



*Chaque femme,
chaque enfant :
de l'engagement
à l'action*

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Premier rapport du
Groupe d'examen
indépendant d'experts
sur l'information et la
redevabilité pour la
santé de la femme et
de l'enfant (iERG)

iERG

Groupe d'examen indépendant d'experts (iERG)

MEMBRES



Professeur Richard Horton,
Co-président, iERG



Mme Joy Phumaphi,
Co-président, iERG



Dr Carmen Barroso,
Membre, iERG



Professeur Zulfiqar Bhutta,
Membre, iERG



Professeur Dean Jamison,
Membre, iERG



Professeur Marleen Temmerman,
Membre, iERG



Professeur Miriam Were,
Membre, iERG

FONCTIONS

- Évaluer dans quelle mesure l'ensemble des parties prenantes respectent leurs engagements envers la Stratégie mondiale et la Commission, s'agissant notamment de la promesse de US \$40 milliards faite en septembre 2010
- Évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la Commission
- Évaluer les progrès accomplis sur la voie de la transparence en matière de flux de ressources et de résultats obtenus
- Identifier les obstacles à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et des recommandations de la Commission
- Identifier des bonnes pratiques (y compris pour les politiques et l'exécution des services), des mécanismes de redevabilité et des approches d'un bon rapport coût-efficacité pour la santé de la femme et de l'enfant
- Formuler des recommandations en vue d'améliorer l'efficacité du cadre de redevabilité de la Commission

Préface

Nous avons le plaisir de vous présenter ici le premier rapport du Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Il s'agit du premier examen annuel réalisé par nos soins ; quatre en tout seront établis, le dernier pour 2015, date butoir de l'objectif du Millénaire pour le développement. Ce document récapitule les avancées obtenues au titre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et des progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Premier rapport de la série, il jette les bases des examens à venir.

Nous partageons tous la conviction qu'une forme indépendante d'obligation redditionnelle constitue un moteur puissant pour accélérer les progrès vers les objectifs nationaux et internationaux de santé et de développement, et que cela sera plus vrai encore à l'avenir. La formule « Plus d'argent pour la santé et plus de santé pour son argent », devenue presque un lieu commun, suppose qu'existe un mécanisme pour mesurer l'efficacité des engagements pris en matière d'aide au développement. Il s'ensuit que la notion de redevabilité est devenue un concept central pour la santé mondiale. Mais il convient à cet égard de s'appuyer sur certains grands principes : clarté des responsabilités confiées aux différentes parties prenantes ; exactitude de l'évaluation ; indépendance de la vérification ; impartialité, transparence et caractère participatif des examens ; et clarté des mesures recommandées.

La santé de la femme et de l'enfant s'est améliorée de manière spectaculaire ces dernières années. Au-delà même de ces avancées, des possibilités jusqu'ici inconnues se sont ouvertes pour aller plus loin et mettre un terme une fois pour toutes à la mortalité évitable de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Mais le Groupe d'examen indépendant d'experts sait également que des mesures doivent être prises de toute urgence pour aider les pays qui n'ont pu, à ce jour, mettre en œuvre les interventions éprouvées qui permettent de sauver la vie des femmes et des enfants. Nous espérons que notre rapport accélérera la mise en œuvre de ces actions urgentes – notamment en renouvelant le débat et en stimulant les activités de sensibilisation. Nous souhaitons non seulement que les mécanismes indépendants de redevabilité deviennent une nouvelle norme dans l'action sanitaire mondiale, mais aussi qu'ils améliorent de manière tangible la vie des femmes et des enfants. Tel est, en définitive, l'objectif que la communauté internationale doit atteindre et auquel il nous revient de contribuer en assurant un suivi, en menant des examens et en proposant des solutions.

Richard Horton
Joy Phumaphi

Co-présidents

Groupe d'examen indépendant d'experts
sur l'information et la redevabilité
pour la santé de la femme et de l'enfant

Résumé d'orientation

La Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'ONU – *Chaque femme, chaque enfant* – a été lancée en septembre 2010. Son but est de « généraliser l'application d'un ensemble d'interventions à fort impact, et de les hiérarchiser ; de renforcer les systèmes de santé, et de coordonner les efforts menés dans la lutte contre les maladies et dans des secteurs tels que la santé, l'éducation, l'eau, l'assainissement et la nutrition ». Il s'agit également de « promouvoir les droits humains et l'égalité entre les sexes et de réduire la pauvreté ». Alors que se rapproche la date butoir des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), l'initiative *Chaque femme, chaque enfant* matérialise l'engagement de la communauté internationale à accélérer les progrès vers les OMD 4 (survie de l'enfant) et 5 (santé maternelle et génésique).

Un de ses volets centraux a consisté à créer un mécanisme global de surveillance pour veiller à ce que les engagements en matière de santé de la femme et de l'enfant soient atteints en temps voulu et aient une incidence concrète. La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant a remis son rapport en 2011. Parmi ses dix recommandations figurait la création d'un Groupe d'examen indépendant d'experts chargé de faire régulièrement rapport au Secrétaire général des Nations Unies sur les résultats et ressources associés à la Stratégie mondiale et sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la Commission. Ce document constitue le premier de quatre rapports annuels – le dernier couvrira l'année 2015.

Le Groupe d'examen indépendant d'experts met plus particulièrement l'accent sur 75 pays, où se concentrent 98 % de la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le cadre de redevabilité ici utilisé s'inspire de ceux des organismes œuvrant en faveur des droits de l'homme. Il s'articule autour de trois grands piliers : suivi (à partir de quelques indicateurs sur la situation sanitaire et la couverture), examen (envisagé comme transparent et participatif), et intervention.

CHAQUE FEMME, CHAQUE ENFANT : PREMIER RAPPORT D'ÉTAPE

- Globalement, la mortalité de la mère et de l'enfant a connu une réduction spectaculaire au cours des dix dernières années. En 1990, on estimait à 11,6 millions le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans. Ce chiffre n'était plus que de 7,2 millions en 2011. De même, on dénombrait en 1990, 409 053 décès maternels, contre 273 465 en 2011.
- Selon une série d'estimations, 13 sur les 75 pays prioritaires sont considérés « en bonne voie » pour atteindre l'OMD 4 : Bangladesh, Brésil, Chine, Égypte, Guatemala, Liberia, Madagascar, Maroc, Népal, Pérou, Tadjikistan, Turkménistan et Viet Nam. Seulement 4 sont « en bonne voie » pour atteindre l'OMD 5 : la Chine, l'Égypte, le Maroc et le Pérou.
- En dépit de ces succès, la réduction globale de la mortalité masque des problèmes majeurs. Compte tenu des taux annuels de baisse de la mortalité de la mère et de l'enfant, la plupart des pays ciblés par la Stratégie mondiale n'atteindront pas, d'ici à 2015, leurs cibles des OMD.
- Alors que les progrès semblent s'accélérer dans certains pays – par exemple, pour l'OMD 4, l'Afghanistan, l'Angola, le Burundi, le Cambodge, le Congo, l'Iraq, le Libéria, Madagascar, la RDP de Corée, le Swaziland et la Zambie –, la situation s'est dégradée dans d'autres, à l'instar de l'Azerbaïdjan, du Botswana, du Burkina Faso, de Haïti, du Lesotho et du Turkménistan, (toujours pour l'OMD 4).
- Les priorités d'action n'ont jamais été aussi claires. Parmi les enfants, on dénombre chaque année 3,07 millions de décès durant la période néonatale, 1,08 million de décès dus aux complications de la prématurité et 720 000 décès dus à des complications intrapartum. Les principales causes évitables de la mortalité post-néonatale de l'enfant sont la pneumonie (1,07 million de décès chaque année), la diarrhée (750 000) et le paludisme (560 000 décès).

- Chez les femmes, le taux annuel de baisse de la mortalité maternelle devrait être de 5,5 % pour parvenir à l'OMD 5. Or, à l'échelle mondiale, il n'a été que de 1,9 % depuis 1990. La situation est particulièrement problématique chez les adolescentes : dans les milieux défavorisés, un nouveau-né sur huit a pour mère une jeune fille de 15-19 ans ; en Afrique subsaharienne, cette catégorie d'âge représente un quart des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.
- L'Afrique subsaharienne est la région où les taux de mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, sont le plus élevés et où les progrès sont les plus faibles. Assurément, tous les partenaires qui œuvrent pour amener les femmes et les enfants au niveau de santé le plus élevé possible doivent accorder à l'Afrique une priorité accrue. La faiblesse persistante des systèmes de santé est une des principales raisons de l'insuffisance des progrès qui y sont obtenus.
- Nous avons noté que tous les groupes ne s'entendent pas quand il s'agit de définir les pays jugés en bonne voie pour atteindre les OMD touchant à la santé génésique, maternelle et néonatale et à la santé de l'enfant. S'il est normal d'observer des divergences dans les estimations, de telles différences d'appréciation sont inutiles et alimentent la confusion. Nous exhortons ceux qui en sont responsables à s'entendre globalement sur les progrès réalisés par les pays vers les objectifs internationaux.
- L'initiative *Chaque femme, chaque enfant* a beaucoup dynamisé les actions de sensibilisation menées en faveur de ces deux catégories. Les autorités politiques de haut niveau ont ainsi renforcé leur soutien aux OMD 4 et 5 et les engagements financiers se sont accrus. Selon le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la Stratégie mondiale a permis de mobiliser US \$18,2-20,6 milliards de financements nouveaux et additionnels en faveur de la santé de la femme et de l'enfant. Il semble néanmoins que les engagements financiers des donateurs et des pays commencent à reculer aujourd'hui sous l'effet de la crise financière mondiale.
- Fait préoccupant, la répartition des engagements envers la Stratégie mondiale est très inégale. Ainsi, 15 pays bénéficient de trois engagements ou moins de la part des donateurs, tandis que, 20 pays ont reçu, 15 ou plus engagements.
- Il n'a malheureusement pas été possible d'obtenir des informations précises sur les progrès réalisés pour chacun des 220 engagements de la Stratégie mondiale. Cette absence de données est un handicap majeur de la Stratégie mondiale et pourrait saper la crédibilité de l'initiative *Chaque femme, chaque enfant*. La mise en œuvre de la Stratégie mondiale a sans doute amélioré la santé de la femme et de l'enfant, mais la nature exacte de ces avancées – les résultats tangibles obtenus – sont à ce jour impossibles à déterminer.
- La santé de la femme et de l'enfant ne s'inscrit pas dans un cadre statique. À cet égard, les maladies non transmissibles constituent aujourd'hui une inquiétude croissante. De même, le contexte de l'action des pouvoirs publics a considérablement évolué au cours des deux dernières années. De nouvelles initiatives ont ainsi été lancées concernant les vaccins, la survie de l'enfant et la planification familiale. Dans le même temps, la couverture universelle de santé est désormais au centre des préoccupations des responsables sanitaires mondiaux. Parallèlement, les premières étapes de planification du programme de développement post-2015 ont été lancées. Un mécanisme est aujourd'hui nécessaire pour mettre à jour de manière continue la Stratégie mondiale, de sorte à tenir compte de l'évolution de la charge de morbidité et de mortalité pesant sur les femmes et les enfants et à intégrer les nouvelles politiques qui modèlent les interventions déployées par la communauté internationale et les pays.

LA REDEVABILITÉ DANS LES FAITS : METTRE EN ŒUVRE LES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

- La Commission de l'information et de la redevabilité a formulé dix recommandations classées en trois catégories : améliorer l'information pour améliorer les résultats, mieux suivre les ressources, et mieux surveiller les résultats et les ressources aux niveaux national et international. Cinq de ces recommandations devaient être satisfaites en 2012.

- S'agissant des indicateurs sanitaires (recommandation 2), l'objectif n'a pas été atteint. Seuls 11 pays sur 75 possèdent des données sur les huit indicateurs de couverture sélectionnés par la Commission. Dans de nombreux pays, il n'existe aucune donnée sur les indicateurs clés tels que la satisfaction des besoins en contraception, les soins postnatals, la prophylaxie antirétrovirale aux fins de la prévention de la transmission mère-enfant PTME et le traitement antibiotique de la pneumonie. La Commission a également demandé que les données par sexe soient désagrégées afin d'étudier les questions d'équité. Classées par quintiles de richesse, les données disponibles montrent que, dans une large mesure, les groupes les plus pauvres ne profitent pas des avantages associés à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. Lorsqu'on les classe par âge, il apparaît que le taux de satisfaction des besoins de contraception est bien plus faible chez les jeunes femmes.
- En ce qui concerne les pactes de pays (recommandation 5), l'objectif n'a pas été atteint. Un « pacte » est un engagement écrit entre un gouvernement et ses partenaires de développement. Il décrit comment ceux-ci vont travailler ensemble en vue d'améliorer les résultats. À ce jour, seuls 36 pays sur 75 ont signé des pactes. Même dans ce cas, aucune donnée ne précise la manière dont ils ont modifié l'action menée au nom des femmes et des enfants.
- S'agissant du suivi national (recommandation 7), l'objectif n'a pas, à notre connaissance, été atteint. La Commission a demandé à tous les pays de mettre en place des mécanismes de redevabilité transparents, associant toutes les parties prenantes et préconisant des mesures correctives face aux lacunes et obstacles rencontrés pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant. Mais la majorité des 75 pays prioritaires, ne possèdent pas d'information fiable quant à l'existence ou la nature d'un examen sanitaire annuel.
- En ce qui concerne les rapports sur le soutien apporté à la santé des femmes et des enfants (recommandation 9), l'objectif a été atteint. Il a été convenu de mettre en place en 2014 un nouvel indicateur de suivi de la santé génésique, maternelle et néonatale et de santé de l'enfant, pour faire rapport sur les flux financiers de 2013. La recommandation demandait également aux partenaires du développement et à l'OCDE de mettre en œuvre entre temps une méthode simple pour rendre compte de ces dépenses. Cela n'a pas été fait.
- En ce qui concerne le suivi international (recommandation 10), l'objectif a été atteint. Le Groupe d'examen indépendant d'experts a été créé et œuvre en conformité avec son mandat.
- Les autres recommandations de la Commission – données d'état-civil (recommandation 1), innovation (recommandation 3), suivi des ressources (recommandation 4), atteindre toutes les femmes et tous les enfants (recommandation 6) et transparence (recommandation 8) – seront examinées plus en détail dans les rapports à venir. Néanmoins, nous craignons d'ores et déjà que les progrès réalisés en la matière soient insuffisants. Ainsi, dans les pays supportant les plus lourdes charges de morbidité et de mortalité, rares sont les données attestant d'avancées vers la mise en place de systèmes fiables d'établissement des statistiques de l'état civil et d'enregistrement des faits d'état civil. Seuls 22 pays sur 75 mettent en œuvre des stratégies nationales de cybersanté et de télémédecine. Par ailleurs, seuls 18 pays font rapport sur les dépenses en matière de santé génésique, maternelle et néonatale et de santé de l'enfant. Nous ne disposons d'aucune donnée fiable pour évaluer les progrès réalisés en vue d'intégrer la santé des femmes et des enfants aux examens des dépenses de santé, ni pour déterminer si ces derniers font le lien entre les dépenses, les engagements, les droits de l'homme, l'égalité hommes-femmes et les autres objectifs et résultats en matière d'équité. Enfin, seuls 16 pays disposent de données sur la performance publique et seulement quatre ont un rapport sur la performance de l'année précédente publiquement accessible.
- Les ressources disponibles sont aujourd'hui très insuffisantes pour mettre en application les recommandations que la Commission a formulées à l'intention de 75 pays prioritaires où la santé des femmes et des enfants est la plus fragile. Nous estimons ce déficit de financement à au moins US \$64 millions.

METTRE EN ÉVIDENCE LES SUCCÈS, SURMONTER LES OBSTACLES

- De nombreuses réussites sont attestées, présentées pour certaines dans une série d'études de cas, mais notre évaluation souffre de nombreuses lacunes. Nous espérons parvenir à une analyse plus précise et quantitative ces prochaines années, et pouvoir ainsi mieux comprendre les résultats des pays en les comparant entre eux et dans le temps. Il est d'ores et déjà certain que les nombreuses menaces qui pèsent sur les objectifs de l'initiative *Chaque femme, chaque enfant* reçoivent aujourd'hui une attention insuffisante ou sont presque totalement ignorées aux niveaux national et mondial.
- Dans les pays où les femmes et les enfants supportent les plus lourdes charges de mortalité et de morbidité, les systèmes de santé présentent des défaillances généralisées fort préoccupantes : leadership politique inadéquat au plus haut niveau, financement insuffisant, fragilité de la gouvernance nationale et du contrôle parlementaire, manque d'agents de santé compétents, variations inacceptables dans la couverture de certaines interventions et inégalités criantes dans la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé.
- Outre ces failles systémiques, nous avons mis en évidence plusieurs problèmes négligés mais pourtant bien définis, auxquels il convient absolument de s'attaquer si l'on veut réussir : dénutrition, manque d'attention accordée aux adolescentes ainsi qu'aux populations déplacées et frappées par les conflits, discrimination sexuelle, négligence systématique quant à la sûreté des services d'avortement, insuffisance de l'intersectorialité, fragilité des plateformes informatiques, surcharge des capacités nationales de suivi et menaces sur la poursuite des actions de sensibilisation à la cause des femmes et des enfants.

RECOMMANDATIONS POUR RENFORCER LA REDEVABILITÉ

- Nous formulons six recommandations visant à améliorer l'efficacité du cadre de redevabilité.
- **Renforcer le cadre général de gouvernance pour la santé des femmes et des enfants.**
En vue de maximiser l'impact des initiatives multiples engagées en faveur de la santé de la femme et de l'enfant, et d'assurer coordination et cohérence dans leur mise en œuvre, nous recommandons d'établir un cadre plus formel de gouvernance ou d'orientation mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. Il convient de combler la carence de gouvernance actuelle par le biais d'un mécanisme associant pays partenaires, organismes multilatéraux, donateurs, organisations non gouvernementales, professionnels de santé, chercheurs, fondations et secteur privé. Nous préconisons de renouveler les efforts destinés à favoriser une interaction et une coopération efficaces entre les partenaires qui s'emploient à améliorer la santé des femmes et des enfants.
- **Concevoir un cadre mondial d'investissement pour la santé de la femme et de l'enfant.**
Dans ses conclusions, la Commission de l'information et de la redevabilité a particulièrement insisté sur la nécessité de mettre en place des mécanismes plus solides de redevabilité afin de suivre les ressources affectées à la santé de la femme et de l'enfant. Mais comment déterminer pleinement les coûts associés aux besoins des pays prioritaires, et comment répondre à ces derniers ? Selon toute vraisemblance, un mécanisme de financement sera bientôt créé dans ce domaine. Mais ce serait une erreur de le faire sans avoir une idée plus claire des besoins et priorités des pays. Nous recommandons de créer un cadre d'investissement mondial, en tenant compte des investissements et affectations nationaux, en vue de parvenir à une approche stratégique mieux ciblée en faveur de la santé de la femme et de l'enfant. Le cadre d'investissement en place pour le sida, qui a rencontré le succès que l'on sait, pourrait servir de modèle.

- **Fixer des priorités stratégiques nationales plus claires pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et mettre à l'essai des mécanismes novateurs pour réaliser ces objectifs.** Il convient d'affiner les priorités tout au long du continuum de soins pour les trois années qui nous séparent de 2015, date butoir des OMD. Nous formulons à ce titre des recommandations en matière de santé génésique (information sur la contraception et services connexes, santé sexuelle, services d'avortement sans risque) ; de santé maternelle (accoucheuses qualifiées, accouchement en établissement, soins obstétriques d'urgence et soins post-partum) ; de mortalité (complications de l'accouchement, infections et maladies maternelles, dénutrition maternelle) ; de santé du nouveau-né (complications de la prématurité) ; de santé de l'enfant (pneumonie, diarrhée et paludisme) ; et de santé de l'adolescent (éducation à la sexualité et accès universel aux services de santé génésique). Nous recommandons également d'adopter des approches novatrices pour renforcer la couverture, par le biais d'initiatives en faveur de l'équité, de la mobilisation communautaire, de l'intégration des services (en particulier avec les programmes de lutte contre le sida), de la mobilisation des médias de masse et de la lutte contre la pauvreté (transferts conditionnels en espèces).
- **Accélérer l'adoption et l'évaluation des technologies de cybersanté (eHealth) et de santé mobile (mHealth).** Les technologies numériques recèlent un formidable potentiel pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant, en particulier en renforçant les systèmes d'établissement des statistiques de l'état civil et d'enregistrement des faits d'état civil. Même si la cybersanté et la santé mobile ont suscité un vif intérêt, les données sur lesquelles fonder les décisions relatives à leur utilisation et à leur développement sont de faible qualité voire inexistantes. Nous exhortons les partenaires à aider les pays dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux de cybersanté, à privilégier dans ce domaine les investissements durables à long terme, à encourager la coordination entre fournisseurs et à soutenir l'évaluation.
- **Renforcer les outils et les cadres relatifs aux droits de l'homme afin d'améliorer la santé et la redevabilité pour la femme et l'enfant.** Les approches fondées sur les droits de l'homme ont un rôle central, bien que négligé, à jouer dans l'exécution de la Stratégie mondiale. Elles fixent un but, mais définissent également une voie pour l'atteindre. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes est devenu, en 2011, le premier organe de défense des droits de l'homme de l'ONU à affirmer que les pays sont dans l'obligation, sous leur responsabilité propre, de garantir aux femmes un accès rapide et sans discrimination aux services de santé maternelle. Selon les termes du Comité : « Le droit à la santé signifie la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé, et nécessite également d'agir sur les déterminants de la santé. Les femmes et les enfants ont le droit de tenir les États responsables des soins de santé qu'ils fournissent. » Cette décision a constitué un tournant majeur dans le renforcement de la redevabilité en matière de santé des femmes. Nous recommandons aux organes conventionnels relatifs aux droits de l'homme dont les activités intéressent la santé d'intégrer à leurs travaux la santé de la femme et de l'enfant.
- **Renforcer l'engagement et les moyens pour évaluer les initiatives en faveur de la santé de la femme et de l'enfant.** L'évaluation est un aspect essentiel de la redevabilité. Nous recommandons aux partenaires d'accélérer leurs travaux visant à créer un réseau mondial de recherche à l'appui de la Stratégie mondiale. Sans données fiables permettant de déterminer ce qui fonctionne (ou non) pour les femmes et les enfants, les résultats ne correspondront pas aux attentes et les ressources seront gaspillées. Nous exhortons également les bailleurs de fonds de la recherche à investir davantage dans la santé de la femme et de l'enfant. La recherche elle-même peut, en effet, constituer un puissant outil de redevabilité. L'évaluation – conçue comme une quête inlassable de résultats – est appelée à devenir un pilier des mécanismes de redevabilité indépendants et efficaces auxquels nous aspirons.

CONCLUSION

- La Stratégie mondiale a mobilisé de formidables énergies et suscité un engagement remarquable. Mais c'est à l'aune des résultats, et non des promesses, que nous pourrions apprécier son impact. Il est encore trop tôt pour dire si la Stratégie mondiale a permis d'améliorer plus rapidement la santé de la femme et de l'enfant dans les 75 pays où se concentrent la plupart des décès de mères et d'enfants.
- Un examen impartial des engagements actuels au titre de la Stratégie mondiale révèle d'importantes défaillances dans l'instauration d'un environnement favorable à la concrétisation des promesses – dans les systèmes de santé, face à certains problèmes ciblés mais encore négligés, et concernant les OMD ayant une incidence sur la santé de la femme et de l'enfant (pauvreté, éducation, inégalités hommes-femmes, eau et assainissement, environnements urbains et accès abordable aux médicaments essentiels). En l'absence de mesures urgentes face à ces problèmes d'ordre plus général, non seulement les OMD relatifs à la femme et à l'enfant ne seront pas atteints, mais les avancées réalisées ne pourront pas être pérennisées.
- Il est évident qu'il faut mettre en œuvre rapidement nos recommandations. Des preuves tangibles toujours plus nombreuses démontrent en effet qu'au-delà des progrès sanitaires, investir dans la santé de l'adolescent, de la femme et de l'enfant entraîne d'importantes retombées économiques. Ces nouveaux éléments d'appréciation devraient convaincre les ministères des finances d'engager de tels efforts afin d'assurer la prospérité économique à long terme.
- Au cours des 12 derniers mois, de nombreuses initiatives nouvelles ont été lancées en vue d'améliorer plus rapidement la santé de la femme et de l'enfant – par exemple dans les domaines de la survie de l'enfant, de la planification familiale et des médicaments de base. Ces projets sont certes bienvenus, mais tout comme les mécanismes de redevabilité qui leur sont associés, ils doivent bénéficier d'un mécanisme efficace de coordination si l'on veut éviter les doubles emplois et le gaspillage.
- Les bailleurs de fonds doivent indiquer plus clairement dans quelle mesure leurs engagements financiers ont été tenus. Il s'agit là d'un principe clé de la redevabilité, qui n'a pas systématiquement été respecté. Il est regrettable de voir que certains donateurs ne s'acquittent vraisemblablement pas de leurs engagements financiers.
- Le contexte dans lequel s'inscrira, demain, la santé de la femme et de l'enfant, est un autre motif d'inquiétude. Il faut lutter contre la résistance dont font preuve certains secteurs de la société lorsqu'il s'agit d'intégrer la santé des femmes, les droits en matière de procréation et la justice reproductive. Alors que l'initiative *Chaque femme, chaque enfant* est bien connue dans les pays, la Commission de l'information et de la redevabilité a bénéficié d'une notoriété bien moindre. Pourtant, les recommandations de la Commission jouent un rôle central pour atteindre plus rapidement les objectifs de la Stratégie mondiale. Tous les partenaires doivent redoubler d'efforts pour faire mieux connaître les travaux de cette instance auprès des responsables de l'élaboration des politiques, des parlementaires et des dirigeants politiques. La redevabilité n'est qu'un moyen au service d'un but plus large : améliorer la santé des adolescents, des femmes et des enfants.
- Enfin, nous savons bien que des mécanismes sont d'ores et déjà déployés pour planifier la période post-OMD. Le groupe de personnalités éminentes chargé du programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015, nommé par le Secrétaire général, a commencé ses travaux. La vie et la santé des femmes et des enfants doivent être au cœur de tout programme futur de développement durable. Les difficultés auxquelles les femmes et les enfants sont confrontées sont des problèmes réellement mondiaux qui appellent des solutions mondiales. Les femmes jouent, à cet égard, un rôle indispensable d'agents du développement durable. Aucune nouvelle avancée ne sera réalisée pour les adolescents, les femmes et les enfants tant que nous n'aurons pas compris pas cette vérité centrale : l'interdépendance des êtres humains, sens véritable de l'expression *Chaque femme, chaque enfant*.

Commission de l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant

L'OMS a créé la Commission de l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant à la demande du Secrétaire général de l'ONU, avec pour objectif de faire avancer plus rapidement la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants. La Commission était co-présidée par le Président de la République-Unie de Tanzanie, Jakaya Kikwete, et le Premier ministre du Canada, Stephen Harper. Le Directeur général de l'OMS, Margaret Chan, et le Secrétaire général de l'UIT, Hamadoun Touré, en étaient les vice-présidents. Trente commissaires ont participé aux travaux de la Commission avec pour mission de mener à bien cet effort important. Conformément à son mandat, la Commission a proposé un cadre pour le compte-rendu, la surveillance et la redevabilité en matière de santé de la femme et de l'enfant. Ses travaux ont bénéficié du concours de deux groupes de travail, sur les résultats et sur les ressources, et des nombreuses contributions techniques apportées par un large éventail de parties prenantes et dans le cadre consultations publiques. Les commissaires se sont réunis pour la première fois en janvier 2011 au Siège de l'OMS à Genève (Suisse).

Le rapport final de la Commission propose un cadre de redevabilité et y adjoint dix recommandations. Le cadre s'applique aux niveaux national et mondial et comprend trois processus interdépendants – « suivi, examen, intervention » – destinés à favoriser l'apprentissage et l'amélioration continue. Il fait le lien entre les ressources et les résultats, c'est-à-dire les produits, les réalisations et les effets produits.

Par « suivi », il faut entendre la communication d'informations importantes et actualisées sur ce qui se passe, où et au bénéfice de qui (résultats), sur ce qui est dépensé, où, pour quoi et pour qui (ressources).

L'« examen » consiste à analyser les données pour déterminer si la santé génésique, maternelle et néonatale et la santé de l'enfant se sont améliorées, et si les pays, les donateurs et les intervenants non gouvernementaux ont tenu leurs engagements et promesses. C'est un processus d'apprentissage qui suppose de reconnaître les succès, de mettre en évidence les bonnes pratiques comme les lacunes et de recommander des mesures correctives s'il y a lieu.

Enfin, l'« intervention » désigne le fait d'utiliser l'information et les données issues de l'examen et de faire le nécessaire pour améliorer rapidement les résultats sanitaires, concrétiser les engagements et réaffecter les ressources afin d'en tirer le plus grand bénéfice possible pour la santé.

Les dix recommandations de la Commission

UNE MEILLEURE INFORMATION POUR DE MEILLEURS RÉSULTATS

- **Recommandation 1 - Données d'état civil** : d'ici à 2015, tous les pays auront pris des mesures significatives pour mettre en place un système d'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès, et auront un système d'information sanitaire opérationnel qui rassemble les données provenant des établissements de soins, de sources administratives et d'enquêtes sanitaires.
- **Recommandation 2 - Indicateurs sanitaires** : d'ici à 2012, une série de 11 indicateurs concernant la santé génésique, maternelle et la santé des enfants, ventilés par sexe et prenant en compte d'autres considérations relatives à l'équité, seront utilisés pour vérifier la progression par rapport aux objectifs de la Stratégie mondiale.
- **Recommandation 3 - Innovation** : d'ici à 2015, tous les pays auront intégré l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans leur système sanitaire national et leur infrastructure de santé.

MEILLEUR SUIVI DES RESSOURCES POUR LA SANTÉ DES FEMMES ET DES ENFANTS

- **Recommandation 4 - Suivi des ressources** : d'ici à 2015, les 75 pays où se produisent 98 % des décès de mères et d'enfants assureront le suivi d'au moins deux indicateurs de ressources sur lesquels ils feront un rapport : (i) dépenses totales de santé par source de financement, par habitant ; (ii) dépenses totales dans le domaine de la santé génésique, maternelle, néonatale et de l'enfant par source de financement, par habitant.
- **Recommandation 5 - Pactes des pays** : d'ici à 2012, afin de faciliter le suivi des ressources, des « pactes » seront mis en place entre les gouvernements et les principaux partenaires du développement. Ceux-ci prévoient l'établissement de rapports à fournir dans un format déterminé d'un commun accord dans chaque pays et qui prendront en compte les engagements financiers prévisibles et les dépenses couvertes par des financements extérieurs.
- **Recommandation 6 - Atteindre toutes les femmes et tous les enfants** : d'ici à 2015, tous les gouvernements seront en mesure d'examiner régulièrement les dépenses de santé (notamment les dépenses affectées à la santé génésique, maternelle, néonatale et de l'enfant) et de vérifier si elles sont conformes aux engagements pris, aux droits de l'homme, aux considérations touchant à l'égalité hommes-femmes et aux autres objectifs et résultats liés à l'équité.

MEILLEUR SUIVI DES RÉSULTATS ET DES RESSOURCES, AU NIVEAU NATIONAL ET INTERNATIONAL

- **Recommandation 7 - Suivi national** : d'ici à 2012, tous les pays auront mis en place des mécanismes de redevabilité transparents, associant toutes les parties prenantes et préconisant des mesures correctives, si nécessaire.
- **Recommandation 8 - Transparence** : d'ici à 2013, toutes les parties prenantes communiqueront publiquement et annuellement leurs informations sur les engagements, les ressources allouées et les résultats atteints, tant au niveau national qu'international.
- **Recommandation 9 - Rapports sur le soutien apporté à la santé des femmes et des enfants** : d'ici à 2012, les partenaires du développement demanderont au CAD de l'OCDE de convenir de la façon d'améliorer le Système de notification des pays créanciers afin qu'il puisse enregistrer, en temps voulu, toutes les dépenses des partenaires du développement dans le domaine de la santé génésique, maternelle, néonatale et de l'enfant. Entre temps, les partenaires du développement et l'OCDE mettront en œuvre une méthode simple pour rendre compte de ces dépenses.
- **Recommandation 10 - Suivi international** : de 2012 à 2015, un groupe d'experts présentera régulièrement au Secrétaire général des Nations Unies un rapport portant sur les résultats et les ressources liés à la Stratégie mondiale et sur la progression de la mise en œuvre des recommandations de la Commission.



Photo: Eberto Zani, 2008

WE SUPPORT



**EVERY WOMAN
EVERY CHILD**

http://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/en/
DE L'ENGAGEMENT À L'ACTION