

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-sixième session

Addis Abeba, République fédérale démocratique d'Éthiopie, 19-23 août 2016

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

**STRATÉGIE MONDIALE POUR LA SANTÉ DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE
L'ADOLESCENT 2016-2030 : MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE**

SOMMAIRE

Paragraphe

CONTEXTE	1-5
ENJEUX ET DÉFIS	6-13
MESURES PROPOSÉES	14-17

ANNEXES

1. D'un coup d'œil : la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.....	6
2. Interventions essentielles pour la santé génésique et la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	8

CONTEXTE

1. Dans la Région africaine, les États Membres ont pris plusieurs engagements visant à améliorer la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. On peut citer par exemple le Plan d'action de Maputo¹, qui prévoit la prestation de services sanitaires de qualité et d'un prix abordable afin de promouvoir la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les pays de la Région ont souscrit des engagements supplémentaires dans le cadre de la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) et de l'Agenda 2063 de l'Union africaine. En outre, la première réunion des ministres africains de la Santé organisée conjointement par la Commission de l'Union africaine (CUA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2014 s'est achevée sur des engagements, dont celui de mettre un terme aux décès évitables de mères et d'enfants d'ici 2030², qui ont ensuite été entérinés par les chefs d'État lors de leur sommet tenu en juin 2014 à Malabo.

2. Même si la Région africaine abrite uniquement 14 % de la population mondiale, elle supporte la plus lourde charge de morbidité et de mortalité maternelles, néonatales et infantiles. La mortalité maternelle a baissé de 45 % dans la Région entre 1990 et 2015³. Sur la même période, la mortalité des moins de cinq ans a régressé de 54 %, alors que la mortalité néonatale n'a reculé que de 38 %³. Malgré cette embellie, il convient de noter qu'en fin d'année 2015, douze pays⁴ uniquement avaient atteint la cible de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) relatif à la réduction de la mortalité infantile. Seuls deux pays avaient réalisé la cible liée à la réduction de la mortalité maternelle, mais aucun pays n'avait atteint les cibles se rapportant à la santé génésique³. Le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans restent élevés dans la Région, se situant à 542 décès pour 100 000 naissances vivantes et à 81 décès pour 1000 naissances vivantes, respectivement³. La mortalité des adolescentes âgées de 15 à 19 ans est au moins dix fois plus élevée dans la Région africaine que dans les pays à revenu élevé⁵.

3. Sur la base du document intitulé « La santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030 », une Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent⁶ (encore appelée la Stratégie mondiale) a été lancée en septembre 2015 par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. En mai 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté un Plan opérationnel pour faire avancer cette stratégie (sous la cote WHA69/16), soutenu par la résolution WHA69.2. Les principaux changements importants dans la Stratégie mondiale sont l'adoption d'une approche axée sur le système de santé, intégrée et multisectorielle de programmation de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. En outre, un cadre opérationnel mondial sur cinq ans a été élaboré, tout comme un cadre d'indicateurs et de suivi, afin de servir de référence aux gouvernements nationaux et aux parties prenantes dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale.

4. La Stratégie mondiale propose aux pays de réduire la mortalité maternelle au cours des 15 prochaines années, pour la ramener à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes.

¹ Commission de l'Union africaine. *Plan d'action sur la Santé et les droits sexuels et de reproduction (Plan d'action de Maputo) 2007-2010*. Addis-Abeba, 2006 ; pages 4 et 5 de la version anglaise.

² Organisation mondiale de la Santé/Commission de l'Union africaine. *Engagement à mettre un terme aux décès évitables de mères et d'enfants* (document AUC-WHO/COM.4/2014). Il convient de noter que cet engagement a été pris lors de la 1^{re} réunion des ministres africains de la Santé organisée conjointement par l'OMS et la CUA qui s'est tenue à Luanda en 2014.

³ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Atlas des statistiques sanitaires africaines 2016*. Brazzaville, 2016.

⁴ Érythrée, Éthiopie, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal et Zambie.

⁵ Patton GC et coll. *Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data*. Publié dans la revue *The Lancet* 374 : 881-892, 2009.

⁶ Chaque femme, chaque enfant. *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. 2015.

Elle propose également de ramener la mortalité des nouveau-nés et des enfants sous la barre de 12 et 25 décès pour 1000 naissances vivantes, respectivement⁶, d'ici à 2030. En atteignant ces cibles, on pourrait diviser par sept les ratios et taux de mortalité actuels dans la Région. D'où l'urgence de consentir des efforts importants et innovants pour amplifier la dynamique enclenchée ces dernières années et parvenir à de meilleurs résultats sanitaires. Les implications sont énormes et il convient de s'attaquer aux problèmes qui entravent la prestation efficace de services ciblant la femme, l'enfant et l'adolescent dans la Région.

5. Dans le droit fil de la Stratégie mondiale et de son cadre opérationnel, le présent document résume les enjeux et défis et propose les mesures prioritaires qui doivent être prises au cours de la période allant de 2016 à 2020.

ENJEUX ET DÉFIS

6. **Une mise en œuvre insuffisante des engagements et des plans nationaux qui ne permet pas d'atteindre les cibles fixées.** Malgré les nombreux engagements pris par les États Membres, ainsi que leurs résolutions et décisions visant à améliorer l'état de santé des femmes et des enfants, douze pays seulement ont pu atteindre la cible de l'ODM 4⁴, tandis que deux pays ont réalisé la cible A de l'ODM 5 ; aucun pays n'a touché la cible B de l'OMS 5 relative à l'accès universel à la santé procréatrice. Très souvent, les engagements souscrits ne sont pas en adéquation avec les ressources nécessaires pour exécuter les activités planifiées.

7. **Une mauvaise coordination des partenaires et des initiatives qui soutiennent les interventions ciblant la femme, l'enfant et l'adolescent dans la majorité des États Membres.** Cette mauvaise coordination se traduit par des services parcellaires, inégalement répartis et peu viables, en général peu conformes aux besoins des États Membres. Elle entraîne aussi une prestation de services non intégrés ni synchronisés logiquement, ce qui réduit leur efficacité potentielle.

8. **L'insuffisance des ressources financières mobilisées auprès de sources nationales et extérieures.** L'utilisation inappropriée et non rationnelle des ressources disponibles limite l'intensification et la viabilité des principales interventions ciblant les femmes, les enfants et les adolescents. En fin d'année 2015, seuls 22 pays de la Région avaient atteint la cible fixée à US \$60 par habitant ou plus⁷ pour les dépenses de santé, et six pays seulement avaient respecté la cible de la Déclaration d'Abuja de 2001, qui recommandait de consacrer « au moins 15 % des budgets nationaux au secteur de la santé »⁸. En outre, les dépenses directes de santé consenties par les ménages représentent plus de 40 % du budget total de la santé dans 22 pays de la Région⁹. Les ménages les plus vulnérables courent ainsi un grand risque de se retrouver en difficulté financière et de supporter des dépenses de santé catastrophiques¹⁰. Qui plus est, le montant et la date de mobilisation des fonds externes ne sont pas souvent prévisibles ni bien alignés et peuvent perturber la mise en œuvre des plans nationaux.

9. **L'insuffisance de ressources humaines pour la santé.** La Région reste confrontée à une pénurie aiguë de personnels de santé qualifiés, équitablement répartis (entre zones rurales, centres urbains et zones difficiles d'accès) et très motivés. En 2015, la Région comptait en moyenne 15 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants¹¹. Pourtant, elle doit atteindre un

⁷ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *The African Health Monitor, Universal Health Coverage*. Numéro spécial de mars 2015. Brazzaville, 2014.

⁸ Libéria, Malawi, Rwanda, Swaziland, Togo et Zambie.

⁹ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *The Health of the People, What works, The African Regional Health Report 2014*. Brazzaville, 2014.

¹⁰ Bigdeli et coll. "Medicines and Universal Health Coverage: Challenges and Opportunities". Article publié dans le *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 8:8, 2015.

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. *Statistiques sanitaires mondiales 2015*. Genève, 2015.

ratio minimal de 23 personnels de santé pour 10 000 habitants¹² si elle souhaite parvenir au taux de couverture ciblé de 80 % d'accouchements en présence de personnel qualifié. Les ressources humaines actuelles éprouvent d'autres difficultés liées à l'augmentation de la population, aux flambées récurrentes, aux épidémies, ainsi qu'aux troubles civils et aux catastrophes naturelles.

10. **Le manque de fiabilité de l'approvisionnement en médicaments essentiels, vaccins et matériel médical d'un prix abordable.** L'accès reste difficile aux médicaments et vaccins essentiels, y compris aux treize produits d'importance vitale répertoriés par les Nations Unies (dans la résolution WHA66.7), tout comme au matériel médical et aux infrastructures destinés à la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Cet état de choses démotive les personnels de santé et fait perdre confiance aux communautés, limitant ainsi le recours aux services de santé. La situation se traduit parallèlement par des pertes directes en vies humaines.

11. **L'impact des conditions culturelles et socioéconomiques qui prévalent sur l'accès aux services.** Dans la majorité des pays africains, les efforts visant à améliorer la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent sont entravés par un certain nombre de problèmes tels que les mariages précoces, les pratiques culturelles néfastes, les inégalités entre les sexes, la stigmatisation et le faible niveau d'instruction. Tous ces facteurs ne permettent pas d'opérer des choix judicieux et limitent l'accès aux services. La situation est exacerbée par les facteurs de risque sous-jacents, les déterminants de la santé et les conditions socioéconomiques qui affectent négativement la santé des femmes et des filles.

12. **Une approche multisectorielle de la santé mal conçue.** Près de la moitié des acquis en matière de santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent résultent d'investissements effectués en dehors du secteur de la santé, notamment dans des secteurs tels que l'éducation, l'agriculture, l'alimentation en eau, les infrastructures, les télécommunications et la protection sociale, entre autres¹³. Pourtant, la participation des communautés et la collaboration multisectorielle ne sont pas optimales, limitant les synergies qui auraient autrement pu découler d'une action concertée des secteurs.

13. **Un manque de données fiables, exactes, désagrégées et produites en temps voulu afin d'éclairer la prise de décision.** Dans de nombreux États Membres, les données sont collectées séparément en fonction des programmes de lutte contre des maladies, ce qui se traduit par des systèmes multiples, parallèles et fragmentés. Cette situation contribue à alourdir la tâche des agents de santé en première ligne. La recherche et les innovations effectuées généralement en dehors de la Région africaine ne tiennent aucun compte des goulots d'étranglement spécifiques à une prestation efficiente et efficace des services.

MESURES PROPOSÉES

En vue de mettre en œuvre la Stratégie mondiale et son cadre opérationnel, un certain nombre de mesures prioritaires sont proposées aux États Membres, avec le concours de l'OMS et des partenaires. L'application de ces mesures facilitera l'atteinte des cibles convenues sur le plan mondial¹⁴ à l'horizon 2030, dans le droit fil des objectifs de développement durable.

14. **Les pays doivent jouer le rôle de chef de file et s'approprier les programmes et initiatives.** Des mesures sont proposées à cet effet, à savoir :

¹² Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

¹³ Kumanan Rasanathan et coll. *Ensuring multisectoral action on the determinants of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in the post-2015 era*. BMJ351:Suppl1, page 36.

¹⁴ Réduire la mortalité maternelle de 25 décès ou moins pour 1000 naissances vivantes ; réduire la mortalité néonatale de 12 décès ou moins pour 1000 naissances vivantes ; réduire la mortalité maternelle dans tous les pays de manière à atteindre un ratio mondial de moins de 70 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes ; parvenir à un minimum de 75 % de demande de contraception en utilisant des méthodes modernes.

- a) Veiller à ce que les questions touchant à la mère, à l'enfant et à l'adolescent soient érigées au rang de priorité dans les programmes d'action politique, y compris au niveau des chefs d'État et de gouvernement et des parlementaires.
 - b) **Veiller à ce que les services soient fournis universellement de façon complète, intégrée et équitable, et faire en sorte que ces produits soient proposés suffisamment longtemps pour avoir un impact positif sur les femmes, les enfants et les adolescents.** Les États Membres doivent créer ou renforcer des plateformes regroupant de multiples partenaires pour une planification et une supervision inclusives et transparentes des interventions en faveur de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Les pays doivent aussi adapter au contexte national les cibles des 17 objectifs de développement durable qui sont essentielles à la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Ils doivent en outre élaborer et appliquer des plans stratégiques ciblant la femme, l'enfant et l'adolescent et alignés sur les plans nationaux globaux de développement du secteur de la santé.
 - c) **Élaborer des politiques dans le but d'améliorer la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.** Les États Membres doivent adopter des politiques appropriées et réviser celles qui influent négativement sur la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents. Ces politiques doivent prendre en considération le rôle que les hommes, les collectivités et la société civile jouent dans la prestation des services de santé.
 - d) **Mobiliser des ressources suffisantes.** Une telle mobilisation de ressources passe par la **cartographie des ressources** afin de recenser toutes les sources actuelles et éventuelles, nationales comme extérieures, de financement de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent aux niveaux national et infranational. Les pays doivent aussi intégrer le financement de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les processus nationaux de financement de la santé comme les cadres de dépense à moyen terme et la budgétisation annuelle du secteur de la santé aux niveaux national et infranational, sans oublier l'institutionnalisation de sous-comptes pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.
 - e) **Établir des processus nationaux et infranationaux de responsabilisation en vue de l'examen et du suivi périodiques des progrès accomplis vers l'atteinte des cibles convenues sur le plan national.** Les États Membres doivent à cet effet se doter de cadres de responsabilisation. Ces cadres comprendront des dispositifs de suivi assortis de cibles et indicateurs nationaux et infranationaux spécifiques, de mécanismes inclusifs d'examen et de processus participatifs de prise de décision.
15. **Les pays doivent prendre des mesures pour renforcer les systèmes de santé.** Ils doivent à cet effet :
- a) **Garantir une couverture élevée des interventions hautement efficaces en faveur de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (se référer à l'annexe 2, infra).** Cela peut se faire par la prestation efficace de services ciblés de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, afin de réduire les inégalités. On doit mettre l'accent sur la nécessité d'atteindre les groupes les plus vulnérables tels que les nouveau-nés, les adolescents et les populations vivant en zone rurale, dans des localités difficiles d'accès ou se trouvant en situation de crise humanitaire. Des mécanismes novateurs peuvent être envisagés pour améliorer la disponibilité des soins de qualité.
 - b) **Investir durablement dans les personnels de santé.** Les pays doivent améliorer la qualité de la formation initiale en tant qu'approche plus viable pour disposer de ressources humaines pour la santé qualifiées. Ils peuvent le faire en collaboration avec les autorités de

réglementation, non seulement en révisant et en concevant régulièrement des programmes de formation, mais aussi en proposant en temps voulu des mises à jour techniques et des technologies aux institutions de formation. Les pays doivent recruter et répartir équitablement les travailleurs de santé plus qualifiés et prendre des mesures pour fidéliser ces catégories de personnel avec la collaboration des associations professionnelles et du secteur privé.

- c) **Améliorer la disponibilité des médicaments, des fournitures, des infrastructures et du matériel médical essentiels.** Pour y parvenir, il faut investir dans la production et la fabrication locale de médicaments, de vaccins et de matériel médical et renforcer la capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement, y compris en améliorant la capacité des chargés de programmes techniques à jouer leur rôle dans la quantification et l'ordonnancement en temps voulu. On doit rendre plus rationnel l'usage des médicaments, moyennant l'adoption et l'utilisation de protocoles cliniques et l'application des normes de prescription édictées pour les formations sanitaires publiques et privées. Il faut aussi garantir la disponibilité et l'adéquation des commodités essentielles au fonctionnement des établissements de santé, notamment l'eau, la source d'énergie et les moyens de communication.
 - d) **Améliorer la disponibilité de données de qualité afin d'éclairer la prise de décision.** Les pays doivent renforcer le système d'information sur la gestion de la santé, par l'évaluation régulière de la disponibilité des services, ainsi que par les évaluations de l'état de préparation et les examens des produits. Les États Membres doivent aussi faire fonctionner les systèmes universels d'enregistrement de l'état civil et des statistiques vitales, mettre en œuvre ou renforcer la surveillance des décès de mères et d'enfants. Ils doivent en outre investir dans la recherche sur l'application de solutions fondées sur des bases factuelles, guider cette recherche et la mener dans le but de surmonter les écueils auxquels se heurtent les programmes menés dans un contexte spécifique.
 - e) **Agir sur les principaux déterminants sociaux, comportementaux, économiques et environnementaux de la santé.** Les États Membres doivent s'efforcer de proposer une éducation universelle de qualité aux filles et aux garçons. Pour y parvenir, ils doivent prendre des mesures visant à satisfaire les besoins spéciaux des filles et à éliminer les obstacles qui les empêchent de réaliser leur plein potentiel. Les pays doivent également mettre en œuvre des politiques et programmes qui visent à autonomiser les adolescents, par exemple des programmes de développement personnel. Les pays doivent inclure les hommes et les faire participer en qualité d'acteurs majeurs aux affaires qui touchent à la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.
16. **Renforcer les mécanismes d'action multisectorielle.** Il s'agit de participer aux actions menées par les secteurs concernés et de renforcer la coordination de ces actions de manière à partager la responsabilité des résultats. Il s'agit aussi de trouver un consensus et d'assurer un suivi conjoint des indicateurs relatifs aux principaux déterminants de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent dans tous les secteurs concernés, en particulier l'éducation, l'agriculture, l'eau, l'assainissement, le bien-être, la protection sociale, la jeunesse, la justice, l'emploi et les échanges commerciaux. Les pays doivent encourager la participation des communautés, de la société civile et du secteur privé, tout en renforçant la coopération Sud-Sud.
17. Le Comité régional est invité à examiner et à approuver les mesures proposées.

ANNEXE 1. D'UN COUP D'ŒIL : LA STRATÉGIE MONDIALE POUR LA SANTÉ DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

VISION		PRINCIPES DIRECTEURS
<p>D'ici à 2030, un monde dans lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent dans quelque situation que ce soit jouit de son droit à la santé et au bien-être physiques et mentaux, a des perspectives sociales et économiques, et peut participer pleinement à l'édification de sociétés prospères et pérennes.</p> <p>La mise en œuvre de la Stratégie mondiale, avec un financement accru et continu, aura des retombées considérables d'ici à 2030 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – la fin des décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents, et des mortinaissances ; – le décuplement, au minimum, du rendement des investissements grâce à l'amélioration du niveau d'instruction, à la participation des personnels et aux contributions sociales ; – au minimum US \$100 milliards de dividendes démographiques résultant des investissements dans le développement du jeune enfant et la santé et le développement des adolescents ; – une « grande convergence » dans le domaine de la santé qui donne à toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents des chances égales de survivre et de s'épanouir. 		<ul style="list-style-type: none"> – Conduite par les pays – Universelle – Inscrite dans la durée – Fondée sur les droits humains – Axée sur l'équité – Soucieuse de l'égalité des sexes – Fondée sur des données factuelles – Fondée sur des partenariats – Centrée sur la personne – Communautaire – Responsable – Conforme aux normes humanitaires et d'efficacité du développement
OBJECTIFS ET CIBLES (conformes aux objectifs de développement durable fixés pour 2030)		
SURVIVRE	S'ÉPANOUIR	TRANSFORMER
Mettre un terme aux décès évitables	Assurer la santé et le bien-être	Étendre les environnements favorables
Ramener la mortalité maternelle mondiale à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes Ramener la mortalité des nouveau-nés à 12 pour 1000 naissances vivantes au maximum dans tous les pays Ramener la mortalité des moins de cinq ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au maximum dans tous les pays Mettre un terme aux épidémies de VIH, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et d'autres maladies transmissibles Réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles et promouvoir la santé et le bien-être mentaux	Mettre un terme à toutes les formes de malnutrition et pourvoir aux besoins nutritionnels des enfants, des adolescentes, des femmes enceintes ou qui allaitent Assurer l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et génésique (y compris la planification familiale) et le respect des droits en la matière Assurer l'accès de toutes les filles et de tous les garçons à un développement de qualité dans la petite enfance Réduire sensiblement les décès et les pathologies liés à la pollution Réaliser la couverture sanitaire universelle, notamment la protection contre les risques financiers, et l'accès aux services, aux médicaments et aux vaccins essentiels de qualité	Éradiquer l'extrême pauvreté Faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons accomplissent une scolarité primaire et secondaire complète Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, la discrimination et la violence à l'égard des femmes et des filles Assurer l'accès universel à de l'eau potable d'un coût abordable et à des conditions d'assainissement et d'hygiène adéquates Développer la recherche scientifique, renforcer les capacités technologiques et encourager l'innovation Fournir une identité juridique à tous, notamment l'enregistrement des naissances Renforcer le partenariat mondial pour le développement durable
DOMAINES D'ACTION (sur la base des données factuelles relatives aux moyens nécessaires pour atteindre les objectifs)		
1. Encadrement national	Renforcer les liens entre direction et administration et les capacités à tous les niveaux ; promouvoir l'action collective.	

2. Financement pour la santé	Mobiliser des ressources ; optimiser l'utilisation des ressources ; adopter des approches intégrées et innovantes.
3. Résilience du système de santé	Fournir des soins de qualité dans toutes les situations ; se préparer aux situations d'urgence ; assurer une couverture sanitaire universelle.
4. Potentiel individuel	Investir dans le développement de la personne ; prêter appui aux personnes en tant qu'agents du changement ; combattre les obstacles à l'aide de cadres juridiques.
5. Participation de la communauté	Promouvoir des lois, des politiques et des normes favorables ; renforcer l'action communautaire ; assurer une participation ouverte.
6. Action multisectorielle	Adopter une approche multisectorielle ; faciliter la collaboration intersectorielle ; suivre les effets.
7. Situations d'urgence humanitaire et de fragilité	Évaluer les risques, les besoins en matière de droits de l'homme et d'égalité des sexes ; intégrer les secours d'urgence ; remédier aux insuffisances dans la transition vers le développement durable.
8. Recherche et innovation	Investir dans un éventail de recherches et renforcer les capacités nationales ; relier les données factuelles à la politique et à la pratique ; tester les innovations et les appliquer à plus grande échelle
9. Responsabilisation	Harmoniser le suivi et la présentation des rapports ; améliorer l'enregistrement des naissances et les statistiques démographiques et sanitaires ; promouvoir les examens indépendants et une participation multipartite.

Adopté de Chaque femme, chaque enfant – *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. 2015, page 7.

ANNEXE 2. INTERVENTIONS ESSENTIELLES POUR LA SANTÉ GÉNÉSIQUE ET LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE	ENSEMBLES D'INTERVENTIONS	ENVIRONNEMENT FAVORABLE
<i>Santé des femmes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Informations et services en matière de santé sexuelle et génésique, y compris la planification familiale et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles ; • nutrition ; • lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; • dépistage et prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein ; • prévention de la violence fondée sur le sexe et mesures destinées à la combattre ; • détection et gestion des risques précédant la grossesse • Stérilité 	<p>FACTEURS FAVORABLES LIÉS AU SYSTÈME DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politiques en faveur d'une couverture sanitaire universelle ; • financement suffisant et pérenne ; • personnels de santé encouragés à fournir partout des soins de qualité ; • offre de produits ; • infrastructure des établissements de santé ; • participation de la communauté ; • intégration de la préparation aux situations d'urgence ; • méthodes de programmation fondées sur les droits humains, l'équité et l'égalité des sexes ; • responsabilisation à tous les niveaux
<i>Soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Soins prénatals, • soins à l'accouchement ; • avortement médicalisé et soins postavortement ; • prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ; • prise en charge des complications chez la mère et le nouveau-né ; • soins postnatals pour la mère et le nouveau-né ; • soins spéciaux pour les nouveau-nés petits et malades 	<p>FACTEURS MULTISECTORIELS FAVORABLES</p>
<i>Santé et développement de l'enfant</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement maternel (allaitement maternel précoce et exclusif) ; • alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; • soins stimulants et réactifs ; • vaccination ; • prévention et prise en charge des maladies et de la malnutrition de l'enfant ; • traitement des anomalies et incapacités congénitales et réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques et interventions dans les secteurs clés ; • protection financière et sociale ; éducation ; égalité des sexes • protection – enregistrement, droit et justice ; • eau et assainissement ; • agriculture et nutrition ; • environnement et énergie ; • travail et commerce ; • infrastructures, y compris les établissements et les routes ; • technologies de l'information et de la communication ; • et transport
<i>Santé et développement de l'adolescent</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation sanitaire ; • encadrement parental attentif ; • nutrition ; • vaccination ; • appui psychosocial ; • prévention des traumatismes, de la violence, des toxicomanies et des pratiques préjudiciables telles que les mutilations sexuelles féminines et les mariages précoces ; • informations et services en matière de santé sexuelle et génésique ; • lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles 	

