



Engagement à mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)

Rapport du Directeur général

1. 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, le présent rapport met en évidence les progrès ou la stagnation, ainsi que la réponse programmatique en matière de santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Il présente également les avancées réalisées dans la mise en œuvre des résolutions suivantes : la résolution WHA67.10 (2014) intitulée « Plan d'action pour la santé du nouveau-né » ; la résolution WHA63.17 (2010) intitulée « Malformations congénitales » ; la résolution WHA58.31 (2005) intitulée « Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants » ; la résolution WHA45.25 (1992) intitulée « Les femmes, la santé et le développement » ; et la résolution WHA45.22 (1992) intitulée « Santé et développement de l'enfant : santé du nouveau-né ». Sachant que l'année 2020 a été désignée Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier, le présent rapport s'intéresse également au rôle des sages-femmes et des autres prestataires de soins de santé néonatale dans la fourniture de soins de santé de grande qualité aux femmes et aux nouveau-nés. Il rend par ailleurs compte des lacunes en matière de données et présente des recommandations en vue de combler ces lacunes, en plus de préconiser des priorités stratégiques fondées sur des données probantes pour atteindre, pour chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent, les objectifs de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) – survivre, s'épanouir, transformer – dans le cadre du treizième programme général de travail, 2019-2023. Les données sur lesquelles s'appuie ce rapport sont disponibles sur le site Web de l'OMS.¹

2. La pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), en particulier les mesures mises en œuvre par les autorités nationales pour contenir la propagation du virus, compromet les progrès accomplis en matière de santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Les mesures de confinement, la fermeture des services de santé primaires, le redéploiement du personnel de santé vers des services de prise en charge des patients COVID-19, la peur de l'infection et la perte de revenus ont, dans bien des cas, entravé la prestation de services essentiels de qualité et l'accès à ces services, ce qui a exposé les femmes, les enfants et les adolescents à un risque plus élevé de décès, de maladies ou de handicaps pour des causes qui auraient pu être évitées ou traitées. En raison de cette situation, les femmes et les enfants ont également été exposés à un risque accru de violences dans le cadre familial. Le présent rapport recense les obstacles aux progrès ainsi que les mesures prises pour atténuer ces obstacles.

¹ Voir le portail de données sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et le vieillissement (<https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/global-strategy-data>) et la base de données de l'Observatoire mondial de la santé (<https://www.who.int/data/gho>).

TENDANCES MONDIALES

Évolution de la mortalité et de l'état de santé des femmes, des enfants et des adolescents

3. On estimait à 295 000 le nombre de décès maternels dans le monde en 2017 (intervalle d'incertitude de 80 % : entre 279 000 et 340 000), et le nombre total de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (taux de mortalité maternelle) au cours de cette même année était estimé à 211 (intervalle d'incertitude de 80 % : 199-243), ce qui représente une baisse de 38 % par rapport à l'année 2000.

4. En 2017, on estimait que 66 % (196 000) de l'ensemble des décès maternels dans le monde se concentraient en Afrique subsaharienne tandis que l'Asie du Sud en enregistrait près de 20 % (58 000). Bien qu'elle ait enregistré un taux de mortalité maternelle très élevé (de 542 – intervalle d'incertitude : 498-649) en 2017, l'Afrique subsaharienne est parvenue à considérablement réduire ce taux – réduction de l'ordre de 38 % – depuis l'année 2000. En outre, l'Amérique du Nord, où le taux de mortalité maternelle était très faible (de 12) en 2000, a vu ce taux augmenter de près de 52 %, pour s'établir à 18 (intervalle d'incertitude : 16-20) en 2017.

5. Partout dans le monde, des femmes sont confrontées à des grossesses non désirées et à des avortements, et ce quel que soit le niveau de revenu du pays, la région ou le statut de l'avortement au regard de la législation. Entre 2015 et 2019, on dénombrait chaque année environ 121 millions de grossesses non désirées dans le monde, 61 % d'entre elles se terminant par un avortement. Cela représente 73 millions d'avortements par an. Selon les estimations, entre 2010 et 2014, environ la moitié des avortements n'étaient pas sécurisés et un tiers des avortements étaient pratiqués dans des conditions très risquées. On estime que plus de la moitié de tous les avortements non sécurisés dans le monde ont été pratiqués en Asie, pour la plupart en Asie du Sud et en Asie centrale. Trois quarts des avortements en Afrique et en Amérique latine étaient des avortements non sécurisés, et c'est en Afrique que le risque de décéder des suites d'un avortement non sécurisé était le plus élevé.

6. Près de 2 millions de nourrissons sont mort-nés dans le monde en 2019. La grande majorité des mortinaissances (84 %) se sont produites dans des pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure ; 42 % ont été enregistrées en Afrique subsaharienne et 34 %, en Asie du Sud. La mortinatalité constitue également un problème dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé. En 2019, dans certains pays à revenu élevé, on recensait plus de mortinaissances que de décès néonataux – le taux de mortalité néonatale enregistré étant très faible – et, dans certains cas, le nombre de mortinaissances dépassait même le nombre de décès infantiles. Les mortinaissances, dont plus de 40 % surviennent au cours de l'accouchement, sont souvent dues à une mauvaise qualité des soins pendant la grossesse et à la naissance. Le manque d'investissements dans les services prénatals et d'accouchement et dans le renforcement des compétences des personnels infirmiers et obstétricaux constitue un obstacle majeur.

7. Le nombre total de décès néonataux a baissé, passant de 5 millions en 1990 à 2,4 millions en 2019. En 2019, les décès néonataux représentaient 47 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de 5 ans.

8. À mesure que les taux de mortalité néonatale ont diminué, la proportion de décès néonataux dus à des complications associées aux naissances prématurées et à des anomalies congénitales a augmenté. Parmi les autres causes majeures de décès néonatal, on retrouve les complications lors de l'accouchement et les infections graves, qui sont en baisse grâce au renforcement de l'accès aux soins pendant l'accouchement et à la réduction progressive de la mortalité néonatale.

9. La prise en charge des nouveau-nés chétifs et malades est un élément clé dans la réduction de la mortalité néonatale. Sur les quelque 140 millions de naissances enregistrées dans le monde chaque année, on estime à 30 millions le nombre de nouveau-nés nécessitant des soins hospitaliers, 8 à 10 millions d'entre eux pouvant présenter des complications graves nécessitant des soins intensifs. Actuellement, seule la moitié de ces 30 millions de nouveau-nés bénéficie d'une prise en charge, et les soins qu'ils reçoivent sont souvent de mauvaise qualité.

10. Les dernières estimations relatives au faible poids de naissance ont fait apparaître que dans 148 pays disposant de données en la matière, le taux de faible poids à la naissance en 2015 était de 14,6 %, contre 17,5 % en 2000. En 2015, on estimait à 20,5 millions le nombre de nourrissons nés vivants qui présentaient un faible poids à la naissance – 91 % étaient nés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, principalement en Asie du Sud (48 %) et en Afrique subsaharienne (24 %).

11. Le nombre total de décès d'enfants de moins de 5 ans est passé de 12,5 millions en 1990 à 5,2 millions en 2019. C'est en Afrique subsaharienne et en Asie centrale et du Sud que l'on dénombrait plus de 80 % de ces décès en 2019, alors que 52 % seulement des enfants de moins de 5 ans dans le monde vivaient dans ces régions.

12. L'Afrique subsaharienne reste la région où le taux de mortalité des moins de 5 ans est le plus élevé au monde. En 2019, on estimait le taux de mortalité des moins de 5 ans à 76 décès pour 1000 naissances vivantes, ce qui signifie que 1 enfant sur 13 mourait avant d'atteindre l'âge de 5 ans ; ce taux est 20 fois plus élevé que le taux de 1 sur 264 enregistré dans le groupe régional Australie-Nouvelle-Zélande pour les ODD.

13. À l'échelle mondiale, les maladies infectieuses – notamment la pneumonie, les maladies diarrhéiques et le paludisme – demeurent, avec les naissances prématurées et les complications associées à l'accouchement, les principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans.

14. De 1990 à 2019, le taux de mortalité chez les enfants âgés de plus de 5 ans, les adolescents et les jeunes adultes (âgés de 5 à 24 ans) est passé de 31 pour 1000 en 1990 à 18 pour 1000 en 2019, ce qui représente une diminution de 34 % – 3,4 millions en 1990 contre 2,2 millions en 2019. Les jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans sont ceux pour qui le risque de mortalité est le plus faible ; s'ensuit une augmentation de ce taux chez les 15-19 ans, taux qui augmente encore légèrement chez les 20-24 ans. Les traumatismes (ceux consécutifs aux accidents de la route, ainsi que les brûlures, les noyades et les chutes) sont les principales causes de décès et de handicap permanent chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes âgés de 5 à 24 ans. Les traumatismes et la violence comptent parmi les principales causes de décès chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes âgés de 5 à 24 ans. Chez les filles et les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, les principales causes de mortalité sont les affections maternelles.

15. Bien que les données sur l'évolution de la morbidité chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes soient rares, certains chiffres font apparaître des progrès. Par exemple, entre 2015 et 2019, le nombre de femmes âgées de 15 à 24 ayant contracté le VIH a diminué de 21 %. Malgré cette baisse, on recense un nombre démesurément élevé d'adolescentes et de jeunes femmes au sein de ce groupe. En 2019, parmi les 300 000 personnes âgées de 15 à 24 ans ayant contracté le VIH, 220 000 étaient des femmes. Dans d'autres domaines – anémie, dénutrition et dépression, notamment –, de timides progrès ont toutefois été enregistrés.

16. La cardiopathie rhumatismale est la maladie cardiaque la plus répandue chez les moins de 25 ans. Cette maladie, qui se manifeste d'abord par des maux de gorge et de la fièvre causés par le streptocoque de type A, peut endommager les valves cardiaques, et entraîner un handicap à vie ou la mort, en particulier chez les femmes enceintes. Le rhumatisme articulaire aigu touche principalement les enfants

et les adolescents vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier lorsque la pauvreté est très répandue et que l'accès aux services de santé est limité. Il peut être traité avec des antibiotiques adaptés, afin de prévenir les lésions cardiaques à l'origine de la cardiopathie rhumatismale. Une prise en charge efficace a d'ailleurs permis d'éradiquer cette maladie dans de nombreuses régions du monde. Elle reste toutefois répandue en Afrique subsaharienne, en Asie centrale et du Sud, au Moyen-Orient et dans le Pacifique Sud. À l'échelle mondiale, on estime qu'elle touche 40 millions de personnes et elle a fait 288 348 morts en 2019.

17. En 2016, on estimait à 0,69 % (intervalle de confiance de 95 % : 0,57-0,81 %) le taux de prévalence mondial de la syphilis maternelle, ce qui a entraîné, selon les estimations, un taux de syphilis congénitale de 473 cas (intervalle de confiance de 95 % : 385-561) pour 100 000 naissances vivantes et un total de 661 000 cas (538 000-784 000) de syphilis congénitale. Une comparaison avec les estimations de l'OMS pour 2012 permet de constater que le taux de prévalence de la syphilis maternelle est resté inchangé (0,70 % – intervalle de confiance de 95 % : 0,63-0,77 %). En revanche, le nombre de cas de syphilis congénitale a enregistré une baisse, passant de 748 000 cas (intervalle de confiance de 95 % : 684 000-812 000) en 2012 à 661 000 (538 000-784 000) cas en 2016, ce qui s'explique probablement par le taux de couverture plus élevé des soins prénatals et le renforcement du dépistage et de la prise en charge des femmes enceintes, et fait apparaître des progrès dans la réalisation de l'objectif mondial d'élimination de la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant.

18. Les incidences indirectes de la COVID-19 mettent en péril bon nombre des progrès réalisés dans la lutte contre la morbidité et la mortalité présentés précédemment. Un scénario modélisé fait apparaître qu'une réduction d'environ 15 % de la prise en charge des principales interventions à fort impact liées à la santé de la mère et de l'enfant pendant six mois dans 118 pays à revenu faible ou intermédiaire pourrait entraîner 253 500 décès d'enfants et 12 200 décès maternels supplémentaires. Réduire cette prise en charge de près de 45 % pendant six mois porterait ces décès additionnels à 1 157 000 et à 56 700 respectivement. Selon d'autres modèles, une interruption de six mois de la thérapie antirétrovirale augmenterait d'environ 1,6 fois le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant sur une période d'un an.

Évolution des facteurs de risque et des comportements ayant une incidence sur la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

19. On relève d'importantes lacunes dans les soins dispensés aux jeunes enfants. En 2020, les profils de 197 pays, territoires et zones, notamment des 192 États Membres, ont été mis à jour, ce qui a permis de refléter la situation de 99,8 % des enfants de moins de 5 ans dans le monde à l'aide de 42 indicateurs relatifs au développement du jeune enfant. Les données révèlent que moins de la moitié des nourrissons de moins de 6 mois sont nourris exclusivement au sein dans la plupart des 122 pays, territoires et zones disposant de données en la matière ; qu'au moins 25 % des enfants de moins de 5 ans ont un retard de croissance dans environ un tiers des pays, territoires et zones ; que moins de la moitié des enfants âgés de 36 à 59 mois dans un tiers des pays, territoires et zones bénéficient d'une stimulation précoce et de soins adaptés à leurs besoins au sein de leur foyer ; et que plus des trois quarts des enfants de 2 à 4 ans subissent de la part des personnes qui s'occupent d'eux des méthodes de discipline violentes dans près de la moitié des pays. Si les États et les partenaires ne veillent pas à renforcer et à étendre les services d'appui au développement des enfants, les coûts associés à la perte de capital humain seront considérables.

20. La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel demeurent une priorité absolue pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Des données issues de 88 pays font apparaître que moins de la moitié des nouveau-nés commencent à être allaités dans la première heure suivant leur naissance. En outre, les nourrissons de moins de 6 mois exclusivement nourris au sein constituent une minorité. Des progrès ont toutefois été réalisés. Parmi les 122 pays disposant de données en la matière,

le taux d'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie est passé de 37 % en 2012 à 44 % en 2019, ce qui signifie qu'en 2019, 10 millions de bébés de plus qu'en 2012 ont été exclusivement nourris au sein.

21. À l'échelle mondiale, la proportion de femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale a continué d'augmenter lentement, passant de 73,6 % en 2000 à 76,8 % en 2020. Pourtant, environ 270 millions de femmes en âge de procréer qui souhaitent retarder une grossesse ou ne veulent plus procréer n'utilisent aucun moyen de contraception moderne.

22. Selon les estimations de l'OMS pour l'année 2018, 26 % (intervalle d'incertitude : 22-30 %) des femmes âgées de 15 ans ou plus ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur mari, de leur ex-mari ou d'un partenaire intime de sexe masculin au moins une fois dans leur vie. La violence au sein du couple commence tôt ; près d'un quart (24 %) des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà été en couple ont subi des violences de la part d'un partenaire et 16 % des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) ont subi des violences physiques et/ou sexuelles, notamment des violences récurrentes, de la part d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.

23. Sur la base de données issues de 31 pays où cette pratique a cours et pour lesquels des chiffres représentatifs sur la prévalence du phénomène à l'échelle nationale sont disponibles, il apparaît qu'à ce jour, au moins 200 millions de filles et de femmes ont subi des mutilations sexuelles féminines. Le pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans ayant subi des mutilations sexuelles dans les pays où cette pratique est très répandue est passé de 49 % à 34 % au cours des 20 dernières années. Toutefois, faute de mesures de protection et de prévention pendant la pandémie de COVID-19, il semblerait que le risque d'exposition à ce phénomène se soit accru. Une analyse récente conduite par l'OMS montre que la prise en charge des complications associées aux mutilations sexuelles féminines coûte entre 1 et 4 milliards de dollars des États-Unis par an aux systèmes de santé, un montant qui pourrait être considérablement réduit si les efforts visant à abandonner cette pratique s'intensifiaient.

24. Une baisse constante du taux de natalité chez les adolescentes a été enregistrée à l'échelle mondiale. Le nombre annuel de naissances pour 1000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans est passé de 48 en 2010 à 45 en 2015, et à 41 en 2020. Les efforts visant à promouvoir un comportement procréatif et sexuel sain et responsable chez les adolescents, la réduction du nombre de mariages d'enfants et un accès renforcé aux moyens de contraception modernes sont autant de facteurs ayant contribué à cette diminution. Pourtant, de fortes disparités subsistent : en Afrique subsaharienne, le taux de natalité chez les adolescentes continue de s'établir à 101 naissances par an pour 1000 femmes, tandis qu'en Asie de l'Est et du Sud-Est, ce taux est de 20,2 et en Europe et en Amérique du Nord, de 13,2.

25. Un examen des progrès réalisés en matière de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents au cours des 25 années écoulées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenue au Caire en septembre 1994, fait état d'importants progrès sur le plan mondial dans certains domaines, mais pas dans d'autres. Il apparaît qu'en 2019, les adolescentes et les adolescents âgés de 10 à 19 ans débutaient leur vie sexuelle plus tard que par le passé, étaient moins susceptibles d'avoir des rapports sexuels avec un ou une partenaire avec qui ils ne vivaient pas ou hors des liens du mariage, et utilisaient plus souvent des préservatifs. Les données limitées disponibles suggèrent toutefois que le taux d'infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et le taux de violence au sein du couple subie par les filles étaient élevés et en augmentation.

26. La proportion mondiale d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale est passée de 36 % à 60 % entre 1995 et 2020, mais on relève de grandes disparités entre les régions. Au cours des 25 dernières années, on a ainsi enregistré en Asie du Sud, en Afrique subsaharienne, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord une augmentation constante du nombre

d'adolescentes utilisant des méthodes modernes de planification familiale. Toutefois, moins d'une adolescente sur deux dans ces régions a vu sa demande satisfaite, contre 3 adolescentes sur 4 en Amérique latine et dans les Caraïbes ainsi qu'en Europe et en Asie centrale, et 4 adolescentes sur 5 en Amérique du Nord.

27. En 2019, chaque semaine, environ 5500 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont été infectées par le VIH dans le monde. En Afrique subsaharienne, chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, cinq nouvelles infections sur six concernaient des filles. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans étaient deux fois plus exposées au risque de vivre avec le VIH que les jeunes hommes du même âge.

28. Le taux de mariages d'enfants dans le monde est en baisse. Au cours de la dernière décennie, c'est en Asie du Sud que les plus grands progrès ont été réalisés ; dans cette région, le risque qu'une fille soit mariée dans l'enfance a diminué de plus d'un tiers, passant de près de 50 % à un peu moins de 30 %.

29. Les résultats d'enquêtes scolaires fondées sur des données de 2016 font apparaître que dans de nombreux pays, la consommation d'alcool commence avant l'âge de 15 ans. À l'échelle mondiale, la prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez les adolescents de 15 à 19 ans était inférieure (13,6 %) à celle portant sur l'ensemble de la population (18,2 %). La consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez les adolescents de 15 à 19 ans était particulièrement répandue (≥ 20 %) en Europe et dans des pays à revenu élevé d'autres régions, ainsi que dans certains pays d'Amérique du Sud où la consommation d'alcool par habitant était élevée. Le *Global status report on alcohol and health 2018* et l'Observatoire mondial de la santé fournissent des données sur les indicateurs relatifs à l'alcool chez les femmes et les adolescents.

30. Des estimations de l'OMS suggèrent qu'en 2016, plus de 80 % des jeunes de 11 à 17 ans scolarisés ne satisfaisaient pas aux recommandations en matière d'activité physique et que si cette tendance devait se poursuivre, l'objectif d'une réduction relative de 15 % du manque d'activité physique d'ici à 2030 ne serait pas atteint.

31. Des estimations publiées en 2020 sur la taille et l'indice de masse corporelle des enfants et adolescents d'âge scolaire font apparaître d'importantes variations d'un pays à l'autre en matière de trajectoire au fil de l'âge et du temps, ce qui met en lumière le caractère hétérogène de la qualité nutritionnelle et des avantages et risques pour la santé tout au long de la vie.

32. Toutes les mesures clés de lutte antitabac et de réduction de la demande protègent les enfants de tout âge et les femmes enceintes contre le tabagisme passif, en plus d'être très rentables et de favoriser l'égalité. Il est ainsi établi que les taxes sur le tabac et la majoration des prix permettent de réduire la prévalence du tabagisme chez les adultes, et qu'il s'agit des mesures les plus susceptibles de réduire les inégalités socioéconomiques face au tabagisme au sein de la population. De nouvelles données font maintenant apparaître que les lois non-fumeurs sont bénéfiques pour la santé de l'enfant, non seulement dans les pays à revenu élevé, mais aussi dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il est nécessaire de renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (en intégrant la cible 3.a des objectifs de développement durable dans les programmes nationaux et mondiaux), car la plupart des pays ne progressent toujours pas assez rapidement.

33. La pandémie de COVID-19 compromet les progrès réalisés en matière de diminution des comportements à risque et les résultats de ces progrès. Un modèle suggère par exemple qu'environ 47 millions de femmes dans 114 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure pourraient ne pas avoir accès à des moyens de contraception modernes si les mesures de confinement en vigueur au niveau national étaient maintenues pendant encore six mois, avec la perturbation majeure que cela suppose pour les services. Si un tel cas de figure venait à se concrétiser, on pourrait s'attendre à dénombrer 7 millions de grossesses

non désirées supplémentaires. Des prévisions portant sur la période 2020-2030 suggèrent que les conséquences économiques de la pandémie de COVID-19 pourraient faire reculer d'un tiers les progrès réalisés pour mettre fin à la violence fondée sur le genre ; en outre, 13 millions de mariages d'enfants qui n'auraient pas eu lieu en d'autres circonstances pourraient être conclus. La fermeture généralisée des établissements scolaires a également eu d'autres effets néfastes, parmi lesquels une mauvaise nutrition, l'isolement social et l'exposition accrue à la violence et à l'exploitation, ainsi qu'un risque plus élevé de grossesse précoce. Un examen systématique a confirmé que l'isolement social et la solitude pouvaient augmenter le risque de dépression chez les enfants et les adolescents, et que des taux de dépression plus élevés pourraient être enregistrés pour ces catégories d'âge durant et après l'isolement forcé.

34. Suite à la mise en œuvre des mesures de distanciation physique et de confinement pour lutter contre la COVID-19, les permanences téléphoniques, les services d'assistance téléphonique, les foyers d'accueil et les services de police de différents pays ont enregistré une augmentation des signalements de cas de violence domestique, notamment des signalements émanant d'organisations de femmes et d'autres entités œuvrant en faveur des femmes et des enfants. Plusieurs pays ont adopté des mesures pour remédier à ce phénomène, notamment en permettant aux survivants de passer outre les mesures de confinement ou de couvre-feu, en transformant des hôtels inoccupés en foyers ou en logements d'accueil et en faisant la promotion des lignes et des services d'assistance, dans les pharmacies et les centres de dépistage de la COVID-19 par exemple.

Tendances concernant la couverture des interventions et des services

35. L'indice de couverture des services en vue de la couverture sanitaire universelle mesure les progrès concernant l'indicateur 3.8.1 des objectifs de développement durable (Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels mesurée à partir des interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier)). Entre 2000 et 2017, c'est dans les pays à revenu faible que s'est amélioré le plus rapidement le sous-indice santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de l'indice de couverture des services.

36. En plus de l'indice de couverture des services, il existe un autre indice composite plus détaillé de la couverture en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (une moyenne pondérée de huit indicateurs reflétant la planification, les soins prénatals et lors de l'accouchement, la vaccination et la prise en charge des maladies courantes de l'enfant) qui est utilisé depuis 2008. Une analyse de 96 pays à revenu faible ou intermédiaire de 2010 à 2020 ayant mené des enquêtes démographiques et sanitaires ou des enquêtes en grappes à indicateurs multiples a constaté des inégalités dans la couverture des services de planification familiale, des soins prénatals, de la vaccination avec trois doses du vaccin à valences diphtérie, tétanos et coqueluche à l'âge d'un an et de la demande de soins concernant les enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie. La couverture de ces interventions est plus faible dans les groupes vivant dans la pauvreté, les disparités les plus importantes étant observées en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest.

37. Il ressort de l'examen de 16 interventions clés dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant,¹ fondé sur les données de tous les pays à revenu faible ou intermédiaire et du Panama pour la période 2015-2019, qu'on est loin d'assurer une couverture universelle à leur sujet, les déficits les plus marqués concernant les services de planification familiale, l'allaitement au sein et le traitement des maladies de l'enfant. La couverture dépasse 80 % pour les interventions de vaccination qui bénéficient d'un effort d'investissement depuis longtemps, l'accouchement en présence de personnel qualifié et l'utilisation au moins de l'eau potable de base, alors qu'elle est inférieure à 50 % pour les interventions qui nécessitent un changement de comportement significatif (comme l'allaitement au sein) ou qui ont moins régulièrement bénéficié d'un engagement politique et financier (comme la thérapie de réhydratation orale en cas de diarrhée).

38. L'analyse des tendances pour la couverture médiane de chacune de ces 16 interventions dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et le Panama, avec les données disponibles au cours des deux périodes 2010-2014 et 2015-2019 a démontré que pour cinq des 16 interventions (traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH, quatre consultations prénatales au moins, consultation postnatale du nourrisson, consultation maternelle postnatale et vaccination par le vaccin antirotavirus) on avait enregistré une amélioration de la couverture de 10 points de pourcentage ou davantage. Les interventions pour lesquelles l'amélioration a été la plus marquée étaient le traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH et la vaccination par le vaccin antirotavirus. La couverture médiane a toutefois diminué au cours de la période plus récente (2015-2019) concernant deux des 16 interventions (vaccination avec la troisième dose de vaccin à valences diphtérie, tétanos et coqueluche et vaccination avec la première dose de vaccin à valence rougeole).

39. Désormais 110 pays ont introduit la vaccination des adolescentes contre le papillomavirus humain, qui prévient le cancer du col de l'utérus – quatrième cancer le plus fréquent chez la femme. On dispose des estimations de l'OMS et de l'UNICEF concernant la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain en 2010-2019 pour 95 pays notifiant des données. De nombreux pays peuplés à revenu faible ou intermédiaire n'ont pas encore introduit le vaccin et la couverture reste faible dans certains pays qui l'ont introduit, ce qui fait que la couverture mondiale de la dose finale du vaccin pour les filles ne dépassait pas 15 % en 2019. La majorité des filles vaccinées dans le monde en 2019 vivaient dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

40. En 2019, 54 pays, dont la population représente 37 % de la population mondiale, appartenant à trois des huit groupes régionaux utilisés par la Division de la statistique l'UNFPA. D'importantes réalisations ont été obtenues en matière de recherche (y compris sur les soins obstétricaux et la COVID-19), de leadership, de sensibilisation et de renforcement des programmes de soins obstétricaux.

46. L'OMS, l'UNFPA, la Confédération internationale des sages-femmes et d'autres partenaires ont collaboré au rapport sur la pratique de sage-femme dans le monde 2021, qui paraîtra cette année. Le rapport comprendra deux exposés consacrés respectivement à l'impact des sages-femmes sur la prévention et la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et de la mortalité sur la base de la modélisation et aux besoins des femmes, des nouveau-nés et des sages-femmes dans le contexte humanitaire et en situation de fragilité.

¹ Les 16 interventions sont les suivantes : traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH ; consultations postnatales pour nourrissons ; vaccination par le vaccin antirotavirus ; accouchement en présence de quatre agents qualifiés ; protection contre le tétanos néonatal ; soins prénatals (quatre consultations au moins) ; consultations maternelles postnatales ; utilisation par la population au moins de services d'eau potable de base ; demande de soins pour les enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie ; démarrage précoce de l'allaitement au sein ; allaitement au sein exclusif (jusqu'à six mois) ; méthodes contraceptives modernes pour répondre à la demande de planification familiale ; thérapie de réhydratation orale pour le traitement de la diarrhée chez l'enfant de moins de 5 ans ; poursuite de l'allaitement au sein (pour la première année) ; vaccination au moyen de la première dose de vaccin à valence rougeole ; vaccination avec la troisième dose de vaccin à valences diphtérie, tétanos et coqueluche à l'âge d'un an.

47. Le cadre d'action de l'OMS visant à renforcer la qualité de la formation des sages-femmes en vue de la couverture sanitaire universelle en 2030 intitulé *Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action*, qui contient un plan d'action en sept étapes est paru au moment de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé. Le plan d'action continue d'être mis en œuvre en Inde par exemple, où les autorités assurent la formation du premier groupe de 82 000 sages-femmes professionnelles. L'Indian National Midwifery Taskforce a adopté un programme d'études radicalement nouveau fondé sur des normes internationales (étape 1 – Renforcer le leadership et les politiques). Un examen systématique des moyens de faciliter l'introduction d'un nouveau groupe de sages-femmes et des obstacles à surmonter a été publié, et un nouvel outil mondial a été adapté pour recueillir les premières données de base nationales évaluant les compétences de quatre groupes dispensant des soins obstétricaux (étape 2 – Recueillir des données). La sensibilisation a été une priorité politique au cours de l'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier (étape 3 – Renforcer la participation et la sensibilisation communautaires), les établissements de formation ont été évalués dans des États clés (étape 4 – Préparation des établissements de formation, des cadres de pratique et des mentors cliniques), les formateurs ont reçu une formation actualisée (étape 5 – Renforcement des enseignants, des normes et des programmes d'études) et la formation a commencé (étape 6 – Formation des étudiants). Sous l'égide de l'OMS, le premier cadre mondial de suivi et d'évaluation de la formation en soins obstétricaux est en cours d'élaboration avec l'UNICEF, l'UNFPA et la Confédération internationale des sages-femmes, en conjonction avec un cadre national de suivi pour l'Inde, et il servira d'exemple pour d'autres pays (étape 7 – Suivre, évaluer, réviser et ajuster).

48. Pour aider à renforcer la qualité des soins obstétricaux, l'OMS met au point, en collaboration avec plusieurs partenaires, la boîte à outils interprofessionnelle de formation aux soins obstétricaux, qui a été retenue parmi les 10 cours de l'OMS à paraître lors du lancement de l'Académie de l'OMS en mai 2021. La boîte à outils sera le premier instrument de formation aux soins obstétricaux à la fois en présentiel et en ligne, permettant à tous les formateurs et apprenants d'accéder à des informations fondées sur des données factuelles en ligne, notamment les lignes directrices, les orientations et les outils existants de l'OMS. Il ressort des observations reçues tout au long de son élaboration que la boîte à outils peut être utilisée efficacement en ligne, assurant ainsi une formation continue dans des situations de crise comme la pandémie de COVID-19.

49. Dans certaines situations, les sages-femmes fournissent des soins immédiats aux nouveau-nés et aux nourrissons malades et interviennent aux côtés de spécialistes en soins infirmiers néonataux. En 2020, l'OMS a publié la feuille de route intitulée *Roadmap on human resource strategies to improve newborn care in health facilities in low- and middle-income countries* qui décrit les options stratégiques que les pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent choisir pour assurer l'accès universel à des services de qualité pour les nouveau-nés en bonne santé et à risque à différents niveaux du système de santé et selon les ressources dont ils disposent.

Couverture sanitaire universelle et soins de santé primaires

50. Le répertoire mondial OMS des interventions en vue de la couverture sanitaire universelle comprend des interventions liées à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Il aidera les décideurs à mettre au point et réviser les modules pertinents de services de santé dans le cadre de leur stratégie et plan global de couverture sanitaire universelle.

51. Une étude réunissant plusieurs méthodes et analysant la situation en matière de vaccination maternelle et de soins prénatals a été menée entre novembre 2016 et juin 2019 afin d'évaluer le niveau de préparation actuel et futur en vue de l'introduction et de l'administration de nouveaux vaccins maternels en tirant des enseignements des programmes de vaccination antitétanique de la mère. Elle a notamment constaté que parmi les 95 pays étudiés où la consultation prénatale et la vaccination étaient

généralement regroupées le même jour dans le même établissement, la proportion de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos néonatal était plus élevée, ce qui tend à montrer l'utilité de services de santé primaires intégrés. En outre, dans beaucoup de ces pays, les services liés au Programme élargi de vaccination étaient bien établis, alors que les services de soins prénatals laissaient à désirer, ce qui montre que davantage d'investissements s'imposent en faveur de ces derniers.

52. Sous l'égide des autorités nationales, et avec l'appui technique du Secrétariat et de ses partenaires, 10 pays faisant partie du réseau Qualité, Équité, Dignité pour améliorer la qualité des soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ont renforcé leur stratégie et leur politique nationales au moyen d'une approche systémique. Le réseau a favorisé la mise au point et l'actualisation des politiques et stratégies nationales pour la qualité. En novembre 2020, le Ghana, le Malawi, et la Sierra Leone avaient élaboré leur politique et stratégie nationale, alors que le Nigéria avait engagé le processus en octobre 2020. L'actualisation de la stratégie nationale est en cours au Bangladesh, en Éthiopie et en République-Unie de Tanzanie et devrait être menée à bien en 2021. Des données initiales issues des sites de mise en œuvre au Bangladesh et au Ghana, deux des pays du réseau, font apparaître une amélioration des pratiques de soins et une diminution de la mortalité néonatale sur les sites d'apprentissage (là où le module national d'interventions a été appliqué) au cours des deux dernières années. Afin de profiter de l'expérience acquise grâce à la mise en œuvre dans les pays du réseau, l'OMS a élaboré un guide de planification de services de santé de qualité intitulé *Quality Health Services : a planning guide*.

53. En septembre 2019, la Charte des soins de maternité respectueux et des droits universels de la mère et du nouveau-né a mis l'accent sur : les droits au respect, à la dignité, à la confidentialité, à l'information et au consentement éclairé ; le droit au meilleur état de santé possible ; et le droit à être protégé contre la discrimination et toute forme de maltraitance afin de prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales en tant que partie intégrante de la qualité des soins de la mère et du nouveau-né. Conformément à la Charte, 14 pays d'Afrique centrale et d'Afrique occidentale ont élaboré un plan pour promouvoir des soins de santé maternelle et néonatale de qualité, propre non seulement à réduire la mortalité et la morbidité mais aussi à intégrer des mesures en vue de soins respectueux.

54. En 2019, l'OMS a mis en pratique le projet de l'Accélérateur de la planification familiale pour améliorer l'accès à des services de planification familiale fondés sur les droits et la qualité dans 14 pays appartenant à trois Régions de l'OMS. Elle a également offert une assistance technique ciblée aux bureaux de pays pour qu'ils puissent orienter le débat politique et la planification afin de renforcer les programmes de planification familiale dans les pays. Un échange a été mis en place pour que les homologues dans les différents pays puissent échanger les données d'expérience et les meilleures pratiques afin d'accélérer la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données factuelles (telles que le partage des tâches, l'intégration de la planification familiale aux autres services de soins de santé et l'intégration de la qualité des soins à la planification familiale dans le cadre du réseau Qualité, Équité, Dignité pour améliorer la qualité des soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant). Dans le cadre de ces activités, le Secrétariat intervenant aux trois niveaux de l'Organisation a participé à des initiatives comme FP2020 (un partenariat mondial pour l'autonomisation des femmes et des filles grâce à l'investissement en faveur de la planification familiale fondée sur les droits), le Partenariat de Ouagadougou et le Mécanisme mondial de financement pour les femmes, les enfants et les adolescents. En outre, conformément aux objectifs énoncés, le mécanisme d'assistance technique du projet de l'Accélérateur de la planification familiale a pu se prévaloir de l'expertise des organisations partenaires présentes sur place ou à proximité des pays sollicitant un appui pour assurer une assistance prompte et efficace même pendant la pandémie de COVID-19.

55. La méthode de la mère « kangourou » constitue une des interventions essentielles pour augmenter les chances de survie en cas d'insuffisance pondérale à la naissance. La couverture mondiale de ce type de soins pour les prématurés dont l'état est stable et en cas d'insuffisance pondérale à la naissance était

estimée à moins de 5 % en 2012. Afin d'améliorer ce taux de couverture, des recherches ont été menées entre 2015 et 2018 sur l'effet de l'application par la communauté de la méthode kangourou en Inde. Cette intervention a permis d'améliorer notablement le taux de survie des enfants de faible poids à la naissance, de 30 % par rapport aux soins classiques pour les nouveau-nés, ce qui semble indiquer que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire l'application de la méthode kangourou pour cette catégorie d'enfants, quel que soit le lieu de naissance, serait susceptible de réduire fortement la mortalité néonatale et infantile.

56. En 2019, l'OMS et l'UNICEF ont publié un rapport mondial sur les soins destinés aux nouveau-nés malades et de petite taille intitulé *Transforming care for every small and sick newborn* et l'année suivante l'OMS a publié des normes pour améliorer la qualité dans les établissements de santé (*Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities*). En 2019, l'OMS a actualisé la brochure des tableaux de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant en ce qui concerne celle du nourrisson de moins de 2 mois. La mise à jour comprend l'évaluation, la classification et l'orientation du jeune nourrisson malade présentant une possible infection bactérienne grave et le traitement ambulatoire du jeune nourrisson présentant une infection localisée ou une respiration rapide (évoquant une pneumonie) entre 7 et 59 jours.

57. En 2014, dans la résolution WHA67.10, l'Assemblée de la Santé a approuvé le Plan d'action pour la santé du nouveau-né (Chaque nouveau-né : Plan d'action pour mettre fin aux décès évitables). La cible du Plan d'action concernant le taux de mortalité néonatale a été intégrée aux objectifs de développement durable et la cible concernant la réduction des mortinaissances a été reprise comme cible dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. En 2020, de nouvelles cibles ont été définies en matière de couverture afin d'accélérer l'instauration d'une couverture sanitaire universelle de qualité d'ici à 2025. Il s'agit notamment d'une couverture moyenne mondiale de 90 % par quatre consultations prénatales au moins, d'une couverture mondiale moyenne de 90 % des naissances en présence de personnel de santé qualifié, d'une couverture moyenne mondiale de 80 % par des soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement et d'une couverture de 80 % des pays disposant d'un plan pour les nouveau-nés malades et de petite taille qui est appliqué dans la moitié du territoire national. Des cibles ont également été fixées aux niveaux national et infranational afin de suivre l'équité de la couverture.

58. Plus de 90 pays sont désormais en train d'appliquer le Plan d'action pour la santé du nouveau-né et de suivre les progrès accomplis. Sur les 90 pays qui ont utilisé l'outil de suivi du Plan d'action pour la santé du nouveau-né en 2018,¹ 78 ont indiqué avoir établi une cible nationale pour la mortalité néonatale, mais moins de 30 pour la mortinatalité. On met davantage l'accent sur les situations de crise humanitaire et de fragilité, où l'on constate certains des taux de mortalité les plus élevés. L'importance attachée à tous les niveaux de soins, notamment les soins hospitaliers des nouveau-nés malades et de petite taille, permet des innovations et ouvre des possibilités d'investissement. L'amélioration des données systématiques et leur utilisation pour faire progresser la couverture et la qualité des soins néonataux sera déterminante au cours de la décennie à venir.

59. Depuis 20 ans, les mesures prises dans le monde en faveur de la santé de l'enfant ont particulièrement ciblé la survie de l'enfant de moins de 5 ans et permis, entre 1990 et 2019, d'obtenir une baisse considérable de 41,6 % de la mortalité des moins de 5 ans. Les tendances démographiques ainsi que l'évolution des causes de décès et de handicap jusqu'à 19 ans ont justifié un changement de cap stratégique de la part de l'OMS et de l'UNICEF qui vise à recentrer les efforts pour permettre un

¹ Les bureaux de l'UNICEF dans les pays partagent l'outil de suivi avec le ministère de la santé, qui confirme où il en est avec la politique et le programme de santé de la mère et du nouveau-né. Des données qualitatives ont également été recueillies pour mieux comprendre les progrès réalisés pour atteindre les étapes clés

meilleur taux de survie et un meilleur épanouissement de l'enfant et de l'adolescent. Fondée sur les objectifs de développement durable et les données montrant que les bases de la santé, du bien-être et de la productivité tout au long de la vie sont posées pendant l'enfance, cette nouvelle conception de la programmation mondiale pour la santé de l'enfant et de l'adolescent suppose un investissement accru en faveur des services visant à promouvoir la santé, la croissance et le développement de l'enfant et à lutter contre les maladies non transmissibles et les affections invalidantes pendant l'enfance. On se préoccupe notamment du groupe des 5 à 9 ans qui a moins retenu l'attention jusqu'ici et des affections qui entravent leur santé et leur potentiel. La publication intitulée *Investing in our future: a comprehensive agenda for the health and well-being of children and adolescents* parue en 2020 visant à offrir un programme complet pour la santé et le bien-être de l'enfant et de l'adolescent a fait l'objet de consultations avec des experts, des décideurs et des préposés aux programmes dans les pays. Sur la base de leurs réactions, le Secrétariat prépare des orientations complémentaires pour la mise en œuvre de ce programme complet.

60. En 2019, l'OMS a publié sous le titre *Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens*, une mise à jour des recommandations sur les traitements antirétroviraux de première et deuxième intentions pour les adolescents. Le Secrétariat a apporté son soutien aux pays en offrant une prophylaxie préexposition, sur la base du module pour adolescents et jeunes adultes de l'outil *WHO Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection*. L'OMS a actualisé sa boîte à outils pour un monde sans VIH/sida, en proposant des notes de synthèse ciblées sur les adolescents pour accélérer le dépistage et le traitement des adolescents vivant avec le VIH.

61. En 2019, le Secrétariat a : mis en pratique un mécanisme de coordination de l'assistance technique pour les services de santé sexuelle et reproductive de l'adolescent et du jeune adulte ; apporté son soutien au renforcement de la mise en œuvre au niveau des districts d'une stratégie nationale pour la santé de l'adolescent en Éthiopie et en Inde ; continué à appuyer l'application d'interventions à base factuelle dans des programmes intéressant plusieurs pays (comme le Programme mondial UNFPA-UNICEF pour mettre fin au mariage des enfants), des partenariats (comme FP2020 et « Filles, pas épouses ») et des initiatives (comme l'Initiative de Muskoka pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et l'Initiative pour les adolescentes et les jeunes femmes du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). Le Secrétariat a également apporté son soutien aux pays pour élargir les services offerts aux adolescents présentant des affections mentales, neurologiques ou liées à l'abus de substances dans le cadre des soins de santé primaires.

62. L'OMS a mis au point des lignes directrices sur les interventions visant à promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux, l'autoagression et les autres comportements à risque de l'adolescent, dont les *Guidelines on promotive and preventive mental health interventions for adolescents: helping adolescents thrive* (publiées en 2020). Elle coordonne la recherche sur le contenu, la prestation et l'efficacité de bilans de santé réguliers chez l'adolescent et met au point et évalue des interventions psychologiques pouvant être adaptées à une plus grande échelle pour les adolescents souffrant de dépression et d'anxiété. En 2019, l'Organisation a mis au point une version test d'un module communautaire de son Programme mondial d'action pour la santé mentale, intitulé *mhGAP community toolkit: field test version*.

63. L'OMS a publié en 2020 une mise à jour des *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité*, qui recommandent aux enfants et aux adolescents d'effectuer tout au long de la semaine en moyenne au moins 60 minutes par jour d'activité physique de type aérobique d'une intensité moyenne à élevée.

Action multisectorielle

64. L'OMS a travaillé en étroite collaboration avec ses partenaires pour faciliter l'adoption du cadre des « Soins attentifs pour le développement de la petite enfance » dans les politiques et stratégies nationales. Les lignes directrices de l'OMS visant à améliorer le développement de la petite enfance (*Improving early childhood development*) ont été publiées en 2020 et les 9 et 10 juin 2020, l'OMS a organisé une réunion technique sur le suivi du développement des enfants dans les services de soins primaires. Une version de travail du manuel pour des soins attentifs pour le développement de la petite enfance (*Nurturing care handbook*) a été publiée, ainsi que plusieurs notes thématiques, afin de proposer des orientations supplémentaires sur la façon de mettre en pratique les mesures stratégiques préconisées par le cadre. L'OMS dirige un collectif de partenaires chargé de mettre au point une échelle d'évaluation du développement précoce au niveau mondial (Global Scale for Early Development). Le dispositif comprend deux outils de mesure pour évaluer le développement de la petite enfance au niveau de la population et des programmes. Il complète l'indice de développement de la petite enfance élaboré par l'UNICEF et adopté par la Commission de statistique des Nations Unies en tant qu'indicateur afin d'évaluer les progrès réalisés pour atteindre la cible 4.2 des objectifs de développement durable (D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des services de développement et de prise en charge de la petite enfance et à une éducation préprimaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire). Le Secrétariat a appuyé les activités de plaidoyer et de sensibilisation menées à l'échelle internationale sur les handicaps de développement, en partenariat avec d'autres entités du système des Nations Unies et des organisations de la société civile ; il a également apporté une assistance technique pour le renforcement des services de soins dans toutes les Régions. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le Secrétariat a offert un soutien à la formation à distance des professionnels, axée sur les compétences, et a élaboré des ressources en ligne pour les aidants des enfants ayant une déficience intellectuelle.

65. Chaque année, l'OMS et l'UNICEF publient un tableau de bord relatif à l'allaitement dans le monde afin de fournir des informations sur la mise en œuvre des politiques et des programmes prioritaires clés sur l'allaitement maternel. Selon le tableau de bord 2020, le congé de maternité payé est prévu, comme le recommande l'OIT, dans seulement 11 % des pays et seuls sept pays dans le monde reçoivent plus de 5 dollars des États-Unis d'aide internationale par nouveau-né pour les activités d'allaitement, soit le montant par nouveau-né considéré par la Banque mondiale comme nécessaire pour atteindre les cibles mondiales en matière d'allaitement maternel. En 2020, le Collectif mondial pour l'allaitement maternel a axé diverses activités sur la nécessité d'élargir la portée des offres de soutien qualifié à l'allaitement afin que les mères puissent allaiter avec succès, et établi des documents sur le sujet.

66. L'OMS, l'UNICEF et le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile ont publié en 2020 le rapport biennal conjoint sur le statut juridique du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans les États Membres de l'OMS, ainsi que plusieurs séries de questions-réponses : sur le rôle et les responsabilités des agents de santé dans la protection des pratiques d'allaitement contre la promotion inappropriée des substituts du lait maternel par les entreprises d'aliments pour bébés ; sur le Code ; et sur les accords commerciaux internationaux et la mise en œuvre du Code. Sur les 194 pays qui font l'objet d'une analyse dans le rapport, 136 ont mis en place, quelle qu'en soit la forme, des mesures juridiques liées au Code ou aux résolutions ultérieures adoptées sur le sujet par l'Assemblée de la Santé. L'attention portée au Code progresse : 44 pays ont renforcé leurs réglementations sur la commercialisation des substituts du lait maternel au cours des deux dernières années. Toutefois, seuls 79 pays interdisent la promotion de substituts du lait maternel dans les établissements de santé et dans 51 d'entre eux seulement, des dispositions prévoient l'interdiction de la distribution gratuite ou à prix réduit de produits dans le cadre du système de soins. L'utilisation généralisée de stratégies de marketing numérique pour la promotion des substituts du lait maternel est aussi une source de préoccupation croissante. Les stratégies utilisant par exemple des groupes sociaux

en ligne parrainés par l'industrie, les publicités ciblées individuellement sur les plateformes des médias sociaux, les blogs et vlogs rémunérés, les magazines en ligne et les ventes en ligne à prix réduit de substituts du lait maternel sont ainsi de plus en plus fréquentes.

67. En juin 2020, l'OMS a lancé conjointement avec ses partenaires le premier rapport de situation sur la prévention de la violence à l'encontre des enfants dans le monde, qui mesure les progrès accomplis par les pays, notamment en vue d'atteindre la cible 16.2 des objectifs de développement durable, visant à mettre un terme à toutes les formes de violence dont sont victimes les enfants. Des projets en vue de discussions sur les politiques aux niveaux national et régional s'appuyant sur le rapport, ont été élaborés et sont en cours de mise en œuvre.

68. En septembre 2020, l'OMS et l'UNICEF ont signé un cadre de collaboration stratégique pour accélérer les efforts conjoints en matière de santé publique visant à accorder une place prioritaire aux populations les plus marginalisées et les plus vulnérables. Les deux organisations ont également signé un nouveau programme conjoint pour la santé mentale et le bien-être et le développement psychosociaux des enfants et des adolescents. Cette collaboration, qui s'étendra sur 10 ans, vise à favoriser la santé mentale ainsi que le bien-être et le développement psychosociaux, à améliorer l'accès à la prise en charge des troubles mentaux, et la qualité de vie des enfants et des adolescents comme des personnes qui s'en occupent.

69. Les travaux de la Commission OMS-UNICEF-*The Lancet* « A future for the world's children ? » (Un avenir pour les enfants du monde ?), lancée en février 2020, ont porté sur les sujets suivants : le lien entre la santé et le bien-être de l'enfant et l'environnement ; l'action intersectorielle ; le rôle du marketing commercial ; et la responsabilisation. La Commission formule des recommandations pour que les enfants soient placés au centre des objectifs de développement durable.

70. La santé et le développement des enfants continuent à subir les effets néfastes de la poursuite de l'usage des peintures et des pigments contenant du plomb dans de nombreux pays du monde. Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables parce que le plomb affecte le développement de leur cerveau et de leur système nerveux ; il a des effets délétères sur le quotient intellectuel, induit des troubles du comportement et une baisse des résultats scolaires. L'OMS et le PNUE dirigent conjointement l'Alliance mondiale pour l'élimination des peintures au plomb. L'Alliance a pour objectif d'éliminer progressivement la peinture au plomb par l'adoption d'une législation sur la peinture au plomb dans tous les pays. Collaborant avec les ministères de la santé, le Secrétariat fournit aux pays un soutien technique, notamment par des actions de sensibilisation, pour que soit éliminée la peinture au plomb. L'OMS a publié des outils et des documents (contenant, par exemple, des informations techniques et stratégiques) pouvant aider les pays à établir une législation sur la peinture au plomb et à améliorer la sensibilisation. L'Organisation tient également une base de données fournissant des informations sur les dispositions juridiquement contraignantes de la législation relative à la peinture au plomb dans les États Membres. Les progrès réalisés dans ce domaine font l'objet d'un suivi actif à l'échelle internationale par les ministères de la santé et de l'environnement.

71. Dans le cadre de l'initiative de l'OMS sur la protection de la santé des enfants contre l'exposition aux déchets électroniques (e-déchets) – un problème émergent en matière de santé de l'enfant –, l'OMS et d'autres organisations du système des Nations Unies et organismes internationaux ont lancé en 2020 un cours en ligne ouvert à toutes et à tous sur les déchets électroniques, dont un volet est consacré à la santé des enfants et qui a intéressé plus de 5000 participants. Le *Global E-waste Monitor 2020*, la plus grande source de statistiques sur les déchets électroniques au monde, a été publié en 2020, avec un chapitre rédigé par l'OMS sur l'impact des déchets électroniques sur la santé des enfants et des travailleurs.

72. Pour mieux comprendre les répercussions du changement climatique sur les enfants et les adolescents et œuvrer pour leur prévention, l'OMS et ses collaborateurs ont établi un dossier, publié en 2020, sur les messages clés relatifs au changement climatique et à la santé, qui met en lumière les messages clés dans cinq domaines prioritaires de l'action en faveur du climat : l'adaptation et la résilience, les transitions énergétiques, la nature, les transports propres et les finances.

73. L'OMS fournit également aux prestataires de soins de santé des manuels de formation sur la santé des enfants et l'environnement. Dans le cadre de ses travaux sur le renforcement des capacités des agents de santé à faire face à la pollution atmosphérique, l'Organisation a finalisé un module sur la pollution atmosphérique et la santé des enfants.

74. L'OMS met à jour ses lignes directrices sur la prévention des grossesses précoces et de leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement, en mettant dans un premier temps l'accent sur la prévention du mariage des enfants et l'amélioration de l'accès à la contraception et de son adoption par les adolescents.

75. L'OMS et l'UNESCO élaborent des normes mondiales pour la promotion de la santé dans les établissements scolaires afin de contribuer à faire de chaque école un lieu propice à la santé. En 2019, 10 équipes nationales de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est ont bénéficié d'un soutien à l'utilisation des orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays de l'Action mondiale accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA!), et 18 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont reçu un appui pour identifier les actions prioritaires nécessaires au renforcement des programmes de santé scolaire dans la Région OMS des Amériques. En outre, en juillet 2016, l'OMS s'est jointe à l'initiative « Safe to Learn », dont l'objectif est de mettre fin à la violence, dans les écoles et par leur intermédiaire ; l'OMS a également élaboré un guide pratique pour la prévention de la violence à l'école (*School-based violence prevention: a practical hand*), qui a été publié en 2019 et vise à guider les praticiens vers une approche globale de la prévention de la violence dans le cadre scolaire.

76. L'OMS élabore des lignes directrices sur les politiques d'alimentation et de nutrition en milieu scolaire, sur les restrictions à la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants et sur le maintien des services de circoncision masculine, l'accent étant mis sur les adolescents. L'Organisation a également contribué à l'élaboration, dirigée par l'UNFPA, d'orientations programmatiques et techniques internationales pour une éducation complète à la sexualité hors du milieu scolaire (*International programmatic and technical guidance on out-of-school comprehensive sexuality education*). Les orientations ont été publiées en 2020 et l'OMS mène des recherches connexes sur la mise en œuvre dans cinq pays.

77. En 2019, l'OMS a publié un manuel visant à faciliter le processus d'élaboration de stratégies et de plans nationaux relatifs à la santé des adolescents alignés sur les orientations AA-HA! (*Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): a manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans*). Le manuel résume l'expérience acquise dans l'utilisation des orientations AA-HA! dans les pays qui ont été les premiers à les adopter et vise à aider d'autres pays à élaborer des stratégies et des plans complets pour la santé des adolescents au niveau national. L'OMS a également publié : des orientations pratiques pour mener des évaluations a posteriori des projets dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, sous le titre : *The project has ended but we can still learn from it! Practical guidance for conducting post-project evaluations of adolescent sexual and reproductive health projects* ; un guide pour des services de santé adaptés pour les adolescents vivant avec le VIH, *Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice*, et un outil visant à fournir des services de contraception dans le contexte des programmes de traitement du VIH – *Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes* –, toutes ces publications étant axées sur la mise en œuvre pratique. En 2020, l'OMS a

publié plusieurs rapports : sur les progrès accomplis dans le domaine de l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène, sous l'angle de la COVID-19 (*Progress on drinking water, sanitation and hygiene in schools: special focus on COVID-19*) ; sur la situation en matière d'assainissement dans le monde, un appel urgent à transformer l'assainissement pour une meilleure santé, des environnements, des économies et des sociétés plus saines (*The state of the world's sanitation: an urgent call to transform sanitation for better health, environments, economies and societies*), et son rapport annuel 2019 sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

78. L'UNESCO et l'OMS ont rédigé conjointement une publication présentant des propositions de ripostes du secteur de l'éducation face à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues (*Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs*), publiée en 2017. L'OMS, en collaboration avec l'ONUDDC, a mis au point la deuxième édition mise à jour des normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues (*International standards on drug use prevention (2018)*) ; et l'édition révisée intégrant les résultats des essais sur le terrain (*International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing (2020)*), dans laquelle une attention particulière est portée aux femmes, aux enfants et aux adolescents.

79. Dans le cadre de la stratégie de diffusion des lignes directrices pour l'identification et la prise en charge des troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues pendant la grossesse, publiée en 2014 (*Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*), l'OMS a, en collaboration avec l'ONUDDC, élaboré des supports de formation et organisé une formation régionale en Argentine et en Ukraine. En outre, l'Organisation mène des activités de renforcement des capacités sur l'identification et la prise en charge du syndrome d'alcoolisation fœtale.

80. Le Groupe consultatif stratégique et technique d'experts pour la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, créé par le Directeur général en 2019, a tenu sa réunion inaugurale les 30 avril et 1^{er} mai 2020, et sa première réunion technique en novembre 2020. Le Groupe fournira des conseils stratégiques et techniques à l'OMS sur les questions relatives à la santé et à la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et conseillera l'OMS sur les priorités mondiales et les questions émergentes pour lesquelles des politiques, des stratégies, des recommandations et des interventions devraient être élaborées ou mises à jour, dans le but d'aider les États Membres à atteindre les cibles correspondantes des objectifs de développement durable.

81. L'OMS travaille en étroite collaboration avec le Programme conjoint UNFPA-UNICEF pour l'élimination des mutilations génitales féminines, afin d'apporter un soutien aux pays où la prévalence des mutilations génitales féminines est élevée, l'objectif étant de renforcer le rôle du secteur de la santé, dans le cadre d'une approche multisectorielle, dans la mise en œuvre d'activités visant à prévenir les mutilations génitales féminines et à fournir des soins de grande qualité aux millions de femmes et de fillettes touchées. Cela passe par la mise en œuvre de politiques de santé, la formation du personnel de santé et le renforcement des systèmes d'information sanitaire pour le suivi et l'évaluation.

ACTION VISANT À ATTÉNUER LES RÉPERCUSSIONS INDIRECTES DE LA COVID-19 SUR LES FEMMES, LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

82. Pour appuyer la riposte globale face à la COVID-19, l'OMS a fourni des orientations, des questions-réponses et des infographies sur des sujets tels que l'allaitement maternel, la fermeture et la réouverture des écoles, l'accouchement, les soins aux nouveau-nés, la planification familiale, la prévention de la violence à l'égard des femmes et des enfants et le port du masque par les enfants. L'OMS coordonne également des activités de recherche sur la santé sexuelle et reproductive, et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent en période de pandémie de COVID-19.

83. À la suite de l'analyse des données sur la prestation de services de planification familiale dans 14 pays en avril 2020 (voir le paragraphe 42), l'OMS a adapté ses orientations pour s'assurer que l'accès aux contraceptifs et à la planification familiale était maintenu pendant la pandémie de COVID-19. Les membres du personnel de l'OMS ont régulièrement participé au niveau national à des groupes de travail et à des comités pour discuter de la situation au regard de la pandémie de COVID-19 dans le pays et ont aidé à orienter la prise de décisions sur la base des données probantes. Les pays ont réagi en définissant une politique nationale pour la continuité des services de planification familiale (dans les 14 pays) ; en élaborant des supports de formation et des guides pratiques sur la COVID-19 à l'intention des professionnels de la santé ; en formant les prestataires de soins à l'identification des symptômes de la COVID-19 et à la déclaration des cas, ainsi qu'aux règles d'hygiène individuelle et à l'utilisation des kits d'équipement de protection individuelle ; et en partageant les expériences, les pratiques et les leçons apprises, afin de permettre une meilleure riposte. L'impact de ces travaux en Afrique australe et orientale a été rapporté par l'initiative Knowledge SUCCESS.

84. L'OMS a travaillé avec l'UNFPA à l'élaboration d'une note technique visant à répondre aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive dans le contexte de la crise due à la COVID-19 (*Responding to the sexual and reproductive health needs of adolescents in the context of the COVID-19 crisis*), qui a été publiée en 2020. Cette note contient des orientations pratiques sur ce qui peut être fait pour fournir aux adolescents et aux jeunes une éducation complète à la sexualité, ainsi que d'autres interventions en matière de santé sexuelle et reproductive. Elle recommande que des messages complets en matière d'éducation à la sexualité soient communiqués par l'intermédiaire des médias de masse et des médias numériques, et que soit étudiée la possibilité d'offrir cette éducation en dehors du contexte scolaire, avec les mesures de précaution appropriées. Elle encourage également les prestataires de soins à jouer un rôle dans cette éducation. L'OMS a par ailleurs travaillé avec ses collègues au sein du système des Nations Unies ou en dehors de celui-ci pour identifier des exemples novateurs de gouvernements et d'organisations qui ont appliqué les recommandations contenues dans la note technique, et dont l'exemple pourrait donner des idées à d'autres ou être source d'inspiration. L'OMS cherche aussi à évaluer leur efficacité par la recherche et l'évaluation.

85. En réponse aux demandes des États Membres et d'autres entités du système des Nations Unies portant sur l'innocuité de l'utilisation des contraceptifs, en particulier des méthodes contraceptives hormonales combinées, chez les femmes qui contractent la COVID-19, l'OMS a publié des conseils sur la COVID-19 et la contraception hormonale.¹

86. Des orientations ont été élaborées pour le maintien des services de santé essentiels, y compris les services communautaires, pendant la pandémie de COVID-19.² Chaque document comporte des parties consacrées à la santé sexuelle et reproductive, et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Afin de faciliter l'accès à toutes les orientations portant sur la COVID-19 et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, le Secrétariat a regroupé les informations sur une seule page Web.³

¹ Voir Questions-réponses : contraception/planification familiale et COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19>, consulté le 12 avril 2021).

² *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context and Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic.*

³ Maternal, newborn, child and adolescent health, ageing and COVID-19 (MCA) (<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/covid-19>, consulté le 31 mars 2021).

87. Le Secrétariat apporte son soutien aux pays pour atténuer les effets de la COVID-19 sur les services de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Les efforts intenses déployés dans 19 pays dans cinq Régions de l'OMS ont abouti à des actions et des produits présentant un intérêt pour tous les États Membres, dont certains sont décrits ci-dessous.

a) Les mesures prises en vue du maintien des services de santé essentiels pour les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents, et les enseignements tirés, ont été analysés et partagés entre les 19 pays et avec d'autres pays des cinq Régions. Ils seront bientôt mis à la disposition du grand public et de tous les États Membres.

b) Un examen systématique de la portée des mesures prises lors des crises passées, telles que les flambées de maladie à virus Ebola et les catastrophes naturelles, et pendant la pandémie de COVID-19 sera bientôt diffusé.

c) Avec le soutien de l'OMS, le programme PATH (Program for Appropriate Technology in Health) a mis en place un suivi des politiques relatives aux services de santé essentiels dans le cadre de la pandémie de COVID-19, accessible au public et aux États Membres. Les tableaux de bord du suivi des politiques lors de la pandémie de COVID-19 montrent les mesures prises par les gouvernements pour maintenir et adapter les services de santé essentiels pendant la pandémie. Dans 37 pays à revenu faible ou intermédiaire, des politiques de ce type ont été recensées. Une première analyse de ces politiques a été diffusée.

d) La pratique des consultations de télémédecine comme solution de remplacement des consultations en présentiel s'est largement répandue pendant la pandémie de COVID-19 afin d'éviter les interruptions de service. Des analyses des consultations de télémédecine menées avec les enfants et les adolescents ont été effectuées et un guide pratique a été élaboré à l'intention des professionnels de la santé sur la façon de planifier, de mettre en place et de mener des consultations de télémédecine avec les nourrissons, les enfants, les adolescents et leurs familles ou les personnes qui s'en occupent. Ceux-ci seront bientôt mis à la disposition du grand public.

e) La pandémie de COVID-19 a révélé de nombreuses faiblesses dans les systèmes de données, en particulier le manque de surveillance en temps réel des données pour évaluer les perturbations des services. Pour remédier à ce manque de suivi, l'OMS, en collaboration avec l'UNICEF et d'autres partenaires, a établi des orientations à l'intention des décideurs aux niveaux national et infranational intitulées : *Analysing and using routine data to monitor the effects of COVID-19 on essential health services* (Analyser et utiliser les données systématiques pour surveiller les répercussions de la COVID-19 sur les services de santé essentiels) ; publiées en 2021, elles comprennent un module sur les différentes étapes du parcours de vie : santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris la vaccination et la nutrition. En outre, en collaboration avec les 20 pays, l'OMS a apporté son aide à la collecte et à la visualisation des données systématiques afin de déterminer l'ampleur des perturbations des services de santé pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents. Ces données sont utilisées par les groupes techniques chargés de la lutte contre la COVID-19 dans les pays pour orienter les actions programmatiques et politiques.

f) L'OMS s'efforce de rendre la modélisation de l'impact des interruptions de service plus utile à la prise de décisions programmatiques et politiques en créant un modèle bénéfice/risque qui tient compte du risque que représente la COVID-19 par rapport à l'avantage de maintenir les services essentiels de santé sexuelle, reproductive, et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

LACUNES DANS LES DONNÉES ET RESPONSABILISATION

88. Bien que les tendances de mortalité puissent être estimées à partir des enquêtes de santé en population, la source de données à privilégier est l'enregistrement des faits d'état civil ; Toutefois, pour 80 % de la population mondiale, on dispose soit de données de moindre qualité sur les causes de décès, soit d'aucune donnée de ce genre, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En revanche, les taux de couverture des interventions clés en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent sont plus fréquemment disponibles pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, les données sur la qualité des soins faisant toutefois défaut. Les données sur les morbidités et les comportements à risque sont également souvent absentes : c'est particulièrement vrai pour les enfants de 5 à 9 ans et les adolescents. Même lorsque de telles données sont disponibles, elles sont rarement facilement accessibles et il est souvent difficile de trouver des informations sur les politiques qui doivent être mises en place pour assurer la couverture des services de santé et leur accessibilité.

89. Il subsiste d'importantes lacunes dans les données en ce qui concerne la couverture des interventions favorisant les soins attentifs pour le développement de la petite enfance. Ainsi, parmi les pays qui disposaient de données sur les indicateurs pertinents du développement de la petite enfance en 2018, moins de la moitié avaient des données sur des indicateurs cruciaux permettant par exemple de savoir si les jeunes enfants bénéficiaient d'un régime alimentaire minimum acceptable ou fréquentaient les structures d'éducation de la petite enfance. Des soins adaptés sont essentiels pour que les enfants survivent et s'épanouissent ; toutefois, il n'existe pas d'indicateurs normalisés pour évaluer la prestation de soins adaptés qui puissent être utilisés dans le cadre des programmes. L'OMS travaille avec ses partenaires à la formulation de nouveaux indicateurs pour soutenir la mise en œuvre du cadre des « Soins attentifs pour le développement de la petite enfance », et une liste d'indicateurs devrait être disponible en 2021.

90. Afin de renforcer les capacités de collecte, d'utilisation et d'analyse des données sur la santé sexuelle et reproductive, et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, le Secrétariat a mené les activités suivantes :

- a) il a organisé en 2019 deux ateliers de formation régionaux sur la surveillance des malformations congénitales dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est et un atelier dans la Région africaine, et a publié en 2020 la deuxième édition du manuel sur la surveillance des malformations congénitales destiné aux gestionnaires de programme (*Birth defects surveillance: a manual for programme managers*) et un manuel de référence sur certaines anomalies et infections congénitales (*Birth defects surveillance: quick reference handbook of selected congenital anomalies and infections*) ;
- b) il a fourni, en 2019, un soutien à huit pays à revenu faible ou intermédiaire dans l'utilisation des indicateurs relatifs à la santé reproductive, et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, qui peuvent être obtenus par l'intermédiaire des systèmes d'information pour la gestion de routine ;
- c) il a apporté, en 2019 et 2020, un appui à plus de 100 professionnels (représentant les ministères de la santé, d'autres entités du système des Nations Unies, la société civile et les institutions universitaires et de recherche de plus de 13 pays francophones et de trois pays anglophones) pour la surveillance de la qualité des soins maternels et néonataux ;

- d) il a facilité, en 2019, la formation à l'analyse des données d'une centaine de chercheurs, du personnel des ministères de la santé et des agences statistiques nationales dans 22 pays africains, en collaboration avec l'initiative Countdown to 2030, l'Universidade Federal de Pelotas (Brésil), l'UNICEF et le Centre africain de recherche sur la population et la santé ; et
- e) il a élaboré des documents pour aider à la mise en œuvre de la surveillance des décès maternels et périnataux dans les situations d'urgence humanitaire. Ces nouveaux supports sont mis à l'essai dans cinq pays.

91. Pour faciliter l'accès aux données, l'OMS a lancé le portail de données sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent en juin 2019 et a créé en septembre 2020 un espace spécifique pour les 60 indicateurs de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que l'ajout de données et d'indicateurs sur le vieillissement. Le portail compile sur un site central des données en provenance de sources multiples sur les principaux indicateurs relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Les utilisateurs peuvent visualiser les indicateurs sur des cartes et des graphiques et télécharger les données sous-jacentes. L'une des principales caractéristiques du portail est la mise à disposition de « profils de pays sous l'angle des adolescents », qui comprennent des informations sur la démographie, la mortalité et la morbidité des adolescents, et les facteurs de risque et les politiques les concernant pour les 194 États Membres.

92. Le Secrétariat a également produit 50 profils de pays pour ce qui est de la contraception sous l'angle de la vie sexuelle et reproductive des adolescents. L'élaboration de ces profils de pays s'explique par le fait que, bien que les données sur des indicateurs individuels tels que la prévalence du mariage des enfants ou l'utilisation de contraceptifs modernes fournissent des informations utiles, elles ne permettent pas de brosser un tableau complet de la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les profils de pays sont destinés à situer les données par rapport à un ensemble sélectionné d'indicateurs publiquement disponibles afin de disposer d'une image globale de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, dans le contexte plus large de leur vie. Ils s'adressent principalement aux décideurs nationaux qui travaillent sur la santé des adolescents, afin de guider leurs politiques et leurs stratégies.

93. Le Secrétariat a mené en 2018-2019 une enquête sous forme de questionnaire sur les politiques en place en matière de santé sexuelle et reproductive, et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, afin de rassembler des informations sur les politiques nationales. Cette enquête permet de suivre les progrès réalisés par les pays dans l'intégration des recommandations de l'OMS dans les législations, politiques, stratégies et lignes directrices nationales relatives à la santé sexuelle et reproductive, et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Au total, 150 États Membres ont complété le questionnaire par le biais d'une plateforme en ligne et ont transmis les documents sources utilisés pour répondre à l'enquête. Les données relatives aux indicateurs clés de l'enquête, ainsi qu'un ensemble consultable de documents de référence nationaux (lignes directrices, lois, politiques et stratégies, par exemple) soumis par les pays ayant mené à bien l'enquête, sont disponibles sur le portail de données, parallèlement aux profils des pays et à un rapport récapitulatif sur l'enquête 2018-2019.

94. L'OMS a établi une base de données mondiale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes et une plateforme de visualisation.¹ Les données sont utilisées pour produire des estimations nationales, régionales et mondiales sur la violence conjugale à l'égard des femmes et des estimations régionales et mondiales sur la violence sexuelle hors du couple, pour le compte du groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur les estimations et les données relatives à la violence à l'égard des

¹ La base de données sera disponible à l'adresse <https://srhr.org/vaw-data>.

femmes, qui réunit ONU-Femmes, l'ONU-DC, l'UNICEF et l'UNFPA. Ces données seront également utiles au suivi des indicateurs 5.2.1 et 5.2.2 des objectifs de développement durable relatifs à la violence à l'égard des femmes.

95. En 2017, le Secrétariat a lancé la base de données mondiale sur les politiques d'avortement, un outil visant à élargir les connaissances relatives aux lois et politiques sur l'avortement, à encourager la transparence et à promouvoir la responsabilisation. La base de données contient des informations relatives aux exigences en matière d'autorisation et de prestation des services, à l'objection de conscience et aux sanctions, telles qu'elles figurent dans les lois nationales, ainsi que les indicateurs nationaux relatifs à la santé sexuelle et reproductive, et les observations finales sur l'avortement des organes de suivi des instruments internationaux des Nations Unies sur les droits en matière de santé reproductive. En outre, la base de données fournit des informations sur les changements apportés à la législation et aux politiques relatives à l'avortement dans les pays.

96. Pour améliorer les méthodes de mesure, l'OMS a élaboré des cadres de suivi et d'évaluation pour la santé sexuelle et reproductive, et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les situations d'urgence humanitaire, ainsi que pour les soins prénatals en 2019. L'OMS met actuellement au point un ensemble d'outils de mesure, comprenant des indicateurs prioritaires relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant qui ont été élaborés par l'intermédiaire du Groupe consultatif technique sur les données concernant les mères et les nouveau-nés qui permettent un suivi des issues et des résultats, et du groupe consultatif technique sur le suivi des responsabilités pour la santé des enfants. En outre, le groupe consultatif défendant l'action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent (Global Action for Measurement of Adolescent health Advisory Group) a identifié des domaines de mesure de base et des domaines de mesure élargis, ainsi que des indicateurs prioritaires pour l'évaluation de la santé des adolescents aux niveaux national et mondial, y compris en recueillant les informations en retour du public.

97. Dans son rapport 2020 intitulé *Caught in the COVID-19 storm: women's, children's, and adolescents' health in the context of UHC and the SDGs* (Pris dans la tempête de la COVID-19 : la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans le contexte de la CSU et des ODD), le Groupe indépendant d'experts chargés du suivi des responsabilités en vue de réaliser la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent a révélé que les progrès vers les objectifs de développement durable liés à la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent étaient en retard de 20 % avant même que la COVID-19 ne frappe, la pandémie aggravant désormais la situation. La COVID-19 a révélé au grand jour la fragilité des systèmes de santé comme d'autres secteurs dans la plupart des pays et a amplifié les inégalités. Le rapport comporte également des tableaux de bord par pays sur les indicateurs clés de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, et des études de cas. Les femmes, les enfants et les adolescents, ainsi que d'autres personnes parmi les plus vulnérables, ont été les plus durement touchés par les effets directs et indirects de la COVID-19. Le rapport établit un cadre de responsabilisation et des recommandations pour soutenir les progrès réalisés par les pays.

98. Il est prévu de repositionner l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies afin de mettre l'accent sur la mise en œuvre au niveau des pays en l'intégrant au Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, et de renforcer l'alignement avec le système des coordonnatrices et coordonnateurs résidents des Nations Unies pour appuyer la mise en œuvre au niveau des pays de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent afin d'atteindre les objectifs de développement durable d'ici à 2030. Afin de contribuer à l'examen annuel de la décennie d'action, un rapport de situation annuel sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent sera piloté par le défenseur mondial du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour le mouvement « Chaque femme, chaque enfant » avec le soutien du Partenariat H6.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

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

= = =