les taux les plus faibles sont observés en Afrique subsaharienne (41 %) et en Afrique du Nord et en Asie occidentale (52 % pour les deux régions).

40. Pour ce qui est de l'engagement de ne laisser personne de côté, à l'échelle mondiale, la naissance de 73 % des enfants de moins de cinq ans a été enregistrée ; la proportion est inférieure à 50 % en Afrique subsaharienne. Alors que plus de la moitié des pays (116 sur les 197 couverts par le rapport sur les objectifs de développement durable) ont créé une institution nationale pour la protection des droits humains, seuls 75 de ces pays disposent d'institutions qui respectent pleinement les principes concernant le statut des institutions nationales de ce type (les Principes de Paris).[2]

41. Une action multisectorielle efficace est nécessaire pour s'attaquer aux déterminants sociaux et autres qui influent sur le droit de chacun au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, et en particulier pour les femmes, les enfants et les adolescents, et les populations marginalisées. Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'OMS et d'autres partenaires ont soutenu une série spéciale d'articles publiés par le BMJ qui illustrent les meilleures pratiques sur la manière dont l'action multisectorielle a un impact positif sur les résultats en matière de santé et de développement durable.[3] Des

[1] Nations Unies. Rapport sur les objectifs de développement durable 2018 (https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2018/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2018-fr.pdf, consulté le 8 mars 2019).

[2] Principes adoptés dans la résolution 48/134 (1993) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

[3] The BMJ. Making multisectoral collaboration work. Country studies and synthesis of findings; 2018 (https://www.bmj.com/multisectoral-collaboration, consulté le 8 mars 2019).

études de cas menées dans 12 pays aux niveaux de revenus et aux difficultés structurelles variés soulignent comment les interventions structurelles ont été déployées pour surmonter les obstacles spécifiques au contexte. Les conclusions tirées de ces études de cas contribueront à étoffer la base des données factuelles en évolution pour une action multisectorielle efficace.

42. Dans le cadre du mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants », l'OMS collabore avec le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et le Partenariat pour la santé mondiale H6 pour mettre au point des plans de travail conjoints pour aider les États Membres à améliorer la planification et la mise en œuvre de programmes sur la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Elle a notamment apporté un soutien à 26 États Membres dans la préparation de leurs argumentaires d'investissement pour demander des ressources auprès du Fonds fiduciaire du mécanisme de financement mondial de la Banque mondiale.

43. Pour renforcer la riposte pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent dans les situations de crise humanitaire, l'OMS entreprend diverses activités. Parmi celles-ci figurent une évaluation de toutes les orientations disponibles pour contrôler leur pertinence et leur applicabilité, un examen des lacunes de la recherche, la publication d'un guide sur la santé du nouveau-né en 2018,[1] et la mise au point finale d'un manuel sur l'achat de kits d'urgence pour les nouveau-nés. Le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale a aussi publié un guide pour la santé de l'enfant dans les situations de crise humanitaire pour relever les défis spécifiques à la Région. Pour veiller à la cohérence dans la riposte aux défis actuels ou émergents dans les situations de crise humanitaire, toutes les lignes directrices pertinentes incluront des recommandations conçues spécifiquement pour ces situations.

Suivi et responsabilisation

44. La normalisation des outils de suivi et l'harmonisation des méthodologies sont essentielles pour garantir un suivi cohérent des progrès dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale. L'amélioration de la collecte, de la compilation et de l'analyse des données au niveau des pays permettra aussi d'appuyer la prise de décisions à l'échelon local. Les prestataires de soins de santé et les patients auront ainsi les moyens de répondre aux questions d'offre et de demande, et ces informations contribueront à la qualité et à la bonne utilisation des services.

45. Pour veiller à l'élaboration de normes mondiales pour l'évaluation, l'OMS coordonne les travaux d'un groupe d'experts intitulé « Mother and Newborn Information for Tracking Outcomes and Results » (Informations sur la mère et le nouveau-né pour suivre les issues et les résultats), chargé de conseiller le Secrétariat sur le suivi de la santé maternelle et du nouveau-né et d'harmoniser et de valider les principaux indicateurs. L'OMS a récemment créé deux nouveaux groupes chargés d'harmoniser les indicateurs de notification pour les interventions visant à améliorer la santé de l'enfant et de l'adolescent : le groupe consultatif technique pour le suivi de la responsabilisation en matière de santé de l'enfant, dirigé conjointement avec l'UNICEF, et le Groupe consultatif pour une action mondiale pour l'évaluation de la santé de l'adolescent.

46. Afin de renforcer les systèmes de données sanitaires dans les pays, l'OMS a élaboré, à l'intention des administrateurs de programme, des orientations et des matériels de formation à l'analyse et à l'utilisation des données des établissements de santé, un module spécifique étant destiné aux administrateurs de programmes de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Plusieurs ateliers ont eu lieu pour présenter et affiner ce module. En outre,

[1] Voir https://www.who.int/reproductivehealth/publications/humanitarian-settings-contraception/en/ (consulté le 25 février 2019).

parallèlement au Compte à rebours vers 2030 pour la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, l'OMS a parrainé des ateliers régionaux en Afrique pour renforcer les capacités d'analyser et d'utiliser les données sur la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

47. L'OMS montre la voie dans la mise au point d'applications numériques pour la planification familiale ainsi que la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Plusieurs consultations ont été menées en 2018 et au début de 2019, qui aboutiront prochainement à la publication de lignes directrices, et à des outils en vue d'interventions numériques visant à renforcer les systèmes de santé de façon à aider les pays à adapter, dans leurs systèmes, l'information numérique au niveau du patient aux contextes locaux, indépendamment du logiciel numérique utilisé.

48. L'adaptation des lignes directrices existantes de l'OMS sur la santé sexuelle et reproductive aux situations de crise humanitaire et aux situations d'urgence est cruciale pour atteindre les populations des zones difficiles. L'outil récemment lancé par l'OMS pour fournir des services de contraception dans les situations de crise humanitaire[1] a été mis au point en utilisant une méthodologie systématique pour adapter à la fois les critères d'admissibilité sur le plan médical et les recommandations pratiques pour l'utilisation de contraceptifs.

49. Pour garantir que des données sont disponibles pour une application pratique, l'OMS met actuellement au point une plateforme mondiale pour suivre l'adoption et la mise en œuvre des politiques essentielles sur la santé sexuelle et reproductive, et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans tous les pays. La collecte des données a commencé en août 2018 ; au 21 janvier 2019, 115 pays ont répondu avec plus de 7000 documents sources fournis. Ces données seront utilisées au niveau des pays dans le cadre des discussions sur les politiques.

50. Le dispositif de surveillance de l'équité en santé de l'OMS (Health Equity Monitor) fournit les données les plus récentes et une analyse des inégalités aux niveaux national et infranational dans les domaines de la santé reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. L'OMS a publié des mises à jour du logiciel d'évaluation de l'équité en santé (Health Equity Assessment Toolkit), qui comporte de nouveaux éléments tels que des illustrations et des cartes interactives et du matériel traduit en espagnol, français et portugais.

51. L'OMS lancera un portail pour de nouvelles données sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, parallèlement aux améliorations apportées à l'Observatoire de la santé mondiale avant la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

52. L'Assemblée mondiale de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =

[1] Voir https://www.who.int/reproductivehealth/publications/humanitarian-settings-contraception/en/ (consulté le 25 février 2019).