

STRATÉGIE MONDIALE POUR LA SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

Ban Ki-moon,
Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies



AVANT-PROPOS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES

Chaque année, des millions de femmes et d'enfants meurent de causes évitables. Ce ne sont pas là de simples statistiques. Il s'agit d'êtres humains qui ont un nom et un visage. Leurs souffrances ne sont pas acceptables au XXI^e siècle. Par conséquent, nous devons faire davantage pour le nouveau-né afin qu'il ne succombe pas à une infection faute d'une banale injection ; pour le jeune garçon que la malnutrition privera d'une pleine croissance. Nous devons faire davantage pour l'adolescente confrontée à une grossesse non désirée ; pour l'épouse qui apprend sa séropositivité au VIH ; et pour la femme enceinte dont l'accouchement présente des complications.

Ensemble, nous devons engager sans attendre un effort décisif pour améliorer la santé des femmes et des enfants du monde entier. Nous savons ce qui fonctionne. Dans certains pays, nous avons accompli des progrès substantiels en peu de temps. Ce qu'il faut, c'est qu'en œuvrant au renforcement des systèmes de santé, nous affirmions notre détermination collective à assurer l'accès universel aux services de santé essentiels et aux interventions éprouvées qui sauvent des vies. Le champ d'action est vaste : il va de la planification familiale et de la réalisation des accouchements dans de bonnes conditions de sécurité à l'élargissement de l'accès aux vaccins ou aux traitements contre le VIH et le sida, le paludisme, la tuberculose, la pneumonie et d'autres maladies négligées. Les besoins varient d'un pays à l'autre en fonction des ressources et des moyens de chacun. Souvent, les solutions sont très simples : approvisionnement en eau salubre, allaitement exclusif au sein, nutrition et éducation à la prévention des maladies, pour n'en citer que quelques-unes.

La Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant s'attaque de front au problème. Elle définit les principaux domaines où il faut agir d'urgence pour accroître les financements, renforcer les politiques générales et améliorer la fourniture des services. Ces domaines sont les suivants :

- soutien aux plans de santé pilotés par les pays, par des investissements accrus, prévisibles et durables ;
- prestation intégrée de services de santé et d'interventions qui sauvent des vies – de façon que les femmes et les enfants puissent avoir accès à la prévention, aux traitements et aux soins quand et où ils en ont besoin ;
- renforcement des services de santé, qu'il faudra doter d'un noyau d'agents de santé qualifiés en nombre suffisant ;
- mise en place d'approches novatrices pour le financement, l'élaboration de produits et la fourniture efficiente de services de santé ;
- amélioration du contrôle et de l'évaluation pour faire en sorte que tous les acteurs doivent rendre des comptes pour les résultats obtenus.

Je remercie les nombreux gouvernements, organisations internationales et non gouvernementales, entreprises, fondations, groupes intéressés et défenseurs des droits qui ont pris part à l'élaboration de cette Stratégie mondiale. Nous avons accompli un premier pas. Il nous appartient à tous de faire en sorte que ce plan change véritablement le cours des choses. J'invite chacun à assumer le rôle qui est le sien. La réussite sera au rendez-vous si nous concentrons notre attention et nos ressources sur les personnes, non sur les affections dont elles souffrent, sur la santé, non sur la maladie. Avec des politiques pertinentes, un financement suffisant et équitablement réparti et une détermination inébranlable à fournir les prestations promises à ceux qui en ont le plus besoin, nous pouvons avoir, et nous aurons, un réel impact sur la vie des générations actuelles et futures.

Ban Ki-moon
New York, septembre 2010

Sauver 16 millions de vies d'ici à 2015

Chaque année, quelque 8 millions d'enfants meurent de causes évitables et plus de 350 000 femmes décèdent de complications évitables liées à la grossesse ou à l'accouchement.¹ Si nous parvenons à combler les lacunes évoquées dans le présent document, les gains seront énormes. Pour la seule année 2015, atteindre les cibles fixées pour l'OMD 4 (Réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans) et l'OMD 5 (Réduire de trois quarts la mortalité maternelle et assurer l'accès universel à la santé génésique) permettrait de sauver les vies de 4 millions d'enfants et de quelque 190 000 femmes.

Dans les 49 pays du monde ayant le revenu le plus faible, les progrès seraient gigantesques. Entre 2011 et 2015, nous pourrions prévenir les décès de plus de 15 millions d'enfants de moins de 5 ans, dont plus de 3 millions de nouveau-nés. Nous pourrions aussi prévenir 33 millions de grossesses non désirées et empêcher que 570 000 femmes environ meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Nous pourrions en outre éviter à 88 millions d'enfants de moins de 5 ans des retards de croissance et en protéger 120 millions contre la pneumonie.

INTRODUCTION

A lors qu'il nous reste à peine 5 ans pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), les dirigeants de la planète doivent redoubler d'efforts pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant. La communauté mondiale n'a pas investi suffisamment dans la santé des femmes, des adolescentes, des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants en général. Il en résulte que des millions de décès évitables surviennent chaque année¹ et que l'OMD 5 – améliorer la santé maternelle – est celui pour lequel nous sommes le moins avancés.

Pourtant, la possibilité s'offre aujourd'hui à nous d'accomplir des progrès réels et durables – les dirigeants mondiaux s'accordant de plus en plus à reconnaître que la santé des femmes et des enfants est la clé pour atteindre tous les objectifs de développement.

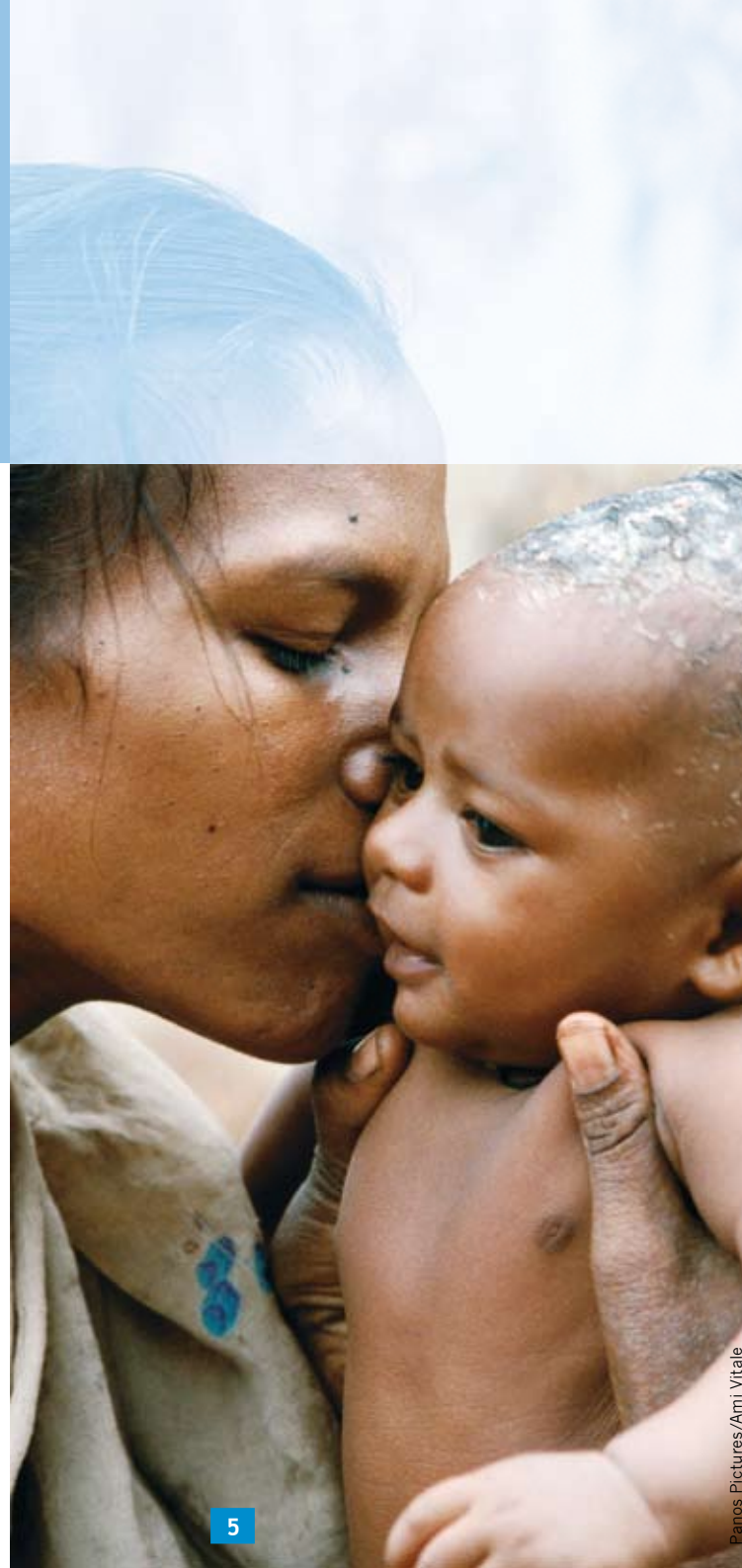
La présente Stratégie mondiale exige de tous les partenaires qu'ils s'unissent et agissent en concertation. Tous – gouvernements, société civile, organisations communautaires, institutions mondiales et régionales, donateurs, fondations philanthropiques, organismes des Nations Unies et autres organisations multilatérales, banques de développement, secteur privé, personnels de santé, associations professionnelles, universitaires et chercheurs – ont un rôle important à jouer.

Des avancées réelles sont parfaitement possibles. On en constate déjà dans certains des pays les plus pauvres du monde, où la santé de la femme et de l'enfant a été placée parmi les grandes priorités des programmes de santé nationaux.

Grâce aux innovations intervenues dans les domaines de la technologie, des traitements et de la prestation des services, il est désormais plus facile de dispenser des soins mieux adaptés et plus efficaces, tandis que des mécanismes de financement existants ou nouveaux rendent ces soins plus abordables et plus accessibles. En investissant encore davantage dans ces domaines, nous observerons des améliorations importantes. Aujourd'hui déjà, il y a chaque jour 12 000 décès d'enfants de moins qu'en 1990.²

Le moment est venu pour tous les partenaires d'unir leurs forces dans le cadre d'un effort concerté. Il s'agit concrètement d'élargir la couverture d'un ensemble d'interventions à fort impact et de leur donner la priorité, de renforcer les systèmes de santé et d'intégrer les efforts consacrés à diverses maladies et à des secteurs tels que ceux de la santé, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement et de la nutrition. Il s'agit aussi de promouvoir les droits de l'homme, l'égalité des sexes et la réduction de la pauvreté.

Tous les acteurs devraient s'employer à optimiser les investissements actuels. Tous sont comptables de leurs engagements et tous doivent mobiliser les financements additionnels et prévisibles nécessaires pour assurer les services de santé essentiels et atteindre les OMD liés à la santé.



Donner la priorité aux plus vulnérables

La présente Stratégie est centrée sur les périodes où femmes et enfants sont le plus vulnérables. Pour les femmes enceintes comme pour les nouveau-nés, c'est pendant l'accouchement et les quelques heures et jours qui suivent que le risque de décès est le plus élevé. Les adolescents aussi sont vulnérables, et nous devons faire en sorte qu'ils aient la maîtrise de leurs choix de vie, y compris de leur fécondité.

Il faut pour cela vouer une attention particulière aux femmes et aux enfants les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre : les plus démunis, ceux qui vivent avec le VIH/sida, les orphelins, les membres des populations autochtones et les groupes les plus éloignés des services de santé.

« La possibilité s'offre aujourd'hui à nous d'accomplir des progrès réels et durables - les dirigeants mondiaux s'accordant de plus en plus à reconnaître que la santé des femmes et des enfants est la clé pour atteindre tous les objectifs de développement. »

Prendre appui sur nos engagements dans les domaines de la santé et des droits de l'homme

La Stratégie mondiale repose sur les engagements pris par les pays et les partenaires dans plusieurs cadres : le Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement ; la Déclaration et le Programme d'action de Beijing adopté à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, l'Examen ministériel du Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) sur la santé mondiale ; la manifestation organisée en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le thème « Femmes en bonne santé, enfants en bonne santé : investir dans notre avenir commun » ; et la cinquante-quatrième session de la Commission de la condition de la femme. Elle s'appuie également sur des engagements et des efforts régionaux, tels que le Plan d'action de Maputo, la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) et la Déclaration du Sommet de l'Union africaine de 2010 sur les actions à mener en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile.³

Des instruments tels que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant reconnaissent que la santé de la femme et de l'enfant constitue un droit fondamental de l'être humain. Par ailleurs, le Conseil des droits de l'homme a récemment adopté une résolution portant spécifiquement sur la mortalité maternelle.⁴

INVESTIR DANS LA SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'ENFANT : UNE DÉMARCHE JUDICIEUSE

Les femmes et les enfants jouent un rôle déterminant dans le développement. Investir davantage dans la santé de la femme et de l'enfant n'est pas seulement un devoir moral ; c'est aussi le moyen de bâtir des sociétés stables, pacifiques et productives. Accroître l'investissement dans ce domaine présente de nombreux avantages.

- **Cela contribue à réduire la pauvreté.** Fournir des services de santé à moindre coût ou gratuitement aux femmes et aux enfants améliore l'accès aux soins et permet aux familles démunies de dépenser davantage pour l'alimentation, le logement, l'éducation et les activités génératrices de revenu. Les femmes en bonne santé ont une meilleure productivité et sont en mesure de mieux gagner leur vie. Remédier à la sous-alimentation des femmes enceintes et des enfants aboutit à un gain de revenu individuel pouvant aller jusqu'à 10 % sur l'espace d'une vie.⁵ À l'inverse, les problèmes d'assainissement provoquent des diarrhées et des maladies parasitaires qui réduisent la productivité et entraînent l'absentéisme scolaire.
- **C'est économiquement rentable.** Dispenser des soins de santé essentiels permet d'éviter les maladies et le handicap et d'économiser ainsi des milliards de dollars en traitements. Dans beaucoup de pays, chaque dollar consacré à la planification familiale permet d'économiser au moins quatre dollars, qu'il aurait fallu déboursier pour traiter les complications dues à des grossesses non désirées.⁹ Pour une somme inférieure à US \$5 (et parfois pour US \$1 seulement), la vaccination pendant l'enfance peut faire gagner à l'individu une année de vie sans handicap ni souffrances.¹⁰
- **Cela stimule la productivité et la croissance économiques.** La mortalité maternelle et néonatale ralentit la croissance et entraîne des pertes de productivité d'un montant total de US \$15 milliards par an.⁶ En ne s'attaquant pas à la sous-alimentation, un pays peut perdre jusqu'à 2 points de PIB.⁷ À l'inverse, investir dans la santé des enfants se révèle économiquement très rentable et offre la meilleure garantie de disposer dans l'avenir d'une main-d'œuvre productive. On attribue ainsi de 30 à 50 % de la croissance économique enregistrée par l'Asie entre 1965 et 1990 aux améliorations de la santé génésique et à la réduction des taux de mortalité infanto-juvénile et de fécondité.⁸
- **Cela aide les femmes et les enfants à réaliser leurs droits fondamentaux en tant qu'êtres humains.** Tout individu a droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.¹¹ Ce principe fondamental du développement et des droits de l'homme est reconnu par de nombreux pays dans toute une série d'instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme.

COLLABORER POUR ACCÉLÉRER LES PROGRÈS : ÉLÉMENTS CLÉS DE LA STRATÉGIE MONDIALE

Nous savons ce qui fonctionne : il faut que les femmes et les enfants aient accès à un ensemble intégré d'interventions et de services essentiels assurés par des systèmes de santé efficaces. De nombreux pays réalisent déjà des progrès. En Tanzanie, par exemple, le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans a chuté de 15-20 % grâce à la généralisation d'interventions telles que les programmes de vaccination, la supplémentation en vitamine A et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. Sri Lanka est parvenu à réduire la mortalité maternelle de 87 % au cours des 40 dernières années en faisant en sorte que 99 % des femmes enceintes bénéficient de quatre consultations prénatales et accouchent dans un établissement de santé.

Nous savons ce que nous devons faire. Conformément aux principes de la Déclaration de Paris, du Programme d'action d'Accra et du Consensus de Monterrey, tous les partenaires doivent collaborer étroitement dans les domaines suivants :

Plans de santé pilotés par les pays. Les partenaires doivent appuyer les plans nationaux de santé chiffrés existants pour améliorer l'accès aux services. Ces plans portent sur les ressources humaines, le financement, ainsi que la fourniture et le suivi d'un ensemble intégré d'interventions.

Un ensemble intégré et complet d'interventions et de services essentiels. Les partenaires doivent faire en sorte que les femmes et les enfants aient accès à un ensemble universel de prestations garanties, notamment l'information et les services en matière de planification familiale ; les soins prénatals, néonataux et postnatals ; les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ; des soins dispensés

par du personnel qualifié lors de l'accouchement dans des établissements appropriés ; des services d'avortement dans de bonnes conditions de sécurité (lorsque l'avortement n'est pas interdit par la loi) ; et la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Les interventions devraient également comprendre : l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois ; les vaccins et la vaccination ; la thérapie de réhydratation orale et la supplémentation en zinc pour traiter la diarrhée ; le traitement des principales maladies de l'enfance ; l'administration de compléments nutritionnels (vitamine A, par exemple) ; et l'accès à des aliments prêts à l'emploi appropriés pour prévenir et traiter la malnutrition.

Soins intégrés. La prise en charge intégrée améliore la promotion de la santé et aide à prévenir et à traiter des maladies telles que la pneumonie, la diarrhée, le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les maladies non transmissibles. Il faut établir des liens plus étroits entre les programmes relatifs à des maladies particulières (VIH/sida, paludisme et tuberculose, par exemple) et les services destinés aux femmes et aux enfants (Programme élargi de vaccination, santé sexuelle et génésique et prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, par exemple). Les partenaires devraient **coordonner leurs efforts avec ceux qui mènent les intervenants dans d'autres secteurs** pour traiter de questions qui ont une incidence sur la santé, telles que l'assainissement, l'accès à une eau de boisson salubre, la malnutrition, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.





istockphoto/Digitalpress

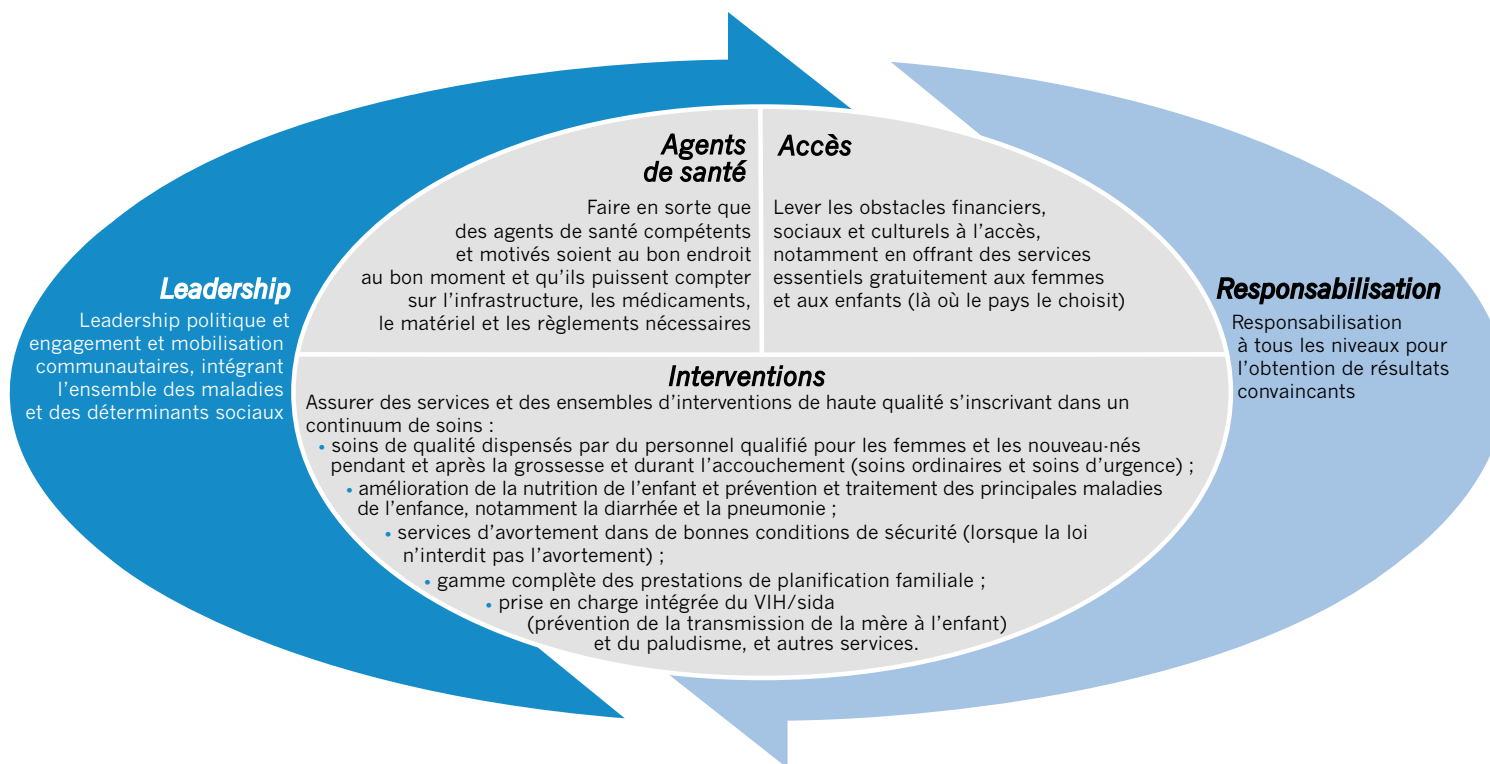
Renforcement des services de santé. Les partenaires doivent appuyer les efforts de renforcement des systèmes de santé pour fournir des services intégrés de qualité. Ils devraient étendre la couverture des services existants, en particulier au niveau communautaire et en faveur des populations mal desservies, et gérer plus efficacement des ressources limitées. Il faut aussi qu'ils construisent davantage de structures sanitaires pour permettre aux personnes vulnérables d'avoir accès aux compétences médicales et aux médicaments.

Renforcement des effectifs de santé. Les partenaires doivent s'employer ensemble à remédier aux graves pénuries d'agents de santé à tous les niveaux. Ils doivent fournir un appui concerté et cohérent pour aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des plans de santé nationaux prévoyant des stratégies pour former, fidéliser et affecter des professionnels de la santé.

Recherche coordonnée et innovation. Les partenaires doivent trouver des moyens novateurs pour dispenser des soins de qualité et élargir les programmes de recherche destinés à mettre au point de nouvelles interventions (vaccins, médicaments et dispositifs de diagnostic, par exemple). Ils doivent élaborer, financer et mettre en œuvre un programme mondial de recherche hiérarchisé et concerté en faveur de la santé de la femme et de l'enfant, et renforcer les établissements et systèmes de recherche des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Le « Consensus mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant » (voir Figure 1), élaboré et adopté par toute une série de parties prenantes, propose une démarche pour accélérer les progrès. Il met l'accent sur la nécessité d'articuler les politiques, l'investissement et les prestations autour d'un ensemble cohérent d'interventions prioritaires recouvrant ce que les professionnels de la santé appellent le « continuum des soins », et il offre aux parties prenantes un cadre pour agir en concertation.

Figure 1. Le Consensus mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant





La santé de la femme et de l'enfant et les objectifs du Millénaire pour le développement

La santé de la femme et de l'enfant, qui fait l'objet des OMD 4 et 5, intervient dans la réalisation de *tous* les OMD :

Éliminer l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1). La pauvreté favorise les grossesses non désirées et la mortalité et la morbidité liées à la grossesse chez les adolescentes et les femmes, et la sous-alimentation et d'autres facteurs en rapport avec la nutrition interviennent pour 35 % dans les décès d'enfants de moins de 5 ans, en même temps qu'ils nuisent à la santé des femmes. Faire payer moins cher les services de santé réduit la pauvreté et incite davantage les femmes et les enfants à consulter. De nouveaux efforts sont nécessaires au niveau communautaire pour que les interventions nutritionnelles (promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois, supplémentation en micronutriments et déparasitage, par exemple) fassent partie des soins courants.

Assurer l'éducation primaire pour tous (OMD 2). L'égalité des sexes n'est pas encore une réalité dans le domaine de l'éducation. Elle est pourtant essentielle car si les filles et les femmes sont instruites, les perspectives d'avenir de toute la famille se trouvent améliorées, ce qui contribue à rompre le cycle de la pauvreté. En Afrique, par exemple, les enfants ont 40 % de chances de plus de vivre au-delà de l'âge de 5 ans si les mères ont été scolarisées pendant au moins 5 ans. Les écoles peuvent servir de points de contact pour les femmes et les enfants : elles permettent de communiquer des informations relatives à la santé, d'offrir des services et de promouvoir l'éducation sanitaire.

Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3). L'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes ont une incidence positive sur la santé de la femme et de l'enfant en augmentant les choix en matière de procréation, en réduisant le nombre de mariages précoces et en constituant un instrument de lutte contre la discrimination et la violence sexiste. Les partenaires devraient étudier les moyens de coordonner leurs programmes de sensibilisation et d'éducation (y compris ceux qui s'adressent aux hommes et aux garçons) avec les travaux des organisations œuvrant pour l'égalité des sexes. Des programmes communs pourraient être envisagés, notamment, pour les services de planification

familiale et d'éducation sanitaire et les dispositifs permettant de repérer les femmes exposées au risque de violences conjugales.

Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6). Beaucoup de femmes et d'enfants meurent inutilement de maladies que nous avons les moyens de prévenir et de traiter. En Afrique, un traitement efficace du VIH/sida, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), et la prévention et le traitement du paludisme ont permis de réduire la mortalité de la mère et de l'enfant. Nous devrions coordonner les actions que nous menons dans ces domaines, par exemple en intégrant la PTME dans les services de santé destinés à la mère et à l'enfant et en proposant aux mères qui présentent leurs enfants pour les faire vacciner d'autres interventions essentielles.

Assurer un environnement durable – accès à un approvisionnement en eau potable et à des services d'assainissement (OMD 7). Une eau insalubre et un assainissement insuffisant provoquent des maladies telles que la diarrhée, la fièvre typhoïde, le choléra et la dysenterie, en particulier chez les femmes enceintes, d'où l'importance cruciale d'un accès durable à une eau de boisson salubre et à des installations sanitaires appropriées. Les efforts communautaires en matière de santé doivent viser à mener une action éducative auprès des femmes et des enfants au sujet de l'assainissement et à améliorer l'accès à une eau de boisson salubre.

Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (OMD 8). Il est indispensable d'établir un partenariat mondial et de fournir de manière efficace une aide et des financements suffisants. Il faut en outre poursuivre la collaboration avec les laboratoires pharmaceutiques et le secteur privé pour donner accès aux médicaments essentiels à un prix abordable aux personnes qui en ont le plus grand besoin et permettre à celles-ci de bénéficier des nouvelles technologies et connaissances.

DAVANTAGE DE SANTÉ POUR L'ARGENT INVESTI

Nous devons optimiser l'impact de l'investissement en intégrant les efforts consacrés à diverses maladies et à divers secteurs, en utilisant des approches et des outils novateurs qui présentent un bon rapport coût/efficacité et reposent sur des données factuelles, et en améliorant l'efficacité des voies de financement.

Accroître l'efficacité par le biais de l'intégration

Les conditions dans lesquelles les femmes et les enfants naissent, grandissent, vivent et travaillent ont une incidence majeure sur leur santé. Les actions menées en faveur de la santé doivent être étroitement liées à celles qui visent à combattre la pauvreté et la malnutrition, à améliorer l'accès à l'éducation, à assurer l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, à lutter contre les principales maladies, et à améliorer l'accès à une eau de boisson salubre, à des installations sanitaires appropriées et à un environnement non pollué et sûr. Intégrer la fourniture de soins aux femmes et aux enfants à d'autres services est un moyen efficace et rentable d'obtenir de bons résultats. Ainsi, investir à la fois dans la planification familiale et dans les services destinés à la mère et au nouveau-né permet d'économiser US \$1,5 milliard pour des résultats identiques.¹²

L'Égypte est l'un des rares pays à être sur la bonne voie pour réaliser les OMD 4 et 5. Elle le doit au fait d'avoir intégré les programmes relatifs à la santé de l'enfant et à la planification familiale ; d'avoir amélioré les installations pour renforcer les programmes de maternité sans risque ; d'avoir associé des programmes

de réhydratation orale à l'extension des réseaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement ; et d'avoir formé des agents de santé parallèlement à l'exécution de programmes de sensibilisation communautaires.¹³

Par ailleurs, la mortalité maternelle a chuté de 75 % dans deux communautés autochtones de La Paz (Bolivie) grâce à l'action des femmes, qui ont mis en œuvre des programmes d'éducation et d'autonomisation, mené un travail de sensibilisation auprès des hommes au sujet de l'égalité des sexes et de la santé génésique, et formé des agents de santé communautaires.¹⁴

Utiliser l'innovation pour accroître l'efficacité et l'impact

Certains des pays les plus pauvres ont obtenu d'excellents résultats en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Il est possible de faire mieux encore en adoptant des approches novatrices qui permettent notamment d'éliminer les obstacles à la santé. De telles approches doivent être mises en place pour toutes les activités : direction des opérations, financement (mesures d'incitation pour l'obtention d'une meilleure performance et de meilleurs résultats, notamment), outils et interventions, prestation des services, contrôle et évaluation.¹⁵

Il est primordial d'innover aussi dans la conduite des opérations. Dans plusieurs pays, une direction nationale dynamique exercée au niveau du cabinet des ministres, avec l'appui du Parlement, responsabilise les collectivités

locales pour les résultats qu'elles obtiennent. Au Rwanda, par exemple, les ministères doivent prévoir dans leurs plans des actions en faveur des femmes et adopter une budgétisation sexospécifique. Au niveau local, des délégations de dirigeants communautaires enquêtent sur les cas de décès liés à la grossesse, et l'administration effectue ensuite un contrôle. Ce mode de conduite des opérations d'un type nouveau, axé sur les résultats, a permis le développement rapide des systèmes de santé, souvent grâce à des programmes novateurs visant à former de nouveaux agents de santé et à les fidéliser. Des mécanismes de financement novateurs peuvent permettre d'exploiter l'énorme potentiel de la communauté mondiale dans son ensemble et d'accroître les flux d'argent au profit de la santé de la femme et de l'enfant. Par exemple, UNITAID a négocié la perception d'une taxe sur tous les vols au départ des pays partenaires et rassemblé ainsi près de US \$1 milliard, et l'initiative de l'UNICEF « Check Out For Children » a permis de recueillir au total US \$22 millions auprès des clients d'hôtel, qui ont fait don d'un dollar en réglant leur note.

Le financement fondé sur les résultats – fourniture d'argent ou de biens subordonnée à l'exécution d'une action mesurable ou à la réalisation d'un objectif de performance précis – peut améliorer l'utilisation des services de santé, de même que leur qualité et leur efficacité, et accroître l'équité. En Inde, par exemple, le programme Janani Suraksha prévoit la remise d'une somme d'argent aux agents de santé et aux femmes enceintes vivant dans la pauvreté si les intéressées accouchent dans une structure de santé publique ou

L'innovation et la téléphonie mobile – un potentiel sans précédent

Il existe près de 5 milliards de téléphones mobiles dans le monde. Selon des estimations de l'ONU, d'ici à 2012, la moitié des habitants des zones reculées en posséderont un.¹⁸ Plus de 100 pays étudient actuellement la possibilité d'utiliser ces appareils pour améliorer la santé. Au Ghana, par exemple, les infirmières sages-femmes s'en servent pour consulter leurs collègues et leurs supérieurs lorsqu'elles se trouvent devant des cas complexes. En Inde, mDhil utilise les textos pour fournir des informations sur diverses questions de santé rarement abordées et favoriser la prévention et l'autoprise en charge par les patients. Au Rwanda, un système d'alerte rapide par SMS permet aux agents de santé communautaires de signaler les cas obstétricaux ou néonataux urgents aux centres de santé, qui peuvent ainsi leur donner des conseils ou, au besoin, appeler une ambulance.

un établissement privé homologué.¹⁶ Entre 2006 et 2008, le nombre de bénéficiaires de ce programme a été décuplé.¹⁷

Les systèmes de prestation de services innovants ont de même permis des gains d'efficacité. Les « Journées de la santé de l'enfant » et les « Semaines de la santé de l'enfant » ont facilité la mise en œuvre de toute une série d'interventions peu coûteuses à fort impact telles que la supplémentation en vitamine A, des vaccinations, et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme. Dans des zones ciblées d'Éthiopie, de Madagascar, du Mali, du Mozambique, de Tanzanie, de Zambie, du Nigéria et du Niger, ces interventions ont touché plus de 80 % des enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, dans de nombreux pays, on utilise les technologies de l'information et de la communication pour assurer une meilleure éducation pour la santé, fournir des informations sanitaires, améliorer les soins et renforcer le contrôle et l'évaluation, et cette pratique est appelée à se développer rapidement au cours des années à venir.

Les partenariats public-privé permettent de mettre à profit la volonté du secteur privé d'innover et de prendre des risques, de fournir des informations et d'améliorer la qualité des services, ainsi que d'accélérer l'élaboration de nouveaux vaccins, médicaments ou technologies. Le secteur public et le secteur privé peuvent unir leurs efforts pour mieux s'attaquer aux problèmes que connaissent des milliards d'habitants des pays émergents. Ainsi, en Chine, Goodbaby, société qui vend des produits pour bébés, emploie un millier de professionnels de la santé, chargés de donner des consultations par téléphone aux parents, et elle gère un site Web qui reçoit plus de trois millions de visites par jour. En Tanzanie,

l'administration chargée de la réglementation des aliments et des médicaments a créé un système réglementaire innovant pour les produits pharmaceutiques ; elle a mis en place un réseau de points de distribution de médicaments au détail (ADDO) qui fournit des médicaments et des services de qualité d'un coût abordable dans les zones rurales où les pharmacies sont rares.

Les innovations technologiques peuvent elles aussi jouer un rôle de première importance. Premièrement, elles permettent parfois de simplifier des appareils coûteux et difficiles à manier, comme les respirateurs et les instruments servant à l'administration des traitements, de sorte qu'ils deviennent plus abordables et peuvent être utilisés à domicile ou dans la communauté, soit là où ont lieu la plupart des naissances. Les entreprises du secteur de la santé devraient examiner leurs lignes de produits (analyse du nombre d'unités fabriquées, de la facilité d'emploi, du prix, et de l'intégration du produit dans des réseaux de distribution) et s'assurer que leurs matériels peuvent être utilisés dans un contexte familial ou communautaire. Deuxièmement, de nouvelles interventions et de nouveaux outils peuvent se révéler utiles pour faire face à des problèmes tels que les accouchements prématurés et mettre au point des vaccins contre le sida et d'autres maladies.

L'innovation peut également faciliter le contrôle et l'évaluation.¹⁹ Au Pérou et au Nicaragua, de nouvelles méthodes de collecte de données en ligne ont permis de faire des déclarations mensuelles et d'obtenir ainsi des améliorations rapides des résultats sanitaires. Des techniques analogues peuvent être utilisées pour surveiller les décès maternels et repérer les facteurs qui y contribuent.

Accroître l'efficacité des voies de financement

Plusieurs groupes de travail internationaux et régionaux ont souligné combien il importe que les financements soient durables, prévisibles et harmonisés.²⁰ Pourtant, les financements sont souvent imprévisibles, de sorte qu'il est impossible pour les pays d'intensifier leur action et de planifier l'avenir. Souvent, les engagements et les versements ne parviennent pas aux pays et, lorsque le financement arrive, il est fréquemment réservé à des usages très précis. Certains donateurs financent des initiatives analogues dans un même pays au lieu de coordonner leurs activités. Les pays qui ne disposent pas d'un plan national de santé unique n'ont pas toujours des priorités sanitaires explicites qui puissent guider l'utilisation des fonds et ils ne déboursent pas toujours tous les fonds qu'ils ont budgétisés.

Les pays et les donateurs ont adopté un ensemble de principes axés sur l'efficacité de l'aide afin de remédier à ces problèmes.²¹ Les pays s'attacheront à élaborer des plans de santé nationaux et les donateurs adapteront leur aide en conséquence. Ils harmoniseront également leurs budgets, en prévoyant des rubriques distinctes pour les dépenses de santé, avec mention de toutes les dépenses publiques et de tous les financements en provenance de donateurs. Certains pays et donateurs utilisent déjà le Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) pour améliorer et harmoniser leurs activités, réduire la dispersion et faire en sorte que des financements plus importants parviennent rapidement à ceux qui en ont besoin.

Aujourd'hui, les fonds en faveur de la santé de la femme et de l'enfant parviennent aux pays par de multiples voies, notamment par les canaux de financement bilatéraux et multilatéraux traditionnels. Afin d'améliorer l'acheminement des financements actuels et à venir destinés au renforcement des systèmes de santé, la Banque mondiale, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont mis en place, avec l'aide de l'OMS, un mécanisme appelé Plate-forme de financement des systèmes de santé, par lequel ils s'engagent à coordonner leurs financements pour le soutien des systèmes de santé en général et à les aligner sur les priorités, plans, calendriers et processus des pays. Ce dispositif, qui est en train d'être mis en place dans plusieurs pays, est ouvert à d'autres bailleurs de fonds. Des financements nouveaux d'un montant supérieur à US \$1 milliard²² seront transmis aux pays par son intermédiaire.²³ Le Népal est un exemple de pays ayant opté pour la plate-forme pour aligner les programmes et les dons des partenaires sur son plan national de santé.



Ce que l'investissement permettra d'accomplir

Si les fonds nécessaires pour chacune des années de la période 2011-2015 sont fournis, nous améliorerons considérablement l'accès des femmes et des enfants les plus vulnérables des 49 pays les plus pauvres aux interventions qui sauvent des vies.

Pour la seule année 2015 :¹

- 43 millions de nouveaux usagers auraient accès à la planification familiale ;
- 19 millions d'accouchements supplémentaires seraient assistés par du personnel qualifié ;
- 2,2 millions d'infections néonatales supplémentaires seraient traitées ;
- 21,9 millions de nouveau-nés supplémentaires seraient nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de leur vie ;
- 15,2 millions d'enfants de moins de 1 an supplémentaires bénéficieraient d'un programme de vaccination complet ;
- 117 millions d'enfants de moins de 5 ans supplémentaires recevraient des suppléments de vitamine A ;
- 40 millions d'enfants supplémentaires seraient protégés contre la pneumonie.

Ces financements permettraient aussi d'améliorer considérablement l'infrastructure sanitaire à laquelle ont accès les femmes et les enfants les plus démunis du monde. En 2015, il y aurait ainsi :

- 85 000 établissements de santé supplémentaires (centres de santé et hôpitaux de district ou régionaux) ;
- Entre 2,5 et 3,5 millions d'agents de santé supplémentaires (agents de santé communautaires, infirmières, sages-femmes, médecins, techniciens et agents administratifs).

DAVANTAGE D'ARGENT POUR LA SANTÉ

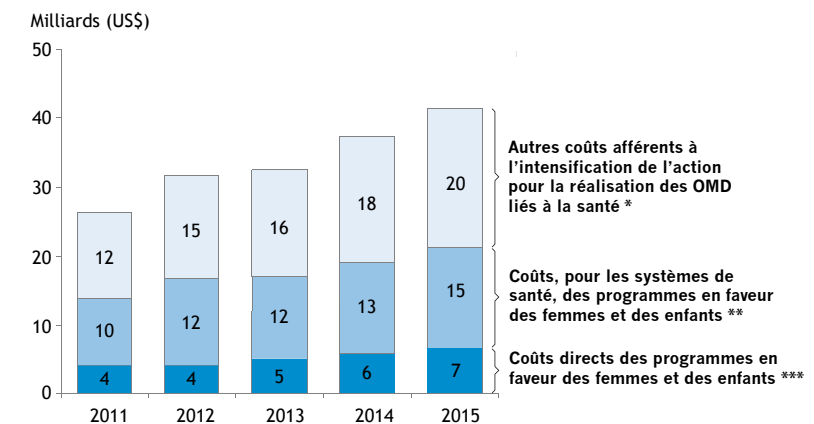
Les gains d'efficacité et d'efficience ne suffisent pas. Nous devons aussi investir bien davantage, chaque année, et intensifier nos efforts pour aider à la réalisation des OMD liés à la santé (OMD 1c, 4, 5 et 6).

De manière générale, il y a accord sur ce qui doit figurer dans un ensemble d'interventions clés de faible coût – vaccins et médicaments, planification familiale et micronutriments – susceptibles de sauver les vies de beaucoup de femmes et d'enfants vulnérables.

Si l'on veut mettre en œuvre cet ensemble d'interventions essentielles et faire en sorte que les pays puissent poursuivre leurs efforts sur le long terme, il est également primordial d'accroître les investissements dans les systèmes de santé. La solidité des systèmes de santé passe par des investissements durables. Dans de nombreux pays, il subsiste un important déficit de financement qu'il s'agit de combler pour pouvoir dispenser aux femmes et aux enfants des services de santé de base.

Rien que pour les 49 pays du monde au revenu le plus faible,²⁴ le déficit de financement global à combler pour réaliser les OMD liés à la santé va de US \$26 milliards par an en 2011 (US \$19 par habitant) à US \$42 milliards (US \$27 par habitant) en 2015, les pays intensifiant progressivement leurs programmes.²⁵ Les coûts directs des programmes relatifs à la santé génésique et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (y compris la lutte contre le paludisme et le VIH/sida) et les coûts proportionnels devant être supportés par les systèmes de santé pour appuyer leur mise en œuvre représentent près de la moitié du financement estimatif nécessaire : de US \$14 milliards (US \$10 par habitant) en 2011 à US \$22 milliards (US \$14 par habitant) en 2015,²⁶ soit au total US \$88 milliards (voir Figure 2).²⁷

Figure 2. Estimation du déficit de financement annuel pour la santé de la femme et de l'enfant dans 49 pays en développement, 2011-2015



* (Deuxième moitié des coûts pour les systèmes de santé, plus : coûts du diagnostic, de l'information, de l'orientation et des soins palliatifs pour tout type d'infection ; coûts de traitement restants pour les principales maladies infectieuses, telles que la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme ; et coûts afférents à la nutrition et à la promotion de la santé)

** (Coûts imputés aux systèmes de santé, dont la moitié des coûts liés aux ressources humaines, à l'infrastructure, à la chaîne d'approvisionnement/logistique, aux systèmes d'information sanitaire, à la gouvernance/réglementation et au financement de la santé)

*** (Planification familiale et services de santé à la mère et au nouveau-né, y compris soins d'urgence, traitement et prévention des principales maladies du nouveau-né et de l'enfant, traitement du paludisme, nutrition de l'enfant, vaccination, traitement du VIH/sida, PTME, et une partie des coûts afférents à l'eau et à l'assainissement)

COMBLER LE DÉFICIT DU FINANCEMENT



WHO/Jim Holmes

Chaque pays doit investir davantage dans la santé pour réaliser les OMD. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent accroître leurs investissements pour satisfaire leurs propres besoins et s'attachent à le faire.²⁸ Entre 2011 et 2015, de nouveaux gains de croissance du PIB pourraient aider à pallier le déficit de financement de nombreux pays à revenu intermédiaire s'ils étaient affectés à l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant.²⁹ Les 49 pays au revenu le plus faible n'ont pas les ressources suffisantes pour répondre à leurs propres besoins.

Les fonds supplémentaires nécessaires pour remédier au déficit de financement de la santé des 49 pays au revenu le plus faible doivent venir des donateurs traditionnels, de nouveaux donateurs et des gouvernements. Les pays à haut revenu, en particulier, doivent tenir leurs engagements actuels. Les contributions additionnelles doivent augmenter sensiblement au cours des mois et des années à venir.³⁰ Les 49 pays au revenu le plus faible devraient faire en sorte que la croissance du PIB se traduise par des investissements accrus en faveur de la santé de la femme et de l'enfant.³¹ Les autres pays à revenu faible ou intermédiaire devraient continuer d'investir dans leur propre secteur de santé, au besoin avec une aide extérieure – c'est spécialement le cas des zones géographiques ou des communautés peu prospères qui pourraient avoir besoin d'une assistance financière et technique supplémentaire de la part des partenaires du développement. Les pays à revenu faible ou intermédiaire devraient par ailleurs établir les uns avec les autres des partenariats qui favoriseraient l'échange de compétences techniques et d'interventions d'un bon rapport coût/

efficacité, ainsi que la fourniture d'un soutien financier aux pays au revenu le plus faible.³²

Les fondations et les organisations de la société civile devraient accroître sensiblement leurs contributions en ressources financières, humaines et organisationnelles.³³ De nombreuses organisations non gouvernementales reçoivent des contributions extérieures et des subventions publiques qu'elles pourraient consacrer à des actions en faveur de la santé de la femme et de l'enfant. Le secteur privé peut de son côté améliorer l'accès des personnes aux soins de santé de diverses manières : augmentation des dons d'entreprise, réduction des prix des produits et élaboration de nouveaux produits d'un coût abordable. L'indice de l'accès aux médicaments 2010 montre que les contributions varient considérablement d'une société à l'autre.³⁴ Si toutes s'alignaient sur celle qui apporte le plus, il serait possible d'améliorer la santé de 2 milliards de personnes. Les bailleurs de fonds multilatéraux, tels que l'Alliance GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, peuvent faire en sorte que des financements plus substantiels aillent aux femmes, aux adolescents et aux enfants par l'intermédiaire des programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme et des programmes de vaccination des pays. Les banques multilatérales de développement, dont la capacité de prêt annuel est portée de US \$37 milliards à US \$71 milliards, pourraient accorder davantage de subventions, de crédits et de prêts à des conditions de faveur.³⁵

« Chaque pays doit investir davantage dans la santé pour réaliser les OMD. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent accroître leurs investissements pour satisfaire leurs propres besoins et s'attachent à le faire. »

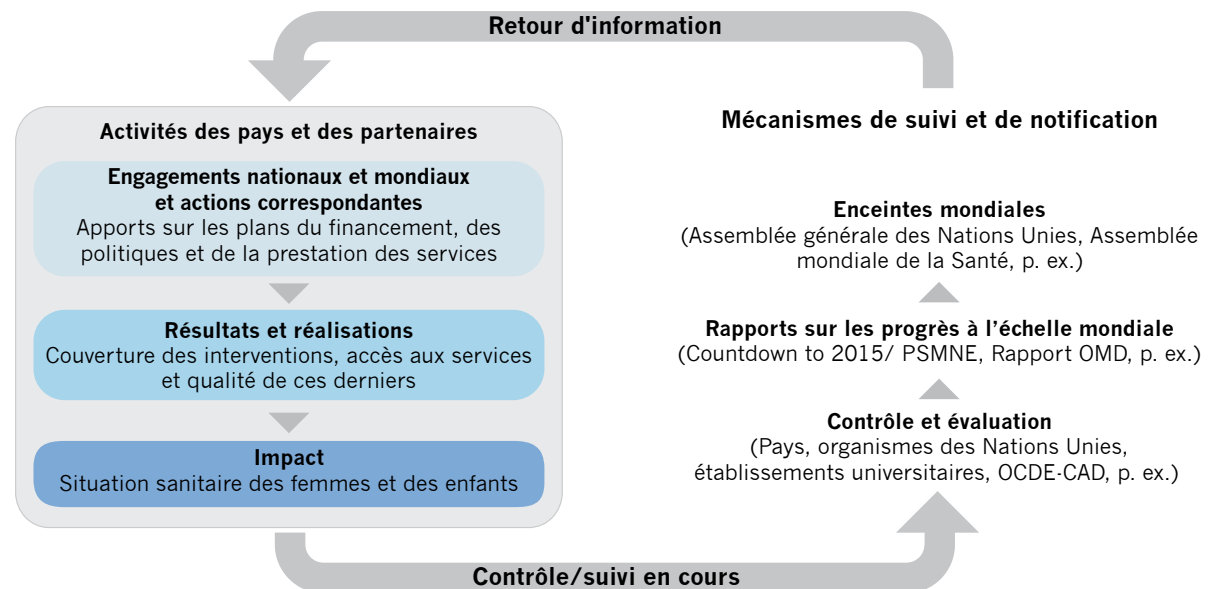
NOUS RESPONSABILISER

Une démarche de responsabilisation est fondamentale. Elle garantit que tous les partenaires respectent leurs engagements, permet de voir comment les actions et les investissements engagés se traduisent en résultats tangibles et sont porteurs de meilleurs résultats à long terme, et de savoir ce qui fonctionne, ce qui doit être amélioré et ce qui appelle une plus grande attention. Les principes de base sont les suivants :

- mise en avant du leadership national et de l'appropriation des résultats par les pays ;

- renforcement de la capacité de contrôle et d'évaluation des pays ;
- allègement de la charge que représente la notification, par un alignement sur les dispositifs que les pays utilisent pour contrôler et évaluer leurs stratégies sanitaires nationales ;
- renforcement et harmonisation des mécanismes internationaux existants permettant de suivre les progrès accomplis au regard de tous les engagements pris.

Figure 3. Mécanisme de suivi des progrès



« Le principe du leadership national et de l'appropriation par les pays est le fondement de la responsabilisation. Il faudrait que de vigoureux efforts communautaires soient menés pour rendre les gouvernements et les organisations comptables du respect de leurs engagements et garantir l'utilisation transparente des fonds. »

Le principe du **leadership national et de l'appropriation par les pays** est le fondement de la responsabilisation. Pour l'essentiel, le contrôle, l'évaluation et la notification ont lieu, ou du moins débutent, au niveau du pays, et les partenaires à tous les niveaux devraient s'efforcer de responsabiliser les pays pour leurs stratégies sanitaires nationales. Il faudrait que de vigoureux efforts communautaires soient menés pour rendre les gouvernements et les organisations comptables du respect de leurs engagements et garantir l'utilisation transparente des fonds. Ainsi, en Inde, la Mission nationale de la santé rurale est dotée d'un mécanisme communautaire de contrôle de la performance qui est chargé de s'assurer que les services atteignent leurs objectifs et que les communautés participent à leur mise en œuvre.

Le renforcement des capacités nationales exige également que l'on effectue **des investissements harmonisés dans les systèmes de contrôle et d'évaluation** pour accroître la quantité de données disponibles et en améliorer la qualité. Ce soutien devra aller dans le sens des efforts des pays visant à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire conformément à ce que préconise l'appel à l'action sur l'information dans ce domaine.³⁶ Les investissements prioritaires seront différents selon les pays. Il pourrait s'agir, notamment, de combler les lacunes en ce qui concerne les données essentielles (relatives aux naissances, aux décès de mères et d'enfants, à la situation sanitaire et à la couverture des interventions), de suivre plus efficacement les ressources et les dépenses, et d'améliorer l'analyse de la qualité des données. Disposer de données essentielles est indispensable pour que les

agents de santé soient en possession des informations dont ils ont besoin pour prendre des décisions.

Il convient d'utiliser également **les mécanismes mondiaux** existants à l'appui des efforts de responsabilisation aux niveaux national et mondial. Par exemple, un objectif clé du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PSMNE) consiste à suivre les progrès accomplis et les engagements pris concernant les OMD 4 et 5. Plusieurs mécanismes sont à l'étude pour suivre les engagements financiers et les versements des donateurs, dont les évaluations par les pairs des politiques d'aide et de leur mise en œuvre menées dans le cadre du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE, et le rapport Countdown to 2015. On étudie actuellement d'autres mécanismes susceptibles d'être utilisés pour rendre compte du travail des organisations de la société civile et contribuer aux initiatives menées au niveau des pays, comme la promotion des comptes sanitaires nationaux pour le suivi des dépenses de santé, et l'initiative des Nations Unies destinée à mettre au point un outil unique pour l'évaluation des coûts.

L'allègement de la tâche de notification imposée aux pays favorisera un processus de contrôle, d'évaluation et de notification plus rapide, plus efficace et plus efficient. Il importe d'accélérer les efforts en vue d'élaborer un ensemble agréé d'indicateurs sanitaires de base, qui permettra de réduire le nombre total d'indicateurs que les pays doivent notifier tout en garantissant la collecte d'informations essentielles, notamment sur la question de savoir si des efforts sont entrepris pour instaurer l'égalité des sexes et fournir des services aux communautés

vulnérables. Cela incitera également les pays à présenter régulièrement **des rapports nationaux** précis, qui permettront d'évaluer et de suivre les performances et les progrès accomplis. Grâce à cela, les donateurs et les institutions multilatérales devraient présenter moins de demandes de rapports séparés.

Pour faire en sorte que les parties prenantes rendent compte de leurs engagements et que les progrès soient continus, **il conviendrait de faire le point tous les deux ans sur la mise en œuvre des engagements pris dans le cadre de la présente Stratégie mondiale**, conformément à la pratique internationale établie. On s'appuiera pour ce faire sur les principes énoncés dans le présent document tout en veillant à ce que les initiatives existant aux niveaux national et mondial en matière de contrôle et de notification soient coordonnées et complètent l'élaboration d'un dispositif de présentation de rapports comparables de qualité. Les initiatives et mécanismes actuels – tels que les rapports sur les OMD, Countdown to 2015, le Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées, les travaux d'analyse et de recherche menés par des institutions universitaires et internationales, et d'autres processus similaires – guideront l'élaboration du rapport biennal. **Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invite l'Organisation mondiale de la Santé à assurer la présidence d'un processus visant à déterminer quelles sont les dispositions institutionnelles internationales les plus efficaces pour la présentation de rapports, la surveillance et la responsabilisation au niveau mondial** concernant la santé de la femme et de l'enfant, notamment par l'intermédiaire du système des Nations Unies.

Perspectives d'avenir

La présente Stratégie mondiale marque une étape importante pour l'amélioration de la santé des femmes et des enfants du monde entier. Mais il faut qu'elle se traduise rapidement par des actions concrètes et des résultats mesurables. Il faut aussi que toutes les parties prennent des engagements tangibles en ce qui concerne l'accroissement des financements, le renforcement des politiques générales et l'amélioration de la fourniture des services.

Si tous les acteurs s'associent à cet effort concerté, nous parviendrons à faire en sorte que les souffrances inutiles de millions d'êtres humains cèdent la place à la santé et à l'espoir.

APPEL À L'ACTION – NOUS AVONS TOUS UN RÔLE À JOUER

Chaque un a un rôle primordial à jouer dans l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant à travers le monde.

Les gouvernements et les responsables politiques aux niveaux local, national, régional et mondial doivent :

- élaborer des plans nationaux de santé avec hiérarchisation des priorités, et approuver et allouer davantage de fonds ;
- s'assurer que les ressources sont utilisées efficacement ;
- renforcer les systèmes de santé, y compris les personnels de santé, les systèmes de contrôle et d'évaluation et l'organisation des soins communautaires locaux ;
- mettre en place une législation et des politiques, ou modifier celles qui existent, conformément aux principes des droits de l'homme, en établissant un lien entre la santé de la femme et de l'enfant et d'autres secteurs (maladies, éducation, eau et assainissement, pauvreté, nutrition, égalité des sexes et autonomisation) ;
- encourager toutes les parties prenantes (universitaires, organisations de santé, secteur privé, société civile, agents de santé et donateurs, notamment) à participer à l'action entreprise et à harmoniser leurs efforts ;
- collaborer avec le secteur privé pour obtenir l'élaboration et la fourniture de médicaments essentiels et de nouvelles technologies de santé d'un coût abordable.

Les pays donateurs et les organisations philanthropiques mondiales doivent :

- fournir un soutien à long terme prévisible (en termes de financement et de programmes) conformément aux plans nationaux et en concertation avec les autres partenaires ;

- militer pour que la santé de la femme et de l'enfant figure parmi les priorités mondiales en matière de santé ;
- soutenir les efforts de recherche.

L'Organisation des Nations Unies et les autres organisations multilatérales doivent :

- définir des normes, des règlements et des lignes directrices qui guideront les efforts visant à améliorer la santé de la femme et de l'enfant, et encourager leur adoption ;
- aider les pays à élaborer et à harmoniser leurs plans nationaux de santé ;
- unir leurs efforts et collaborer avec d'autres pour renforcer l'assistance technique et le soutien en matière de programmes, afin d'aider les pays à intensifier leurs interventions et à renforcer leurs systèmes de santé, y compris les personnels de santé et les soins communautaires ;
- encourager l'établissement de liens entre les divers secteurs et l'intégration avec d'autres actions menées au niveau international (notamment celles qui concernent l'éducation et l'égalité des sexes), y compris l'harmonisation des dispositifs de présentation de rapports ;
- soutenir les systèmes qui permettent de suivre les progrès et de repérer les déficits de financement ;
- produire des données factuelles à partir des recherches et en faire la synthèse, et offrir une plate-forme pour le partage des meilleures pratiques, des données factuelles sur les interventions d'un bon rapport coût/efficacité et des résultats des recherches.

La société civile doit :

- concevoir et mettre à l'essai des approches novatrices pour la fourniture des services essentiels, en particulier à l'intention des personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées ;
- sensibiliser les communautés, obtenir leur concours et les mobiliser ;
- suivre les progrès accomplis et rendre toutes les parties prenantes (y compris elle-même) comptables du respect de leurs engagements ;
- renforcer les capacités communautaires et locales pour qu'il soit possible d'intensifier la mise en œuvre des interventions les plus appropriées ;
- militer pour que l'on consacre une attention accrue et davantage d'investissements à la santé de la femme et de l'enfant.

Les entreprises doivent :

- développer davantage les meilleures pratiques et travailler en partenariat avec le secteur public pour améliorer la prestation des services et l'infrastructure ;
- mettre au point de nouveaux médicaments, technologies et interventions d'un coût abordable ;
- mobiliser des ressources additionnelles, fournir un appui financier et réduire les prix des produits ;
- assurer la sensibilisation et la mobilisation à l'échelle communautaire, en concertation avec les agents de santé.

Les agents de santé³⁷ et les associations professionnelles auxquelles ils appartiennent doivent :

- dispenser des soins de la plus haute qualité, fondés sur la médecine factuelle, partager les meilleures pratiques, mettre à l'essai de nouvelles méthodes, utiliser les meilleurs outils possibles et effectuer des audits cliniques ;
- collaborer pour assurer l'accès universel à l'ensemble d'interventions essentielles, destinées à répondre aux besoins des personnes vulnérables ou marginalisées ;
- recenser les domaines dans lesquels les services pourraient être améliorés et des innovations apportées ;
- veiller à ce que femmes et enfants soient traités avec respect et tact lorsqu'ils reçoivent des soins ;
- préconiser un meilleur système de formation, d'affectation et de fidélisation des agents ;
- collaborer avec les universitaires chargés de la formation initiale et de la formation permanente ;
- fournir des informations permettant de suivre les progrès accomplis et responsabiliser les autorités et les donateurs.

Les établissements universitaires et de recherche doivent :

- mettre en œuvre un programme de recherche hiérarchisé et concerté ;
- promouvoir l'augmentation des crédits budgétaires alloués à la recherche et à l'innovation ;
- renforcer les moyens des établissements de recherche, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- renforcer le réseau mondial des universitaires, des chercheurs et des formateurs ;
- apporter leur concours pour l'élaboration de politiques générales en signalant les tendances observées et les questions nouvelles qui apparaissent ;
- diffuser les résultats des nouvelles recherches et les meilleures pratiques.

RÉFÉRENCES

- 1 « Levels & Trends in Child Mortality: Report 2010 », Groupe interinstitutions des Nations Unies sur l'estimation de la mortalité de l'enfant. Les estimations du Groupe interinstitutions relatives à la mortalité maternelle sont fondées sur des données de 2010.
- 2 « Levels & Trends in Child Mortality: Report 2010 », Groupe interinstitutions des Nations Unies sur l'estimation de la mortalité de l'enfant.
- 3 Union africaine, quinzième session ordinaire de l'Assemblée, Déclaration sur les actions à mener dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile et du développement en Afrique d'ici à 2015, juillet 2010, Assembly/AU//Decl.1(XI)Rev.1.
- 4 Organisation des Nations Unies, Conseil des droits de l'homme, résolution 11/8 « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme », juin 2009. http://ap.ohchr.org/documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf.
- 5 Horton S, Shekar M, McDonald C, Mahal A, Brooks JK, « Scaling up Nutrition: What will it Cost? », Banque mondiale, Washington DC, 2010.
- 6 « USAID Congressional Budget Justification FY2002: program, performance and prospects – the global health pillar », United States Agency for International Development, Washington DC, 2001.
- 7 Horton S, Shekar M, McDonald C, Mahal A, Brooks J, « Scaling up Nutrition: What will it Cost? », Banque mondiale, Washington DC, 2010.
- 8 « Maternal, Newborn and Child Health Network for Asia and the Pacific, Investing in maternal, newborn and child health – the case for Asia and the Pacific », Organisation mondiale de la Santé et Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Genève, 2009.
- 9 Frost J, Finer L, Tapales A, « The Impact of Publicly Funded Family Planning Clinic Services on Unintended Pregnancies and Government Cost Savings », Journal of Health Care for the Poor and Underserved 19, pp778-796, 2008.
- 10 Mills A et Shillcutt S, « Copenhagen Consensus Challenge paper on Communicable Diseases », 2004.
- 11 Organisation des Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Observation générale N° 14 – Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint », 2000, E/C.12/2000/4. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 22 juillet 1946. Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- 12 Singh S, Darroch J, Ashford L, Vlassoff M, « Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health », Guttmacher Institute et UNFPA, 2010.
- 13 Save the Children, « State of the World's Mothers 2007. Saving the Lives of Children Under 5 ». <http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2007/SOWM-2007-final.pdf>. Campbell O, Gipson R, Issa AH, Matta N, El Deeb B, El Mohandes A, Alwen A, Mansour E, National maternal mortality ratio in Egypt halved between 1992-93 and 2000, Bulletin of the World Health Organization, juin 2005, 83(6), 462-71.
- 14 Organisation panaméricaine de la Santé. http://www.paho.org/english/dd/pin/ePersp001_news04.htm. Mars 2008.
- 15 Tous les exemples de cette section sont extraits du rapport du groupe de travail sur l'innovation dans le cadre de la Stratégie mondiale, disponible en anglais sur le site Web du PSMNE : http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/workingpaper_iwg_v1.pdf.

- 16 Janani Suraksha Yojana, A conditional cash transfer scheme to promote institutional delivery.
- 17 Lim SS, Dandona L, Hoisington JA, James SL, Hogan MC, Gakidou E, « India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation », *Lancet*, 375: 2009–23. 2010.
- 18 Estimation provenant de l'Union internationale des Télécommunications (Organisme des Nations Unies), disponible à l'adresse : http://www.itu.int/ITU-D/connect/flagship_initiatives/mHealth.html.
- 19 Rowe AK, « Potential of integrated continuous surveys and quality management to support monitoring, evaluation and the scale-up of health interventions in developing countries », *Am J Trop Med Hyg* 2009; 80:971-9.
- 20 Le Groupe spécial sur le financement international novateur des systèmes de santé a effectué une analyse détaillée d'une centaine de mécanismes de financement novateur existants pour évaluer dans quelle mesure ils pourraient être utilisés pour renforcer les systèmes de santé, et il a établi une liste prioritaire de 24 mécanismes. « More Money for Health and More Health for the Money », Groupe spécial sur le financement international novateur des systèmes de santé, 2009. « Constraints to Scaling Up and Costs: Working Group 1 Report », Groupe spécial sur le financement international novateur des systèmes de santé, 2009.
- 21 Déclaration de Paris, Programme d'action d'Accra et Consensus de Monterrey.
- 22 Il s'agit de fonds engagés par l'intermédiaire du mécanisme élargi IFFIm (géré par l'Alliance GAVI) et du Fonds d'affectation spéciale axé sur les résultats géré par la Banque mondiale. Ce financement a bénéficié de l'appui des Gouvernements norvégien, britannique et australien.
- 23 On utilisera, pour l'acheminement par ce canal, à la fois un cadre d'évaluation conjointe et un cadre de gestion financière harmonisé. L'évaluation conjointe repose sur un ensemble agréé de caractéristiques définies dans le cadre du Partenariat IHP+ pour l'élaboration de plans solides pour le secteur de la santé, qui prévoient notamment que tous les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux compétents intervenant dans le pays participent à l'évaluation. L'utilisation d'un cadre de gestion financière harmonisé ne signifie pas que les fonds provenant des différents organismes seront nécessairement mis en commun.
- 24 Afghanistan, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Îles Salomon, Kenya, Kirghizistan, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République centrafricaine, République démocratique de Corée, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Tadjikistan, Tchad, Togo, Viet Nam, Yémen, Zambie et Zimbabwe.
- 25 Ces estimations sont fondées sur les conclusions et la méthodologie du Groupe spécial sur le financement international novateur des systèmes de santé, qui ont été adaptées pour la Stratégie mondiale par le groupe de travail sur le financement dans le cadre de la Stratégie mondiale présidé par la Banque mondiale. Le Groupe spécial a calculé les coûts en US \$ (2005) en utilisant deux méthodes différentes – Scale Up One, fondée sur l'approche normative élaborée par l'OMS en collaboration avec l'ONUSIDA et l'UNFPA, et Scale up



- Two, fondée sur l'outil MBB (Marginal Budgeting for Bottlenecks – budgétisation marginale des goulets d'étranglement) mis au point par la Banque mondiale et l'UNICEF en collaboration avec l'UNFPA et le PSMNE. Pour la Stratégie mondiale, il a été convenu d'utiliser, pour apprécier le volume du déficit du financement, une moyenne tenant compte de l'approche normative et de l'outil MBB. Par ailleurs, les estimations, établies au départ pour la période 2009-2015, ont été revues pour être adaptées à la période 2011-2015. « More Money for Health and More Health for the Money ». Groupe spécial sur le financement international novateur des systèmes de santé, 2009. « Constraints to Scaling Up and Costs: Working Group 1 Report », Groupe spécial sur le financement international novateur des systèmes de santé, 2009. « Constraints on Scaling Up the Health MDGs: Costing and Financial Gap Analysis », OMS, 2009, 2010. « Health Systems for the MDGs: Country Needs and Funding Gaps », Banque mondiale/UNICEF/UNFPA/PSMNE, 2009. Mises à jour OMS 2010. Mises à jour MBB 2010.
- 26 Les estimations sont établies en dollars des États-Unis (US \$ 2005).
- 27 On trouvera de plus amples informations sur ces estimations dans un document de fond établi par le groupe de travail sur le financement dans le cadre de la Stratégie mondiale, à l'adresse : www.pmnch.org.
- 28 Le classement des pays selon le revenu est établi sur la base de la classification des pays de la Banque mondiale.
- 29 Pour plus de détails sur le calcul et la méthodologie, on se reportera au document de fond du groupe de travail sur le financement mentionné ci-dessus à la note 27.
- 30 Un groupe de pays a récemment pris des engagements totalisant US \$5,6 milliards en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le cadre de l'Initiative de Muskoka lancée par le G8. Ces pays sont les suivants : Canada, France, Allemagne, Italie, Japon, Russie, Royaume-Uni, États-Unis, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, République de Corée, Espagne et Suisse. (<http://g8.gc.ca/g8-summit/summit-documents/g8-muskoka-declaration-recovery-and-new-beginnings/>).
- 31 Selon des estimations de la Banque mondiale, les financements publics de ces pays pourraient représenter au moins un montant additionnel de US \$2 ou 3 milliards entre 2011 et 2015 (se reporter au document de fond du groupe de travail sur le financement mentionné ci-dessus à la note 27).
- 32 Ainsi, la Chine, l'Inde, le Venezuela, la République de Corée, la Turquie et le Brésil ont tous accru leurs investissements au cours des dernières années.
- 33 La Fondation Bill & Melinda Gates a récemment annoncé un nouvel engagement d'un montant de US \$1,5 milliard sur 5 ans en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de la planification familiale et de la nutrition. World Vision adaptera ses activités dans le domaine de la santé pour accorder la priorité à la santé de la mère et de l'enfant. L'Organisation mobilisera US \$1,5 milliard au cours des cinq prochaines années pour aider les pays prioritaires à améliorer leurs systèmes de santé à l'échelle des communautés et des ménages. Pour la seule année 2009, la White Ribbon Alliance a mobilisé US \$250 000 pour la santé de la femme et de l'enfant.
- 34 Se reporter au site Web sur l'accès aux médicaments : www.accesstomedicineindex.org.
- 35 Estimation établie sur la base de la Déclaration du G-20 au Sommet de Toronto, 26 et 27 juin 2010.
- 36 La proposition en ce sens a d'abord été faite par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance GAVI, la Fondation Bill & Melinda Gates et la Banque mondiale, puis adoptée par les participants de 80 pays à Bangkok, en février 2010. L'appel à l'action de Bangkok dans le domaine de l'information sanitaire a été lancé par des participants de 80 pays, qui étudiaient les moyens de renforcer les capacités d'information sanitaire des pays. Cinq principes ont été adoptés : transparence ; bonne gouvernance ; renforcement des capacités et investissements ciblés ; harmonisation et intégration ; et planification future. Ces principes reposent sur le texte rédigé en 2010 par les dirigeants de 8 organisations s'occupant de la santé, ayant pour titre « Meeting the Demand for Results and Accountability: A Call for Action on Health Data from Eight Global Health Agencies ».
- 37 Médecins, infirmières, sages-femmes, pharmaciens, agents de santé communautaires et autres personnels d'appui à l'infrastructure sanitaire des pays. Cette section tient compte aussi de la contribution importante des associations professionnelles regroupant les membres de ces professions.

Documents de fond et liste détaillée des commentaires issus des consultations :
www.pmnch.org

REMERCIEMENTS

Le présent document a été établi sous les auspices du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies avec le soutien et le concours du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Il a été examiné à l'Assemblée mondiale de la Santé, à l'Assemblée générale des Nations Unies, à la réunion du Segment de haut niveau de l'ECOSOC, aux Sommets du G8 et du G20, à la Conférence « Les femmes donnent la vie », au Sommet de la santé du Pacifique, à la réunion du Pacte mondial des Nations Unies et au Sommet de l'Union africaine, à la réunion ministérielle extraordinaire de Jakarta sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en Asie et dans le Pacifique, ainsi que dans les pays et au sein des organisations internationales. Le Secrétaire général tient à remercier les nombreux gouvernements, organisations et personnes qui ont présenté des observations au cours des consultations ou dans des communications écrites : **Gouvernements** : Afrique du Sud, Allemagne, Australie, Bangladesh, Brésil, Cambodge, Canada, Chili, Chine, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Fédération de Russie, Finlande, France, Inde, Indonésie, Italie, Japon, Libéria, Malawi, Malte, Mexique, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Norvège, Ouganda, Pakistan, Pays-Bas, République de Corée, République-Unie de Tanzanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Sénégal, Sainte-Lucie, Sierra Leone, Suède, Union africaine, Union européenne ; **Organisations internationales** : Alliance GAVI ; Alliance mondiale pour les personnels de santé ; Banque asiatique de développement ; Banque mondiale ; Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Fonds des Nations Unies pour la population ; Organisation de coopération et de développement économiques – Comité d'aide au développement ; Organisation mondiale de la Santé ; Programme alimentaire mondial ; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; Programme des Nations Unies pour le développement ; **Secteur privé** : Abbott ; Boston

Consulting Group ; Intel ; GE Healthcare ; GlaxoSmithKline Biologicals ; GSM Association ; Johnson & Johnson ; Lyfespriing Hospitals ; Merck Vaccines ; MTV Networks International ; Pfizer ; Pepsico ; Procter&Gamble ; Rabin Partners ; Sanofi Aventis ; The Coca-Cola Company ; Vodafone ; Voxiva ; **Société civile** : **établissements universitaires, de recherche et d'enseignement** : All India Institute of Medical Sciences, Inde ; Barcelona Centre for International Health Research, Espagne ; Centre for Development and the Environment, Université d'Oslo, Norvège ; Centre for Health and Population Sciences, Pakistan ; Earth Institute, Columbia University, États-Unis ; Groupe des institutions académiques/de recherche/de formation du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; Harvard School of Public Health, États-Unis ; Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment, School of Medicine and Dentistry, University of Aberdeen, Royaume-Uni ; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis ; National Health Systems Resource Center, Inde ; Umea Centre for Global Health Research, Suède ; Universidade Federal de Pelotas, Brésil ; University of British Columbia, Canada ; University of Lbandan, Nigéria ; **Fondations** : Doris Duke Charitable Foundation ; Dubai Cares ; Fondation Aga Khan ; Fondation Bill & Melinda Gates ; Fondation des Nations Unies ; Fondation Rockefeller ; **Associations professionnelles de la santé** : Association internationale de pédiatrie ; Confédération internationale des sages-femmes ; Council of International Neonatal Nurses ; Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique ; Fédération internationale pharmaceutique ; Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes ; Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ; **ONG** : 34 Million Friends of UNFPA ; Africa Progress Panel ; Alliance internationale contre le VIH/sida ; Amnesty International ; Aspen Institute ; ASTRA – Réseau des femmes d'Europe centrale et orientale pour la santé et les droits sexuels et

génésiques, Pologne ; BRAC ; Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique ; CARE/États-Unis et CARE International ; Center for Economic and Social Rights ; Center for Health and Gender Equity ; Center for Reproductive Rights ; Coalition internationale pour la santé de la femme ; Commission for Africa ; Deutschen Stiftung Weltbevölkerung ; Digital Health Initiative ; Eakok Attomanobik Unnayan Sangstha ; End Water Poverty ; Family Care International ; Fédération des femmes et de la planification familiale ; Fédération européenne des infirmières en diabétologie ; Fédération internationale pour la planification familiale ; Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, Argentine ; Girls Power Initiative, Nigéria ; Global Health and Development ; Global Health Council ; Global Healthcare Information Network ; Global Health Visions ; Gynuity Health Projects ; Health Alliance International ; Health Poverty Action ; International Advocacy Director Center for Reproductive Rights ; International Baby Food Action Network ; International Civil Society Support ; International Coalition of Sexual and Reproductive Rights ; LitteBigSouls ; m-Health Alliance ; March of Dimes ; Mothers 2 Mothers ; Mujer y Salud, Uruguay ; Nord Sud XXI ; ONE Campaign ; Oxfam/France et Oxfam/Royaume-Uni, Accra ; Partners in Population and Development ; Pathfinder International ; Physicians for Human Rights/États-Unis ; Population Services International ; Program for Appropriate Technology in Health ; Realizing Rights ; Reproductive Health Matters ; RESULTS ; Rotary International ; Save the Children Alliance, Save the Children/États-Unis et Save the Children/Royaume-Uni ; Tearfund ; The Children's Project International ; The YP Foundation, Inde ; University of Washington/Health Action International ; US Coalition for Child Survival ; Vision mondiale/Australie ; Vision mondiale internationale ; Vision mondiale/Royaume-Uni ; VSO International ; WaterAid ; White Ribbon Alliance ; Women and Children First ; Women Deliver ; Women's Front of Norway ; et World Population Foundation/Pays-Bas.