

THE LANCET

Avril, 2025

www.thelancet.com

Édition 2025 du rapport the *Lancet* Countdown to 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents : faire le suivi des progrès en matière de santé et de nutrition



Neil Thomas/Contributor

“Le besoin est urgent de porter une attention collective à la SRMNIA et à la nutrition pour prévenir le retour en arrière et pour que le monde mette résolument le cap sur la réalisation de ses engagements à l’égard des femmes, des enfants et des adolescents ”

Édition 2025 du Rapport *Lancet* Countdown to 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents : suivi des progrès en matière de santé et de nutrition

Agbessi Amouzou, Aluisio J D Barros*, Jennifer Requejo*, Cheikh Faye, Nadia Akseer, Eran Bendavid, Cauane Blumenberg, Josephine Borghi, Sama El Baz, Frederik Federspiel, Leonardo Z Ferreira, Elizabeth Hazel, Sam Heft-Neal, Franciele Hellwig, Li Liu, Melinda Munos, Catherine Pitt, Yushra Ribhi Shawar, Jeremy Shiffman, Yvonne Tam, Neff Walker, Pierre Akilimali, Leontine Alkema, Paoli Behanzin, Peter Binyaruka, Zulfiqar Bhutta, Andrea Blanchard, Hannah Blencowe, Ellen Bradley, Nouria Brikci, Beatriz Caicedo-Velásquez, Anthony Costello, Winfred Dotse-Gborgborts, Shams El Arifeen, Majid Ezzati, Lynn P Freedman, Michel Guillot, Claudia Hanson, Rebecca Heidkamp, Luis Huicho, Chimaraoke Izugbara, Safia S Jiwani, Caroline Kabiru, Helen Kiarie, Mary Kinney, Fati Kirakoya-Samadoulougou, Joy Lawn, Nyovani Madise, Gouda Roland Mesmer Mady, Bruno Masquelier, Dessalegn Melesse, Kristine Nilsen, Jamie Perin, Usha Ram, Marina Romanello, Ghada E Saad, Sudha Sharma, Estelle M Sidze, Paul Spiegel, Hannah Tappis, Andrew J Tatem, Marleen Temmerman, Cesar G Victora, Francisco Villavicencio, Yohannes Wado, Peter Waiswa, Jon Wakefield, Shelley Walton, Danzhen You, Mickey Chopra, Robert E Black, Ties Boerma*

Résumé analytique

À l'instar des précédents rapports d'étape de Countdown to 2030 pour la santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents, le présent rapport analyse les tendances ainsi que les inégalités à l'échelle mondiale et régionale dans les déterminants, la survie, l'état nutritionnel, la couverture d'intervention sanitaire et la qualité des soins, de même que les systèmes sanitaires, les politiques, le financement, et la priorisation de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (SRMNIA) et de nutrition des pays. L'accent est mis sur les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) où 99% de la mortalité maternelle et 98% de la mortalité infantile et adolescente (personnes âgées de 0 à 19 ans) survient, avec une attention particulière pour l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud.

Reconnaissant l'urgence d'atteindre l'Objectif de Développement Durable (ODD) pour la santé, l'ODD 3, et les objectifs liés à la santé à l'horizon 2030, le rapport évalue si l'élan nécessaire pour atteindre ces objectifs est maintenu, accéléré, a stagné ou régressé par rapport à la période des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (2000-2015). Bien que la plupart des indicateurs de santé et liés à la santé continuent de montrer des progrès, il y a eu un ralentissement notable du rythme d'amélioration après 2015, ce qui est bien inférieur au rythme nécessaire pour atteindre les ODD de 2030. Cette décélération du rythme contraste de manière flagrante avec la grande convergence attendue en matière de santé, caractérisée par des réductions drastiques de la mortalité et des inégalités en matière de SRMNIA, qui devait se produire au cours de la période des ODD sur la base de l'hypothèse que les progrès spectaculaires réalisés au cours de la période des OMD se poursuivraient sans relâche. De multiples menaces, externes et internes à la communauté de la santé SRMNIA, doivent être enrayerées pour préserver les acquis en matière de SRMNIA et de nutrition et pour accélérer les progrès. En outre, un écart important persiste entre l'Afrique subsaharienne, en particulier l'Afrique de l'ouest et du centre avec d'autres régions du monde pour de nombreux indicateurs, ce qui nécessite une priorisation accrue pour cette région.

Dégradation du contexte en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents

La santé à l'échelle mondiale et l'agenda du développement,

y compris la SRMNIA et la nutrition, font face à des obstacles majeurs. Les tendances économiques sont très préoccupantes, notamment le ralentissement de la croissance économique, la stagnation de la réduction de la pauvreté et une grave crise de la dette. En 2021, 25 (58 %) des 43 pays d'Afrique subsaharienne disposant de données ont dépensé plus pour le service de la dette extérieure publique que pour la santé. De surcroît, le rythme des améliorations en matière d'éducation et d'égalité des sexes a ralenti depuis 2015.

Un plus grand nombre de pays sont touchés par des conflits armés et un nombre élevé de décès liés aux combats. En 2022, on estime que 327 millions de femmes et 507 millions d'enfants vivaient près de zones de conflit, ce qui représente une augmentation de 29 % pour les femmes et de 24 % pour les enfants depuis 2015. Le nombre de femmes et d'enfants de moins de 18 ans déracinés par les conflits est passé de 46,3 millions en 2015 à 80,7 millions en 2023. L'insécurité alimentaire a augmenté au cours de la période ODD, alimentée par la pandémie de COVID-19, la volatilité économique et les conflits armés. Le changement climatique, et les conséquences qui s'y rattachent que sont les événements météorologiques extrêmes, la destruction d'infrastructures, l'insécurité alimentaire, les maladies émergentes et la modification des modes de transmission des maladies, constitue une grave menace pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Ces crises et ces défis sont exacerbés par, et contribuent souvent à, des inégalités criantes entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. Les femmes, les enfants et les adolescents vivant dans les environnements sociaux et économiques les moins favorables, où se croisent de multiples dimensions d'inégalité, sont les plus vulnérables aux conséquences de ces défis.

Progrès en matière de mortalité et d'état nutritionnel, mais rythme lent

Les analyses du présent rapport tiennent compte de la mortalité maternelle et des décès de personnes âgées de 28 semaines de gestation à 20 ans, reconnaissant l'importance des deux premières décennies de la vie. Bien que la mortalité pour tous les groupes d'âge dans cette fourchette ait généralement continué de baisser pendant la première moitié de la période des ODD, les taux annuels moyens de réduction de la mortalité néonatale, maternelle, infantile et adolescente dans les pays à revenu faible (PRFI) et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure pendant

Premiers co-auteurs
Department of International Health (Prof A Amouzou PhD, J Requejo PhD, N Akseer PhD, S El Baz MPH, E Hazel PhD, M Munos PhD, Y Tam MHS, N Walker PhD, R Heidkamp PhD, S S Jiwani MSPH, G R M Mady MSc, J Perin PhD, Prof P Spiegel MD, H Tappis DrPH, S Walton MPH, Prof R E Black MD, F Kirakoya-Samadoulougou PhD, F Villavicencio PhD, Y R Shawar PhD, Prof J Shiffman PhD), Department of Population, Family and Reproductive Health (L Liu PhD), and Paul H Nitze School of Advanced International Studies (Y R Shawar, Prof J Shiffman), Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA; International Center for Equity in Health, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brazil (Prof A J D Barros MD, C Blumenberg PhD, L Z Ferreira PhD, F Hellwig PhD, Prof C G Victora MD); African Population and Health Research Center (APHRC), Nairobi, Kenya (C Faye PhD, Y Wado PhD, E M Sidze PhD, C Kabiru PhD); Department of Medicine (Prof E Bendavid MD) and Center on Food Security and the Environment & Environmental Change and Human Outcomes Lab (S Heft-Neal PhD), Stanford University, Stanford, CA, USA; Department of Global Health and Development, (F Federspiel MD, Prof C Pitt PhD, P Behanzin PhD, E Bradley MSc, N Brikci PhD, Prof J Borghi PhD), Department of Disease Control (Prof C Hanson PhD), and

Department of Infectious Disease Epidemiology and International Health (Prof J Lawn PhD, H Blencowe PhD), London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK; International Institute for Applied Systems, Laxenburg, Austria (Prof J Borghi); University of Kinshasa, Kinshasa School of Public Health, Kinshasa, Democratic Republic of Congo (P Akilimali MD); School of Public Health and Health Sciences, University of Massachusetts Amherst, Amherst, MA USA (Prof L Alkema PhD); Department of Health Systems, Impact Evaluation and Policy, Ifakara Health Institute, Ifakara, Tanzania (P Binyaruku PhD); The Hospital for Sick Children, Centre for Global Child Health, Toronto, ON, Canada (Prof Z Bhutta PhD); Center of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University, Karachi, Pakistan (Prof Z Bhutta, D Melesse PhD); Rady Faculty of Health Sciences, Institute for Global Public Health, University of Manitoba, Winnipeg, MB, Canada (A Blanchard PhD, Prof T Boerma MD); School of Medicine, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia (B Caicedo-Velásquez PhD); Institute for Global Health, University College London, London, UK (A Costello PhD, M Romanello PhD); Department of Social Statistics and Demography, University of Southampton, Southampton, UK (W Dotse-Gborgbortsí PhD, K Nilsen PhD, A J Tatem PhD); International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Dhaka, Bangladesh (Prof S El Arifeen DrPH); School of Public Health, Imperial College London, London, UK (Prof M Ezzati FMedSci); Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA (L P Freedman JD); School of Public Health, University of the Western Cape, Cape Town, South Africa (M Kinney PhD); Department of Sociology, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA (Prof M Guillot PhD); Institute for Demographic Studies

la période 2016–2022 se situaient généralement entre 2 % et 3 %.

Ce taux est bien inférieur au rythme de baisse observé entre 2000 et 2015 et bien en deçà du rythme nécessaire pour atteindre les ODD. Les objectifs en matière de mortalité des ODD sont particulièrement lointains pour les pays d'Afrique subsaharienne. Des exceptions sont à noter pour des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, qui ont déjà atteint les objectifs des ODD en tant que groupe, et la région de l'Asie du Sud, où la mortalité a continué de baisser rapidement, en particulier pour la mortalité des moins de 5 ans.

La mortalité due aux principales causes infectieuses de décès chez les enfants, telles que les maladies respiratoires aiguës et la diarrhée, a continué de baisser dans le monde, à l'exception du paludisme. La mortalité néonatale, un sous-groupe de la mortalité des moins de 20 ans, a augmenté dans toutes les régions, car les taux de mortalité néonatale ont diminué plus lentement que les taux à des âges plus avancés, la naissance prématurée étant la principale cause de cette mortalité néonatale.

La malnutrition chez les enfants, les adolescents et les femmes a diminué au cours de la période des ODD dans la plupart des régions et des groupes de revenus des pays à un rythme similaire à celui de la période des OMD dans les PRF et l'Afrique subsaharienne, et s'est accélérée dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et en Asie du Sud. Cependant, la plupart des pays ne sont pas sur la bonne voie pour atteindre les ODD et les progrès particulièrement lents en matière de réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance sont frappants. Dans le même temps, les taux d'obésité chez les enfants et les adolescents plus âgés (c'est-à-dire les personnes âgées de 5 à 19 ans) et les femmes ont augmenté rapidement dans toutes les régions et tous les groupes de revenus des pays, une tendance préoccupante avec des implications potentielles à long terme et coûteuses pour la santé.

Améliorer la couverture, réduire les inégalités et combler les lacunes importantes en matière de qualité des soins

Il est crucial de garantir une couverture élevée des interventions essentielles pour atteindre les ODD. Cependant, la couverture de 20 indicateurs le long du continuum de soins de SRMNA et de nutrition est inégale. Pour la plupart des indicateurs, la couverture était plus élevée en 2016–2023 qu'au cours de la période des OMD (2000–2015), mais elle reste insuffisante. L'assistance qualifiée à l'accouchement a atteint la couverture la plus élevée, avec une médiane de 95,6 % (IQR 76,5–99,5) pour 113 PRFI. En comparant les périodes des OMD et des ODD, on constate un ralentissement général de l'augmentation de l'indice de couverture composite (ICC) de la SRMNA, les progrès passant de 1,2 point de pourcentage par an à 0,6 point de pourcentage par an, sur la base de 70 pays disposant de données d'enquête suffisantes avant et depuis 2016. Le ralentissement a été le plus marqué en Afrique orientale et australe. L'Afrique de l'ouest et du centre, où la couverture était la plus faible en 2000–2015, est la seule région à avoir connu une accélération, passant d'une augmentation annuelle de 0,6 point de pourcentage par an au cours de la période des OMD à 1,6 point de pourcentage par an à partir de 2016.

Les inégalités de couverture entre les ménages les plus pauvres et les plus riches se sont réduites au cours de la période des ODD, avec une réduction de l'ICC de 2,0 points de pourcentage par an, soit près de deux fois plus vite qu'au cours de la période des OMD. Cependant, les inégalités sous-nationales sont restées importantes dans de nombreux pays,

ce qui signifie que de nombreux pays peuvent réaliser des progrès significatifs en se concentrant davantage sur les régions qui sont à la traîne.

Il est difficile de suivre les progrès en matière de qualité des soins, compte tenu des limites des données. Des progrès ont été réalisés dans le contenu et la rapidité des soins prénatals dans de nombreux pays, ainsi que dans la continuité des soins maternels et néonataux. Seules de faibles augmentations ont été observées dans la prévalence des césariennes chez les femmes les plus pauvres : les données d'enquête ont montré que la prévalence médiane dans 19 PFR est passée de 1,4 % en 2010 à 2,1 % en 2019, ce qui indique un important besoin non satisfait de soins d'urgence. Ces progrès lents sont enregistrés au moment où les taux de césariennes augmentent chez les femmes les plus riches dans de nombreux pays.

Progrès lents des systèmes de santé

Les cadres politiques nationaux reflètent la priorité accordée à la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (SRMNA) et à la nutrition, ainsi que l'engagement à protéger le droit humain à la santé. L'adoption de politiques fondées sur les droits de l'homme est loin d'être universelle dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. De nombreux pays sont également en retard dans la mise en œuvre d'une législation protectrice plus large ayant des implications majeures pour la SRMNA et la nutrition, comme les lois sur le mariage des enfants, la protection de la santé et des droits sexuels et reproductifs, et les réglementations commerciales, en particulier autour des substituts du lait maternel et des aliments malsains.

Les indicateurs de financement de la santé, de la main-d'œuvre et des systèmes d'information indiquent des progrès lents dans le renforcement des systèmes de santé. Les dépenses de santé actuelles par habitant ont augmenté dans l'ensemble depuis 2015, mais à un rythme lent, et aucune augmentation n'a été observée dans les PFR. La densité de la main-d'œuvre de santé pour 10 000 habitants a légèrement augmenté, mais est restée faible ; les PFR et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ont respectivement un septième et un tiers de la densité des professionnels de santé de base (c'est-à-dire les médecins, les infirmières et les sages-femmes) des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Les principaux obstacles à l'amélioration des statistiques de la main-d'œuvre de santé comprennent les taux élevés d'émigration vers les pays à revenu élevé, le départ des travailleurs de la santé vers d'autres secteurs et les contraintes budgétaires pour soutenir la formation, la rémunération et la progression de carrière.

Des améliorations ont été apportées à l'utilisation des données de routine des établissements de santé et des données générées par des évaluations rapides des établissements de santé. Cependant, les enquêtes auprès des ménages financées par les donateurs sont restées le principal moyen d'obtenir des statistiques clés sur la SRMNA et la nutrition, fournissant des informations de haute qualité sur la santé de la population, tandis que les systèmes d'enregistrement civil et d'état civil sont restés inadéquats dans la plupart des pays.

Les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure sont en train de vivre des transitions démographiques et épidémiologiques à des rythmes variables, ce qui a des implications pour leurs systèmes de santé. Par exemple, alors que la mortalité infantile devient dominée par la mortalité des nouveau-nés petits et malades, les pays doivent investir dans des unités de soins intensifs néonataux tout en maintenant de solides structures de soins de santé primaires

qui offrent des ensembles de services essentiels à toutes les femmes et à tous les enfants et adolescents. Les pays d'Afrique subsaharienne, où la fécondité reste élevée et où plus de la moitié de la population a moins de 20 ans, subissent la pression supplémentaire de devoir renforcer leurs systèmes de santé pour répondre à la demande croissante. De nouvelles améliorations en termes de survie et de santé nécessiteront un renforcement du système, en particulier l'accès aux soins de niveau secondaire, ce qui est un défi dans le contexte des développements macroéconomiques affectant les budgets nationaux de santé, mais pourrait bénéficier d'innovations dans la fourniture de services supplémentaires pour renforcer leurs systèmes de santé et répondre à la demande croissante.

Baisse dans la priorisation et le financement de la SRMNI et de la nutrition à l'échelle mondiale

L'aide à la SRMNI a lentement augmenté après 2015, mais a diminué en 2020-2021, probablement en raison d'un changement de financement vers la réponse à la pandémie. Au cours des périodes des OMD et des ODD, les grands donateurs traditionnels sont restés principalement stables jusqu'en 2021. Le ciblage de l'aide vers les pays ayant des besoins de santé plus importants est resté à un niveau similaire à celui de 2015. Le flux d'aide des donateurs devrait être pris en compte par rapport aux lourdes charges de service de la dette auxquelles de nombreux pays sont confrontés, ce qui affecte gravement leur capacité à financer adéquatement les services de santé pour la SRMNI et la nutrition.

Une série de facteurs, tant externes qu'internes à la communauté de la santé SRMNI, a réduit la priorisation mondiale de la SRMNI à l'ère des ODD. Bien que la plupart des analyses suggèrent que la COVID-19 a éclipsé le financement de la SRMNI, les preuves et les perceptions sur les effets du plaidoyer et du financement pour la couverture santé universelle sur la SRMNI et la nutrition sont mitigées. Le paysage plus large des contraintes fiscales, le changement climatique, les guerres en Ukraine et à Gaza, ainsi que l'engagement décroissant envers le multilatéralisme ont également atténué la visibilité de la SRMNI. Des plateformes de coordination sous-financées, combinées à l'absence d'un cadre unifié convaincant, ont contribué à la fragmentation de la communauté SRMNI et, par conséquent, à une collaboration réduite pour soutenir l'ensemble du continuum de soins.

Conclusions et orientations futures

Pour remédier au ralentissement des progrès en matière de SRMNI et de nutrition au cours de la première moitié de l'ère des ODD, ainsi qu'aux variations des progrès entre les régions et les groupes de revenus des pays, nous espérons que les analyses de ce rapport alimenteront le dialogue et l'action nécessaires pour garantir l'accélération des progrès en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents. Nos recommandations s'articulent autour de cinq thèmes (panel).

Le défi à venir pour la communauté de la SRMNI est de développer un cadre persuasif dans un contexte modifié qui inspirerait une action unifiée entre tous les partenaires, allant des organisations de base aux acteurs internationaux.

Panel : Recommandations clés

Focus sur l'Afrique subsaharienne

Les défis économiques, les conflits armés, l'insécurité alimentaire sont de façon disproportionnée concentrés sur l'Afrique subsaharienne, une région déjà confrontée à des systèmes de santé fragiles et à une pauvreté élevée. L'Afrique de l'Ouest et du Centre, en particulier, accuse un retard significatif sur presque tous les indicateurs de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (SRMNI) et de nutrition. Il est essentiel d'accorder une priorité accrue pour cette région, où la fécondité est élevée et plus de 50% de la population a moins de 20 ans. Une initiative majeure, menée par les institutions régionales et les pays, avec un soutien international fort, est nécessaire.

Renforcement des systèmes de santé pour la SRMNI et la nutrition

Les stratégies prioritaires devraient s'orienter vers la densité et la répartition des personnels de santé, y compris des approches pour régler les problèmes de l'émigration et les départs, protéger les budgets nationaux de santé des contraintes budgétaires, innover dans la fourniture de biens et de services, et améliorer la qualité des soins. Ceci nécessitera une augmentation du financement, tant national qu'international, en priorité pour les pays qui en ont le plus besoin.

Préserver les acquis contre les crises

Il est urgent de protéger les services de santé, d'éducation et de protection sociale pour les femmes, les enfants et les adolescents dans les pays touchés par les crises économiques, l'endettement, les conflits, les changements environnementaux et les épidémies.

Suivi et responsabilité

Le présent rapport révèle des lacunes importantes dans les données (mortalité maternelle, causes de décès pour tous les groupes d'âge, morbidité infantile, maternelle et adolescente, qualité des soins, indicateurs des systèmes de santé). Pour combler ces lacunes, il faut investir durablement, à l'échelle mondiale et nationale, dans les systèmes d'information sanitaire, innover méthodologiquement (collecte de données à distance par exemple, popularisée par la pandémie de COVID-19). Pour orienter la politique, il y a lieu de désagréger les données par sexe, lieu de résidence, statut socio-économique, ethnie, etc. La responsabilité fondée sur les données pour toutes les parties prenantes, bien qu'étant un pilier imparfait, mais fondamental de l'ère de l'OMD doit être redynamisée.

Revitaliser la SRMNI et la nutrition

Une coordination mondiale renforcée et des idées convaincantes sur les raisons pour lesquelles les femmes, les enfants et les adolescents doivent rester au cœur des programmes de santé et de développement sont nécessaires pour stimuler l'action collective et maintenir les progrès. Ces efforts devraient inclure la construction d'un discours autour des priorités mondiales émergentes, telles que la couverture santé universelle et le programme des maladies non transmissibles, montrant que la fourniture de services de haute qualité aux femmes, aux enfants et aux adolescents est essentielle à la fois pour atteindre la couverture santé universelle, et pour prévenir les maladies non transmissibles dont les origines se situent in utero, pendant l'enfance et dans les comportements et les facteurs de risque adoptés au cours des deux premières décennies de la vie. Des arguments tout aussi impératifs portent sur la manière dont la santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent et la nutrition devraient être au centre des dialogues sur d'autres priorités, telles que le changement climatique, étant donné que les femmes, les enfants et les adolescents sont fortement touchés par des effets à long terme et potentiellement intergénérationnels.

Introduction

Countdown to 2030 est une collaboration entre universitaires d'institutions mondiales, régionales et nationales, d'organismes des Nations Unies, de la Banque Mondiale et d'organisations de la société civile. Depuis sa création en 2005, Countdown to 2030 a centré son action sur le suivi de la couverture des services, des inégalités et des systèmes de santé pour la santé reproductive, maternelle,

(INED), Paris, France (Prof M Guillot); Universidad Peruana Cayetano Heredia, Centro de Investigación en Salud Materna e Infantil, Centro de Investigación para el Desarrollo Integral y Sostenible, Facultad de Medicina, Lima, Peru (Prof L Huicho MD);

International Center for Research on Women, Washington, DC, USA (C Izugbara PhD); Ministry of Health, Division of Monitoring & Evaluation, Nairobi, Kenya (H Kiarie MSc); Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium (F Kirakoya-Samadoulougou); African Institute for Development Policy, Lilongwe, Malawi (N Madise PhD); UCLouvain, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgium (B Masquelier PhD); Department of Biostatistics and Epidemiology, International Institute for Population Sciences, Mumbai, India (Prof U Ram PhD); Centre for Research on Population and Health, American University of Beirut, Beirut, Lebanon (G E Saad PhD); CIWEC Hospital and Travel Medicine Center, Kathmandu, Nepal (S Sharma MBBS); Aga Khan University, Nairobi, Kenya (Prof M Temmerman MD); Department of Economic, Financial and Actuarial Mathematics, University of Barcelona, Barcelona, Spain (F Villavicencio); School of Public Health, Makerere University, Kampala, Uganda (P Waiswa PhD); Department of Statistics and Department of Biostatistics, University of Washington, Seattle, WA, USA (Prof J Wakefield PhD); Division of Data, Analytics, Planning and Monitoring, UNICEF, New York, NY, USA (D You PhD); The World Bank Group, Washington, DC, USA (M Chopra PhD)

Correspondance à: Prof Ties Boerma, Rady Faculty of Health Sciences, Institute for Global Public Health, University of Manitoba, Winnipeg, MB R3E 0T6, Canada ties.boerma@umanitoba.ca

Pour en savoir plus sur Countdown voir <https://www.countdown2030.org/>

Pour en savoir plus sur l'Agenda 2030 pour le Développement Durable voir <https://sdgs.un.org/2030agenda>

néonatale, infantile et adolescente (SRMNIA) et la nutrition (annexe p 1).^{1,2} Ce rapport Countdown to 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents présente une évaluation empirique des progrès en matière de SRMNIA au cours de la première moitié de la période des Objectifs de Développement Durable (ODD) (2016-23). Alors que le monde passait des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) aux ODD en 2015, un optimisme généralisé régnait quant à la possibilité d'accélérer les progrès vers des objectifs ambitieux de réduction de la mortalité et d'amélioration de la santé à l'horizon 2030. Parallèlement à des réalisations appréciables en matière de réduction de la pauvreté, des améliorations majeures en matière de santé et de services sociaux ont entraîné de fortes réductions de la mortalité maternelle et infantile. La morbidité et la mortalité dues aux maladies infectieuses ont diminué rapidement, grâce à l'intensification des interventions préventives et curatives existantes et nouvelles, et la nutrition infantile s'était considérablement améliorée en 2015.³⁻⁵ Plusieurs pays ont réalisé des progrès spectaculaires en matière de SRMNIA et de nutrition au cours de la période OMD (2000-15), dépassant les attentes fondées uniquement sur les indicateurs du développement économique de ces pays.⁶⁻⁹ Une « grande convergence » en matière de santé, où la mortalité évitable est largement éliminée et les inégalités en matière de SRMNIA sont considérablement réduites, était considérée comme réalisable.¹⁰

Cependant, 8 ans plus tard, en 2023, les rapports sur les progrès réalisés dans le cadre de l'Agenda pour le Développement Durable à l'horizon 2030 présentent une réalité inquiétante et appellent à un plan de sauvetage pour les personnes et la planète.¹¹ Plusieurs rapports d'organismes de santé des Nations Unies ont également signalé les progrès hésitants vers les 48 indicateurs des ODD liés aux enfants à l'horizon 2030¹² et les 17 cibles de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.¹³ L'agenda mondial de la santé et du développement est confronté à de nombreux défis, souvent qualifiés collectivement de poly crise, qui comprennent l'intensification des impacts du changement climatique, l'augmentation des conflits armés, l'incertitude économique et l'augmentation de la dette publique, les conséquences persistantes de la pandémie de COVID-19 et les inquiétudes concernant les futures pandémies. L'évolution des climats politiques dans de nombreux contextes menace également un agenda des droits de l'homme, ce qui pourrait saper les engagements en faveur de la couverture sanitaire universelle et de l'égalité des sexes. Ces crises et ces défis sont aggravés par et contribuent souvent à des inégalités persistantes et importantes entre les pays de l'intérieur et ceux-ci. D'autres ont soutenu que les ODD et ses plus de 200 cibles, ainsi que l'agenda de la couverture sanitaire universelle, sont trop vastes et ont donc sapé la priorisation nécessaire de la santé des femmes, des enfants et des adolescents.^{14, 15}

Reconnaissant l'impératif d'atteindre les objectifs de santé et les objectifs liés à la santé de 2030 dans le cadre des ODD, le présent rapport utilise toutes les données disponibles pour évaluer si l'élan nécessaire pour les atteindre a été maintenu, accéléré, a stagné ou régressé par rapport à la période des OMD.

Approche

Le présent rapport est divisé en six sections. La section 1 décrit les changements de contexte qui affectent la santé des femmes, des enfants et des adolescents, notamment la dynamique démographique, les changements socio-économiques, les asymétries de pouvoir (par exemple,

les inégalités de genre), les conflits armés, l'insécurité alimentaire, le changement climatique et les pandémies. La Section 2 présente une synthèse des tendances en matière de mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente, ainsi que de l'état nutritionnel. La section 3 explore les tendances en matière de couverture des interventions de santé, de qualité des soins et des inégalités associées. La section 4 présente une brève évaluation des systèmes de santé au niveau national et des politiques de soutien pour renforcer la SRMNIA. La section 5 examine le financement mondial et les tendances en matière de priorisation mondiale de la SRMNIA. L'ultime section de ce rapport synthétise les conclusions et examine les principales implications pour les stratégies mondiales, régionales et nationales.

Le présent rapport est axé sur 134 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (PFR) où 99% de la mortalité maternelle et 98% de la mortalité infantile et adolescente (c'est-à-dire les personnes âgées de 0 à 19 ans) surviennent.^{16,17} Selon la classification des économies de la Banque mondiale de 2022, il y avait 26 pays à faible revenu (PFR), 54 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 54 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (annexe pp 2-5).¹⁸ Pour les analyses impliquant des regroupements de pays, nous avons utilisé la classification de l'UNICEF de sept régions : Afrique de l'ouest et du centre, Afrique Orientale et Australe, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Europe de l'est et Asie centrale, Asie de l'est et Pacifique, Asie du sud et Amérique latine et Caraïbes (annexe p 5). Une attention particulière est accordée à l'Afrique subsaharienne et à l'Asie du sud, qui ont collectivement représenté 88% de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale en 2020 et 81% des décès d'enfants et d'adolescents en 2021. Étant donné que les taux de fécondité les plus élevés, les indicateurs de santé les plus faibles, les systèmes de santé les plus fragiles et les conditions socio-économiques les plus difficiles sont concentrés dans les 48 pays d'Afrique subsaharienne, ce rapport fait parfois référence aux deux sous-régions de l'UNICEF en Afrique subsaharienne et les distingue : l'Afrique orientale et australe (24 pays) et l'Afrique de l'ouest et du centre (24 pays). Les Seychelles ont été exclues en tant que pays à revenu élevé. Au niveau mondial, l'Afrique subsaharienne représente 15% de la population mondiale (2022),¹⁹ 31% des naissances mondiales (2022), 56% des décès d'enfants et d'adolescents (2021),²⁰ et 72% de la mortalité maternelle (2020),²¹ ce qui signifie que les décès d'enfants, d'adolescents et de mères sont disproportionnellement concentrés dans cette région (figure 1). 22 (46%) des 48 pays d'Afrique subsaharienne sont des PFR, 22 (46%) sont des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 4% sont des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (annexe 6).

L'évaluation des progrès présentée dans ce rapport est principalement basée sur l'analyse et la synthèse de données provenant d'enquêtes nationales auprès des ménages et de bases de données mondiales tenues par les agences des Nations Unies et les instituts de recherche, complétées par des recherches publiées pertinentes. Le rapport fait des comparaisons entre les tendances de 2000 à 2015 (c'est-à-dire l'ère des OMD) et celles observées de 2016 à nos jours (c'est-à-dire la première moitié de la période des ODD). La période finale utilisée (pour la première moitié de la période des ODD) a été dictée par la disponibilité des données qui varie entre les indicateurs de ce rapport. Toutes les estimations régionales et par groupe de revenu des pays sont pondérées par la population, sauf indication contraire.

Section 1 : un contexte changeant pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents

La santé des femmes, des enfants et des adolescents dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est influencée par des déterminants complexes et interconnectés. La dynamique démographique, les facteurs économiques, l'éducation, les asymétries de pouvoir (par exemple, l'inégalité entre les sexes), les conflits armés, la sécurité alimentaire et les environnements alimentaires, les changements climatiques, les changements géopolitiques, la politique nationale et les progrès technologiques interagissent de manière complexe, façonnant les systèmes de santé et posant divers risques pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Chaque déterminant peut influencer les risques de morbidité et de mortalité, souvent par le biais de multiples voies et interactions. Dans cette section, nous discutons de l'importance de contextualiser la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans le cadre de ces facteurs interconnectés. S'appuyant sur la surveillance et la recherche mondiales, régionales et nationales, la situation actuelle et les principales tendances des principaux déterminants de la santé maternelle, néonatale, infantile et de la nutrition est synthétisée pour la période depuis le lancement des ODD en 2016 et, lorsque cela est possible, comparée aux tendances de 2000 à 2015. Pour chaque déterminant, les risques de mortalité et de morbidité sont pris en compte, suivis, lorsque cela est possible, d'une évaluation des tendances d'exposition, en s'appuyant sur diverses bases de données et recherches internationales.

Dynamique de population

La fécondité élevée, par son association avec l'âge maternel, la parité et les intervalles entre les naissances, est un facteur de risque individuel de mauvais résultats de santé maternelle et infantile.²³ Les pays à fécondité élevée et à population jeune nécessitent des investissements plus importants dans la santé maternelle, néonatale, infantile et de la nutrition que ceux à fécondité plus faible et à moins de jeunes.

Les taux de fécondité totale ont décliné plus rapidement depuis 2016 qu'entre 2000 et 2015 dans tous les groupes de revenu des pays et dans les pays d'Afrique subsaharienne (annexe p. 7). Cependant, de grandes différences régionales de fécondité persistent. En 2022, les pays à faible revenu et les pays d'Afrique subsaharienne avaient des taux de natalité bruts et des taux de fécondité totale au moins trois fois plus élevés que les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.²² La fécondité des adolescentes a également diminué depuis 2016, mais était encore de 94 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans en 2023 en Afrique subsaharienne.

La Figure 2 montre la proportion de la population de moins de 20 ans par région en 2000, 2015 et 2021. Dans les deux sous-régions de l'Afrique subsaharienne, plus de la moitié de la population avait moins de 20 ans en 2021, avec une réduction lente au fil du temps, ce qui implique un besoin d'investissements beaucoup plus importants dans la santé maternelle, néonatale, infantile et la nutrition que dans d'autres régions.

L'urbanisation s'est poursuivie à un rythme régulier depuis 2015, reflétant les tendances observées au cours de la période des OMD. De 2015 à 2020, le taux de croissance annuel moyen du taux d'urbanisation était d'environ 1,2 à 1,4 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI), l'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud (annexe p. 7).

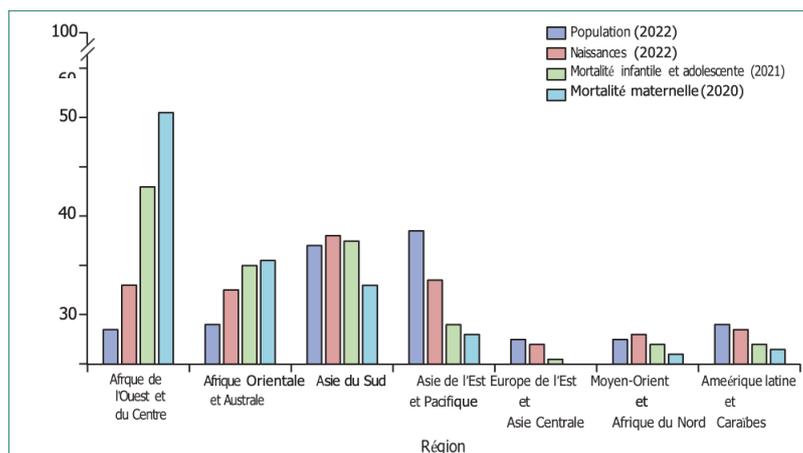


Figure 1 : Répartition de la population mondiale, naissances, mortalité infantile et adolescente, et mortalité maternelle par région

Les données sur la population et les naissances sont fournies par le Département des Nations Unies pour les Affaires Économiques et Sociales, Division Population.²² Les données sur la mortalité infantile et adolescente (c'est-à-dire, les individus âgés de 0-19 ans) sont fournies par le Groupe Inter agences des Nations Unies sur les Estimations de la Mortalité Infantile.¹⁷ Les données sur la mortalité maternelle sont fournies par l'OMS.¹⁶

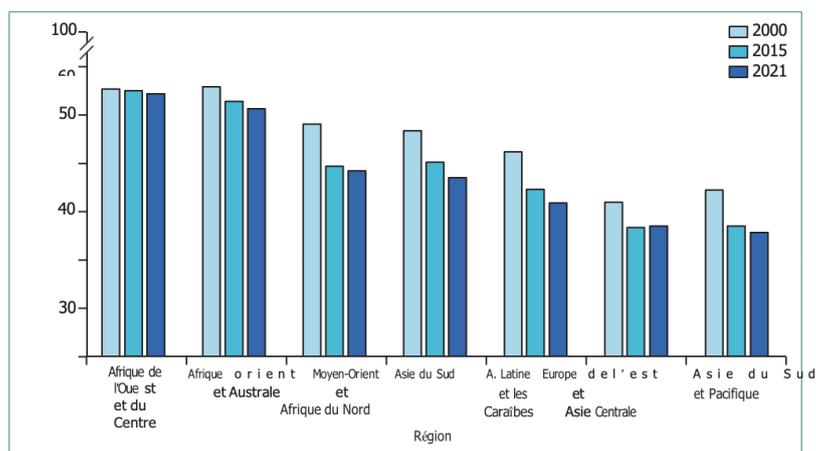


Figure 2 : Proportion de la population âgée de moins de 20 ans

Données fournies par le Département des Affaires Économiques et Sociales, Division Population.²²

Les principaux contributeurs à l'urbanisation dans ces pays et régions sont la croissance de la population urbaine, majoritairement jeune, l'intégration des zones périphériques aux centres urbains, et la migration rurale vers les villes.^{24,25} En 2020, les taux d'urbanisation variaient considérablement entre les groupes de revenu : 33,2% dans les pays à faible revenu, 41,6% dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et 68,2% dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.¹⁹ Les taux d'urbanisation de 2020 étaient de 41,4% en Afrique subsaharienne et de 36,6% en Asie du sud.

Les zones urbaines offrent généralement des avantages en matière de santé et socio-économiques par rapport aux zones rurales, contribuant à améliorer la survie des enfants, leur croissance et la couverture des interventions de santé.²⁶ Cependant, des données récentes indiquent que les avantages de la vie urbaine diminuent dans la plupart des régions.

Les baisses de la mortalité néonatale et infantile stagnent dans les zones urbaines et les écarts entre les zones rurales et urbaines se rétrécissent, en particulier en Afrique subsaharienne.²⁷ Cette tendance est largement attribuée à la proportion importante d'habitants des villes vivant dans des bidonvilles et des taudis, ce qui entraîne une augmentation des risques de morbidité et de mortalité en raison de la surpopulation ; d'un accès insuffisant aux services de base, tels que l'eau potable, l'assainissement et l'électricité ; et d'une couverture réduite des services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité.²⁸⁻³⁰

En résumé, le profil démographique de l'Afrique subsaharienne contraste fortement avec celui des autres régions du monde. La réalité démographique doit rester au cœur des stratégies de couverture sanitaire universelle. Même si la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne s'accélère, une part importante du budget de la santé devra être consacrée à la SRMNA et à la nutrition au cours des prochaines décennies pour répondre aux besoins croissants en services. De plus, alors que l'urbanisation rapide se poursuit en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, il est urgent de se concentrer davantage sur les populations urbaines pauvres dans les initiatives de santé locales et mondiales.

Menaces économiques

La croissance économique a été un facteur essentiel des progrès au niveau national en matière de survie maternelle et infantile à l'ère des OMD, étroitement liée aux améliorations dans un large éventail de déterminants³¹ sanitaires, sociaux et environnementaux. Au niveau des ménages, la pauvreté est l'un des déterminants les plus importants de la mortalité et de la couverture des interventions de santé chez les enfants.^{32,33} Au niveau macro aujourd'hui, les baisses et les ralentissements de la croissance économique contribuent aux pressions fiscales croissantes et menacent les dépenses publiques dans les pays à revenu faible et intermédiaire, y compris les dépenses de santé. Ces tendances économiques ont été précipitées, entre autres facteurs, par la pandémie de COVID-19, l'escalade de la dette publique et sont encore compliquées par la stagnation des niveaux d'aide extérieure.³⁴

La croissance économique dans les pays à faible revenu a ralenti, passant de 2,3 % par an en 2000-2015 à 0,6 % par an en 2016-2022. De même, la croissance dans les pays à revenu intermédiaire a ralenti d'environ un tiers après 2015, atteignant 2,6 % par an dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 3,2 % par an dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.³⁵ Au niveau mondial, la proportion de personnes vivant dans l'extrême pauvreté a peu changé depuis 2018 (9 % ; annexe pp 8,9).³⁶

Bien que les dépenses de santé des administrations centrales aient augmenté de plus d'un cinquième entre 2020 et 2021, les fonds supplémentaires ont été principalement affectés aux réponses nationales à la COVID-19.³⁷ L'aide extérieure pour la SRMNA était légèrement plus élevée en 2020-2021 que les années précédentes (comme nous le verrons plus loin). La mesure dans laquelle le financement national des programmes de SRMNA a été affecté par la pandémie est moins claire.

L'augmentation des dettes publiques et garanties par l'État à l'étranger est devenue un problème crucial pour les budgets nationaux.³⁴ Par exemple, dans les pays à faible revenu, le service de la dette extérieure publique a coûté 1,5 % du revenu national brut en 2015, mais a grimpé à 3,1 % en 2022 (annexe p 10). Les preuves d'un lien entre l'augmentation croissante pour l'espace fiscal des budgets de santé.

du fardeau de la dette et la diminution des dépenses de santé publique sont encore rares,^{38,39} mais il ne fait aucun doute que les réductions des budgets publics auront finalement un impact négatif sur la santé et d'autres secteurs. Le nombre de pays allouant plus de fonds au service de la dette extérieure qu'à la santé est passé de 33 en 2010 à 54 en 2019.⁴⁰ Une projection a montré que 59 (47%) des 125 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure devraient réduire leurs budgets de santé d'ici 2024.⁴¹

L'Afrique subsaharienne est la région économiquement la plus vulnérable. L'extrême pauvreté a touché 36,7 % de la population totale de la région en 2019 (année de la dernière estimation régionale de la Banque mondiale³⁶), ce qui rend l'extrême pauvreté beaucoup plus fréquente ici que dans toute autre région du monde. La croissance économique a ralenti, passant de 2,1 % par an en 2000-2015 à un taux de croissance négatif de -0,4 % par an en 2016-2022. L'augmentation de la dette extérieure publique menace les dépenses de santé et sociales. 25 (58 %) des 43 pays disposant de données en Afrique subsaharienne ont dépensé plus pour le service de la dette extérieure publique que pour la santé en 2021, une augmentation par rapport à 12 (28 %) pays en 2010.^{42,43} Les budgets de santé sont menacés dans de nombreux pays, comme en témoigne une réduction de 17 % du budget de santé au Ghana pour la période 2023-26.⁴⁴

Les menaces économiques constituent une préoccupation majeure pour la SRMNA et la nutrition, en particulier la crise de la dette. Un dilemme budgétaire coïncide avec un moment précaire pour les gouvernements. D'une part, tous les pays sont censés accepter des responsabilités supplémentaires en matière de sécurité sanitaire mondiale et d'atténuation du changement climatique. Pourtant, en même temps, le service de la dette implique généralement des mesures d'austérité, souvent prescrites par le Fonds Monétaire International, qui affectent les dépenses publiques générales, mais sont jugées inadéquates pour protéger les soins de santé, l'éducation et la protection.^{45,46} En conséquence, les gouvernements sont confrontés à des menaces

Progrès dans l'éducation

L'éducation joue un rôle crucial dans la survie et la santé des femmes, des enfants et des adolescents, tant directement qu'en association avec d'autres déterminants, tels que le statut économique.⁴⁷⁻⁵² Il existe des corrélations significatives entre l'éducation des parents et la survie des enfants.⁵³

Les taux d'achèvement du cycle primaire et du cycle secondaire supérieur ont augmenté entre 2010 et 2015 et ont continué à augmenter depuis 2015, quoiqu'à un rythme plus lent, selon les estimations mondiales basées sur des enquêtes et des recensements (annexe pp 11, 12).⁵⁴ En 2022, cependant, les pays à faible revenu n'avaient encore que 59 % de taux d'achèvement pour le cycle primaire et 19 % pour le cycle secondaire supérieur. La pandémie de COVID-19 semble avoir eu peu d'effet sur ces estimations mondiales, même si des enquêtes ont montré des effets négatifs sur l'éducation dans plusieurs pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, qui touchent de manière disproportionnée les enfants plus pauvres⁵⁵ et ont des conséquences négatives à long terme sur l'apprentissage.⁵⁶

En Afrique subsaharienne, les taux de scolarisation étaient beaucoup plus faibles que dans toutes les autres régions et les augmentations ont été lentes. Les taux d'achèvement du secondaire supérieur étaient de 28 % en 2022, avec des différences mineures entre les filles (26 %) et les garçons (29 %). Les progrès régionaux ont été lents, avec un taux de changement annuel moyen de 1,5 % par an de 2016 à 2022, comparable à celui des 5 dernières années de la période des OMD (1,3 %).

La parité entre les sexes dans l'achèvement de l'enseignement primaire a été atteinte dans les trois groupes de pays classés selon leur revenu à partir de 2015. L'écart entre les sexes dans l'achèvement de l'enseignement secondaire a diminué régulièrement, les ratios filles/garçons passant de 69 en 2010 à 78 en 2015 et 90 en 2022. Les pays à faible revenu ont atteint une quasi-parité dans l'achèvement de l'enseignement secondaire (ratio filles/garçons de 99) en 2022, tandis que les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ont accusé un retard chez les garçons (ratio filles/garçons de 118). Les progrès en Asie du Sud — la région qui présentait les plus grands écarts entre les sexes en matière d'éducation en 2010 — ont été remarquables : le ratio filles/garçons pour l'enseignement secondaire est passé de 79 en 2010 à 87 en 2015 et 95 en 2022.

Les améliorations continues des niveaux d'éducation et les changements majeurs dans la prévalence par rapport à la parité entre les sexes avant 2015 sont encourageants, mais le rythme d'augmentation est lent en Afrique subsaharienne. La disponibilité des données sur la qualité de l'éducation est moins complète que pour les taux d'achèvement. Cependant, d'autres évaluations ont montré des lacunes majeures dans la qualité de l'éducation, aggravées par les pertes d'apprentissage liées au COVID-19.⁵⁵

Inégalités entre les sexes

L'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes sont des éléments essentiels des ODD. Les filles et les femmes rencontrent de nombreux obstacles sociaux, économiques et culturels qui affectent leur santé et leur bien-être et ont des effets intergénérationnels. Les indicateurs au niveau de la population, tels que l'éducation des femmes, la participation politique des femmes et la participation des femmes au marché du travail, sont positivement associés à la survie des enfants.⁵⁷⁻⁵⁹ De même, au niveau individuel, l'augmentation de l'autonomie des femmes et de l'indépendance sociale sont de solides prédicteurs de la survie des enfants, de la croissance et de la couverture des interventions de santé.^{57,60-60}

Les indices et indicateurs mondiaux de genre - par exemple, la violence conjugale, les mutilations génitales féminines (MGF), le mariage des enfants, les inégalités de revenus ou les écarts de rémunération entre les sexes,⁶⁴ et la propriété de téléphones mobiles^{65,66} - offrent des informations sur les progrès vers l'égalité des sexes. Ces approches analytiques sont utiles pour suivre les tendances générales, mais elles ont des limites en termes d'identification des moteurs structurels des inégalités, y compris les relations de pouvoir entre les sexes et l'intersectionnalité entre le sexe, la race et l'ethnicité, et le statut socio-économique.⁶⁷

Divers indices mondiaux qui suivent les progrès au niveau des pays⁶⁸⁻⁷² fournissent des preuves de disparités de genre importantes et de progrès lents depuis 2015, avec de grandes différences entre les pays et les PFR touchés de manière disproportionnée. Une mesure de l'autonomisation basée sur des enquêtes et basée sur trois domaines de l'autonomisation des femmes (c'est-à-dire l'attitude face à la violence domestique, l'indépendance sociale et la prise de décision)⁶³ a montré que les progrès de ces dernières années ont ralenti par rapport à 2000-15 (annexe pp 12,13).

Il existe de plus en plus de preuves que l'agenda des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, y compris la santé et les droits sexuels et reproductifs, est en train de stagner ou de reculer en raison de la polarisation politique et sociale dans un nombre croissant de pays.⁷³

La violence à l'égard des femmes est une violation majeure des droits de l'homme et prend de nombreuses formes, allant du viol, de la traite, des crimes d'honneur, des mutilations génitales féminines, des mariages forcés ou précoces, et de la violence physique, sexuelle ou émotionnelle au sein du couple.⁷⁴ Les estimations mondiales de la prévalence de la violence physique et sexuelle au sein du couple au cours des 12 derniers mois chez les femmes âgées de 15 à 49 ans suggèrent une légère baisse, passant de 16 % en 2000 à 13 % en 2018. La violence au sein du couple était plus fréquente en Afrique subsaharienne (20 %) et en Asie du Sud (19 %) que dans la plupart des autres régions du monde.⁷⁵ Malgré les préoccupations majeures concernant l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la violence au sein du couple, une revue systématique et une méta-analyse n'ont pas révélé de changement significatif de la prévalence par rapport aux estimations mondiales de la prévalence pré-pandémique.⁷⁶

Les MGF sont une procédure nocive non médicalement indiquée qui a de multiples conséquences physiques et mentales.⁷⁷ Les ODD appellent à mettre fin à cette pratique à l'horizon 2030. Il n'y a pas d'estimations récentes comparables sur les tendances d'incidence et de prévalence des MGF.⁷⁸ Sur la base d'enquêtes nationales auprès des ménages réalisées entre 2011 et 2021 dans 14 pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence regroupée chez les filles âgées de 0 à 14 ans dans 14 pays était de 22,9 %, allant de 1,2 % au Bénin à 68,5 % au Mali.⁷⁹ Il existe des preuves que les MGF sont en baisse chez les jeunes filles et les femmes (âgées de 15 à 49 ans).⁸⁰ Cependant, les raisons de cette baisse ne sont pas claires étant donné l'hétérogénéité de la pratique entre les pays et à l'intérieur des pays et l'interaction complexe des changements éducatifs, des politiques en matière de MGF et d'autres facteurs. L'objectif d'élimination à l'horizon 2030 est encore lointain pour de nombreux pays.

La législation qui confère des droits égaux en matière de mariage est cruciale pour la santé et la sécurité financière des femmes, avec des effets d'entraînement sur leurs enfants. Une enquête mondiale de 2024 menée auprès de 190 pays répondants a montré que la législation sur le mariage de 85 (45 %) pays limitait les droits matrimoniaux des femmes et que 139 (73 %) pays ne disposaient pas d'une législation adéquate pour lutter contre le mariage des enfants, qui comprend des limites d'âge minimales légales et d'autres questions concernant les exceptions, les pénalités et les autorisations d'annulation des mariages d'enfants.^{64,81} Une législation protectrice peut réduire la prévalence du mariage des enfants et de la fécondité des adolescentes.⁸² Le mariage des enfants et les grossesses précoces sont étroitement liés, ce qui expose les mères et les enfants à un risque accru de nombreux résultats obstétricaux négatifs.^{83,84}

Bien que le mariage des enfants continue de diminuer, les progrès restent lents et insuffisants pour atteindre l'objectif d'élimination des ODD. Le pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées avant l'âge de 18 ans est passé de 23 % en 2012 à 19 % en 2022 dans les PFR, en raison d'une baisse notable en Asie du Sud. L'Afrique subsaharienne a maintenant la prévalence la plus élevée, avec une fille sur trois qui se marie avant leur 18e anniversaire.^{85,86} Des variations importantes existent entre et au sein des pays de la région, la plupart des pays ayant une prévalence relativement élevée en Afrique de l'ouest et centrale. Le mariage des filles de moins de 15 ans a également diminué, mais il était encore d'au moins 10 % dans 12 (32 %) des

37 pays d'Afrique subsaharienne qui ont mené des enquêtes nationales en 2015 ou après. En résumé, de grandes inégalités entre les sexes persistent et les progrès vers l'équité semblent avoir ralenti depuis 2015 selon plusieurs mesures.

Conflit armé

Les conflits armés entre États et au sein des États infligent de profondes souffrances aux femmes, aux enfants et aux adolescents, affectant la mortalité, la morbidité et la santé mentale. Les impacts proviennent de l'exposition directe à la violence et des conséquences indirectes associées au déplacement forcé et aux perturbations des services essentiels, tels que l'approvisionnement alimentaire, les soins de santé, l'éducation, la protection sociale et les infrastructures d'eau et d'assainissement.^{87,88} Les pays en situation de conflit ont des indicateurs d'état nutritionnel plus faibles, une couverture des services de santé essentiels plus faible et des inégalités de santé plus importantes par rapport aux pays non en conflit.⁸⁹⁻⁹¹ Des analyses de la mortalité excédentaire associée à la vie à proximité de zones de conflit ont montré des augmentations de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.^{87,92}

Les tendances mondiales des conflits sont extrêmement inquiétantes. Les données d'Uppsala Conflict Data Program comparent les moyennes annuelles pour 2000-15 et 2016-22 et révèlent des augmentations significatives du nombre d'événements liés aux conflits (de 113 à 170), du nombre de pays avec des événements liés aux conflits (de 42 à 52) et du nombre de décès liés aux combats (d'environ 59 000 à 117 000 ; annexe p 13).^{93,94}

Alors que la fréquence et la durée des conflits armés ont augmenté, le nombre de femmes et d'enfants vivant dangereusement près des zones touchées par les conflits (c'est-à-dire dans un rayon de 50 km) a également augmenté. En 2015, on estimait que 253 millions de femmes (14 % des femmes dans le monde) et 410 millions d'enfants de moins de 18 ans (17 % des enfants dans le monde) vivaient près des zones touchées par les conflits. Ces chiffres étaient considérablement plus élevés en 2022, avec 327 millions de

femmes (17 %) et 507 millions d'enfants (20 %) directement exposés aux conflits dans le monde (annexe pp 13,14). Le nombre de personnes déplacées de force en raison de conflits - y compris les réfugiés, les personnes déplacées internes et les demandeurs d'asile - a presque doublé, passant de 60 millions en 2015 à 110 millions à la mi-2023, ce qui représente 1,3 % de la population mondiale.^{95,96} La figure 3 présente une carte mondiale avec le nombre de personnes déplacées par pays d'origine en 2023, ainsi que la localisation des événements qui ont été associés à au moins 25 décès liés aux combats en un an au cours de la période 2016-2022 (annexe p 14). Près des trois quarts des personnes déracinées par les conflits sont des femmes et des enfants de moins de 18 ans. Sur la base d'un examen des données mondiales sur le nombre total de personnes déplacées et des données disponibles sur la répartition par âge et par sexe pour un sous-ensemble de personnes déplacées (annexe p 14), on estime qu'en 2022, 29 % des personnes déplacées de force étaient des femmes (âgées de 18 ans et plus) et 45 % étaient des enfants (âgés de 0 à 17 ans). Le nombre de femmes et d'enfants déracinés par les conflits est passé de 45 millions en 2015-2022 à 76,3 millions, dont 46,6 millions d'enfants (1,9 % de tous les enfants dans le monde), en 2022 (figure 4). Le déplacement forcé souvent les gens à vivre dans la surpopulation et l'insalubrité, ce qui exacerbe les risques de maladies infectieuses, de malnutrition aiguë et chronique, de problèmes de santé mentale et de violence sexuelle.⁸⁷ Le manque d'accès aux soins de santé en raison de la rareté ou de l'absence de services de qualité, de la discrimination et de l'insécurité augmente encore les risques pour la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents.

En règle générale, ces risques ne peuvent être réduits que par une forte réponse humanitaire visant à fournir des services de santé essentiels aux femmes, aux enfants et aux adolescents.^{97,98}

Le conflit armé est un problème majeur en Afrique subsaharienne. En 2022, 22 (45 %) des 49 pays d'Afrique subsaharienne ont connu un conflit armé, contre 10 (20 %) pays en 2015. En 2022, sept pays ont connu des conflits graves, définis comme au moins 1 000 décès liés aux

Pour en savoir plus sur Uppsala Conflict Data Program voir <https://ucdp>.

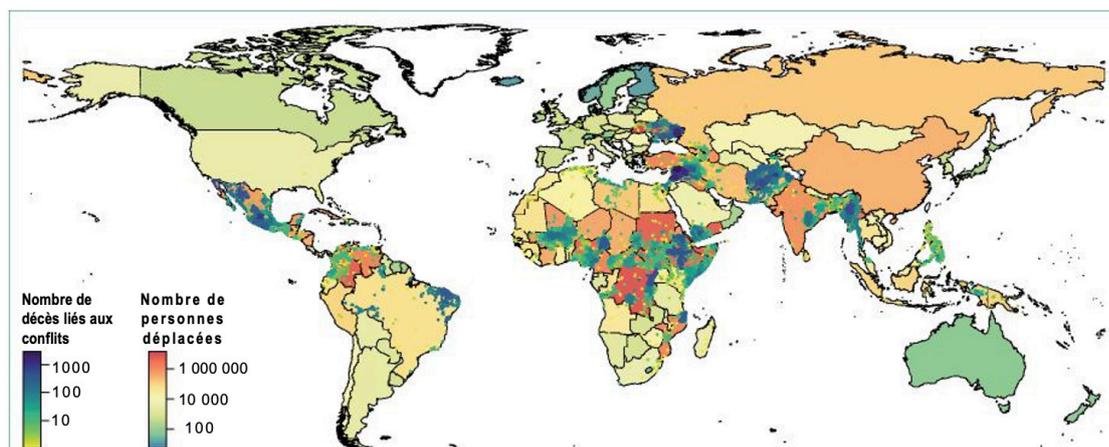


Figure 3 : Nombre de personnes déplacées par pays d'origine ces dernières années (pays ombragés), et la localisation des événements (points) qui ont été associés avec au moins des décès de bataille en une année 2016-22

Données fournies par Uppsala Conflict Data Program,⁹³ le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Réfugiés,⁹⁵ et International Displacement Monitoring Center⁹⁶

combats, notamment la République démocratique du Congo, le Mali, le Burkina Faso et le Nigéria en Afrique de l'ouest et centrale, ainsi que l'Éthiopie, la Somalie et le Soudan dans la Corne de l'Afrique. À la fin de 2022, l'Afrique subsaharienne représentait 29 % des réfugiés mondiaux et 45 % des personnes déplacées internes dans le monde. Les décès signalés dus à la violence ne sont qu'indicatifs du bilan global pour les femmes, les enfants et les adolescents, car les conséquences indirectes des conflits armés, telles que les handicaps physiques et les problèmes de santé mentale, sont plus difficiles à quantifier et ne sont généralement pas mesurées.⁹⁹

La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord a connu son pic de mortalité liée aux combats en 2012-2018 en raison de la guerre civile syrienne. Le nombre de décès a de nouveau augmenté à partir d'octobre 2023, après l'éclatement du conflit à Gaza. Début 2024, plus de 30 000 décès ont été signalés par le ministère de la Santé de Gaza.^{100,101} Les civils constituaient la majorité de ces décès, principalement dus à la violence, et plus de la moitié étaient des femmes, des enfants et des adolescents. En résumé, les tendances mondiales révèlent une escalade des événements liés aux conflits, avec une augmentation significative des décès liés aux combats. Les conflits armés ont des effets désastreux et disproportionnés sur les femmes, les enfants et les adolescents, se manifestant par une augmentation de la mortalité, de la morbidité et des problèmes de santé mentale.^{102,103}

Insécurité alimentaire et environnements alimentaires malsains

La nutrition est un facteur essentiel de la survie des enfants, de la santé des femmes et des adolescentes, de la résistance aux infections, ainsi que de la croissance et du développement. La nutrition est particulièrement cruciale pendant les 1000 premiers jours de la vie d'une personne : de la conception à son deuxième anniversaire.^{104,105} L'insécurité alimentaire des ménages est un déterminant majeur de la malnutrition.

Selon les estimations des Nations Unies,¹⁰⁶ l'insécurité alimentaire sévère a progressivement augmenté dans les PFR, passant de 21,3 % de la population touchée en 2014-2016 à 25,7 % en 2021-2023, la plus forte augmentation ayant eu lieu de 2019 à 2020 (annexe p. 15). Une tendance à la hausse similaire a été observée dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure : passant de 12,0 % en 2014-2016 à 17,6 % en 2021-2023.

L'Afrique subsaharienne a été la région la plus touchée, l'insécurité alimentaire sévère passant de 19,0 % de la population régionale en 2014 à 23,8 % en 2022.¹⁰⁷ En Asie du Sud, la deuxième région la plus touchée, l'insécurité alimentaire sévère est passée de 13,1 % en 2014-2016 à 19,4 % en 2021-2023.

La hausse des niveaux d'insécurité alimentaire a été attribuée à de multiples chocs qui se chevauchent, notamment la pandémie de COVID-19, la volatilité économique, les catastrophes liées au climat et, plus important encore, les conflits armés.¹⁰⁸⁻¹¹² En 2023, sur les sept pays comptant plus de 10 % de la population confrontée aux phases les plus graves d'insécurité alimentaire aiguë - Palestine (bande de Gaza), Soudan du Sud, Haïti, Afghanistan, République centrafricaine, Somalie et Soudan - tous étaient des pays fragiles ou en conflit.¹¹³ La pandémie a eu des effets négatifs sur la sécurité alimentaire en raison de perturbations des marchés alimentaires et des revenus des ménages,

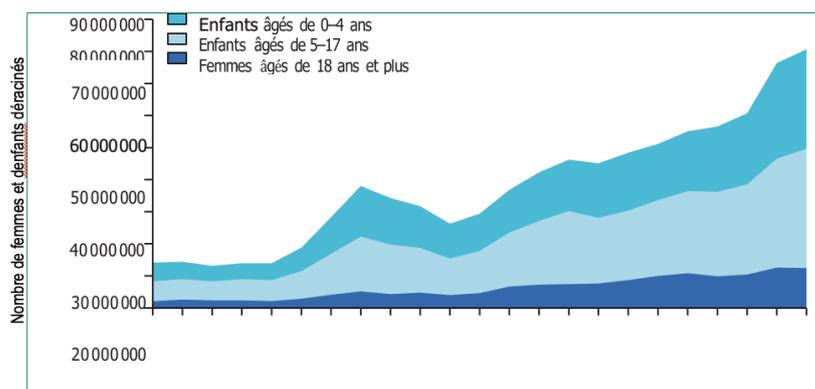


Figure 4: Nombre estimé d'enfants et de femmes déplacés en raison d'un conflit en 2001-23
Données fournies par le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies⁹⁵ et International Displacement Monitoring Center.⁹⁶

les ménages vulnérables étant les plus touchés.^{114,16} Au niveau mondial, de 2015 à 2020, les prix des denrées alimentaires étaient inférieurs à ceux des cinq années précédentes, mais ils ont grimpé en flèche en 2021 et 2022.¹¹⁷ On a observé une baisse progressive en 2023, mais les prix des denrées alimentaires étaient encore 20 % plus élevés qu'au cours de la période 2014-2016.

Les environnements alimentaires connaissent des transitions rapides, les ménages ruraux d'Afrique et d'Asie devenant de plus en plus dépendants des marchés plutôt que de la production alimentaire au niveau des ménages.¹⁰⁶ La dépendance croissante aux marchés peut modifier considérablement l'apport alimentaire et entraîner une augmentation de la consommation d'aliments riches en énergie et ultra-transformés, qui sont relativement plus abordables que les aliments nutritifs.^{118,119} La consommation d'aliments ultra-transformés - qui contiennent des sucres, des huiles et des graisses ajoutés, du sel et d'autres additifs - est associée à l'obésité et aux maladies non transmissibles liées à l'alimentation chez les adultes, ainsi qu'à un apport insuffisant en micronutriments chez les enfants.¹²⁰ En 2022, le coût d'un régime alimentaire sain était hors de portée pour 72 % des personnes dans les PFR, 53 % des personnes dans les pays à revenu intermédiaire inférieur et 22 % des personnes dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.¹⁰⁶ Le manque d'abordabilité d'une alimentation diversifiée, combiné aux pratiques de marketing commercial prédatrices, expose les femmes, les enfants et les adolescents à un risque accru de multiples formes de malnutrition et de maladies liées à l'alimentation.

Changement climatique

Le lien entre la santé et le changement climatique est de plus en plus reconnu, comme le souligne une déclaration sur le climat et la santé signée par plus de 120 pays lors de la 28e Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques en novembre 2023, aux Émirats Arabes Unis.¹²¹ Les données sur les risques et les tendances d'exposition indiquent que les jeunes d'aujourd'hui et les générations futures porteront le fardeau le plus lourd. Même avec des mesures audacieuses, les engagements actuels impliquent que les risques pour la santé, directs et indirects, du changement climatique augmenteront

Pour en savoir plus sur la Convention-cadre des NU sur les changements climatiques voir [https:// unfccc.int/ cop28](https://unfccc.int/cop28)

Pour en savoir plus sur Children in All Policies 2030 voir <https://cap-2030.org>

rapidement à l'avenir.¹²² Les femmes et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables aux impacts des changements environnementaux liés au climat, notamment les chaleurs extrêmes, la pollution atmosphérique et l'augmentation des populations de vecteurs, en raison de divers facteurs biologiques et comportementaux.^{123,129-91}

Le changement climatique exacerbe la fréquence et l'intensité des phénomènes météorologiques extrêmes et des événements liés au climat, tels que les vagues de chaleur, les inondations, les tempêtes violentes et les incendies de forêt, qui présentent tous des dangers mortels, en particulier pour les jeunes enfants qui dépendent des autres pour les protéger.^{126,130} Le changement climatique menace également indirectement la vie des enfants. Les sécheresses plus fréquentes et plus graves mettent en péril la sécurité alimentaire, la sécurité de l'eau et l'assainissement.^{126,130} Les conditions météorologiques changeantes modifient également l'aptitude environnementale de nombreux agents pathogènes infectieux auxquels les enfants sont les plus vulnérables. Ces changements comprennent l'expansion du potentiel de transmission du paludisme et de la dengue, ainsi que des agents pathogènes gastro-intestinaux.¹³⁰

Les impacts du changement climatique augmentent le risque de déplacement ou de migration forcée, ce qui, s'il n'est pas géré de manière adéquate, peut avoir des impacts profonds sur le bien-être physique et mental des enfants et des adolescents.^{131,132}

Les aléas climatiques peuvent également affecter la santé par leurs répercussions macroéconomiques, menaçant les gouvernements et les ressources internationales pour les services de santé essentiels aux femmes, aux enfants et aux adolescents.¹³⁰ Les impacts multidimensionnels du changement climatique sur la santé s'additionnent souvent et interagissent dans des contextes environnementaux, socioéconomiques et épidémiologiques, sapant ainsi les fondements de la santé et du bien-être des enfants. Les communautés les plus vulnérables étant les plus touchées, le changement climatique est susceptible d'exacerber les inégalités existantes.

Bien que le changement climatique affecte la santé des enfants, des adolescents et des femmes partout dans le monde, l'Afrique subsaharienne a été identifiée comme l'une des régions les plus vulnérables en raison de sa sensibilité au climat et de sa capacité limitée à s'adapter aux chocs climatiques. La plupart des économies et des ménages d'Afrique subsaharienne dépendent fortement de la production agricole pluviale, et les sécheresses et les températures dangereuses pour la santé sont plus fréquentes que dans d'autres régions.^{122,133,134} La saison de transmission et la portée géographique en expansion des vecteurs de maladies ont augmenté l'incidence des maladies à transmission vectorielle. Les investissements visant à accroître la résilience des pays face aux conséquences du changement climatique en Afrique subsaharienne ont été faibles par rapport à la plupart des autres régions du monde.

En résumé, le changement climatique représente de graves menaces directes et indirectes pour la santé des femmes et des enfants, avec des risques croissants d'événements météorologiques extrêmes qui peuvent détruire les infrastructures, perturber les services, provoquer l'insécurité alimentaire et modifier les schémas de transmission des maladies. À ce jour, les impacts du changement climatique sur la survie et la santé des enfants 5 sont encore limités, mais les conséquences d'une accélération supplémentaire du changement climatique sont inquiétantes. Les enfants doivent être au centre de toutes les politiques climatiques.¹³⁵, en conformité avec

l'appel à l'action des organismes des Nations Unies et de leurs partenaires dans le cadre de l'initiative Children in All Policies 2030.¹³⁶

Pandémie et autres crises sanitaires urgentes

La pandémie de COVID-19 a eu un impact majeur sur la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents. Même si les scénarios les plus pessimistes concernant la mortalité maternelle et infantile ne se sont pas matérialisés,¹³⁷ il y a eu de multiples effets négatifs.^{138,139} Le ralentissement économique mondial, les perturbations des services essentiels de SRMNIA et de nutrition, les augmentations de l'insécurité alimentaire et les fermetures prolongées des écoles ont été parmi les nombreux développements liés à la pandémie qui ont affecté la SRMNIA et la nutrition, comme décrit dans les sections précédentes.

Malgré des défis formidables, la couverture de la plupart des services de SRMNIA dans la plupart des pays a rapidement rebondi.¹⁴⁰ Cependant, la couverture de la vaccination est restée un sujet de préoccupation, avec des perturbations majeures observées et des preuves rares d'un rattrapage.^{141,142}

Il convient de souligner certains aspects plus optimistes. La pandémie a catalysé des changements positifs, tels que l'adoption de solutions de santé numérique et d'autres innovations en matière de prestation de services, qui devraient contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience des services de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents. De plus, la COVID-19 a mis en évidence l'importance de la collaboration mondiale pour faire face aux problèmes de sécurité sanitaire et pour construire des systèmes de santé résilients, ce qui devrait se traduire par un investissement accru dans les efforts de préparation et de réponse aux pandémies, y compris la sauvegarde des services essentiels de SRMNIA et de nutrition pendant les urgences sanitaires.

Conclusion

Les progrès en vue de l'atteinte des objectifs de santé et de développement mondiaux de 2030 sont confrontés à des défis importants. La croissance économique est en difficulté, en particulier dans les PFR, et le service de la dette est devenu un problème majeur pour un plus grand nombre de pays, dépassant les budgets de santé. L'éducation progresse, mais beaucoup plus lentement qu'au cours de la période des OMD. Les inégalités entre les sexes restent importantes, et les progrès sont fragmentaires et inégaux. Il y a plus de conflits armés, plus de femmes, d'enfants et d'adolescents vivant à proximité de conflits, et plus de femmes, d'enfants et d'adolescents déplacés que jamais auparavant. La prévalence de l'insécurité alimentaire augmente dans plusieurs régions. Les preuves s'accumulent sur la façon dont le changement climatique représente une grave menace pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, avec des risques croissants d'événements météorologiques extrêmes, d'insécurité alimentaire et de modifications des schémas de transmission des maladies. La pandémie de COVID-19 a perturbé de nombreux développements positifs et bon nombre de ses effets négatifs persistent.

Peu de ces obstacles aux progrès sont nouveaux. De nombreux pays ont pu réaliser des progrès importants au cours de la période des OMD malgré de multiples défis, tels que l'épidémie mondiale de sida (en particulier en Afrique subsaharienne),

les crises économiques (par exemple, la crise financière mondiale de 2008 et 2009), les conflits armés (par exemple, la Syrie, la République Démocratique du Congo) et les inégalités profondes en matière d'accès et d'opportunités. Des progrès ont été réalisés en donnant la priorité à la SRMNIA et à la nutrition, ce qui a entraîné une augmentation importante du financement de ces sujets.

L'Afrique subsaharienne, où plus de la moitié de la population a moins de 20 ans, est confrontée aux défis les plus importants sur presque tous les fronts. Les menaces économiques, les conflits armés, l'insécurité alimentaire, les niveaux élevés de pauvreté et les faibles niveaux de développement socio-économique sont disproportionnellement concentrés en Afrique subsaharienne, en particulier en Afrique de l'ouest et du centre, une région déjà accablée par des systèmes de santé faibles.

Section 2 : mortalité, cause de décès, et état nutritionnel

Mortalité

Le rapport 2023 du Groupe Inter agences des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile était sans équivoque. Bien que les progrès mondiaux en matière de réduction de la mortalité infantile et adolescente se soient poursuivis, le rythme a ralenti dans la plupart des régions au cours des sept premières années de la période des ODD. Le taux annuel de réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (ci-après dénommée mortalité des moins de 5 ans) et les taux de mortalité néonatale de 2015 à 2022 n'ont été que la moitié environ de celui atteint de 2000 à 2015. Le rapport a révélé que 59 (30 %) des 200 pays et territoires n'étaient pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif des ODD en matière de mortalité des moins de 5 ans (c'est-à-dire 25 pour 1 000 naissances vivantes ou moins) et 64 (32 %) n'étaient pas sur la bonne voie pour atteindre celui du taux de mortalité néonatale (c'est-à-dire 12 pour 1 000 naissances vivantes). Pour la mortalité des moins de 5 ans, cette liste de pays comprend tous les États insulaires sauf quatre des 48 pays d'Afrique subsaharienne. Les taux de mortinaissance montrent une tendance similaire : une baisse depuis 2000, mais un ralentissement depuis 2015, laissant 56 (29 %) des 195 pays et territoires disposant de données disponibles hors-piste pour atteindre l'objectif du Plan d'action pour chaque nouveau-né de 12 décès pour 1 000 naissances totales d'ici 2030.¹⁴³

Les estimations des Nations Unies du ratio de mortalité maternelle (c'est-à-dire le nombre de décès maternels pendant une période donnée pour 100 000 naissances vivantes ; RMM) ont indiqué peu de progrès en 2015-20, contrairement à un taux annuel de réduction de 2,7 % par an au cours de la période des OMD. Les baisses régionales ont stagné ou ralenti considérablement. Le RMM mondial était de 223 pour 100 000 naissances vivantes, loin de l'objectif mondial de 70 d'ici 2030.¹⁶

Ce rapport analyse les dernières estimations de mortalité des Nations Unies²⁰ pour évaluer la mortalité de manière intégrée de 28 semaines de gestation à 20 ans, désignée ici comme les taux de mortalité avant l'âge de 20 ans. Cette approche reconnaît l'importance des deux premières décennies de la vie pour la formation du capital humain, qui prend naissance avant la conception et se forme par des facteurs intergénérationnels et des processus biologiques, environnementaux et comportementaux interactifs.¹⁴⁴⁻⁴⁶ Dans cette tranche d'âge, des groupes d'âge spécifiques ont également été analysés.

Les analyses comparent 2016-22, la première moitié de la période des ODD, à 2000-2015, la période complète des OMD, en mettant l'accent sur trois groupes de revenus des pays et trois régions à forte mortalité (c'est-à-dire l'Afrique orientale et australe, l'Afrique de l'ouest et du centre et l'Asie du sud).

Taux de mortalité des enfants et adolescents en 2022

Les taux de mortalité avant l'âge de 20 ans en 2022 sont restés élevés et inéquitables selon le groupe de revenu classé selon le pays et la région. Le taux de mortalité en 2022 était de 107,0 pour 1 000 naissances totales (intervalle d'incertitude [UI] 90 % 101,0-120,6) dans les PFR, de 70,3 pour 1 000 naissances totales (66,1-77,4) dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et de 25,1 pour 1 000 naissances totales (24,1-26,9) dans les 20 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Le taux était donc plus de 4 fois plus élevé dans les PFR et près de 3 fois plus élevé dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, par rapport aux pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (annexe pp 17, 18).

Le taux de mortalité des personnes âgées de moins de 20 ans était le plus élevé dans 25 l'Afrique de l'ouest et du centre (134,6 pour 1 000 naissances totales [UI 121,6-156,9]), suivi de l'Afrique orientale et australe (86,9 décès pour 1 000 naissances totales [82,5-98,3]) et de l'Asie du Sud (59,9 décès pour 1 000 naissances totales [56,0-64,8]). 6 597 341 (82,4 %) des 8 008 200 décès avant 20 ans se produisent dans ces trois régions. Les taux de mortalité dans toutes les autres régions étaient inférieurs à 40 pour 1 000 naissances totales (annexe p 19).

La répartition de décès avant l'âge de 20 ans variait par région (figure 5), annexe 20-22). La différence la plus notable dans les répartitions par âge est le pourcentage élevé de décès survenant entre 1-59 mois en Afrique de l'ouest et du centre (43,4 %), suivie de l'Afrique orientale et australe (32,0 %). Une deuxième observation concerne la mortalité en période périnatale et néonatale tardive : les mortinaissances et les décès néonataux représentent 64,2 % de tous les décès de moins de 20 ans dans la région de l'Asie du sud et 58,9 % dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord.

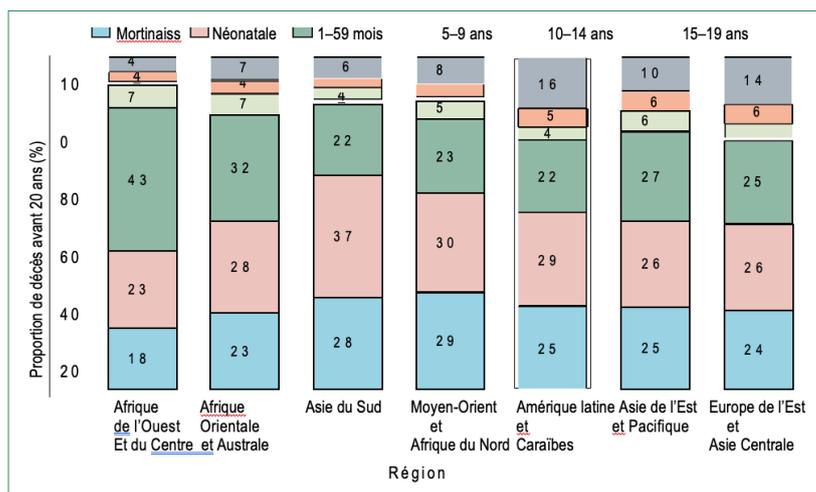


Figure 5: Répartition des décès avant l'âge de 20 ans par région

Données basées sur les estimations du Groupe Inter agences des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile 2022.20 Régions classées selon un taux de mortalité décroissant

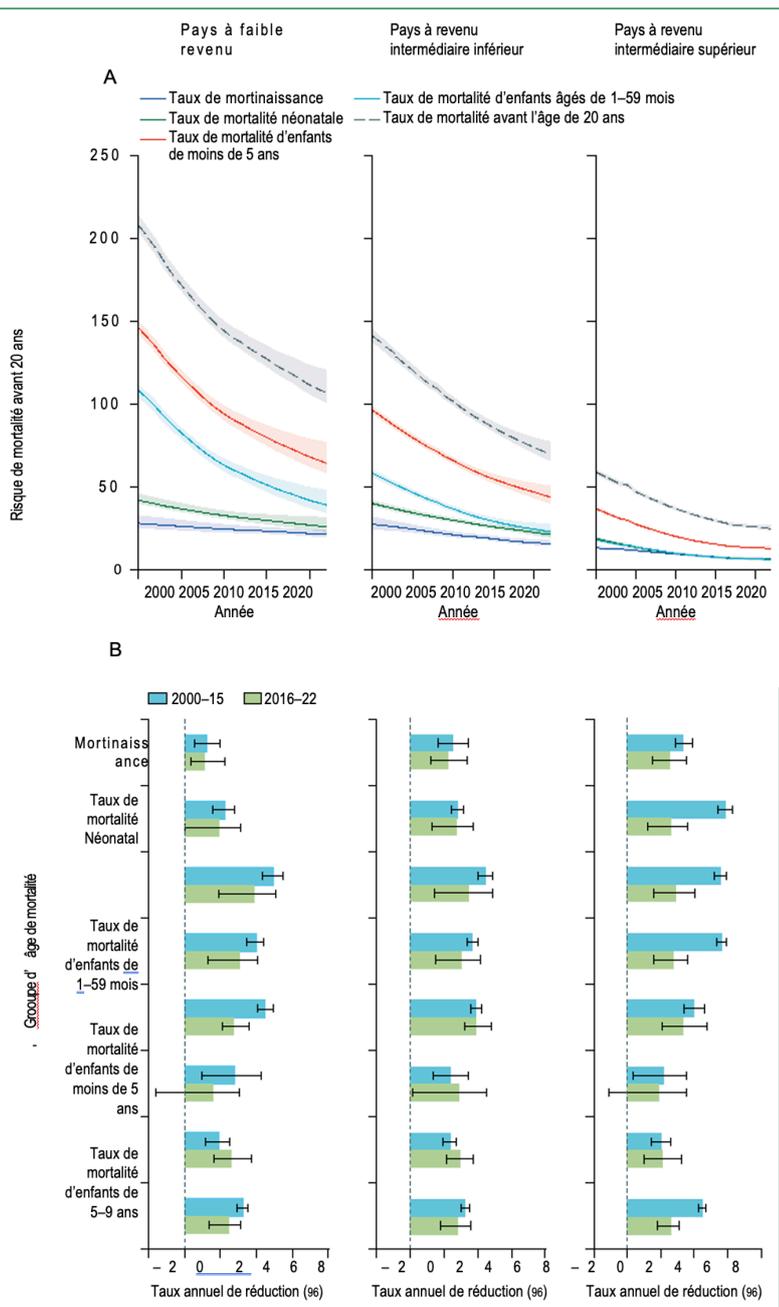


Figure 6: Tendances (A) et taux annuel de réduction (B) de la mortalité avant l'âge de 20 ans dans les pays à faible revenu, les pays à revenu intermédiaire inférieur, les pays à revenu intermédiaire supérieur en 2000-22. Les données sont présentées avec 90% d'intervalles d'incertitude ombragés (A) et barres de données (B). La mortalité avant l'âge de 20 ans fait référence à la mortalité entre 28 semaines de gestation et l'âge de 20 ans. Données basées sur les estimations du Groupe Inter agences des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile 2022.²⁰

Tendances de la mortalité infantile et adolescente

La mortalité avant l'âge de 20 ans a continué à baisser de 2000 à 2022. Le rythme de la baisse, mesuré par le taux annuel de réduction de la mortalité, a varié entre les groupes de revenus des pays et les régions.

Le ralentissement mondial de la baisse de la mortalité à partir de 2015, par rapport à la période des OMD, est évident dans toutes les régions et les trois groupes de revenus classés selon les pays, bien que statistiquement significatif uniquement pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. La décélération des progrès s'est produite dans pratiquement tous les groupes d'âge (figure 6). En 2022, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure avaient des taux de mortalité équivalents à ceux des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure plus de deux décennies auparavant. Cet écart est d'une décennie entre les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et les PFR.

Le ralentissement de la baisse de la mortalité au cours de la première moitié de la période des ODD n'a pas affecté toutes les régions de la même manière. La figure 7 montre le taux annuel de réduction des taux de mortalité avant l'âge de 20 ans de 2000 à 2015 et de 2016 à 2022 pour l'Afrique de l'ouest et du centre, l'Afrique orientale et australe et l'Asie du sud (voir l'annexe pp 22-26 pour les autres régions).

Le ralentissement des taux de mortalité globaux avant l'âge de 20 ans était statistiquement significatif en Afrique Orientale et Australe, où le taux annuel de réduction est passé de 4,1 % (UI 3,6-4,3) en 2000-2015 à 2,7 % (1,6-3,3 %) en 2016-2022. La décélération a été motivée par un ralentissement significatif du rythme de la baisse de la mortalité chez les enfants âgés de 1 à 59 mois (le taux annuel de réduction est passé de 6,3 % [5,6-6,9] à 4,4 % [2,4-5,5]) et chez les enfants âgés de 5 à 9 ans (5,4 % [5,0-5,9] à 3,2 % [2,7-4,0]). En Afrique de l'ouest et du centre, aucun changement significatif du taux annuel de réduction des taux de mortalité avant l'âge de 20 ans ou pour les groupes d'âge spécifiques n'a été perceptible. En Asie du sud, une légère accélération était apparente, motivée par des accélérations modestes dans pratiquement tous les groupes d'âge.

Si les tendances actuelles persistent, les PFR et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure n'atteindront pas les objectifs de 2030 pour la mortalité néonatale et infantile de moins de 5 ans. Ni l'Afrique de l'ouest et du centre ni l'Afrique Orientale et Australe ne sont sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de développement durable pour les taux de mortalité infantile de moins de 5 ans ou néonatale au rythme actuel de la baisse. L'Asie du Sud, cependant, devrait atteindre un taux de mortalité infantile de moins de 5 ans de 24,6 d'ici 2030, atteignant ainsi l'objectif de développement durable en tant que région, mais ne parviendrait pas à atteindre l'objectif de développement durable pour la mortalité néonatale.

Inégalités au sein des pays en matière de mortalité néonatale et infantile

Les inégalités dans les taux de mortalité néonatale et les taux de mortalité des moins de 5 ans par quintile de richesse et lieu de résidence ont été analysées pour les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure disposant d'enquêtes nationales disponibles pour les périodes 2000-15 et 2016-22. Compte tenu des limites de taille d'échantillon, les taux empiriques pour lesquels le coefficient de variation était supérieur à 30 % ont été exclus. Au total, 45 pays ont été analysés pour les taux de mortalité des moins de 5 ans et 41 pays pour les taux de mortalité néonatale (annexe pp 29-35).

La figure 8 présente les tendances pour les quintiles les plus pauvres et les plus riches, ainsi que pour les zones urbaines et rurales, ajustées à partir d'une régression linéaire à effets mixtes avec un point de rupture en 2015 pour évaluer tout changement de tendance. Globalement, les écarts

dans les taux de mortalité néonatale et des moins de 5 ans entre les pays riches et les pays pauvres, qui se sont réduits de plus d'un tiers au cours de la période des OMD, ont diminué d'un ampleur similaire au cours de la période des ODD, avec une accélération beaucoup plus importante de la baisse de la mortalité dans les pays les plus pauvres que dans les pays les plus riches. Les données de mortalité modélisées par quintile de richesse provenant de la base de données du Groupe Inter agences des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile ont également été consultées et analysées et ont montré des tendances similaires (annexe p 26). Les écarts entre les zones urbaines et rurales se sont également réduits, en particulier pour la mortalité néonatale.

Mortalité maternelle

En 2020, on estimait à 286 000 (99,5 % de tous les décès maternels) les décès maternels dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, soit une baisse par rapport à 445 000 en 2000 et 313 000 en 2015.¹⁶ En 2020 également, le RMM dans les pays à faible revenu était de 429 (Intervalles d'incertitude 379-505) pour 100 000 naissances vivantes et celui des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure était de 255 (223-313) pour 100 000 naissances vivantes. Les deux groupes de revenus sont donc loin de l'objectif mondial des ODD de 70 pour 100 000 naissances vivantes, et le rythme de la baisse a ralenti après 2015 pour les deux groupes (annexe p 27).

À l'échelle régionale, ni l'Afrique orientale et australe ni l'Afrique de l'ouest et du centre n'ont montré de signes de décélération, bien que le RMM ait diminué à un rythme beaucoup plus lent en Afrique occidentale et centrale depuis 2000. Au cours de la période des OMD, le RMM en Afrique de l'ouest et du centre a diminué à un taux annuel de réduction de 4 %, mais seulement à un taux annuel de réduction de 1,1 % en Afrique occidentale et centrale. Le RMM a continué à baisser considérablement en Asie du sud avec un taux annuel de réduction de 4,4 % entre 2015 et 2020, soit une légère réduction par rapport à un taux annuel de réduction de 5,9 % entre 2000 et 2015.

La persistance d'une mortalité élevée dans les régions de l'Afrique subsaharienne, ainsi qu'un rythme de baisse relativement lent, a entraîné une concentration accrue des décès maternels dans cette région, qui en 2020 représentait 72 % de tous les décès maternels mondiaux (51 % en Afrique de l'ouest et du centre et 21 % en Afrique orientale et australe ; annexe p 28).

La rareté des données empiriques a entraîné de larges UI pour la mortalité maternelle et, dans une moindre mesure, la mortalité des moins de 20 ans, ce qui entrave l'évaluation des tendances, en particulier pour la période des ODD. La manière dont la rareté des données affecte les analyses des tendances de la mortalité est examinée ailleurs (annexe pp 16, 17).

Cause de décès chez les enfants et les adolescents

L'examen des taux de mortalité spécifiques aux causes au cours des périodes des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et des Objectifs de Développement Durable (ODD) pour tous les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) et les régions offre des perspectives précieuses sur les principales causes de décès qui influencent les progrès en matière de réduction de la mortalité, ainsi que sur les défis à relever pour atteindre les ODD. Les analyses étaient basées sur des estimations à l'échelle mondiale des causes de décès chez les enfants et les adolescents âgés de moins de 20 dans 134 PRFI à partir de 2000-21 (annexe p 36).¹⁴⁸ Il s'agissait de comparer

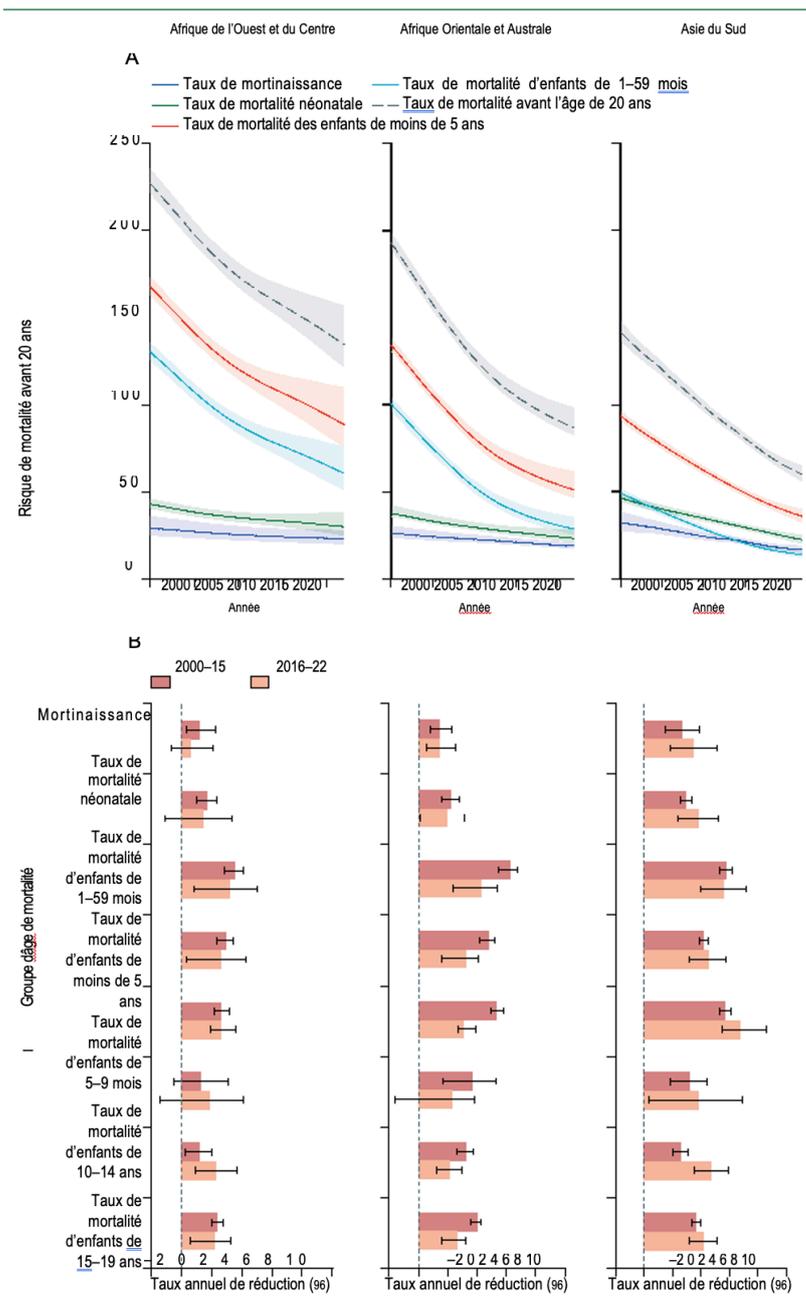


Figure 7: Tendances (A) et taux annuels de réduction (B) de la mortalité avant l'âge de 20 ans en Afrique de l'Ouest et du Centre, Afrique Orientale et Australe, et Asie du Sud en 2000-22
 Les données sont présentées avec 90% d'intervalles d'incertitude ombragés (A) et barres de données (B). La mortalité avant l'âge de 20 ans fait référence à la mortalité entre 28 semaines de gestation et l'âge de 20 ans. Données basées sur les estimations du Groupe Inter agences des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile 2022.²⁰

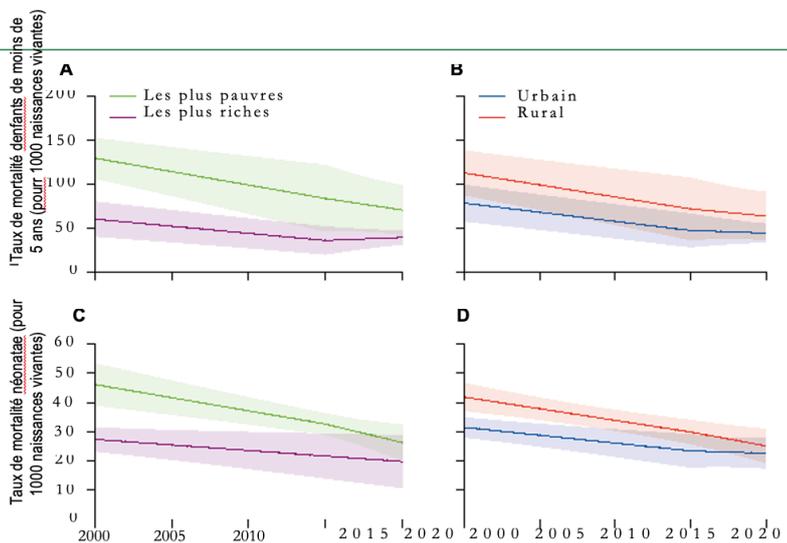


Figure 8: Tendances dans la mortalité néonatale et des enfants de moins de 5 ans par quintiles de richesse et lieu de résidence en 2000-20

(A) Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les quintiles les plus pauvres et les plus riches. (B) Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les zones urbaines et rurales. (C) Les taux de mortalité néonatale dans les quintiles les plus pauvres et les plus riches. (D) Les taux de mortalité néonatale dans les zones urbaines et rurales. Données présentées avec 95% d'IC en ombragé. Données tirées des enquêtes sur les ménages et la base de données sur la mortalité, Countdown and International Center for Equity in Health, l'Université Fédérale de Pelotas, Brésil.¹⁴⁷

Les taux annuels moyens de réduction des taux de mortalité par cause pour les principales causes par âge pour les périodes des OMD et des ODD

La figure 9 présente le taux annuel moyen de réduction pour tous les pays pour les nouveau-nés, les enfants âgés de 1 à 59 mois, les enfants âgés de 5 à 9 ans et les enfants âgés de 10 à 14 ans, le tout pour les personnes de sexe masculin et féminin combinées ; et le taux annuel moyen de réduction pour les personnes âgées de 15 à 19 ans, ventilé par sexe. Les six principales causes de décès dans chaque groupe d'âge sont classées par taux de mortalité. Pour la mortalité néonatale, cinq des six principales causes ont connu un taux annuel moyen de réduction inférieur depuis 2015 par rapport à la période des OMD (c'est-à-dire 2015). Les deux principales causes de décès - la prématurité et l'asphyxie ou les traumatismes à la naissance - ont connu des déclarations importantes, bien que non statistiquement significatives, du rythme du déclin après 2015.

Pour les décès chez les enfants âgés de 1 à 59 mois, les baisses de la mortalité due à des causes spécifiques ont continué à un rythme plus lent pour les infections des voies respiratoires, mais pas pour la diarrhée, qui a continué à décliner à un taux annuel de réduction de plus de 5 % par an au cours de la période des ODD. Il est à noter que le paludisme, la deuxième cause la plus fréquente dans ce groupe d'âge, a connu une forte baisse du taux annuel moyen de réduction, avec une valeur négative au cours de la période des ODD, ce qui reflète une augmentation de la mortalité due au paludisme depuis 2015. Le taux annuel moyen de réduction de la mortalité chez les enfants plus âgés (âgés de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans) et les adolescents (âgés de 15 à 19 ans) a été plus lent que chez les enfants plus jeunes (nouveau-nés et enfants âgés de 1 à 59 mois), mais le rythme de réduction s'est maintenu depuis 2015.

Pour la plupart des six principales causes de décès chez les enfants plus âgés et les adolescents, il y a eu peu ou pas de ralentissement du taux annuel moyen de réduction et, dans certains cas, une augmentation du rythme du déclin de la mortalité pendant la période des ODD par rapport à la période des OMD. Dans les trois régions ciblées par ce rapport - à savoir l'Afrique orientale et australe, l'Afrique occidentale et centrale et l'Asie du Sud - on a constaté des baisses significatives des taux de mortalité néonatale dus aux principales causes pendant la période des OMD, et cet élan s'est poursuivi après 2015 (figure 10). Pour les enfants âgés de 1 à 59 mois, les principales causes de décès variaient selon les régions, de même que les taux de réduction dans les deux périodes. À l'époque des OMD, l'Afrique orientale et australe et l'Afrique de l'ouest et du centre ont connu de fortes réductions de la mortalité, stimulées par les baisses des principales causes de décès - infections respiratoires basses, diarrhée, paludisme et rougeole. Depuis 2015, les réductions de la mortalité continuent d'être stimulées par les baisses des décès dus à chacune de ces maladies infectieuses en Afrique orientale et australe, bien que le rythme du déclin ait ralenti. Pour l'Afrique de l'ouest et du centre, le rythme de réduction n'a ralenti que pour les décès dus au paludisme et à la rougeole.

En Asie du sud, on a également constaté une réduction substantielle des principales causes de décès chez les enfants âgés de 1 à 59 mois au cours de la période des OMD. Le rythme de l'élan du déclin en Asie du Sud s'est maintenu, pour toutes les causes de décès sauf la rougeole, depuis 2015 (annexe 44). En Afrique Orientale et Australe, le taux annuel moyen de réduction a ralenti pour les décès dus à la diarrhée chez les enfants âgés de 5 à 9 ans et a considérablement augmenté pour les décès dus au VIH/SIDA chez les enfants âgés de 10 à 14 ans. L'une des principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 19 ans dans les PFR est l'automutilation : le taux annuel moyen de réduction pour cette cause a augmenté après 2015 en Afrique de l'ouest et du centre, en Asie du sud et en Amérique latine et dans les Caraïbes, et est resté le même dans les autres régions. Pour les trois régions ciblées, le taux annuel moyen de réduction pour la violence interpersonnelle, une autre cause majeure de décès dans la plupart des régions chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans des deux sexes, a augmenté au cours de la période des ODD en Asie du Sud pour les personnes de sexe masculin et féminin. Enfin, les accidents de la route étaient l'une des six principales causes de décès chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans des deux sexes dans les trois régions (annexe pp 45,46).

Les estimations des causes de décès reposent sur des modèles statistiques avancés et présentent de larges IC. Cette faible certitude est due à la rareté de données empiriques de haute qualité sur les causes de décès, en particulier dans les PFR et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.^{149,150} Les données sur les causes de décès au niveau de la population sont moins fréquentes que les données sur la mortalité toutes causes confondues. De plus, la qualité des données sur les causes de décès est très variable, car la norme mondiale, la Classification internationale des maladies, n'est souvent pas entièrement mise en œuvre et parce que de nombreuses données sont obtenues par autopsie verbale, qui est une méthode grossière pour déterminer la cause probable du décès.

État nutritionnel

Enfants âgés de moins de cinq ans

La prévalence du retard de croissance a continué de diminuer à un rythme similaire au cours de la période des ODD et la période des OMD dans les pays à faible revenu, avec un taux de réduction annuel moyen de 1,6 % dans les deux périodes.¹⁵¹ Le taux de diminution de la prévalence du retard de croissance a accéléré dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, passant d'un taux de réduction annuel de 1,8 % au cours de la période des OMD à 2,3 % après 2015 (figure 11), mais la prévalence était supérieure à 25 % en 2022. Dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, une forte baisse au cours de la période des OMD s'est stabilisée à environ 8 à 9 % au cours de la période des ODD.

La prévalence du retard de croissance est restée la plus élevée en Afrique subsaharienne et en Asie du sud (31 % en 2022), suivie du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (15 % en 2022, annexe p. 47). Le taux de réduction annuel en Asie du Sud a accéléré au cours de la période des ODD (2,8 %) par rapport à la période des OMD (1,7 %). Les progrès sont restés lents en Afrique subsaharienne pendant les périodes des OMD (1,5 % pour 2000-2015) et des ODD (1,3 % pour 2016-2022).

Des analyses plus approfondies avec des données de 54 pays qui ont mené des enquêtes auprès des ménages avant et après 2015 permettent d'évaluer les tendances de l'inégalité en matière de retard de croissance au sein des pays (annexe pp. 48-51). Entre les enquêtes les plus anciennes et les plus récentes, la prévalence médiane du retard de croissance a chuté de 32,8 % à 28,5 % chez les enfants vivant en milieu rural, contre une baisse de 21,0 % à 17,8 % chez les enfants vivant en milieu urbain. La prévalence du retard de croissance chez les enfants du quintile de richesse le plus pauvre a diminué de 35,9 % à 32,5 %, tandis que la prévalence a diminué de 15,5 % à 13,4 % chez les enfants du quintile de richesse le plus riche.

L'émaciation est définie comme les enfants dont le score Z du poids pour la taille est inférieur à 2 écarts types de la courbe de croissance standardisée basée sur la norme de croissance de l'enfant de l'OMS, et est un signe de malnutrition aiguë. Chez les enfants de moins de 5 ans, l'émaciation a été estimée à 6,8 % en 2022, ce qui représente une légère baisse par rapport à 8,6 % en 2000 et 7,2 % en 2015, mais reste bien au-dessus de l'objectif mondial de 5 % pour 2025.¹⁵² L'Asie du Sud a la prévalence d'émaciation la plus élevée - 14,8 % en 2022, ce qui correspond à 31,6 millions d'enfants - suivie de l'Afrique subsaharienne avec 6,0 % en 2022 (annexe p. 52). L'émaciation et le retard de croissance concomitants sont particulièrement préjudiciables à la santé, au développement et aux chances de survie des enfants, et une prévalence de concomitance de plus de 5 % a été observée en Inde et dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne.¹⁰⁴⁻¹⁵³

Un examen de l'évolution de la prévalence de l'émaciation entre les périodes des OMD et des ODD pour 54 pays ayant mené des enquêtes avant et après 2015 a révélé que 26 (48 %) pays étaient à ou au-dessus de l'objectif de l'Assemblée mondiale de la santé de 2025 pour l'émaciation, soit moins de 5 % d'ici 2025 ; parmi ces pays, presque tous étaient en Asie du Sud ou en Afrique subsaharienne (annexe p. 53). De plus, bien que la plupart des pays aient réduit leur prévalence de l'émaciation de la période des OMD à la période des ODD, la prévalence de l'émaciation a augmenté dans 15 (28 %) des 54 pays pendant les périodes des OMD et des ODD. Ces données sur les tendances doivent être interprétées avec prudence (annexe p. 53).

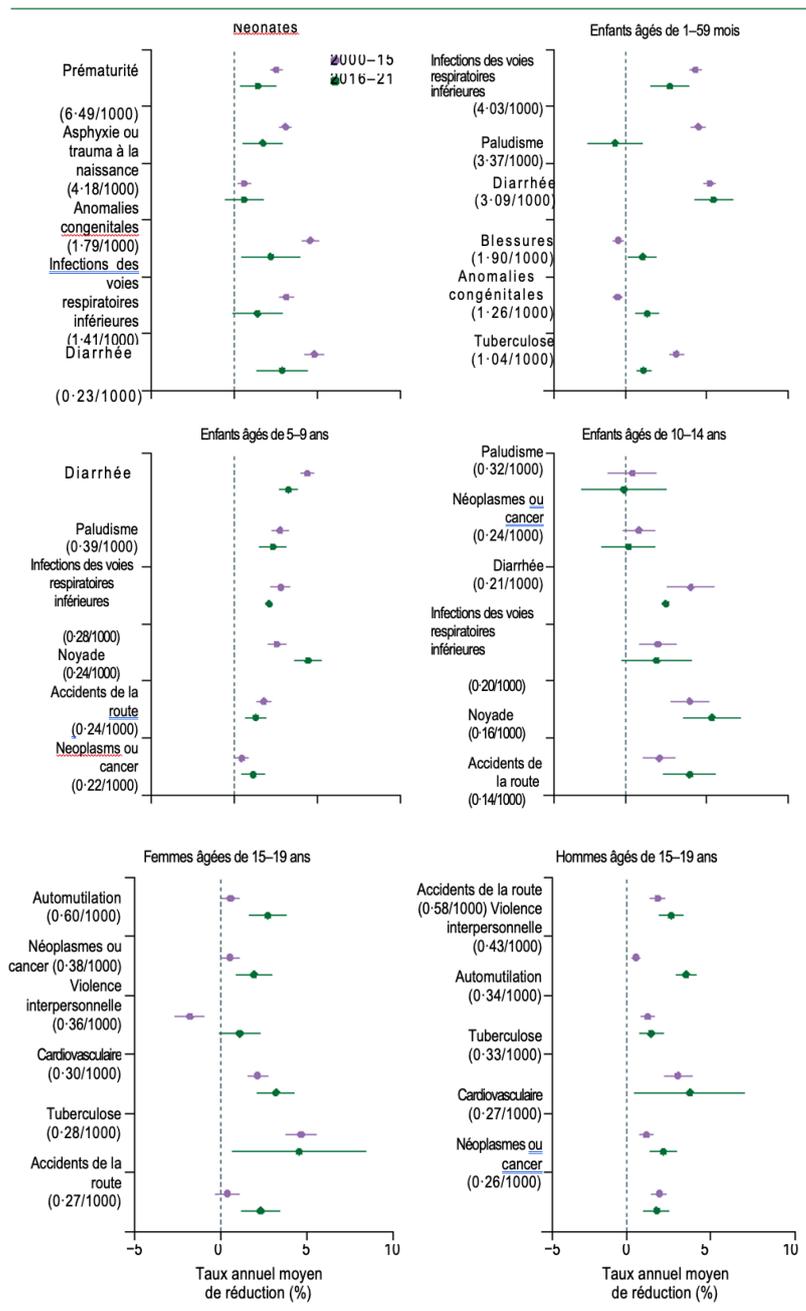


Figure 9: Taux annuels de réduction dans les six premières causes de décès par groupe d'âge en dans les Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure en 2000-15 et 2016-21

Les données sont présentées comme cause de décès et les taux de mortalité estimés en 2021 pour 1000 naissances vivantes entre parenthèses.¹⁴⁸ Les six principales causes de décès dans chaque groupe d'âge sont classées selon le taux de mortalité. PFRI=Pays à Faible Revenu et Pays à Revenu Intermédiaire

Les estimations mondiales de la prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans ont indiqué peu de changements entre 2000 (5,3 %), 2015 (5,5 %) et 2022 (5,6 % ; annexe p. 51), avec peu de changements dans toutes les régions depuis 2015.¹⁵⁴

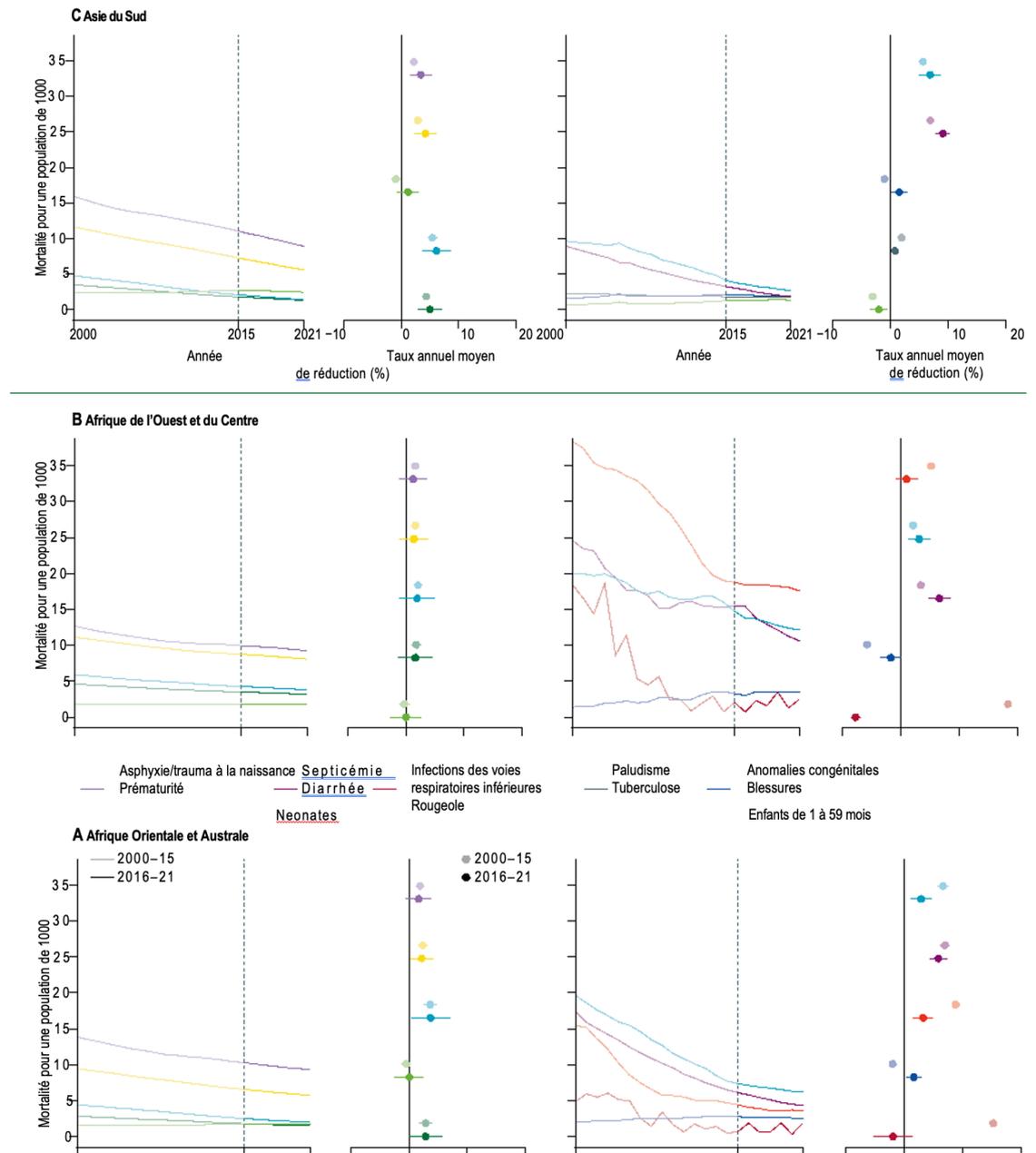


Figure 10: Taux de mortalité par cause spécifique et taux annuels moyens de réduction des cinq causes principales de décès des nouveau-nés et enfants de 1-59 mois en 2000-2015 et 2016-2021 en Afrique Orientale et Australe (A), Afrique de l'ouest et du centre (B), et Asie du Sud (C)

Les données sont présentées comme cause de décès et les taux de mortalité à cause spécifique pour 1000 naissances vivantes sont mis entre parenthèses.¹⁴⁸

Enfants âgés de 5-19 ans et femmes âgées de 20-29 ans

La nutrition est cruciale pour la croissance et le développement des adolescents et a des implications importantes à long terme et intergénérationnelles. La série récente de *Lancet* sur la nutrition des adolescents a mis en évidence des preuves considérables et les implications de la persistance de l'insécurité alimentaire, des carences en micronutriments et des augmentations de l'obésité et du surpoids.¹⁵⁵⁻⁵⁷ La collaboration du facteur de risque de MNT a produit des estimations de la prévalence de l'insuffisance

pondérale et de l'obésité chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire (c'est-à-dire les personnes âgées de 5 à 19 ans) et les femmes âgées de 20 ans et plus.¹⁵⁸ Une transition nutritionnelle majeure a été observée depuis 2000, avec une augmentation de la prévalence de l'obésité et une diminution de la prévalence de l'insuffisance pondérale ou de la maigreur. La figure 12 résume les changements dans ces deux populations par région, en comparant les estimations pour 2000, 2015 et 2022 (les données sur le groupe de revenu classé selon les pays sont disponibles en annexe, pp 54).

Bien que les taux aient considérablement diminué au cours des deux dernières décennies, l'Asie du Sud présente la prévalence la plus élevée de maigreur chez les enfants et les adolescents (19 % en 2022) et d'insuffisance pondérale chez les femmes adultes (13 % en 2022). Les deux sous-régions de l'Afrique subsaharienne ont observé des baisses lentes des taux de prévalence de l'insuffisance pondérale et de la maigreur dans la fourchette de 9 à 12 % pour les enfants et les adolescents et les femmes adultes.

La prévalence de l'obésité a augmenté dans toutes les régions, et à un rythme plus rapide dans les régions à faible prévalence que dans les régions à forte prévalence. En 2022, les taux de prévalence de l'obésité les plus élevés ont été observés chez les femmes adultes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (42 %), suivis de l'Amérique latine et des Caraïbes (35 %). Ces deux régions ont également connu des augmentations importantes de l'obésité chez les enfants âgés de 5 à 19 ans, atteignant une prévalence de 16 % en 2022. En Asie du Sud et dans les deux sous-régions de l'Afrique subsaharienne, l'obésité a augmenté rapidement, à plus de 10 % des femmes adultes, et à 3 à 4 % des enfants et adolescents d'âge scolaire d'ici 2022. Les taux annuels moyens d'augmentation de l'obésité dans ces trois régions ont été plus élevés après 2015 qu'en 2000-15, tandis que pour l'insuffisance pondérale, le contraire était généralement le cas pour les femmes et les enfants âgés de 5 à 19 ans. Les augmentations rapides du surpoids et de l'obésité entraînent des augmentations du double fardeau de la malnutrition, où la sous-nutrition et les carences en micronutriments, y compris l'anémie, coexistent avec le surpoids et l'obésité, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier chez les femmes en Afrique subsaharienne.^{158,159}

Des données provenant de 27 pays ayant mené des enquêtes nationales sur les ménages en 2000-15 et 2016-23 ont été utilisées pour évaluer les changements dans les inégalités de sous-nutrition chez les femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) au sein des pays (annexe p 55). Bien que la prévalence de l'insuffisance pondérale ait diminué dans tous les quintiles de richesse, les écarts entre les quintiles de richesse les plus pauvres et les plus riches et entre l'absence d'éducation et l'enseignement secondaire ou supérieur sont restés importants (figure 13 ; annexe pp 56, 57). La tendance inverse des inégalités a été observée pour l'obésité, avec des augmentations importantes dans tous les quintiles de richesse.

Petits nouveau-nés vulnérables

Naître trop tôt ou trop petit est un facteur de risque important de mortalité chez les nouveau-nés et de morbidité plus tard dans la vie.^{144,160} Des estimations récentes des Nations Unies ont classé la prématurité chez les nouveau-nés comme la principale cause de décès chez les personnes de moins de 20 ans, contribuant à 18,1 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans.¹⁴⁸ Dans un effort pour promouvoir une meilleure surveillance, les bébés de faible poids à la naissance sont caractérisés comme des « petits nouveau-nés vulnérables » subdivisés en trois groupes mutuellement exclusifs présentant des risques de décès variables en fonction de leur âge gestationnel à la naissance et de leur statut prématuré ou à terme : prématuré et petit pour l'âge gestationnel (bébés prématurés-SGA) ; prématuré et non-SGA ; et à terme et SGA.¹⁶¹ Au niveau mondial, il y avait 35,4 millions de nouveau-nés vulnérables de petite taille en 2020, représentant 25,2 % des naissances vivantes, dont 1,1 % étaient des prématurés-SGA, 8,8 % des prématurés non-SGA et 16,3 % des SGA à terme. 55,5 % des décès néonataux en 2020 étaient attribuables à l'état de nouveau-né vulnérable de petite taille, dont 74 % étaient dus à la prématurité.

www.thelancet.com Vol 405

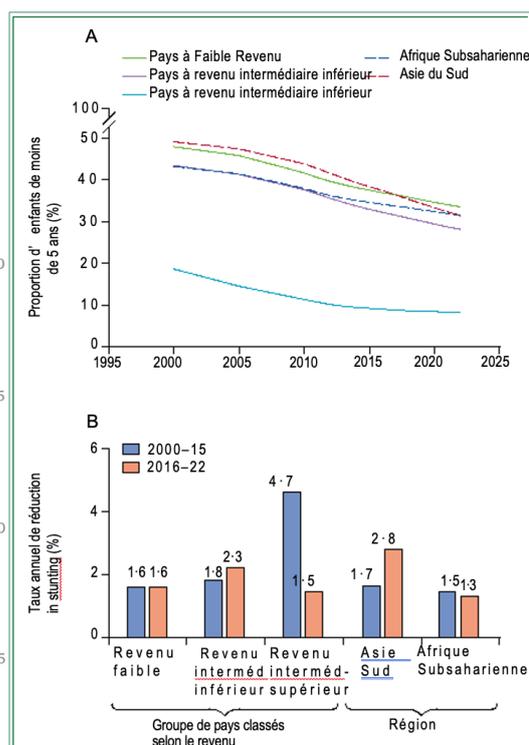


Figure 11 : Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, par pays, par groupe de revenus dans les pays sélectionnés 2000-22

Les données proviennent des estimations de la malnutrition de l'UNICEF.¹⁵¹

L'Asie du sud et l'Afrique subsaharienne sont les régions les plus touchées, avec 63 % des bébés SGA nés en Asie du sud.

Les données pour les évaluations des progrès restent rares. Les données disponibles indiquent que peu de progrès ont été réalisés dans la réduction des taux de faible poids à la naissance ou de naissances prématurées au cours des deux décennies précédant 2020 au niveau mondial et dans toutes les régions. Le taux mondial de faible poids à la naissance chez les naissances vivantes est passé de 16,6 % en 2000 à 14,7 % en 2020 (annexe pp 58,59).¹⁶² Le taux de naissances prématurées, qui n'a pu être estimé de manière fiable qu'à partir de 2010, est resté stagnant à 9,9 % de toutes les naissances en 2020.¹⁶³

L'Asie du sud et l'Afrique subsaharienne étaient les régions les plus touchées par les nouveau-nés vulnérables de petite taille.

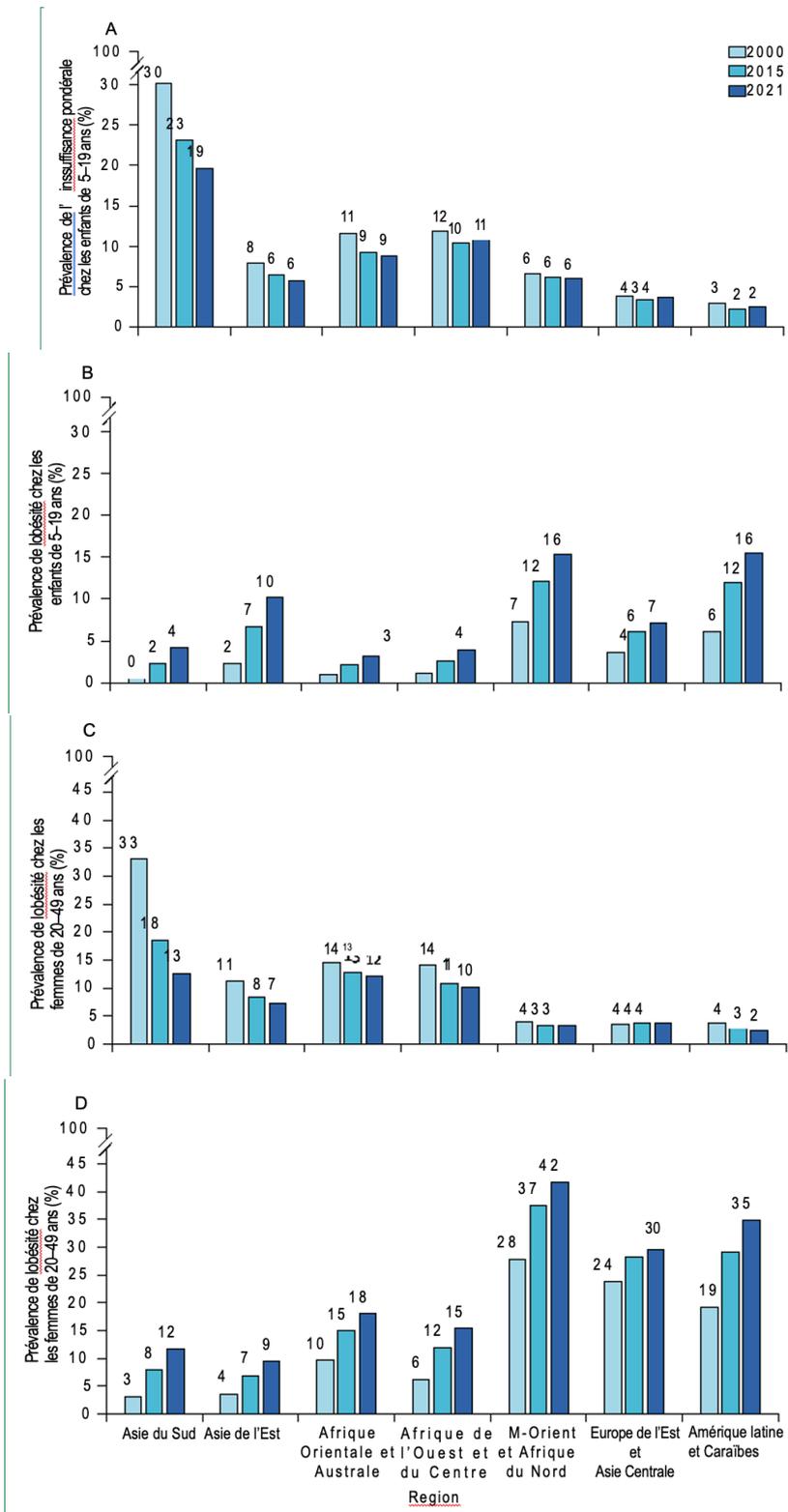
Les taux de faible poids à la naissance en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne n'ont pas progressé de manière significative depuis le début de l'ère des OMD : le taux en Asie du sud est passé de 28,9 % en 2000 à 24,4 % en 2020 ; celui de l'Afrique subsaharienne de 15,7 % en 2000 à 13,9 % en 2020. Les taux de naissances prématurées sont restés constants entre 2010 et 2020, à 13,2 % en Asie du Sud et 10,1 % en Afrique subsaharienne. Toutes ces estimations ont des intervalles d'incertitude larges. Les données n'étaient pas disponibles pour estimer les tendances des taux de bébés SGA.

Des réductions accélérées de la mortalité chez les bébés, les enfants et les adolescents nécessiteront de s'attaquer aux facteurs de risque pendant les périodes les plus vulnérables. Ces efforts comprendront la réduction des taux de naissances de nouveau-nés vulnérables de petite taille, en s'attaquant au faible poids à la naissance et à la naissance prématurée grâce à l'amélioration des stratégies de prévention et des soins aux nouveau-nés petits et malades

Conclusion

Les taux et les tendances actuels de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile et adolescente indiquent des progrès insuffisants et un rythme insuffisant pour atteindre les objectifs de développement durable visant à mettre fin à la mortalité maternelle et infantile évitable d'ici 2030. Bien que les taux de mortalité maternelle, de mortalité infantile et adolescente aient continué de baisser depuis 2015, les progrès en matière de réduction de la mortalité ont globalement ralenti dans les PFR. Dans les trois régions où la mortalité est la plus élevée, la réduction du rythme de la baisse de la mortalité au cours de la période des ODD était la plus évidente en Afrique orientale et australe, où le 30^e le taux annuel de réduction des taux de mortalité avant l'âge de 20 ans a considérablement diminué, passant de 4,1 % en 2000-15 à 2,7 % en 2016-22, principalement en raison de la décélération de la mortalité chez les enfants âgés de 1 à 59 mois. Le rythme de la baisse s'est maintenu en Afrique de l'ouest et du centre, mais il était déjà inférieur à celui des deux autres régions pendant les périodes des OMD et des ODD. L'Asie du sud a enregistré des taux annuels élevés de réduction de la mortalité globale et spécifique à l'âge au cours de la période des OMD, qui ont été en grande partie maintenus au cours de la période des ODD. Les écarts entre les pauvres et les riches et entre les zones urbaines et rurales 40 en matière de mortalité des moins de 5 ans et de mortalité néonatale se sont réduits pendant les périodes des OMD et des ODD. Cependant, cette tendance est en partie liée à l'arrêt des réductions dans les populations riches et urbaines. Les analyses des tendances de la mortalité maternelle sont entravées par la mauvaise disponibilité des données, mais les estimations des Nations Unies ont généralement suggéré une décélération de la baisse pendant

Figure 12 : Les prévalences de l'insuffisance pondérale et de l'obésité chez les enfants et adolescents d'âge scolaire (5-19 ans) et chez les femmes âgées de 20-49 ans, par région en 2000, 2015, et 2022



(A) Prévalence de la maigreur chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire. (B) Prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire. (C) Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les femmes âgées de 20 à 49 ans. (D) Prévalence de l'obésité chez les femmes âgées de 20 à 49 ans. La maigreur chez les enfants et les adolescents était définie comme un IMC inférieur à 2 écarts types en dessous de la médiane de la référence de croissance de l'OMS ; l'obésité chez les enfants et les adolescents était définie comme un IMC supérieur à 2 écarts types au-dessus de la médiane. L'insuffisance pondérale chez les femmes âgées de 20 à 49 ans était définie comme un IMC inférieur à 18,5 kg/m² ; l'obésité chez les femmes âgées de 20 à 49 ans était définie comme un IMC de 30 kg/m² ou plus. D'après les estimations de NCD Risk Factor Collaboration.¹⁵⁸

la période des ODD. Le manque de données désagrégées sur la mortalité maternelle, en particulier distinguant les adolescents des femmes plus âgées qui sont confrontées à des risques de décès plus élevés, est préjudiciable à la production de données probantes et la prise de mesures visant les groupes vulnérables spécifiques de femmes.

La proportion croissante de décès chez les moins de 5 ans survenant pendant la période néonatale est principalement due aux complications liées à la naissance prématurée. En 2020, 55,5 % des décès néonataux étaient attribués à la condition de petit nouveau-né vulnérable, dont 74 % étaient dus à la prématurité. Au-delà de la période néonatale, les maladies infectieuses demeurent les principales causes de décès chez les enfants âgés de 1 mois à 14 ans en Afrique subsaharienne.

La prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est restée élevée dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, bien que le rythme de déclin se soit accéléré au cours de la période des OMD et des ODD. La prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans à l'échelle mondiale a peu changé depuis 2000 et est restée à 6,8 % en 2022, au-dessus de l'objectif mondial de 5 % fixé par l'Assemblée Mondiale de la Santé pour 2025. Une transition nutritionnelle au cours des deux dernières décennies a été observée chez les enfants plus âgés, les adolescents et les femmes, avec des niveaux d'obésité en hausse et des niveaux d'insuffisance pondérale en baisse.

Section 3 : couverture, équité, et qualité des services

De tout temps, Countdown a mis l'accent sur le suivi des niveaux et des tendances de la couverture des interventions de santé (définie comme le pourcentage de personnes au sein d'une population qui a besoin d'une intervention spécifique et l'a effectivement reçue), en insistant sur les inégalités. Le suivi des niveaux de couverture nationale des interventions essentielles donne un aperçu de la manière dont les pays s'en sortent globalement pour atteindre l'objectif des ODD de couverture sanitaire universelle et de fourniture de soins vitaux aux femmes, enfants et adolescents. Étant donné que les estimations nationales de couverture masquent souvent de fortes inégalités infranationales, l'examen des niveaux de couverture à travers les groupes de population au sein des pays est essentiel pour identifier les femmes, enfants et adolescents qui sont laissés pour compte. Des approches ciblées et d'autres stratégies peuvent alors être développées pour atteindre ces groupes¹⁶⁴ mal desservis. En plus de présenter des modèles de couverture des interventions et d'équité, ce rapport examine également certaines mesures de la qualité des services.

Couverture des interventions : le continuum de soins

L'itération actuelle du graphique du continuum de soins de Countdown — un sous-ensemble de la liste complète des indicateurs de Countdown affichée sur les profils nationaux, d'équité et de développement précoce de l'enfance — comprend 20 indicateurs qui capturent des informations sur les interventions du système de santé délivrées pendant la pré-grossesse, la grossesse, la petite enfance, l'enfance et l'adolescence. Compte tenu des limites des données, il n'existe actuellement qu'une seule intervention Spécifique

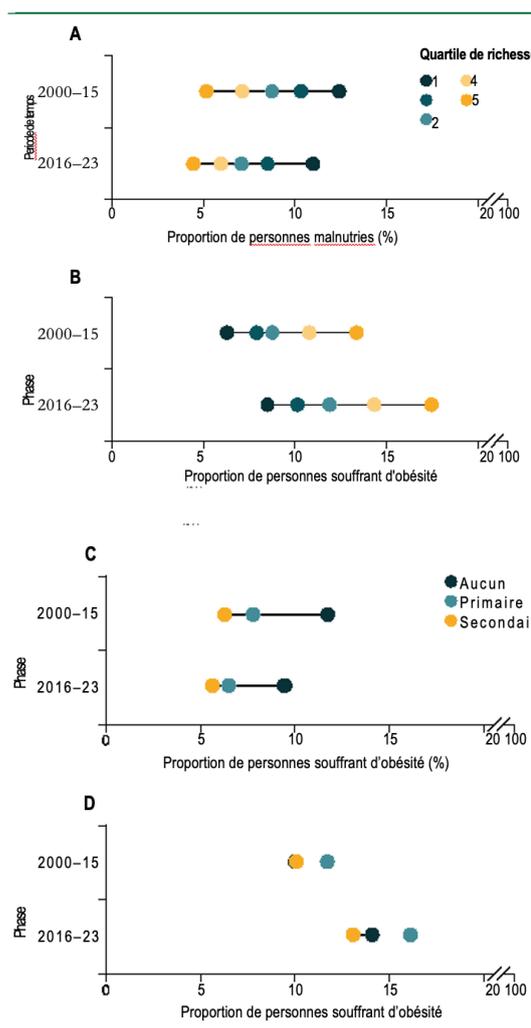


Figure 13: Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les femmes de 15-49 ans par quintiles de richesse et éducation maternelle en 2000-15 et 2016-23

(A) Prévalence de l'insuffisance pondérale par quartile de richesse. (B) Prévalence of l'obésité par quartile de richesse. (C) Prévalence de l'insuffisance pondérale selon le niveau d'éducation maternelle. (D) Prévalence de l'obésité selon le niveau d'éducation maternelle. L'insuffisance pondérale est définie comme IMC inférieur à 18.5; l'obésité est définie comme IMC de 30 ou plus. Sur la base des estimations de NCD Risk Factor Collaboration.¹⁵⁸

à l'adolescence, la vaccination contre le papillomavirus humain (VPH) (annexe pp 60-63). Bien que l'allaitement maternel soit un comportement qui peut être influencé par diverses interventions, telles que le counseling, deux indicateurs sur l'allaitement maternel sont inclus en raison de preuves solides de leur importance pour sauver des vies de nouveau-nés et de nourrissons et parce que des données probantes sur les services de counseling pour la majorité des pays à revenu faible ou intermédiaire ne sont pas disponibles. Des indicateurs transversaux sur l'eau et l'assainissement sont également inclus, compte tenu de la forte association entre l'eau potable, des services d'assainissement adéquats et de bonnes pratiques d'hygiène, avec des résultats positifs pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Pour en savoir plus sur les profils de Countdown voir <https://data.unicef.org/countdown-2030/>

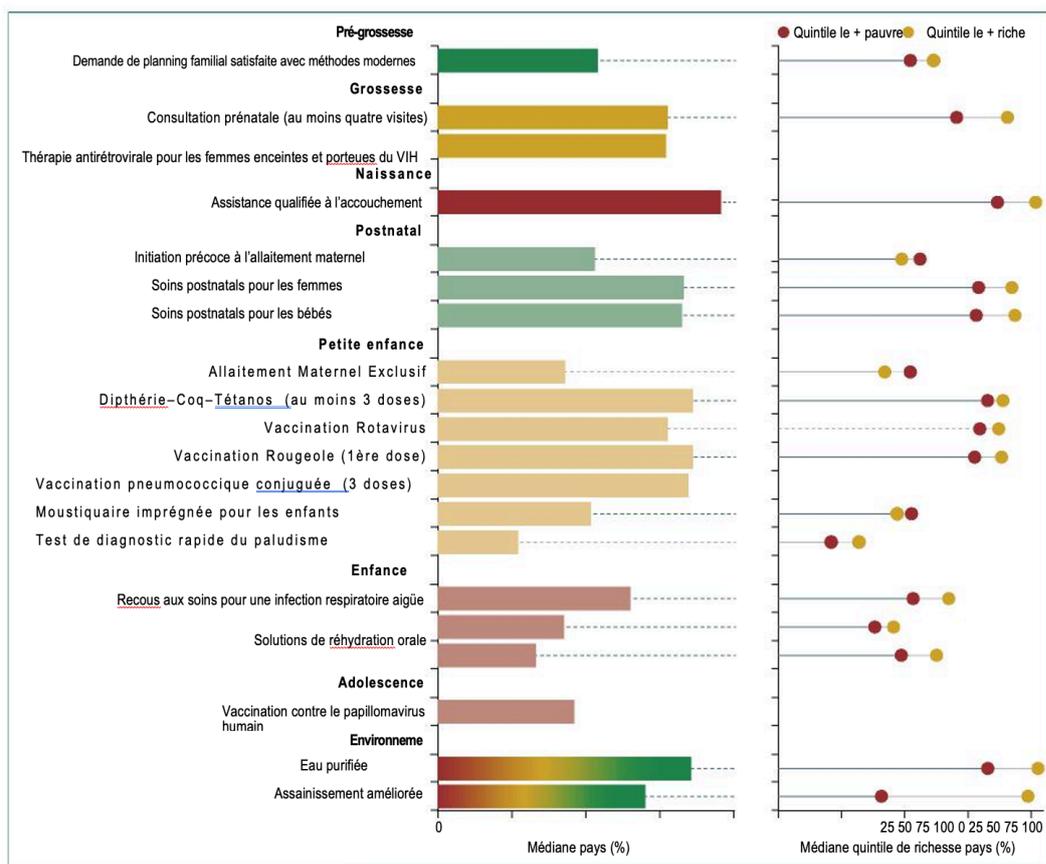


Figure 14: Couverture nationale médiane pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et couverture médiane pour les quintiles les plus pauvres et les plus riches pour certains indicateurs de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire disposant de données (2016-23)

Sources de données : taux d'immunisation de l'OMS et de l'UNICEF ;¹⁶⁵ population utilisant des services d'eau potable de base et des services d'assainissement de l'OMS et de l'UNICEF Programme conjoint de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement ;¹⁶⁵ traitement antirétroviral des femmes enceintes atteintes du VIH d'après les estimations de l'ONUSIDA ;¹⁶⁵ tous les autres indicateurs provenant des bases de données mondiales de l'UNICEF (décembre 2023),¹⁶⁵ qui sont basées sur les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales. Pour les données sur les quintiles de richesse, les indicateurs proviennent de la base de données du Centre international pour l'équité en santé,¹⁴⁷ basée sur les enquêtes démographiques et de santé et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples.

La figure 14 présente la couverture médiane pour les interventions dans les PFRI avec des données disponibles de 2016 à 2023 pour le niveau national et les quintiles les plus pauvres et les plus riches. Les données de chaque pays avec les métadonnées respectives, y compris les définitions des indicateurs figurent à l'annexe (pp 60-65).

La couverture pour ces interventions et comportements est loin d'être universelle. La couverture nationale médiane est inférieure à 50% sur les 20 interventions : diagnostic du paludisme, deux doses de supplémentation en vitamine A, allaitement maternel exclusif, traitement de la diarrhée infantile avec des solutions de réhydratation orale, et la vaccination contre le HPV. La couverture de 5 autres interventions supplémentaires est à ou inférieure à 75 % : assainissement améliorée, recours à des soins pour des symptômes d'infections respiratoires aiguës, l'usage de moustiquaires imprégnées pour les enfants de moins de 5 ans, l'initiation précoce à l'allaitement et la demande de planning familial satisfaite avec des méthodes modernes. Six indicateurs ont des niveaux de couverture dépassant 80 % : trois doses de vaccin contre la diphtérie-tétanos-coqueluche, première dose du vaccin contre la rougeole, trois doses de vaccin pneumococcique conjugué, assistance qualifiée

à l'accouchement, soins postnatals pour les mères, et soins postnatals pour les bébés. La couverture pour les 20 interventions varie considérablement selon les pays, allant de moins de 5 % à presque 100 %, ceci rappelle que les progrès sont inégaux, mais montre aussi que des niveaux élevés de couverture sont réalisables dans les contextes des PFRI.

La figure 14 montre aussi une situation typique de couverture médiane supérieure dans le quintile le plus riche comparé au quintile le plus pauvre pour toutes les 20 interventions, avec un écart qui dépasse 10 points de pourcentage pour 9 indicateurs : consultations prénatales (quatre visites ou plus), présence d'un personnel qualifiée à l'accouchement, soins postnatals pour les femmes, Soins postnatals pour les bébés, vaccination contre la rougeole (première dose), diagnostic du paludisme, recours à des soins pour des symptômes d'infections respiratoires aiguës, l'eau purifiée et l'assainissement amélioré. Trois interventions-moustiquaires imprégnées, initiation précoce à l'allaitement et allaitement maternel exclusif, présentent une couverture médiane plus élevée dans le quintile le plus pauvre que dans le quintile le plus riche. Bien que la différence soit infime (environ 7 points de pourcentage),

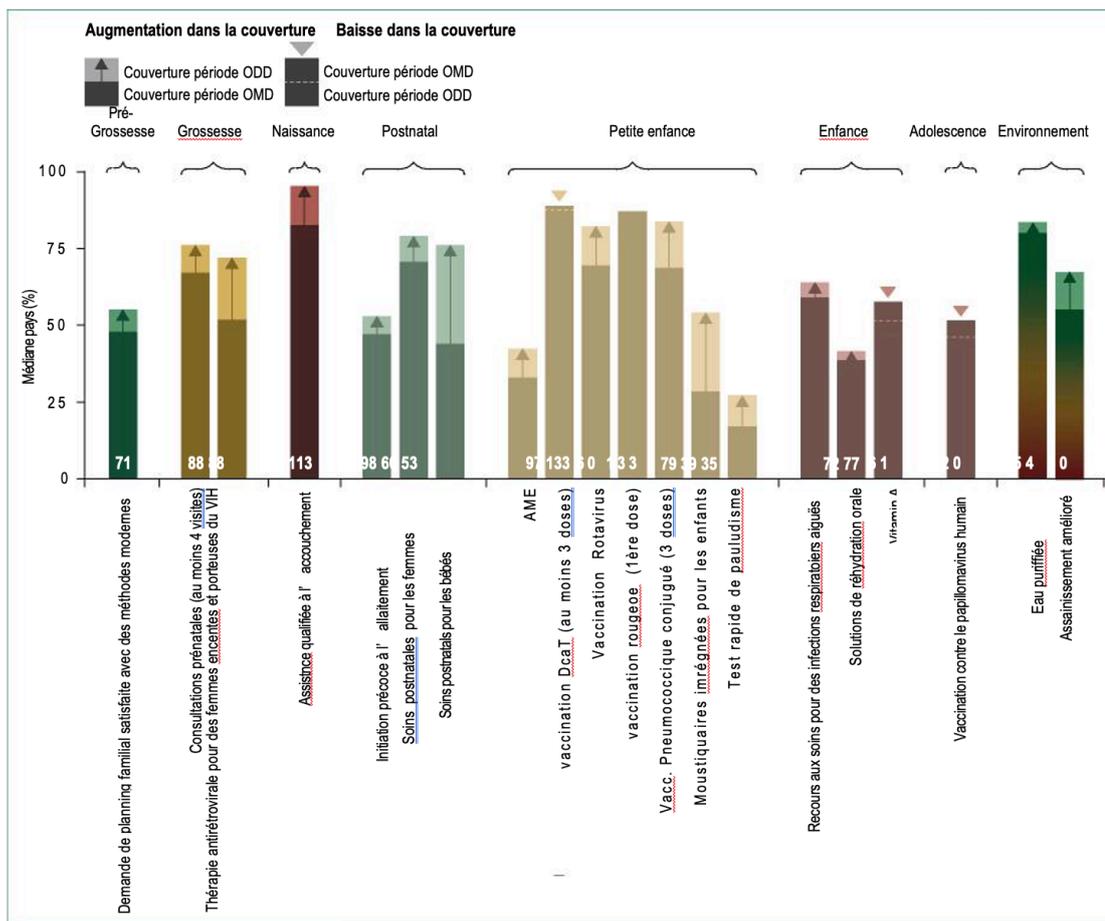


Figure 15 : Tendances temporelles de la couverture de certaines interventions tout au long du continuum de soins pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire disposant de données appariées au cours de la période des OMD (2000-2015) et la période des ODD (2016-2023)

Les chiffres sous les barres indiquent le nombre de pays disposant de données pour chaque indicateur. Sources de données : taux d'immunisation de l'OMS et de l'UNICEF;¹⁶⁵ population utilisant des services d'eau potable de base et des services d'assainissement dans le cadre du Programme commun UNICEF/OMS de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement ; ¹⁶⁵ traitement antirétroviral des femmes enceintes porteuses du VIH d'après les estimations de l'ONUSIDA ; ¹⁶⁵ tous les autres indicateurs provenant des bases de données mondiales de l'UNICEF (décembre 2023), ¹⁶⁵ qui sont basées sur les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales. Pour les données sur les quintiles de richesse, les indicateurs proviennent de la base de données du Centre international pour l'équité en santé,¹⁴⁷ basée sur les enquêtes démographiques et de santé et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples. OMD = Objectif de Millénaire pour le Développement. ODD = Objectif de Développement Durable.

il est probable que la couverture médiane la plus élevée de moustiquaires imprégnées dans le quintile le plus pauvre soit une indication que les efforts pour intensifier leur usage au cours des deux décennies passées, à travers les campagnes de distribution de masse et subventions et de gratuité, ont effectivement atteint les enfants les plus pauvres.^{166,167} Les ménages les plus riches pourraient aussi vivre dans des zones à faible risque avec moins le besoin pour une moustiquaire imprégnée. De même ; le niveau élevé observé de pratiques d'allaitement lors des Dyades mère-bébé dans le quintile le plus pauvre cadre avec la littérature qui montre que les pratiques d'allaitement reflètent les normes socioculturelles.^{4,5}

Ces exceptions suggèrent que les inégalités dans la couverture pro-riche ne sont pas inévitables et peuvent être comblées à travers des efforts politiques et programmatiques destinées au sous-groupe de la population qui est le plus défavorisé et qui est plus dans le besoin. Les exceptions suggèrent également que d'autres facteurs déterminants, tels que les conditions de travail et les facteurs au niveau communautaire, y compris les systèmes de croyances profondément ancrés, devraient être pris en compte dans les stratégies visant à améliorer les taux de couverture des interventions.

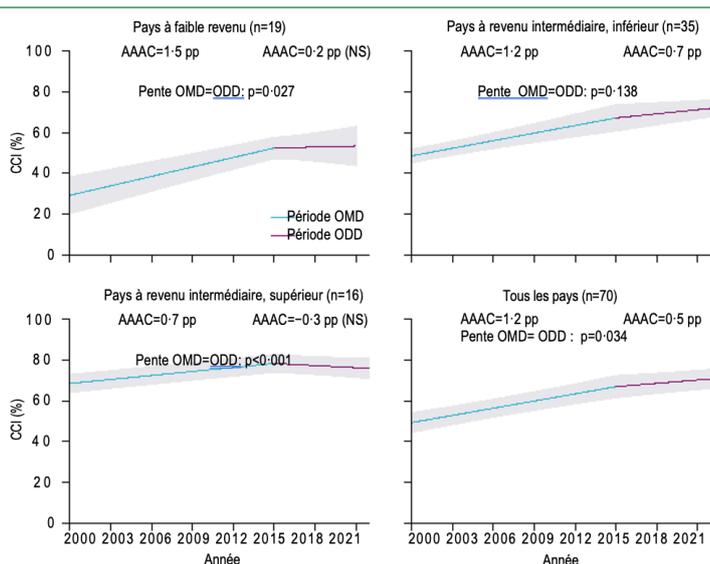


Figure 16: Tendances de l'ICC pour les pays à faible revenu (A), Pays à revenu intermédiaire inférieur (B), Pays à revenu intermédiaire supérieur (C) et dans tous les pays (D) en 2000-20

Les données sont présentées avec une zone ombragée qui représente 95% CI pour la ligne de régression. La période OMD couvre 2000-2015 ; la période ODD couvre 2015-20. Les estimations AAAC qui ne sont pas différentes à 0 sont étiquetées NS. Les lignes s'arrêtent à l'année de la dernière enquête dans chaque région. AAAC=changement absolu annuel moyen. ICC=indice composite de couverture. OMD=Objectif du Millénaire pour le Développement. NS=non significatif pp=points de pourcentage. ODD=Objectif de Développement Durable.

Comprendre les progrès des pays vers la couverture sanitaire universelle des enfants.^{166,167} Les ménages les plus riches pourraient également vivre dans des zones à faible risque avec moins de besoin de moustiquaires, ce qui nécessite d'étudier les tendances ainsi que les niveaux de couverture actuels des interventions. La comparaison des résultats observés dans les pays ayant au moins une enquête à la fois au cours de la période des OMD et la période des ODD a montré que des gains de couverture ont été réalisés pour toutes les interventions sauf quatre : trois doses de vaccination contre la diphtérie-tétanos-coqueluche, première dose de vaccination contre la rougeole, vaccination contre le VPH et couverture en vitamine A (figure 15). Les gains varient selon l'intervention, allant d'une augmentation d'environ 3 points de pourcentage (amélioration de l'eau et des solutions de réhydratation orale) à 32 points de pourcentage (soins postnatals pour les bébés). La variation de l'ampleur des gains de couverture selon l'intervention montre que des progrès remarquables sont possibles. L'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié, par exemple, se rapproche de la couverture universelle. De nombreuses études, telles que les Exemplaires en matière de Santé Mondiale et les études de cas de pays du Countdown, ont contribué à comprendre les facteurs de ces valeurs atypiques positives.¹⁶⁸ Le rythme lent de progrès pour bon nombre de ces interventions suggère également que, sans une priorisation continue, la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé des femmes, des enfants et des adolescents sera impossible.

Tendances mondiales en matière de couverture et équité SRMNI

L'indice de couverture composite (ICC) résume la couverture en matière de santé maternelle, néonatale, infantile et reproductive en faisant la moyenne de huit indicateurs qui représentent quatre étapes du continuum de soins en immunisation et recours aux soins pour les enfants malades.

Chaque étape reçoit la même pondération¹⁶⁹⁻⁷¹ L'ICC a été largement utilisé pour explorer les tendances et l'équité en matière de couverture dans les analyses multi pays et donne une image globale des progrès. Sur les 86 pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) disposant de données, seuls 15 (17 %) avaient un ICC supérieur à 80 %. Les indicateurs de l'enquête sur la satisfaction de la demande en méthodes modernes de planning familial et sur les comportements de recours aux soins pour les enfants malades sont tous deux affectés par des problèmes de mesure du dénominateur, ce qui exclut l'universalité. Par conséquent, une valeur d'ICC d'environ 80 % est interprétée comme une couverture élevée.

Seuls les pays ayant au moins deux enquêtes depuis 2000 ont été inclus dans les analyses de l'ICC, ce qui a donné 70 pays avec 264 enquêtes. Pour les analyses au niveau régional, cinq régions comptaient suffisamment de pays avec des données disponibles pour une analyse significative : Afrique orientale et australe, Afrique de l'ouest et du centre, Asie du sud, Asie de l'est et Pacifique, et Amérique latine et Caraïbes. Un modèle linéaire multiniveau a été utilisé pour estimer le changement absolu annuel moyen, en points de pourcentage, pour les périodes des OMD et des ODD. Les analyses régionales agrégées sont basées sur des moyennes pondérées des résultats des pays, les poids des pays étant donnés par leur population respective en 2015. Un compte rendu détaillé des méthodes et de la disponibilité des données est présenté en annexe (pp 79-82).

Tendances de l'ICC

Tous les groupes de revenus des pays ont présenté des augmentations statistiquement significatives de l'ICC au cours de la période des OMD (figure 16). Les progrès ont été les plus rapides dans les PFR, à 1,5 point de pourcentage par an. Cependant, tous les groupes ont connu une augmentation plus lente de la couverture au cours de la période des ODD par rapport à la période des OMD. Au cours de la période des OMD, l'ICC a augmenté en moyenne de 1,2 point de pourcentage par an, soit le double de l'augmentation moyenne de 0,5 point de pourcentage par an au cours de la période des ODD. L'aspect le plus inquiétant de cet ensemble de résultats est le ralentissement des progrès dans le groupe des pays les plus pauvres, qui avait connu l'augmentation de couverture la plus rapide au cours de la période des OMD et qui est maintenant bloqué juste au-dessus de 50 % de couverture de l'ICC. Les pays du groupe des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure présentent également une stagnation, mais à un niveau de couverture beaucoup plus élevé, proche de 80 %.

Les régions de l'Afrique orientale et australe, de l'Asie du sud, de l'Asie de l'est et du Pacifique, et de l'Amérique latine et des Caraïbes ont présenté des tendances similaires aux tendances mondiales (figure 17). Il n'y a eu aucune preuve de progrès depuis 2015 en Afrique Orientale et Australe et en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'Afrique de l'ouest et du centre, au contraire, a présenté une augmentation de la variation absolue annuelle moyenne, passant de 0,6 point de pourcentage à 1,5 point de pourcentage de la période des OMD à la période des ODD.

La signification de ces résultats n'est pas la même pour tous les pays et toutes les régions. Certaines régions ont atteint un ICC relativement élevé, et un ralentissement peut ne pas impliquer un manque d'efforts, mais un effet de plafond. De nombreux autres pays ont encore beaucoup de chemin à parcourir pour atteindre des niveaux élevés de couverture des interventions en matière de santé maternelle, néonatale, infantile et reproductive. La décélération observée est décevante et souligne la nécessité de poursuivre l'attention et les investissements afin d'atteindre les ODD.

L'évaluation des tendances pour les quatre indicateurs composites SMNIA de l'ICC – demande de planning familial satisfaite par des méthodes modernes, l'assistance qualifiée à l'accouchement, trois doses de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, et solutions de réhydratation orale pour les enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée – est présentée en annexe (pp. 83-92). Parmi ces indicateurs, l'assistance qualifiée à l'accouchement a affiché la plus forte augmentation, avec une variation annuelle absolue moyenne de 2,3 points de pourcentage au cours de la période des OMD et de 1,6 point de pourcentage au cours de la période des ODD. En revanche, la demande de planning familial satisfaite par des méthodes modernes a affiché les progrès les plus lents dans les deux périodes.

L'adolescence est une période cruciale dans la vie d'une personne, et les services de santé ne sont souvent pas adaptés à leurs besoins, en particulier pour la santé sexuelle et reproductive.¹⁷² Nous avons comparé les adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) aux femmes plus âgées pour trois interventions clés : la demande de planning familial satisfaite par des méthodes modernes, quatre visites prénatales ou plus, et l'assistance qualifiée à l'accouchement. Les adolescentes ont tendance à être moins bien desservies en général, mais en particulier pour la contraception (annexe p. 93). Les services de planning familial ne sont souvent pas préparés à recevoir les adolescentes, en particulier celles qui ne sont pas mariées ou qui sont considérées comme trop jeunes pour être sexuellement actives.

La période des ODD comprend des enquêtes réalisées avant, pendant et après la pandémie de COVID-19. La planification post-pandémique n'a pas révélé de réductions durables et importantes de la couverture des interventions,¹⁷³⁻¹⁷⁶ suggérant que, dans une large mesure, nos conclusions ne peuvent pas être attribuées à la pandémie de COVID-19.

Tendances dans les inégalités

L'indice de pente des inégalités (SII) a été utilisé pour évaluer les inégalités de couverture des interventions de santé au niveau individuel. Le SII estime la différence de couverture entre les extrêmes les plus riches et les plus pauvres de la répartition de la richesse dans chaque pays à l'aide d'un modèle logistique, en utilisant des informations sur toutes les personnes incluses dans l'échantillon. Le SII est exprimé en points de pourcentage : une valeur positive indique de combien la couverture de l'extrémité la plus riche est supérieure à celle de la plus pauvre dans la population. Des détails méthodologiques sont présentés en annexe (pp 99, 100).

Lorsqu'on considère tous les pays disposant de données disponibles regroupées, la réduction annuelle absolue moyenne du SII calculé pour la couverture de l'ICC était de 1,1 point de pourcentage par an au cours de la période des OMD, ce qui était significativement plus rapide. La réduction des inégalités de l'ICC est due à une augmentation accélérée de la couverture dans le

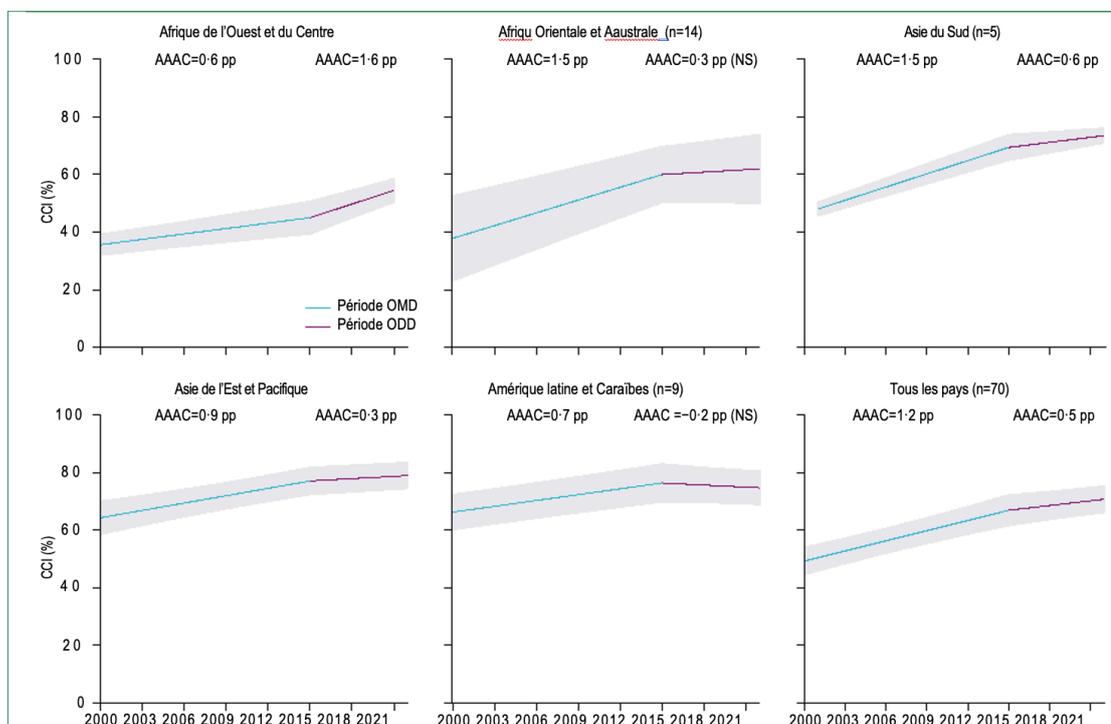


Figure 17 : Tendances de l'ICC pour les pays regroupés par région et pour tous les pays en 2000–20

Les données sont présentées avec une zone ombragée qui représente 95% d'IC pour la ligne de régression. La période OMD couvre 2000–15; la période ODD couvre 2015–20. Les estimations AAAC qui ne sont pas différentes à 0 sont étiquetées NS. Les lignes s'arrêtent à l'année de la dernière enquête dans chaque région. AAAC=changement absolu annuel moyen. ICC=indice composite de couverture. OMD=Objectif du Millénaire pour le Développement. NS=non significatif pp=points de pourcentage. ODD=Objectif de Développement Durable.

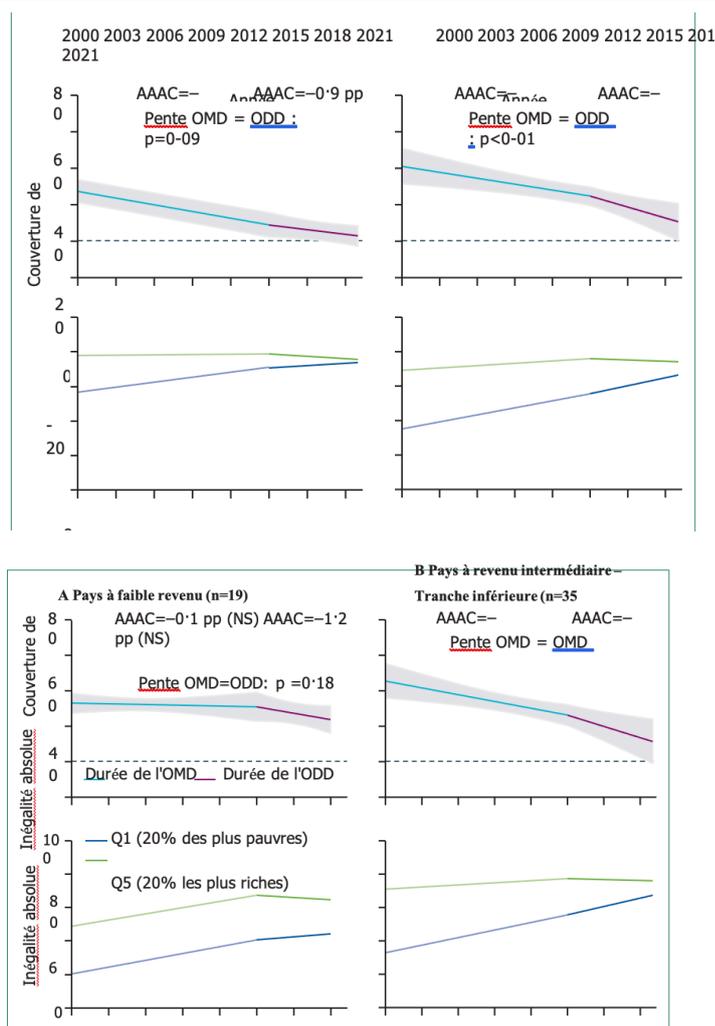


Figure 18: Les tendances en termes d'SII pour l'ICC pour les pays à faible revenu (A), les pays à revenu intermédiaire-tranche inférieure (B), les pays à revenu intermédiaire-tranche supérieure (C) et pour tous les pays (D) en 2000-20.

Les données sont présentées dans une zone ombrée qui représente l'IC à 95 % pour la ligne de régression. La durée de l'OMD est de 2000 à 2015, celle de l'ODD est de 2015 à 2020. L'AAAC, dans les estimations SII qui ne diffèrent pas de 0 sont indiquées par la mention « NS ». Les petits graphiques placés sous ceux des tendances principales du SII montrent le schéma de couverture de l'ICC pour les 20 % d'individus les plus pauvres et les 20 % d'individus les plus riches. AAAC = Variation absolue annuelle moyenne. ICC = Indice de couverture composite. SII = Indice de pente des inégalités. OMD = Objectif du millénaire pour le développement durable NS = Non significatif. pp= points de pourcentage. ODD = Objectif de développement durable

La réduction de l'inégalité en matière d'ICC est due à une augmentation accélérée de la couverture chez les individus les plus pauvres au cours de et une stagnation chez les individus les plus riches (figure 18).

Les inégalités par groupe de pays classés selon le revenu (figure 18A) révèlent une situation décevante pour les pays à faible revenu. Malgré l'impression visuelle d'une réduction plus rapide des inégalités au cours de la période ODD que dans celle des OMD, aucune indication relative à des progrès en matière de réduction des inégalités. Les lignes presque parallèles de l'ICC au fil du temps pour les individus les plus riches et les plus pauvres expliquent ce manque de progrès et pourraient suggérer que l'équité n'augmentera que lorsque les ménages les mieux lotis n'ont plus de marge de progression. Les pays à revenu faible et intermédiaire connu une réduction en ce qui concerne les inégalités, avec une accélération dans la durée de l'ODD. Dans ce groupe de pays, les tendances de l'ICC par richesse montrent que le rythme

d'augmentation de la couverture ICC pour les individus les plus pauvres a été plus rapide durant l'ensemble de la période couverte, par rapport aux plus riches. Pour ce groupe, la couverture de l'ICC a stagné pendant la durée de l'ODD à un peu moins de 80 % (figure 18B). Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ont également enregistré une réduction des inégalités au cours de la période couverte par l'ODD, mais un ralentissement de la diminution du SII dans la durée de l'ODD. Toutefois, en 2022, le SII n'était pas très éloigné de zéro, avec seulement un pourcentage de points d'à peine 2,6, ce qui signifie que l'inégalité a pratiquement disparu.

Dans les régions de l'Afrique de l'ouest et du centre et de l'Afrique orientale et australe, les inégalités ont diminué au cours de la période couverte par l'ODD, alors qu'il n'y avait aucune indication de changement dans la période de l'OMD (figure 19). Cependant, les modèles de changement de l'ICC sont différents si on compare les groupes les plus pauvres et les plus riches entre les deux régions. En Afrique de l'Ouest et du Centre, la couverture de l'ICC a augmenté plus rapidement pendant la durée de l'ODD que de l'OMD, plus rapidement pour les individus les plus pauvres que pour les individus les plus aisés. En Afrique de l'Est et en Afrique Australe, nous avons observé des augmentations soutenues de l'ICC au cours des deux périodes de couverture pour les individus les plus pauvres, mais une décélération a été observée chez les plus riches.

La plus forte baisse des inégalités par région a été observée en Asie du sud, avec une accélération de la réduction du SII au cours de la durée de l'ODD, de 1,6 à 3,4 points de pourcentage par an. Ce changement s'explique par des progrès plus lents chez les individus les plus riches et des progrès soutenus et rapides chez les plus pauvres. Pour les individus les plus riches, la tendance de l'ICC s'est inversée, devenant négative au cours de la période couverte par l'ODD, ce qui constitue une façon peu souhaitable de réduire les inégalités.

En 2022, les pays d'Asie du sud présentaient un SII prévisionnel de seulement 2,4 points de pourcentage, à peine différent de zéro. Les inégalités sont restées importantes en Afrique de l'ouest et du centre, avec un SII prévisionnel de 34,0 points de pourcentage, ainsi qu'en Afrique orientale et australe, avec 17,5 de points de pourcentage.

L'assistance qualifiée à l'accouchement, qui est généralement l'une des prestations les plus inéquitables, présente la plus forte réduction des inégalités lorsque tous les pays sont regroupés. Le SII pour cet indicateur a diminué de 3,6 points de pourcentage par an au cours de la période ODD, ce qui a fait que le SII s'est réduit, passant d'un écart de 70 points de pourcentage entre les quintiles des plus riches et des plus pauvres en 2000 à 22 points de pourcentage en 2022. Ces résultats sont présentés en annexe (pp 101-20), ainsi que les tableaux utilisés pour créer les graphiques montrant les tendances en matière d'inégalité.

Les inégalités infranationales

Les inégalités infranationales dans les indicateurs de santé constituent un aspect important du suivi de l'équité, car elles révèlent des lacunes souvent liées au système de santé et à la mise en œuvre des politiques ainsi que des différences dans le développement socio-économique et l'épidémiologie plutôt que les caractéristiques individuelles, telles que la richesse. Les données des enquêtes et des établissements de santé peuvent être utilisées pour le suivi des inégalités sous-nationales, les données des établissements offrant une plus grande granularité pour l'évaluation au niveau des districts. Pour cette analyse à rebours, les données des enquêtes ont été utilisées pour estimer les inégalités 5 infra-nationales

pour l'ICC, en utilisant la différence absolue moyenne pondérée par rapport à la moyenne à deux points temporels. La toute première enquête a été menée vers 2009, au milieu de la durée de l'OMD, et la seconde (plus récente) vers 2021. Seuls les pays dont les enquêtes ont été réalisées dans les 5 années de cette période de référence ont été utilisés pour cette analyse.

Parmi les pays 56 disposant de données adéquates, 28 (50 %) ont réduit les inégalités infra-nationales. Cinq (31 %) pays à faible revenu 16 ont réduit les inégalités sous-nationales ; 17 (57 %) des 30 pays à revenu intermédiaire, de la tranche inférieure ; et six (60 %) des dix pays à revenu intermédiaire, de la tranche supérieure.

Le nombre de pays dont les inégalités régionales diminuent est le même que celui des pays dont les inégalités régionales augmentent ; l'ampleur de l'augmentation et la diminution est également assez similaire. Les plus fortes diminutions de l'inégalité sous-nationale absolue obtenues à l'aide des méthodes spécifiées pour cette analyse ont été observées en Inde (réduction de 7,2 points de pourcentage) et en Sierra Leone (réduction de 5,7 points de pourcentage). Les pays qui ont connu la plus forte augmentation des inégalités sous-nationales sont le Pakistan (augmentation de 3,2 points de pourcentage) et Haïti (augmentation de 3,1 points de pourcentage). De plus amples détails et données sont disponibles en annexe (pp. 121-25).

Ces résultats contrastent avec la forte réduction des inégalités entre les individus les plus pauvres et les plus riches présentée dans la section précédente. L'augmentation des inégalités sous-nationales est principalement dû au fait que certaines régions progressent rapidement en matière de couverture des ICC, tandis que d'autres régions restent à la traîne. Une autre étude à rebours récente sur les inégalités sous-nationales en Afrique subsaharienne a présenté un tableau similaire, avec 16 (47%) des 34 pays affichant une réduction des inégalités.¹⁷⁹ Les auteurs affirment que la plupart des pays qui n'ont pas progressé sont ceux qui ont des niveaux de couverture de base faibles ou qui sont des États fragiles. Les conflits sont associés à des inégalités sous-nationales plus importantes, mais aussi aux inégalités entre pays, pour la couverture des interventions sanitaires et la mortalité maternelle et infantile qui ont tendance à être plus faibles.⁹¹

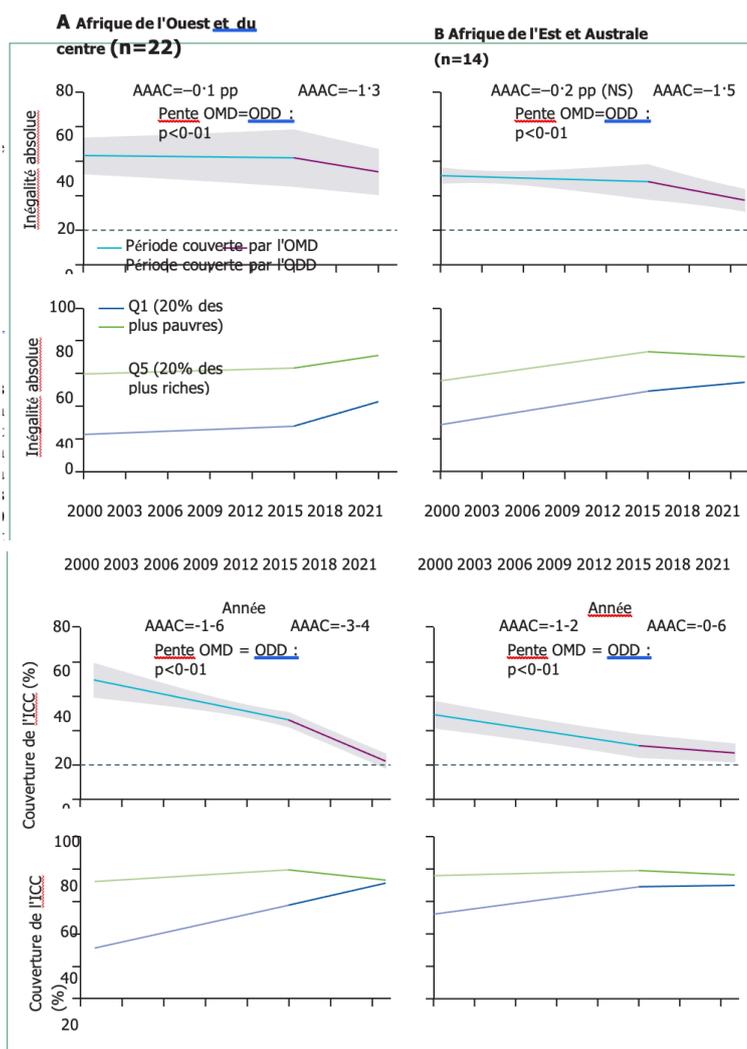


Figure 19 : Tendances de du SII pour l'ICC pour les pays regroupés par région et pour tous les pays en 2000-2020

Les données sont présentées avec une zone ombrée qui représente l'IC à 95 % pour la ligne de régression. La durée de l'OMD est de 2000 à 2015; celle de l'ODD est de 2015 à 2020. Les AAAC dans les estimations SII qui ne diffèrent pas de 0 sont mentionnés « NS ». Les petits graphiques situés sous chacun des principaux graphiques des tendances du SII montrent le schéma de couverture de l'ICC pour les 20 % d'individus les plus pauvres et les 20 % d'individus les plus riches. AAAC = Variation absolue annuelle moyenne. ICC = Indice composite de couverture. SII = Indice de pente des Inégalités. OMD = Objectif du Millénaire pour le Développement. NS = non significatif. pp = points de pourcentage. SDG = Objectif de Développement Durable.

La mesure et le suivi de la qualité des soins constituent un défi. Dans ce rapport à rebours, les tendances en matière de qualité des soins ont été examinées à l'aide de trois indicateurs provenant de programmes d'enquêtes nationales visant à déterminer les tendances et les inégalités en matière de qualité des services de santé maternelle et néonatale : un indicateur des soins prénatals au contenu adapté, L'accouchement par césarienne chez les 20 % de mères les plus pauvres constitue indication de la fonctionnalité du système de référence dans les conditions d'urgence, et une mesure de co-couverture pour les interventions de santé maternelle et néonatale qui reflète la continuité des soins.

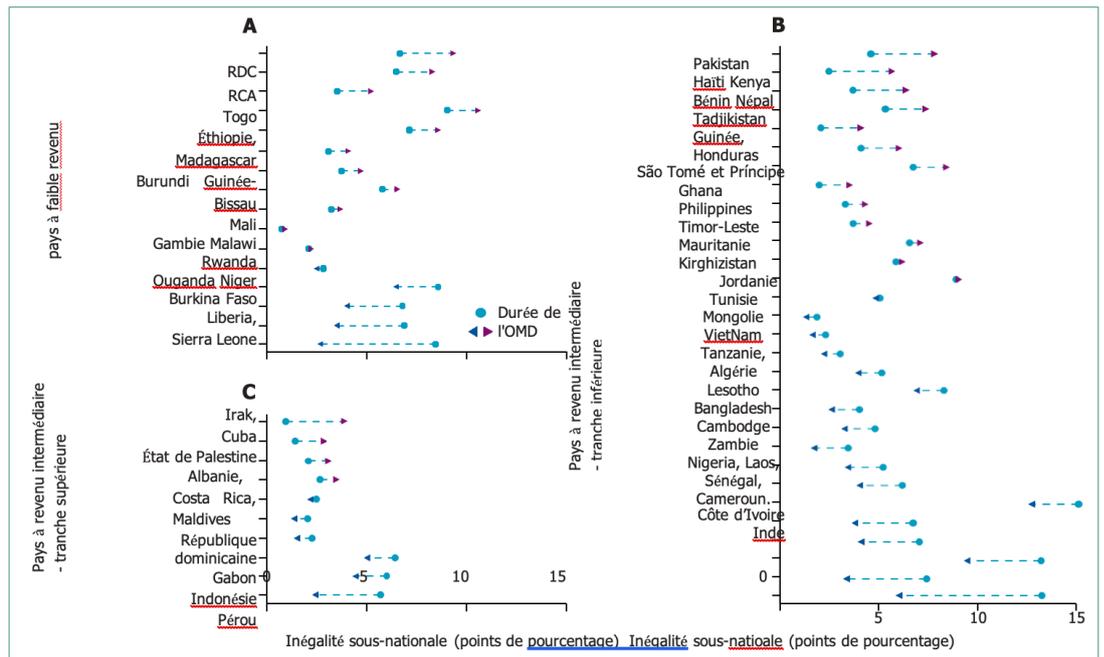


Figure 20: Évolution des inégalités sous-nationales en matière d'ICC pour les pays à faible revenu (A), les pays à revenu intermédiaire - tranche inférieure (B), les pays à revenu intermédiaire - tranche supérieure (C) en 2000-20
 L'inégalité absolue a été mesurée à l'aide de la différence absolue moyenne pondérée par rapport à la moyenne, mesurée en points de pourcentage, autour de l'année 2009 (pour la durée de l'OMD) et pour la dernière enquête disponible pendant la durée de l'ODD, autour de 2022. Les flèches indiquent la direction du changement : les flèches rouges pointant vers la droite indiquent une augmentation de l'inégalité absolue sous-nationale; les flèches bleues pointant vers la gauche indiquent une réduction. OMD = Objectif du millénaire pour le développement. ODD = Objectif de développement durable.

Qualité des soins prénatals

L'indicateur¹⁸² du contenu de la couverture des soins prénatals qualifiés (ANCq) a été élaboré pour répondre aux limites des indicateurs de soins prénatals existants qui ne prennent en compte que le contact avec les services de santé. L'ANCq comprend plusieurs indicateurs : contact avec le service (calendrier et nombre de visites) et contenu des soins (prestataire de soins prénatals par un personnel qualifié, prise de la tension artérielle, échantillonnage d'urine et de sang, et protection contre le tétanos) combinés pour un score allant de 0 (pas de soins prénatals) à 10 (meilleur scénario possible). L'indicateur ANCq exprime les aspects qualitatifs des soins prénatals et révèle les inégalités cachées par les indicateurs de contact uniquement.¹⁸³

Pour cette analyse de l'évolution entre les périodes de l'OMD et de l'ODD, le score ANCq a été séparé en deux catégories : un score de 8 ou plus (c'est-à-dire des soins prénatals de bonne qualité) et un score inférieur à 8. L'indicateur obtenu par cette méthode est dénommé « ANCq+ ». Les résultats proviennent de 44 pays qui disposent de données appropriées sont présentées dans la figure 21. Tous les pays à faible revenu ont connu une évolution positive de la couverture de l'ANCq+, avec le Liberia et la Sierra Leone qui ont été les pays les plus performants. Dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, 18 (78%) des 23 pays ont enregistré une augmentation de la couverture de l'ANCq+. Les progrès les plus notables dans ce groupe ont été réalisés par le Cambodge (augmentation de 43 points de pourcentage) et le Népal (augmentation de 39 points de pourcentage). Il y a eu peu de changements dans les sept pays à revenu intermédiaire de la tranche

supérieure pour lesquels des données sont disponibles et les résultats sont mitigés en ce qui concerne les tendances du changement. Seuls quatre (9 %) des 44 pays ont présenté des réductions considérables de la couverture ANCq+ : São Tomé et Príncipe (diminution de 34 points de pourcentage), Mauritanie (diminution de 21 points de pourcentage), Bénin (diminution de 6 points de pourcentage) et Guinée (diminution de 5 points de pourcentage).

En termes absolus, à l'exception de l'Indonésie, tous les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure - c'est-à-dire le Honduras, la Sierra Leone, Népal, Cambodge, Viet Nam, Liberia, Ghana et Cuba — ont présenté un taux de couverture ANCq+ d'au moins 76%, et même de 100% à Cuba. Des données supplémentaires sur l'ANCq+ sont disponibles en annexe (pp 126-30).

Accouchement par césarienne chez les femmes les plus pauvres et les plus riches

L'accouchement par césarienne est souvent utilisé comme indicateur indirect de la sur-utilisation ou de la sous-utilisation des soins. Lorsqu'elles sont cliniquement recommandées, les césariennes peuvent permettre de sauver des vies. Du fait des complications de l'accouchement entraînant sa nécessité, la césarienne peut survenir à tout moment au cours de l'accouchement, et les systèmes de santé doivent être équipés pour fournir un accès à ce service 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, y compris le maintien d'un réseau de référence fonctionnel. Les données suggèrent que les taux de mortalité maternelle et infantile ne s'améliorent pas avec des césariennes dépassant 10 % des accouchements.¹⁸⁴ Cependant, une prévalence inférieure

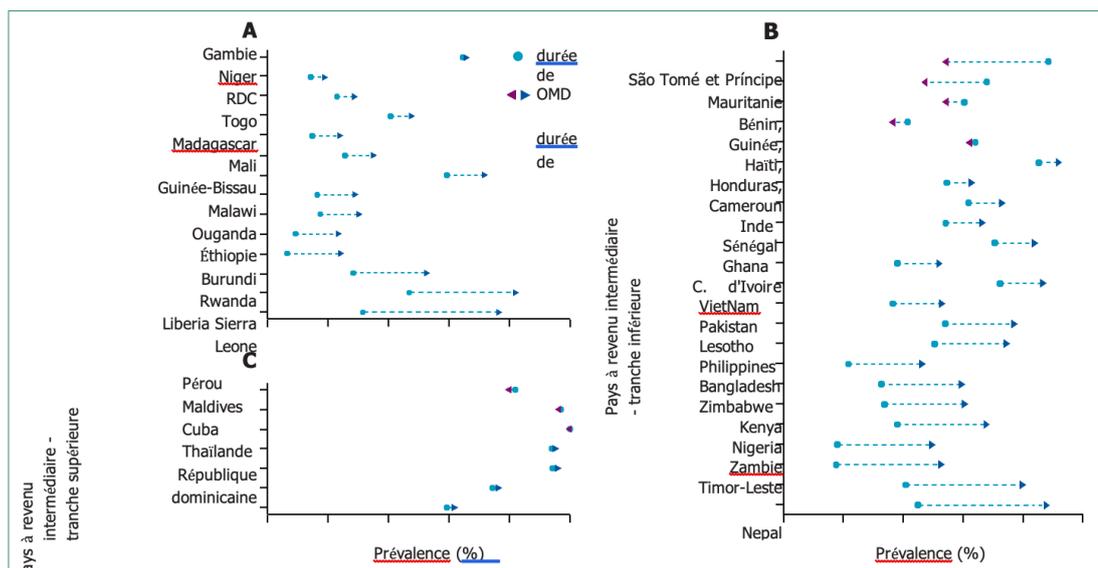


Figure 21: Évolution de la couverture ANCq8+ pour les pays à faible revenu (A), les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (B) et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (C) en 2000-2020

Les données montrent comment la proportion de mères ayant obtenu un score de 8 ou plus pour l'indicateur ANCq a évolué entre la durée de l'OMD (autour de 2009) et celle de l'ODD (autour de 2020). Les flèches indiquent la direction du changement : les flèches bleues pointant vers la droite indiquent une augmentation; les flèches rouges pointant vers la gauche indiquent une réduction.

ANCq8+=Indicateur de contenu de soins anténatéraux qualifié : 8 points ou plus. OMD = Objectif du Millénaire pour le Développement. ODD=Objectif de Développement Durable

à ce seuil indique un accès insuffisant à la méthode et des soins obstétricaux de mauvaise qualité. Il y a d'importantes différences entre les pays en ce qui concerne le recours à la césarienne et d'importantes disparités entre les pays. La prévalence de la césarienne tend à augmenter à mesure que les accouchements se déroulent dans des hôpitaux plutôt que dans des établissements non médicalisés ou des établissements de niveau inférieur¹⁸⁵.

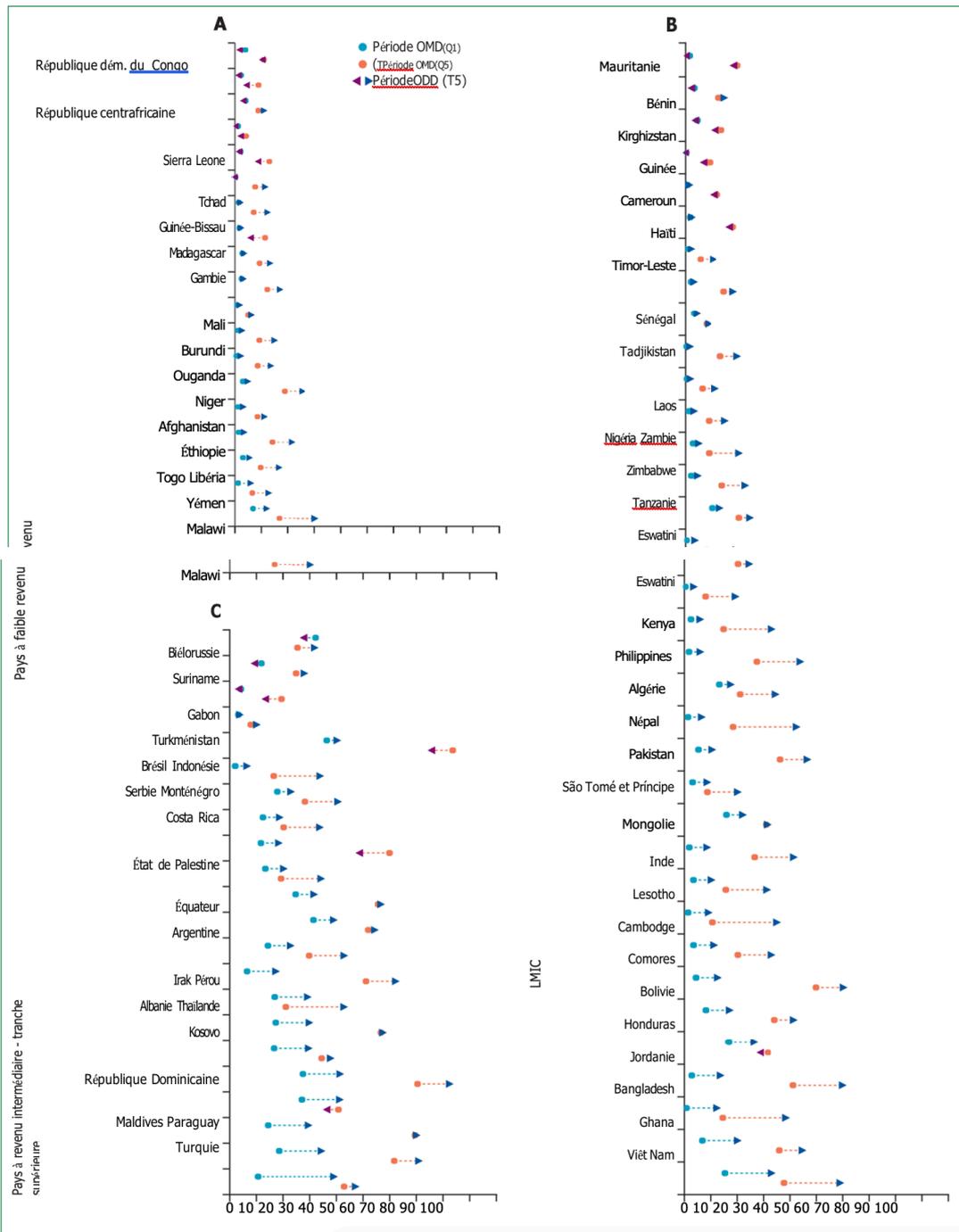
Les césariennes sont généralement plus fréquentes chez les femmes les plus riches et les plus éduquées, et chez les usagers du secteur privé. Le recours à la césarienne varie également d'un pays à l'autre et reste généralement inférieur au seuil recommandé de 10 % dans les pays où la mortalité maternelle et infantile est élevée.^{187,188} Par conséquent, il convient de comparer les taux de césarienne chez les femmes dont le risque de mortalité est le plus élevé à ce seuil de 10 %. Cette comparaison a été faite en faisant la sélection de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui ont mené des enquêtes nationales sur la santé vers 2009 pour la durée de l'OMD et vers 2020 pour la durée de l'ODD. La prévalence des césariennes a été estimée pour les femmes ayant accouché d'un enfant vivant dans les 2 années (pour les enquêtes en grappes à indicateurs multiples) ou 3 années précédant l'enquête (pour les enquêtes démographiques et de santé) avant l'enquête, stratifiée par quintiles de richesse. Les résultats ont été obtenus dans 75 pays disposant de données d'enquêtes adéquates, et présentés pour les 20% de femmes les plus pauvres et les 20% de femmes les plus riches (figure 22).

Parmi les PFR, une augmentation des taux de césarienne chez les 20 % de femmes les plus, pauvres a été observée dans 13 (68 %) des 19 pays, mais à des niveaux très faibles

(médiane de 2,1 % au cours de la période ODD. et seul le Rwanda a dépassé les 10%. Pour les 20 % de femmes les plus riches dans les pays à faible revenu, 14 (74 %) des pays avaient une prévalence de césarienne supérieure à 10 % dans la durée de l'ODD.

L'augmentation de la prévalence de la césarienne chez les 20 % de femmes les plus pauvres a été plus prononcée dans les 34 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, mais, au cours de la durée de l'ODD, est restée inférieure à 10 % dans 22 (65%) de ces 34 pays. Dans le même groupe, 31 (91%) de ces pays avaient au moins une prévalence de 10 % de césariennes chez les 20 % de femmes les plus riches. La surutilisation des césariennes était fréquente, avec 35 (47 %) des 75 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ayant une prévalence supérieure à 30 % chez les 20 % de femmes les plus riches.

Les résultats montrent qu'une grande partie des femmes, principalement les plus pauvres, ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin dans les situations d'urgence obstétrique et que les investissements dans les soins d'accouchement doivent être priorités si l'on veut réduire la mortalité maternelle et néonatale. Les grandes disparités entre les femmes les plus pauvres et les plus riches suggèrent que la plupart des pays disposent de l'infrastructure nécessaire pour proposer des césariennes aux personnes qui en ont besoin, du moins en milieu urbain. Une étape importante pour améliorer la situation consisterait à augmenter le nombre relatif d'accouchements en milieu hospitalier ou renforcer les réseaux de référence de manière à ce que des césariennes de qualité puissent être pratiquées en toute sécurité pour les femmes qui en ont besoin.



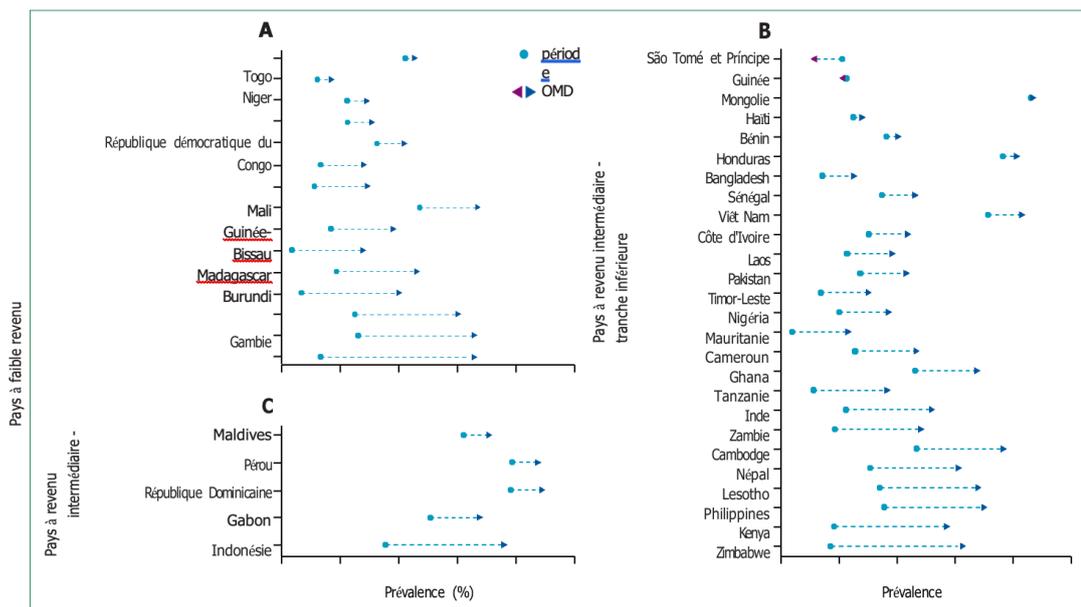


Figure 23 : Évolution de l'indicateur de santé maternelle et néonatale pour les pays à faible revenu (A), les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (B) et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (C) en 2000-20

Les données montrent comment la couverture de l'indicateur de santé maternelle et néonatale a évolué entre la période des OMD (année médiane de l'enquête 2010) et la période des ODD (année médiane de l'enquête 2019). L'indicateur de santé maternelle et néonatale représente la proportion de dyades mère-enfant ayant bénéficié des trois interventions clés : au moins une visite de soins prénatals, un accouchement médicalisé et des soins postnatals pour la mère et l'enfant. Les flèches indiquent le sens de l'évolution : les flèches bleues pointant vers la droite indiquent une augmentation ; les flèches rouges pointant vers la gauche indiquent une réduction. OMD=Objectif du Millénaire pour le Développement. ODD = Objectif de Développement Durable.

Co-couverture des services de santé maternelle et néonatale

Santé maternelle et néonatale sont essentiels pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés et prévenir la mortalité. L'indicateur de santé maternelle et néonatale est un indicateur composite basé sur une enquête qui indique simplement lesquelles des trois interventions chaque dyade mère-enfant a bénéficié : soins prénatals, accouchement médicalisé et soins postnatals pour la mère et l'enfant. Cet indicateur fournit des informations sur la manière dont les pays parviennent à fournir des soins continus aux mères et aux enfants pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. L'analyse de cet indicateur est similaire à celle de l'indicateur de la qualité des soins prénatals abordé précédemment. Notre analyse s'est concentrée sur l'estimation de la couverture des trois interventions pour les pays de la 46 disposant de données appropriées, en comparant la période OMD (en choisissant des enquêtes réalisées vers 2009) avec la période ODD en utilisant la dernière enquête disponible, vers 2020.

La figure 23 montre que tous les pays sauf deux ont augmenté la proportion de dyades mère-enfant bénéficiant des trois interventions. Ces tendances montrent des améliorations positives dans la fourniture de soins vitaux aux mères et aux enfants.

Pour s'attaquer aux principales causes de mortalité néonatale, il convient de mettre en place à grande échelle des services supplémentaires pour les nouveau-nés de petite taille et les nouveau-nés malades. La prématurité est actuellement la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, mais elle n'a diminué dans aucune région au cours de la dernière décennie.¹⁶⁰ Chaque

année, on estime que 30 millions de nouveau-nés de petite taille et malades, dont la moitié sont prématurés, souffrent d'affections mettant leur vie en danger et nécessitant des soins hospitaliers.¹⁹⁰ Pour sauver leur vie, il faut des approches plus intensives du système de santé, allant au-delà des services postnatals habituels. Les dix pays qui ont réalisé les progrès les plus rapides en matière de survie des nouveau-nés au cours des dix dernières années ont tous investi dans des unités de soins néonataux qui fournissent un ensemble de soins pour réduire les handicaps et traiter la prématurité, les complications intrapartum, la jaunisse et les affections congénitales.¹⁹¹ Les investissements nécessaires dans les unités de soins néonataux ne sont pas négligeables, mais les faits montrent qu'ils sont très rentables.^{190,192,193}

Conclusion

Dans l'ensemble, la couverture des interventions essentielles en matière de santé maternelle, néonatale et infantile a continué d'augmenter au cours de la période couverte par les ODD, mais à un rythme plus lent que celui de la période couverte par les OMD. La région de l'Afrique de l'ouest et du centre est l'exception, avec des progrès plus rapides au cours de la période ODD par rapport à la période OMD. De manière quelque peu inattendue, compte tenu du ralentissement de l'augmentation de la couverture des interventions clés, d'importantes réductions des inégalités de richesse ont eu lieu, y compris des réductions plus rapides au cours de la période des ODD par rapport à la période OMD. À cet égard, les PFR constituent l'exception décevante. Dans la plupart des cas, la réduction des inégalités s'explique par une augmentation plus rapide de la couverture pour les plus pauvres, mais pas pour les plus riches. Dans certains cas,

un effet plafond pourrait expliquer le ralentissement des progrès chez les individus les plus riches.

En revanche, les inégalités infranationales ne présentent pas de profil clair dans les pays étudiés. Il y a eu un clivage dans la mesure où environ la moitié des pays ont enregistré une diminution des inégalités infranationales, tandis que l'autre moitié a enregistré une augmentation des inégalités. Dans l'ensemble, les résultats impliquent une augmentation plus rapide de la couverture pour les plus pauvres dans la plupart des pays, par rapport aux plus riches, mais avec des progrès inégaux selon les divisions infranationales des pays. Il convient de remédier à cette situation en adoptant des politiques adaptées à chaque contexte. L'évaluation des tendances en matière de qualité des soins est limitée par le manque de données. Notre indicateur d'ANC (CPN) qualifié de contenu avec un score de huit ou plus (ANCq+) a montré que la plupart des pays présentent des progrès satisfaisants et qu'aucun PFR ne connaît de réduction de la couverture. L'indicateur de co-couverture de la santé maternelle et néonatale a donné des résultats similaires, et les résultats pris ensemble suggèrent de bons progrès dans les soins liés à la grossesse et à l'accouchement. Cependant, certains groupes, en particulier les adolescents, ne bénéficient pas des mêmes avantages. Par exemple, les adolescentes présentent des niveaux de demande de planification familiale inférieurs à ceux des femmes plus âgées.¹⁷²

Enfin, nous avons un scénario inquiétant pour les césariennes, en particulier dans les PFR. Le taux de prévalence des césariennes chez les 20 % de femmes les plus pauvres des PFR est bien inférieur à la demande estimée et les progrès au fil du temps sont lents. Inversement, la proportion d'accouchements par césarienne dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure est trop élevée, même pour les 20 % de femmes les plus pauvres. Les césariennes sauvent des vies lorsqu'elles sont pratiquées sur indication médicale, mais leur surutilisation entraîne des coûts inutiles et des risques accrus pour les mères et les bébés, y compris pour les accouchements futurs. Les ressources consacrées aux césariennes inutiles devraient être utilisées pour améliorer les soins d'accouchement, en mettant l'accent sur la qualité des soins et les soins d'urgence pour les cas compliqués.

Section 4 : systèmes de santé et politiques de soutien

Des systèmes de santé performants sont essentiels à la mise en place d'interventions vitales pour les femmes, les enfants et les adolescents.¹⁸¹ Cette section aborde les politiques et plusieurs aspects de la fonctionnalité des systèmes de santé. Le financement de la santé est présenté à la section 5, car il englobe l'aide extérieure, une mesure de la priorité accordée au portefeuille de la SRMNA à l'échelle mondiale.

Les systèmes de santé sont ancrés dans le contexte de chaque pays sont dynamiques et doivent s'adapter à l'évolution des besoins de santé de la population. Les pays doivent régulièrement adapter leurs systèmes de santé pour faire face aux crises aiguës, telles que les épidémies, mais aussi évoluer pour tenir compte des transitions démographiques et épidémiologiques. En ce qui concerne la santé maternelle et néonatale, un modèle intégré de transition en cinq phases pour la mortalité maternelle, la mortinatalité et la mortalité néonatale a montré qu'une transition d'un taux de mortalité élevé à un taux de mortalité faible peut être caractérisée par des changements au niveau des soins de santé. Ces changements comprennent l'augmentation progressive de la

couverture et de la qualité des services de santé, la réduction des inégalités dans l'accès aux soins, l'amélioration des systèmes d'orientation et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, ainsi que la réduction des taux de fécondité.¹⁸⁵ La planification stratégique visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale et la mortinatalité peut bénéficier d'une comparaison de la situation et des tendances actuelles du pays avec celles d'autres pays se trouvant dans la même phase de transition et d'autres qui sont plus avancés dans la transition de la mortalité.

Les études de cas sur la réussite des pays à l'époque des OMD et les études plus récentes dans le cadre du programme Exemplars in Global Health soulignent la combinaison du leadership des pays avec les voix de la société civile pour faire progresser la santé des femmes, des enfants et des adolescents.^{6,197} Ces deux facteurs peuvent, dans certains contextes, être en opposition. Alors que la communauté mondiale s'engage à aligner le financement de la santé sur les priorités nationales¹⁹⁸ et à transférer davantage de pouvoir décisionnel en matière de stratégie nationale de santé aux gouvernements des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure,¹⁹⁹ des questions se posent quant aux implications de la montée des sentiments autoritaires sur les efforts de décentralisation des systèmes de santé au niveau infranational et d'intégration des voix locales dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes de santé.^{200,201} Les rapports faisant état d'une hostilité croissante dans de nombreux pays à l'égard de l'action de la société civile vont à l'encontre du modèle de soins de santé primaires qui promeut les soins axés sur la personne et la participation de la communauté.

Politiques en faveur des droits de l'homme en matière de santé

La théorie du changement Countdown repose sur la conviction que chacun a droit à la santé, y compris les femmes, les enfants et les adolescents, et que les normes des traités internationaux ratifiés en matière de droits de l'homme^{194,204-07} devraient être intégrées dans les cadres juridiques nationaux.²⁰⁸⁻¹² L'environnement politique du pays reflète l'engagement politique en faveur de la santé, détermine la portée et l'ampleur des services fournis et facilite la coordination entre les secteurs afin d'élargir l'accès aux services de santé et de veiller à ce que les établissements de santé soient dotés des équipements de base, tels que l'eau courante et l'électricité.

Les travaux de recherche qui encouragent l'action et la responsabilité en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents s'inscrivent dans le cadre des droits de l'homme et interpellent les gouvernements et les partenaires qui n'ont pas respecté leurs engagements. La Commission Lancet sur la santé et le bien-être de l'enfant,²¹³ à travers son initiative Children in All Policies 2030,¹³⁶ s'appuie sur les principes des droits de l'homme pour souligner que les gouvernements ont le devoir de veiller à ce que tous les enfants jouissent de leurs droits et de leurs acquis. La Commission Lancet sur la santé et le bien-être des adolescents met également l'accent sur la responsabilité collective de faire respecter les droits de l'homme des adolescents.^{146,214} L'existence d'une législation favorable est également un indicateur de la priorité accordée par le pays à la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Les méthodes de collecte de données pour les enquêtes sur les politiques ont évolué au fil du temps, ce qui complique l'analyse des tendances.

Cette section est axée sur l'avortement et sur une sélection de mesures de protection sociale, en s'appuyant sur les

données les plus récentes disponibles dans les bases de données politiques mondiales. La législation relative à l'émancipation des femmes et à la discrimination fondée sur le genre, y compris les lois concernant le mariage, la violence à l'égard des femmes et l'égalité des chances en matière d'éducation et d'emploi, est examinée dans la section 1 du présent rapport.

Santé sexuelle et reproductive et droits connexes : l'avortement en point de mire

Les droits sexuels et reproductifs sont essentiels au développement social et économique en général, à l'autonomie et à l'émancipation des femmes, ainsi qu'à l'égalité des sexes.²¹⁵ L'accès à un avortement sécurisé est considéré comme un droit de l'homme par de nombreux organismes internationaux et régionaux de défense des droits de l'homme, et cette philosophie normative a soutenu la libéralisation des lois restrictives sur l'avortement dans de nombreux contextes différents au cours des 30 dernières années.²¹⁶ Toutefois, la décision de la Cour suprême des États-Unis d'annuler l'arrêt *Roe v Wade* en 2022, qui garantissait le droit constitutionnel à l'avortement, rappelle que les droits en matière de sexualité et de procréation, essentiels à la santé des femmes et des jeunes filles, ne sont pas immuables et qu'ils peuvent être perdus.

L'avortement non sécurisé est l'une des principales causes évitables de mortalité et de morbidité maternelles dans le monde, notamment de décès et de problèmes de santé à court et à long terme dus à des infections et à des hémorragies (voir la section 2 pour des informations sur les tendances de la mortalité maternelle).²¹⁷ La proportion d'avortements non sécurisés tend à être nettement plus élevée dans les pays où la législation sur l'avortement est restrictive que dans ceux où elle l'est moins.²¹⁸ La criminalisation de l'avortement n'a pas eu d'effet dissuasif sur le recours à l'avortement. Au contraire, les lois et les sanctions restrictives sont associées à des risques élevés de recours par les femmes à des services d'avortement non sécurisés et non réglementés.²¹⁹ Les pays considèrent généralement que les avortements pratiqués en dehors d'un cadre légal précis constituent une infraction pénale. Par exemple, 132 (73%) des 182 pays ont des lois pénales qui sanctionnent les demandeurs d'avortement, selon la base de données de l'OMS sur les politiques d'avortement dans le monde.^{219,220} Seuls 55 (30 %) des 186 pays autorisent l'avortement à la demande de la femme et 20 (11 %) pays ne prévoient aucun motif d'accès à l'avortement (annexe p 143).

Il a été constaté que la Législation favorisant l'accès universel aux services de planification familiale, y compris l'éducation sexuelle complète, et les lois permettant aux adolescentes d'accéder à la planification familiale sans le consentement de leurs parents ou de leur conjoint, réduisent la fréquence des grossesses non désirées et des avortements non sécurisés et devraient faire partie des stratégies des pays visant à prévenir les décès et les handicaps liés à l'avortement.^{215,221} On estime qu'environ 15 % des avortements non sécurisés dans le monde concernent des adolescentes de moins de 20 ans.²²² Les programmes et les politiques de lutte contre les avortements non sécurisés doivent donc tenir compte des besoins particuliers de ce groupe de population vulnérable en matière d'information et de services.

Mesures de protection sociale destinées aux familles

Les mesures de protection sociale, qui vont des programmes de prestations en espèces aux programmes de protection des groupes de population vulnérables, sont essentielles pour

prévenir et réduire la pauvreté tout au long du cycle de vie.

²²³ Ces mesures sont également essentielles pour donner aux enfants un bon départ dans la vie, garantir l'accès à l'éducation et l'équité entre les sexes, et protéger les enfants et les adolescents des pratiques commerciales dommageables qui contribuent aux comportements à risque (par exemple, le tabagisme et la consommation d'alcool) et à l'augmentation des taux d'obésité et de surpoids. Une liste non exhaustive de politiques de protection de la santé maternelle, néonatale et infantile comprend les politiques de protection de la maternité, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, les programmes de prestations en espèces et de transferts en espèces pour les enfants et les familles, les incitations à l'utilisation de services, tels que les services d'accouchement et la vaccination des enfants, les politiques de développement de la petite enfance, les politiques d'enrichissement des aliments et les programmes d'assistance alimentaire, y compris par l'intermédiaire des écoles.

Il existe des lacunes importantes dans l'adoption de tout ou partie de ces politiques importantes dans les PRFI pour lesquels des données sont disponibles : 111 (83%) des 134 pays n'ont pas encore adopté la Convention sur la protection de la maternité (convention 183), qui comprend des normes minimales concernant les conditions de travail des femmes enceintes ou allaitantes, le congé de maternité, les prestations en espèces pendant le congé de maternité et les pauses et installations pour l'allaitement.²²⁴ 56 (64%) des 88 pays pour lesquels des données sont disponibles avaient moins de 20% de leur population couverte par une protection sociale ou des prestations en espèces, d'après l'analyse de la base de données mondiale sur la protection sociale de l'Organisation Internationale du Travail (2016-21).²²⁵ 56 (42%) des 134 pays n'ont pas adopté de politique multisectorielle de développement de la petite enfance. En Afrique subsaharienne, 31 (64%) des 48 pays n'avaient pas de politique, alors que sept (88%) des huit pays d'Asie du Sud de politique obligatoire ou volontaire d'enrichissement du blé, 115 (86%) n'ont pas de politique de ce type pour le riz et 122 (91%) n'ont pas de politique de ce type pour le maïs.²²⁷ 37 (28%) des 132 pays pour lesquels des données sont disponibles ne disposent d'aucune mesure légale alignée sur

le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel,²²⁸ 27 (20%) de ces pays ont des mesures qui sont en grande partie alignées sur le Code, et 68 (52%) de ces pays ont quelques dispositions ou sont modérément alignés sur le Code. Même lorsque des mesures sont en place, leur mise en œuvre n'est pas garantie, notamment en raison de la forte résistance du secteur.²²⁹

Il reste encore beaucoup à faire pour accroître l'adoption et la mise en œuvre par les pays d'un ensemble complet de politiques transformatrices fondées sur les droits de l'homme, susceptibles d'améliorer la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents, et de contribuer au développement social général. Il est de plus en plus évident que les pouvoirs publics doivent réglementer les médias sociaux et les autres plateformes en ligne afin de protéger les enfants et les adolescents contre les harcèlements et les prédateurs,²³⁰ et de contrôler la diffusion d'informations erronées qui peuvent susciter la méfiance à l'égard du système de santé et encourager des comportements néfastes ayant des conséquences immédiates et durables pour les femmes, les enfants et les adolescents.^{231,232} De même, comme indiqué dans la section 1, une plus grande réglementation commerciale est nécessaire lutter contre les

taux croissants de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adolescents, et il est également crucial de déployer des efforts pour améliorer les systèmes alimentaires afin de réduire l'insécurité alimentaire.

Aspects de la fonctionnalité du système de santé

Les systèmes de santé sont complexes et constitués d'éléments interconnectés. Les aspects essentiels à la fourniture de services de qualité pour la santé des femmes, des enfants et comprennent les ressources humaines et les produits de base. Cette section aborde également le rôle du secteur privé dans la fourniture de services.

Ressources humaines

Des soins de santé de qualité reposent sur une offre suffisante de prestataires bien formés, équitablement répartis et rémunérés, et qui travaillent dans un environnement propice, avec une supervision de soutien, des possibilités de promotion professionnelle, des équipements et des médicaments adéquats.²³³

Les pénuries de personnel de santé constituent une menace majeure au bon fonctionnement des systèmes de santé, mais elles sont fréquentes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Selon la base de données statistiques de l'OMS sur le personnel de santé dans le monde, la densité du personnel de santé s'est peu améliorée dans la plupart des régions et des groupes de revenus des pays depuis 2010 (annexe, p. 149-54).²³⁴ La figure 24 montre les écarts

importants entre les régions et les groupes de revenus. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure comptent sept fois plus de professionnels de santé de base que les PFR et trois fois plus que les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Au niveau régional, l'Asie du Sud, l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, et en particulier l'Afrique de l'ouest et du centre, accusent un retard considérable par rapport aux autres régions (annexe, pp. 149-54). Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence, car la qualité des données relatives au personnel de santé est médiocre, ce qui limite la capacité à déterminer de manière fiable les densités et les tendances. En 2006, l'OMS a proposé un seuil minimal de densité de 23 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000 personnes afin d'atteindre des taux de couverture adéquats pour les soins de santé primaires.²³⁵ L'OMS a actualisé ce seuil à 44,5 pour 10 000 personnes en 2010 sur la base d'estimations des besoins en personnel de santé pour assurer les interventions de l'indice de couverture sanitaire universelle.²³³ Au cours des périodes couvertes par le présent rapport, qu'il s'agisse des OMD ou des ODD, les quatre mêmes régions ont atteint les 40 points de référence pertinents - l'Asie de l'Est et le Pacifique, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'Amérique latine et les Caraïbes, et l'Europe de l'Est et l'Asie centrale - alors que l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, et l'Asie du Sud sont restées bien en deçà de ces seuils.

Les autres aspects des ressources humaines pour la santé ne disposent que de peu de données permettant de suivre les tendances au cours de la période ODD. Les agents de santé communautaires jouent un rôle crucial dans de nombreux pays.²³⁶⁻³⁸ Le suivi de la densité et de la répartition des travailleurs de la santé communautaire est difficile étant donné la diversité des rôles, de la formation et des tâches autorisées dans les différents pays et dans le temps. Les modalités de délégation des tâches constituent une stratégie efficace pour élargir l'accès aux services et remédier aux pénuries de personnel de santé. Il a été constaté qu'elles amélioraient l'accès aux interventions vitales en matière de santé maternelle, néonatale et infantile.²³⁹⁻⁴¹ Les investissements dans le recrutement et la fidélisation sont difficiles à contrôler et doivent souvent relever des défis majeurs qui épuisent leur personnel de santé, notamment ce que l'on appelle la fuite des cerveaux,²⁴² la migration, le départ des travailleurs de la santé en raison des conflits et des épidémies et pendant ces derniers, et la violence à l'encontre des travailleurs de la santé. Bien que le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ait été adopté lors de la 63e Assemblée mondiale de la santé en 2010,²⁴³ ses effets semblent limités en ce qui concerne la correction des niveaux élevés d'émigration des prestataires de soins de santé qualifiés des pays PRFI vers les pays à revenu élevé, et il existe peu de données fiables à ce sujet.²⁴⁴ Une autre insuffisance de données concerne les modalités du personnel de santé pendant et immédiatement après les conflits.^{245,246} La faible densité du personnel de santé dans les PFR et les PRFI, en particulier en Afrique subsaharienne, constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre à grande échelle des interventions plus complexes en matière de santé maternelle, néonatale et infantile curative qui sont nécessaires pour l'atteinte des ODD. Bien que les innovations en matière de diagnostic et de prestation de services puissent améliorer l'efficacité du personnel de santé, les investissements visant à augmenter le personnel de santé dans ces pays devraient être prioritaires, même

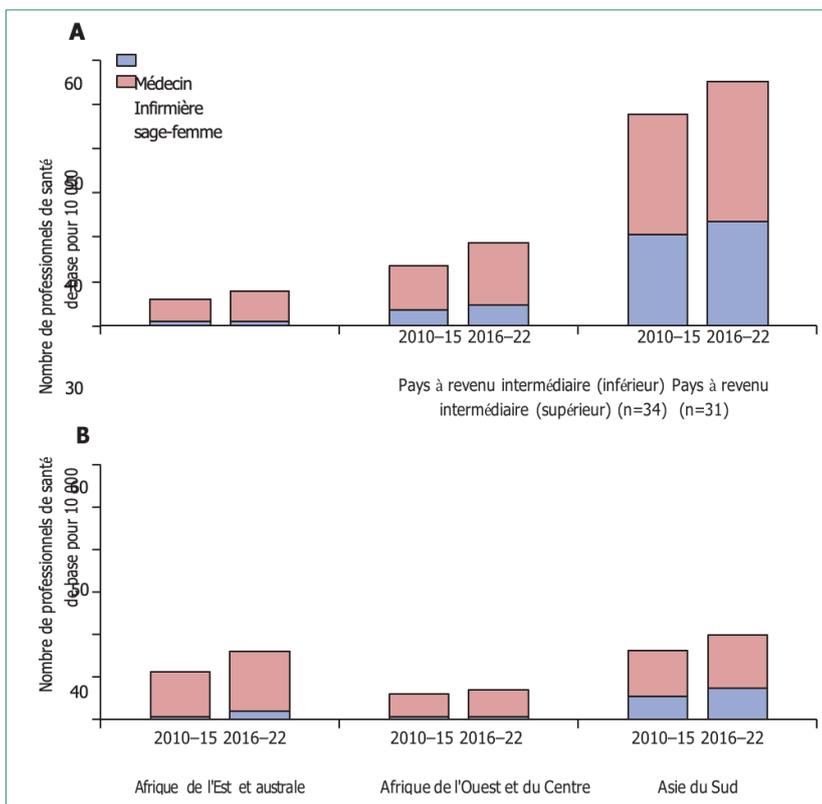


Figure 24: Densité de médecins et d'infirmières sages-femmes pour 10 000 personnes par groupe de revenu (A) et par région sélectionnée (B) en 2010-15 et 2016-21

Les pays pour lesquels des données sont disponibles pour les deux périodes sont organisés par régions. Données provenant de l'OMS.²³⁴

dans le contexte de pressions budgétaires dues au fardeau de la dette.

Pour examiner l'évolution de la contribution du secteur privé à la prestation de services entre l'ère des OMD et celle des ODD, les données des enquêtes auprès des ménages sur la couverture par le secteur privé et le secteur public de trois interventions clés en matière de santé maternelle, néonatale et infantile ont été analysées. Le secteur public est resté le principal prestataire de services d'accouchement médicalisé et de prise en charge des symptômes d'infection respiratoire aiguë dans les PFR et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, mais pas pour les accouchements par césarienne.

La proportion de services fournis par le secteur public à l'ère des ODD était de 92 % pour les accouchements médicalisés, de 29 % pour les césariennes et de 81 % pour la prise en charge des symptômes d'infection respiratoire aiguë (figure 25). La contribution du secteur privé à la prestation de services a été relativement constante entre la période OMD et celle des ODD.

Les césariennes sont l'exception, puisque la proportion de cette intervention fournie par le secteur privé est passée de 62 % au cours de la période OMD à 71 % au cours de la période ODD. Des détails sur les méthodes de sélection des pays, les calculs et les résultats par région et classification de revenus sont disponibles à l'annexe (pp 162-166).

Logistique et systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement

Des chaînes d'approvisionnement efficaces et sécurisées sont essentielles pour la fourniture de services de santé de qualité à travers des installations et des programmes de santé communautaire.²⁴⁷ Dans les PRFI, la logistique et les systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement fonctionnent souvent mal, limitant considérablement la disponibilité, l'abordabilité, et l'accessibilité des biens essentiels pour la santé des femmes des enfants et des adolescents.²⁴⁸

Il est difficile d'obtenir une vue globale des tendances de la disponibilité des produits. Une évaluation de dix pays ayant des données provenant d'évaluations d'établissements de santé dans l'ère des OMD et des ODD a montré une modeste amélioration au fil du temps, confirmant que ces pays ont été en mesure de maintenir, mais pas d'assurer un approvisionnement constant et facilement disponible en produits essentiels pour la santé maternelle, néonatale et infantile (annexe pp 144, 145). Cette constatation fait ressortir l'importance des systèmes de logistique fonctionnels soutenus par une base fiable de fournisseurs pour les stocks ininterrompus de produits sanitaires. Les investissements dans les innovations technologiques et le transfert de technologie pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents doivent également tenir compte des questions relatives aux systèmes sanitaires qui empêcheront ou faciliteront leur adoption afin d'assurer la durabilité et d'éviter les distorsions du marché.

Le rôle du secteur privé

La participation du secteur privé est considérée comme une stratégie potentielle pour atteindre la couverture sanitaire universelle lorsque les gouvernements ont une surveillance consistante et la capacité de réglementer leur participation.²⁴⁹⁻⁵¹ La portion des services de la SRMNIA et de la nutrition couverts par le secteur privé varie considérablement entre les PRFI.²⁵² Sur le plan régional, la contribution du secteur privé est plus importante en Asie du Sud qu'en Afrique subsaharienne.²⁵³ Pour examiner l'évolution de la

www.thelancet.com Vol 405

contribution du secteur privé à la prestation de services entre l'ère des OMD et celle des ODD, les données des enquêtes auprès des ménages sur la couverture par le secteur privé et le secteur public de trois interventions clés en matière de santé maternelle, néonatale et infantile ont été analysées. Le secteur public est resté le principal prestataire de services d'accouchement médicalisé et de prise en charge des symptômes d'infection respiratoire aiguë dans les PFR et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, mais pas pour les accouchements par césarienne. La proportion de services fournis par le secteur public à l'ère des ODD était de 92 % pour les accouchements médicalisés, de 29 % pour les césariennes et de 81 % pour la prise en charge des symptômes d'infection respiratoire aiguë (figure 25). La contribution du secteur privé à la prestation de services a été constante entre la période des OMD et celle des ODD. Les césariennes sont l'exception, puisque la proportion de cette intervention fournie par le secteur privé est passée de 62 % pendant la période OMD à 71 % pendant la période ODD. Des détails sur les méthodes de sélection des pays, les calculs et les résultats par région et classification des revenus sont disponibles en annexe (pp 162-66).

Systèmes d'information sanitaire

L'évaluation de la solidité des systèmes d'information sanitaire est complexe, notamment quand il s'agit de jauger l'influence des données sur la prise de décisions.

Les mécanismes de collecte des données sont l'élément le plus objectivement mesurable des systèmes d'information sanitaire des pays.²⁵⁴ Ces mécanismes comprennent les

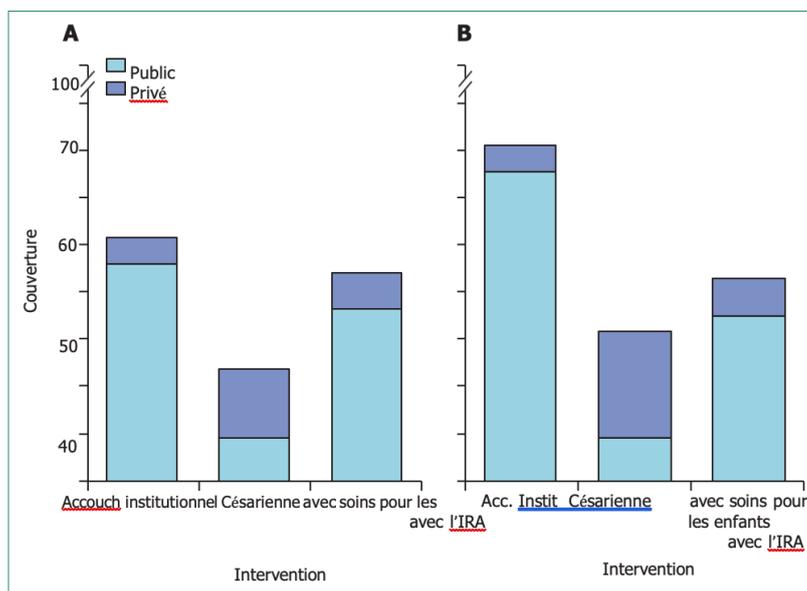


Figure 25: Couverture des interventions pour les accouchements institutionnels, la section de césariennes et la recherche de soins pour les symptômes d'IRA, par le secteur privé ou public pour les pays à faible revenu et à revenu faible-intermédiaire avec des données disponibles sur les enquêtes auprès des ménages en 2000-2015 et 2016-23

Données tirées des analyses de Countdown, Centre international pour l'équité en santé, Université fédérale de Pelotas (Brésil), fondées sur les enquêtes démographiques et sanitaires et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples, 2000-23.¹⁴⁷ IRA=infection respiratoire aiguë.

sources des données sur la santé de la population (exemple, systèmes d'enregistrement de l'état civil et des statistiques démographiques, le recensement de la population et les enquêtes auprès des ménages), les données des établissements de santé (p. ex., les systèmes d'information courants et les évaluations des établissements de santé) et d'autres sources (p. ex., les bases de données sur la main-d'œuvre et les bases de données financières) (voir le panel sur les données manquantes de l'annexe p 144).

La plupart des pays à faible revenu (PFR) et les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure n'ont pas de systèmes d'enregistrement civil et démographique qui fonctionnent bien, particulièrement en Afrique subsaharienne. Depuis 2015, les avancées technologiques ont donné une impulsion accrue à la construction et au renforcement de ces systèmes ²⁵⁵, ce qui a entraîné des améliorations dans plusieurs pays. La couverture de l'enregistrement des naissances dans les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure dans 65 PRFI avec au moins une enquête à la fois sur les OMD et sur les ODD est passée de 45 (69%) pays en 2000-14 à 50 (77%) en 2015-23 (annexe p 176). Néanmoins, la couverture est restée inférieure à 50% en Afrique orientale et australe et inférieure à 70% en Asie du Sud et en Afrique de l'ouest et du centre. Les progrès réalisés dans la réduction des inégalités liées à la richesse dans la couverture de l'enregistrement des naissances a également été ralenti. ²⁵⁶ Étant donné que l'enregistrement des naissances est essentiel pour établir l'identité légale de l'enfant, il est essentiel d'accroître les investissements dans les services d'enregistrement des naissances dans ces trois régions. La couverture de l'enregistrement des décès tend à être nettement plus faible que la couverture de l'enregistrement des naissances, et l'enregistrement avec une cause de décès fiable est encore plus faible.

Les recensements démographiques, généralement effectués une fois tous les 10 ans, fournissent des données sur les dénominateurs pour le secteur de la santé et certains indicateurs de santé. La pandémie du COVID-19 a causé le report des recensements dans plusieurs pays.

La proportion de 134 PRFI ayant fait un recensement au cours de la décennie précédente est passée de 113 (84 %) pays en 2014 (c.-à-d. recensement effectué au cours de la période 2004-2013) à 88 (66 %) pays en 2023 (c.-à-d. recensement effectué au cours de la période de 2014-23).

La baisse la plus importante a été enregistrée en Afrique occidentale et centrale (annexe p 176).

Les enquêtes auprès des populations sont une source essentielle de données représentatives sur les niveaux, les tendances et les inégalités en matière de mortalité, d'état nutritionnel, de couverture des interventions, et de facteurs de risque pour la SRMNIA et la nutrition. Les programmes d'enquêtes mondiales, notamment les enquêtes démographiques et sanitaires et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples, représentent plus de 90% des données d'enquête dans les bases de données internationales et stimulent les efforts de planification et de surveillance dans les PFR et les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des enquêtes nationales spécifiques au programme, comme pour le paludisme, la planification familiale et la nutrition, sont également menées.

La mise en œuvre des enquêtes avec les principales composantes de la SRMNIA et de la nutrition a fluctué au fil du temps et suivant les régions (figure 26). En 2020, il y a eu une baisse importante des enquêtes auprès des ménages en raison de la pandémie du COVID-19, causant le report des enquêtes.

Dans l'ensemble, 125 (96%) sur les 130 PRFI ayant des données ont mené une enquête auprès des ménages en 2010-15, par rapport à 82 pays (63%) en 2019-23 au cours de l'ère des ODD. La fréquence et la qualité des enquêtes auprès des ménages, ainsi que la disponibilité limitée des données sur l'enregistrement des décès, ont une incidence sur la capacité à suivre avec précision les tendances, comme le soulignent les rapports des Nations Unies sur la mortalité infantile, ²⁰ la mortalité maternelle, 16 et la Stratégie mondiale pour les indicateurs de santé des femmes, des enfants et des adolescents (annexe pp 176, 177).¹³

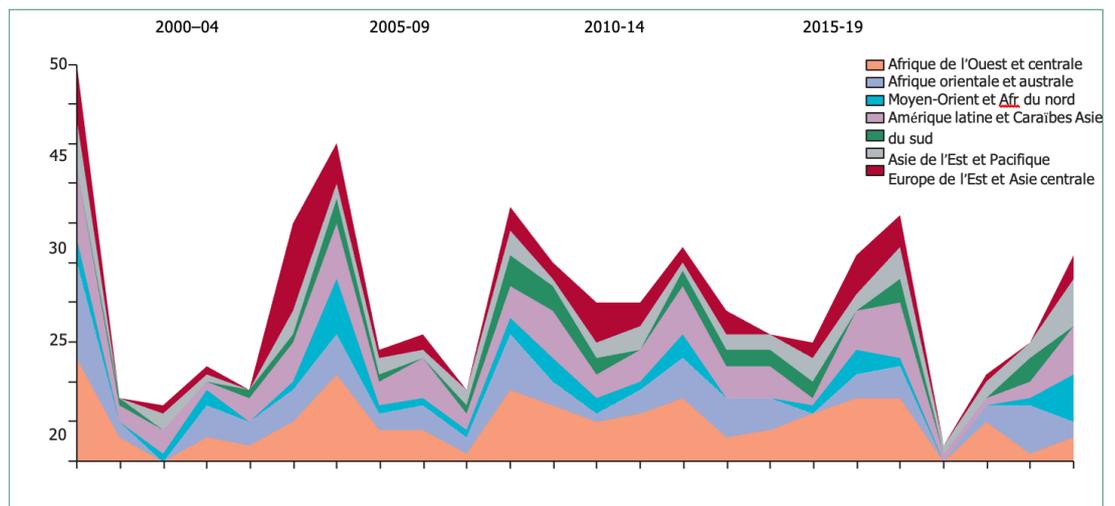


Figure 26: Nombre d'enquêtes nationales auprès des ménages par région et nombre moyen d'enquêtes par année pour chaque tranche de cinq ans en 2000-22

Le nombre total d'enquêtes était de 483, la plupart étant des enquêtes démographiques et sanitaires et des enquêtes par grappes à indicateurs multiples.

Les données des établissements de santé et d'autres systèmes sont des sources importantes pour la qualité des soins et les évaluations de l'état de préparation du système au niveau infranational. Les évaluations des établissements de santé, que ce soit au moyen d'un échantillon ou d'un recensement des établissements, semblent avoir été effectuées plus fréquemment avec une plus grande intégration entre les sujets liés à la santé depuis 2015, bien qu'ils n'aient pas fait l'objet d'un suivi complet. Le progrès le plus important accéléré par la pandémie du COVID-19 est la collecte de données sur l'état de préparation des établissements de santé au moyen d'enquêtes téléphoniques, par exemple comme le prône le Mécanisme de financement mondial.²⁵⁷

Les méthodes d'enquête téléphonique offrent des possibilités de suivi régulier à faible coût, avec la possibilité d'accroître la disponibilité de données en temps opportun pour l'utilisation par pays. La pandémie du COVID-19 a également stimulé l'augmentation de l'intérêt de renforcer les données courantes des établissements de santé, qui sont souvent entravées par des soucis liés à la qualité. Les systèmes courants d'information sanitaire sont principalement basés sur des rapports mensuels des établissements de santé sur une gamme d'indicateurs.

De nombreux PRFI utilisent une approche basée sur le site Web de District Health Information System (DHIS2) pour numériser les données des établissements au niveau du district.²⁵⁸ Plusieurs initiatives mondiales et régionales visent à améliorer la qualité et l'utilisation des données des établissements de santé, comme le travail de l'OMS sur les normes²⁵⁹ et Countdown jusqu'aux collaborations pluriannuelles avec les pays en 2030 avec les institutions de santé publique et les ministères de la Santé en Afrique sub-saharienne.²⁶⁰ En outre, les efforts permanents de renforcement des systèmes de surveillance et d'intervention continue des décès maternels et périnataux doivent aboutir

à une déclaration plus complète des décès et un suivi plus fiable de la mortalité institutionnelle.

Le tableau général de la disponibilité des données et des systèmes d'information sur la santé indique quelques améliorations, quoiqu'à un rythme lent.

Conclusion

Les cadres politiques nationaux reflètent la priorité accordée par le pays à la santé des femmes, des enfants et des adolescents ainsi qu'à l'engagement de protéger le droit humain à la santé.

L'aperçu des politiques fondées sur les droits de l'homme montre que l'adoption de politiques visant à protéger la santé des femmes, des enfants et des adolescents est loin d'être universelle dans les PRFI. La rupture du consensus mondial autour des accords fondés sur les droits pourrait nuire davantage à l'intérêt du pays d'introduire des lois sur la santé universelle et la protection sociale.

Les pays adaptent leurs systèmes de santé pour répondre à l'évolution des besoins de la population alors qu'ils traversent une transition sanitaire ou s'adaptent aux crises aiguës allant des conflits, aux catastrophes liées aux changements climatiques ou aux épidémies connexes.

La lente augmentation de la proportion du personnel de santé bien formé par rapport à la population des PFR et des PRFI est un obstacle majeur à leur capacité de transformer et d'agrandir les ensembles de services essentiels pour les femmes, les enfants et les adolescents et offrir des soins plus avancés pour tous. La pandémie du COVID-19 a stimulé les progrès technologiques et numériques qui ont amélioré l'accès aux services et leur qualité. Cependant, l'analyse du produit de base est un rappel que pour la durabilité, les investissements les innovations technologiques doivent aller de pair avec des investissements dans les infrastructures du système de santé qui sont essentielles à leur distribution et

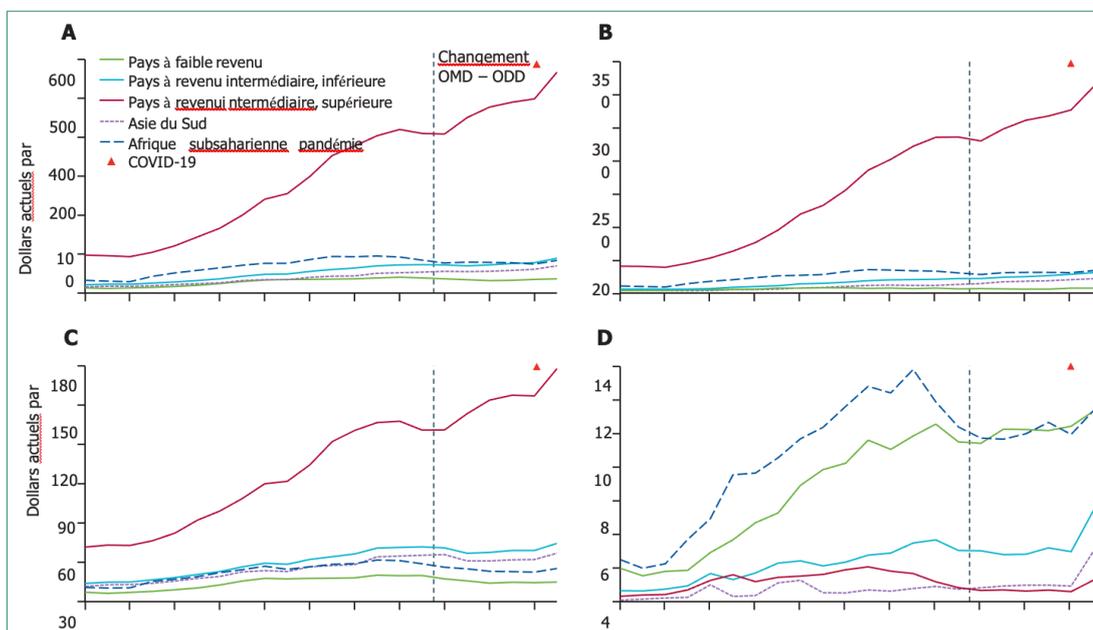


Figure 27 : Dépenses courantes de santé (A), dépenses publiques de santé (B), dépenses directes (C) et dépenses externes de santé (D) par habitant, selon le groupe de pays à revenu et certaines régions en 2000-21

La différence entre les dépenses courantes de santé et la somme des dépenses publiques de santé, des dépenses directes et des dépenses externes de santé est représentée par les paiements du secteur privé et des assurances volontaires (données non présentées). Données provenant de la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales en matière de santé.⁴² OMD=Objectif du Millénaire pour le Développement. ODD = Objectif de Développement Durable.

à leur fonctionnement, comme la logistique et les chaînes d'approvisionnement.

Section 5 : financement de la santé et hiérarchisation des priorités mondiales

Le niveau, la répartition et l'efficacité du financement des soins de santé déterminent si les modalités de financement suffisent pour assurer une couverture santé universelle et répondre aux besoins des femmes, des enfants et des adolescents en matière de santé.²⁶¹⁻²⁶³ Le financement de la santé stimule la motivation et le rendement du personnel de santé et influe sur la disponibilité médicaments et du matériel, l'abordabilité des services et les dépenses directes en matière de santé.^{264,265} Le financement est également requis pour développer de solides systèmes d'information sanitaire nationaux.

Cette section étudie les tendances dans le contexte du financement de la santé avec un accent mis sur l'aide extérieure qui reflète un engagement mondial à la santé des femmes, des enfants et des adolescents et au renforcement des systèmes sanitaires nationaux. Nous étudions également les difficultés et les opportunités qui affectent la hiérarchisation mondiale des priorités en matière de SRMNTA.

Financement global de la santé

La base de données de la Banque mondiale, dérivée de la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales en matière de santé, a été utilisée pour explorer les niveaux globaux de financement de la santé par la source.⁴² Les données considérées sont les moyennes pondérées des dépenses de santé par habitant pour l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud et pour trois groupes de pays classés selon le revenu.

Le niveau des dépenses courantes de santé (comprenant les dépenses publiques, des donateurs et des ménages) a varié selon les groupes de revenu classés par pays en 2021 de 37 \$US par habitant dans les PFR à 90\$ dans les

PRFI et 568\$ dans les pays à revenu intermédiaire-élevé. Les niveaux comparables de dépenses par habitant ont été 84\$ par habitant en Afrique subsaharienne et 70\$ en Asie du sud (figure 27). Au cours de la période 2000-15, une augmentation rapide des dépenses courantes de santé a été constatée dans les trois groupes de pays classés selon le revenu et en Afrique sub-saharienne et en Asie du sud, tous avec des taux d'accroissement annuels moyens supérieurs à 6% (annexe pp 178-91).

Après le début de la pandémie du COVID-19, les dépenses courantes par habitant ont continué à augmenter en 2020 et 2021 dans tous les groupes de pays classés selon le revenu (ainsi qu'en Afrique subsaharienne et en Asie du sud), bien que l'augmentation ait été plus prononcée dans les pays à revenu intermédiaire-élevé (figure 27).

Au cours de l'année 2016-21, la part des gouvernements nationaux des dépenses courantes en matière de santé a diminué dans les PFR (taux annuel moyen de variation -3.8 %) et dans les PRFI (-2.1 %), mais étaient toujours positives dans les PRFI (0.7 %). Les parts de l'Afrique sub-saharienne (-1.9 %) et de l'Asie du Sud (-3.9 %) ont diminué.

Les niveaux des dépenses publiques de santé par habitant ont augmenté entre les périodes 2010-15 et 2016-21 dans tous les groupes de pays classés selon le revenu (figure 27). La tendance des dépenses publiques de santé par habitant est globalement similaire à la tendance observée pour les dépenses courantes de santé par habitant sur la période 2000-21. Entre 2019 et 2021, les dépenses publiques de santé

par habitant ont augmenté de 23% dans les PFR, de 17% dans les pays à revenu faible-intermédiaire et de 17% dans les pays à revenu élevé-intermédiaire. Ces augmentations pourraient être expliquées par les allocations budgétaires sectorielles en réponse au COVID-19, bien qu'une analyse plus approfondie soit nécessaire pour confirmer.

Notre analyse a révélé que l'aide extérieure est plus élevée dans les PFR que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et de la tranche supérieure. L'Afrique subsaharienne a reçu plus d'aide extérieure que l'Asie du Sud. En 2020, l'aide par habitant à l'Afrique sub-saharienne (10 \$US) était dix fois plus élevée que celle de l'Asie du Sud (1\$; annexe pp 178-89).

Les dépenses directes sont considérées comme une source inéquitable de financement de la santé, car elles régressent habituellement et elles risquent de conduire les ménages dans la pauvreté.

Les dépenses directes étaient élevées avec un peu de changement pendant l'ère des ODD (figure 27). Pendant cette période, la baisse de la part des dépenses directes dans le total des dépenses courantes de santé a été lente (taux de variation annuel moyen inférieur à -0,5%) dans tous les groupes de pays classés selon le revenu ; Afrique subsaharienne et Asie du Sud (annexe pp 178-89). Cette baisse était similaire à la tendance observée au cours de l'ère des OMD, sauf pour les pays à revenu intermédiaire-élevé, qui ont connu un rythme plus rapide en 2000-15 (-1.9%), et l'Afrique subsaharienne, qui a enregistré une hausse de 0.4% par an au cours de l'ère des OMD et -0.2 % par an pendant l'ère des ODD.

Financement extérieure pour la SRMNTA

Les données sur les décaissements d'aide à la SRMNTA provenant des donateurs internationaux sont disponibles à partir de la base de données des activités de l'aide du système de déclaration des créanciers de 2021²⁶⁶, tenue à jour par l'Organisation pour la coopération et le développement économiques. L'application d'une méthode appelée l'algorithme Muskoka2 aux données du système de déclaration des créanciers permet d'estimer l'aide pour la SRMNTA et pour les sous composants de la SRMNTA.

Le financement pour les adolescents est inclus dans les catégories de la santé maternelle et néonatale et de la santé reproductive, bien qu'il ne soit pas possible d'isoler ce financement et le financement des autres services sanitaires pour les adolescents n'est pas inclus dans notre analyse.

La méthode Muskoka2 comprend des décaissements spécifiques pour la SRMNTA et les parts pertinentes d'investissements plus larges dans le système de santé qui profitent à la SRMNTA.²⁶⁷

Les flux d'aide annuels moyens pour la SRMNTA avant 2015 et en 2015-20, ont montré des tendances divergentes (figure 28). Dans les PFR, le taux d'accroissement annuel moyen au ralenti, passant de 9% avant 2015 à 1% après 2015 et, dans les pays à revenu faible-intermédiaire, de 5% à 1% au cours des mêmes périodes. En Asie du Sud et en Afrique sub-saharienne, les pourcentages de l'aide ont stagné.

Il y a eu une diminution de l'allocation de l'aide au titre de la SRMNTA dans tous les groupes de pays à revenu (sauf les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure) et en Afrique subsaharienne et en Asie du sud en 2021, ce qui suggère un déplacement potentiel de l'aide en raison de la pandémie du COVID-19.

L'aide à la santé infantile représentait 42% du total des ressources allouées à la SRMNTA pour la période allant de 2015, suivi par la santé reproductive (39%) et la santé

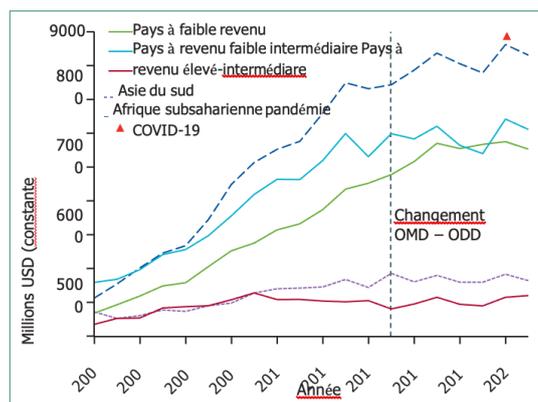


Figure 28 : Aide à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile dans les groupes de pays classés selon le revenu et certaines régions en 2002-2021

Les données proviennent de l'algorithme Muskoka2 appliqué aux ensembles de données fournis par le système de notification des pays créanciers.²⁶⁶ OMD=Objectif du Millénaire pour le Développement. ODD= Objectif de Développement Durable.

maternelle et néonatale (19%). Malgré des ralentissements, le montant de l'aide pour chaque composante de la SRMNIA a augmenté après 2015 par rapport à la période 2010-2015 (augmentation de 38% pour la santé infantile, 29% pour la santé maternelle et néonatale et 1% pour la santé reproductive; figure 29; annexe p 183).

Des améliorations ont été constatées dans les sources de financement, avec une prédominance des subventions au cours de la période 2010-21. La santé reproductive et la santé infantile représentaient la plupart des subventions, bien qu'il y ait eu une légère diminution de 4% entre les moyennes de 2010-15 et 2016-21 pour les subventions allouées à la santé reproductive.

Les prêts, deuxième source de financement externe après les subventions, sont principalement concentrés sur la santé infantile et ont augmenté entre les deux périodes pour toutes les composantes de la SRMNIA (augmentation de 62% pour la santé reproductive, 91% pour la santé maternelle et néonatale et 68% pour la santé infantile). Le financement privé pour le développement contribue d'abord à la santé infantile, puis à la santé reproductive, maternelle et néonatale. Le financement privé pour le développement a également augmenté considérablement en 2016-21 par rapport à 2010-15 (augmentation de 147% pour la santé reproductive, 77% pour la santé maternelle et néonatale et 90% pour la santé infantile). La Fondation Bill et Melinda Gates, le plus important contributeur au financement privé pour le développement, a fourni 82% de ce financement entre 2010-21.

L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) demeure le principal donateur de la SRMNIA depuis 2010. Toutefois, ses niveaux de financement étaient inférieurs de 4% en 2016-21 puis en 2010-15. Le Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds Mondial) et Gavi, l'Alliance pour les vaccins, étaient les deux autres principaux donateurs de la SRMNIA, bien qu'ils aient concentré leur financement sur des maladies spécifiques plutôt que sur le continuum global de la SRMNIA. La période 2016-21 a vu une résurgence des contributions financières à la SRMNIA provenant d'autres donateurs, comme l'Association internationale pour le développement (augmentation de 91% par rapport

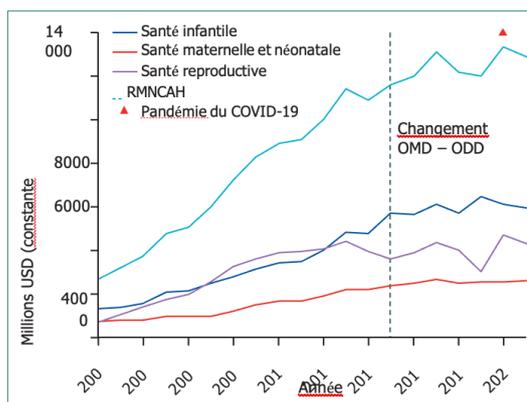


Figure 29 : Aide à la SRMNIA par composante en 2002-2021

L'algorithme Muskoka2 permet la désagrégation de l'aide à la SRMNIA en aide à la santé reproductive, la santé maternelle et néonatale et infantile. Le financement des adolescents est inclus dans les catégories de la santé maternelle et néonatale et reproductive, bien qu'il ne soit pas possible d'isoler ce financement et le financement des autres services de santé destinés aux adolescents n'est pas inclus dans notre analyse. L'aide à la SRMNIA est déterminée par le code d'objet du Système de déclaration des créanciers, environ 20 codes sur 223 étant considérés comme bénéficiant à la SRMNIA. En fonction du code d'objet, divers pourcentages sont appliqués aux décaissements des donateurs bilatéraux, multilatéraux et privés pour estimer les montants d'aide pour chaque composante de la SRMNIA.²⁶⁸ Données provenant de l'algorithme Muskoka2 appliqué aux ensembles de données fournis par le système de notification des pays créanciers.²⁶⁶ OMD=Objectif du Millénaire pour le Développement

à 2010-2015), maintenant la quatrième source principale de financement, l'Allemagne (augmentation de 5% par rapport à 2010-2015) et la Fondation Bill & Melinda Gates (augmentation de 54% par rapport à 2010-15). Le soutien financier du Royaume-Uni à la SRMNIA a diminué de 20% après 2015 par rapport à la période avant 2015 (annexe p 187). Le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents adopté par la Banque Mondiale a été lancé en juillet 2015 pour catalyser les investissements.

Équité du financement

L'aide est un instrument pour soutenir les pays pauvres ayant des budgets de santé publique inadéquats. Une mesure de l'équité

ou de la justice des allocations d'aide est le degré auquel le financement de la santé est orienté vers les pays pauvres ayant des besoins

économiques et sanitaires plus importants.²⁶⁹ Jusqu'en 2015, donateurs ont ciblé de plus en plus l'aide pour la SRMNIA aux pays les plus pauvres (sur la base du PIB par habitant) et aux pays ayant des besoins sanitaires plus importants (sur la base des taux de mortalité néonatale et des enfants de moins de 5 ans), indiqués par des indices de concentration toujours plus négatifs (figure 30). Cependant, depuis 2015, le niveau d'équité dans les allocations d'aide à la SRMNIA a stagné, avec quelques signes d'une légère aggravation, surtout en 2020.

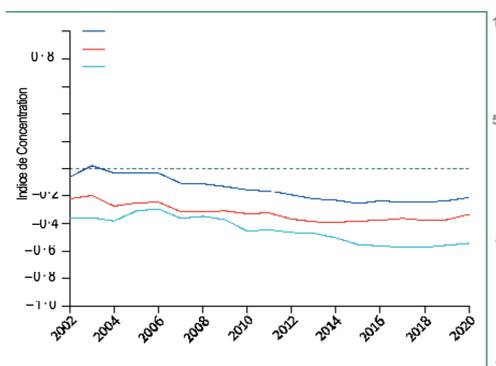


Figure 30 : Concentration de l'aide pour la SRMNIA selon les besoins

L'algorithme Muskoka2 permet de désagréger l'aide pour la SRMNIA en aide pour la santé reproductive, la santé maternelle et néonatale et la santé infantile. Le financement pour les adolescents est inclus dans les catégories de la santé maternelle et néonatale et reproductive, bien qu'il ne soit pas possible d'isoler ce financement et que le financement pour d'autres services de santé pour les adolescents ne soit pas inclus dans notre analyse. Les valeurs négatives reflètent une plus grande allocation de l'aide SRMNIA aux pays les plus pauvres et aux pays ayant des taux de mortalité infantile et néonatale plus élevés. SRMNIA = santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile adolescente. Données provenant de l'algorithme Muskoka2.²⁶⁶

Conclusions sur le financement de la santé

Les dépenses de santé actuelles par habitant ont globalement augmenté après 2015, mais beaucoup plus lentement que au cours de la période OMD et sans augmentation en Afrique subsaharienne et dans les PFR. Les écarts sont restés importants : les dépenses de santé actuelles par habitant dans les pays à revenu intermédiaire supérieur, qui ont atteint les objectifs de l'ODD en matière de mortalité infantile en tant que groupe, étaient 16 fois plus élevées que dans les PFR et 6 fois plus élevées que dans les pays à revenu intermédiaire inférieur en 2021. Les dépenses de santé publiques en proportion des dépenses de santé actuelles n'ont pas augmenté dans tous les groupes de pays classés selon le revenu. Les dépenses de santé à la charge des ménages sont restées une part importante du financement dans tous les groupes de revenus. Le taux de croissance annuel moyen de l'aide à la SRMNIA a ralenti après 2015, mais a continué d'augmenter jusqu'à la pandémie de COVID-19, après quoi l'aide à la SRMNIA a diminué dans toutes les régions et tous les groupes de revenus, à l'exception des pays à revenu intermédiaire supérieur. Toutes les composantes de la SRMNIA ont subi une diminution de l'aide en 2020, ce qui suggère un déplacement des fonds vers les réponses à la pandémie. Le paysage des donateurs est resté similaire au cours de la période ODD. Les grands donateurs traditionnels à la SRMNIA sont restés pour la plupart stables ou ont réduit leurs contributions, ce qui a été en partie compensé par une augmentation du financement de l'Association Internationale de Développement (IDA) de la Banque mondiale et du financement privé du développement. Depuis 2015, le ciblage de l'aide vers les pays ayant des besoins de santé plus importants s'est détérioré, en particulier si l'on considère l'aide à la santé maternelle et néonatale.

Priorité mondiale pour la SRMNIA

La priorité mondiale fait référence à la mesure dans laquelle les dirigeants expriment publiquement et en privé leur soutien face à un problème, encouragent les expressions de soutien par l'allocation de ressources financières, lancent

des initiatives et adoptent des politiques et des programmes conçus pour trouver une solution au problème.²⁷⁰ La priorité mondiale ne garantit pas une mise en œuvre efficace ou des améliorations de la santé de la population, mais pourrait faciliter ces effets.

Pour examiner la priorité mondiale pour la SRMNIA dans le contexte de ce rapport, deux sources d'informations empiriques, s'appuyant sur des cadres des sciences sociales,^{271,272} ont été utilisées : une revue de littérature structurée ; et des entretiens avec des informateurs clés auprès de personnes occupant des postes de direction dans des institutions ayant une portée mondiale qui s'occupent de la SRMNIA (annexe p. 192).

La priorité mondiale pour la SRMNIA a généralement stagné depuis 2016, après une décennie et demie de progrès sans précédent. Bien que les dirigeants d'organisations mondiales et d'institutions bilatérales s'occupant de la SRMNIA, dont l'UNICEF, l'OMS, la Banque Mondiale et l'USAID, continuent d'exprimer leur soutien à la prise en charge de l'ensemble du continuum de soins, l'aide au développement cumulée a ralenti après avoir atteint un sommet à la fin des OMD (figure 28).

De plus, alors que pendant l'ère des OMD, une multitude d'initiatives mondiales en matière de SRMNIA ont été lancées, l'ère des ODD n'a pas connu le même niveau d'activité mondiale. Trois des huit OMD concernaient directement la SRMNIA : la mortalité infantile, la mortalité maternelle, le VIH/SIDA et le paludisme. Le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile a été créé en 2005 et le Secrétaire Général des Nations Unies de l'époque, Ban Ki-moon, a lancé le mouvement Chaque Femme, Chaque Enfant lors du Sommet des OMD de 2010. Ce mouvement était fondé sur la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants à l'horizon 2010-15, qui a été mise à jour en 2016 sous le nom de Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Grâce à l'Initiative Muskoka pour la santé maternelle, néonatale et infantile, annoncée lors du sommet du Groupe des 8 (G8) en 2010, les États membres des Nations Unies se sont engagés à verser 5 milliards de dollars US pour la réalisation des OMD 4 et 5.

En comparaison, les objectifs de la SRMNIA ne figurent pas aussi en évidence dans le cadre global et holistique des ODD. L'actuel Secrétaire Général des Nations Unies, António Guterres, choisi en 2017 pendant l'ère des ODD, n'a pas accordé autant d'attention à la SRMNIA que son prédécesseur Ban Ki-moon. De plus, le financement externe du Mécanisme de Financement Mondial (GFF), un partenariat multi-organisations destiné à stimuler les investissements nationaux dans la santé des femmes, des enfants et des adolescents, a été modeste par rapport au Fonds mondial et à Gavi en termes de montants de reconstitution. Une évaluation interne suggère toutefois que, sur 32 pays bénéficiaires du GFF, il y a eu une augmentation médiane de 40 % de la proportion du financement de l'Association Internationale de Développement (IDA) de la Banque mondiale allouée à la SRMNIA et à la nutrition après l'engagement avec le GFF.²⁷³ Cette constatation cadre avec l'analyse financière de ce rapport, qui montre une augmentation du financement de l'IDA pour la SRMNIA au cours de la période 2016-21 et fournit certaines preuves de la fonction catalytique et de levier du GFF. de la SRMNIA est actuellement menacé. Certains répondants craignent Les perceptions issues des entretiens avec des informateurs clés (annexe 1, p. 192) reflètent ces observations : presque tous les répondants considèrent que le programme que cela ne soit le début d'un déclin soutenu des ressources et de l'attention, tandis que

d'autres sont plus optimistes quant à la possibilité d'inverser la stagnation.

Facteurs externes à l'origine de la stagnation

Trois facteurs externes - qui ne concernent pas directement la SRMNIA - pourraient avoir contribué à la stagnation de la priorité accordée à la question après 2015 : des priorités concurrentes, un espace budgétaire restreint et un déclin du multilatéralisme.

L'émergence de priorités concurrentes, tant dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines, pourrait avoir détourné l'attention de la SRMNIA. Parmi les priorités en matière de santé, la COVID-19 et la Couverture Santé Universelle (CSU) ont probablement eu les effets les plus marqués. L'analyse financière de ce rapport suggère un déplacement des fonds vers la réponse à la pandémie, une constatation corroborée par d'autres analyses. Plusieurs études ont montré que le financement de la COVID-19 a été détourné de projets déjà existants, dont certains auraient pu être liés à la SRMNIA.^{274,276}

Par rapport à la COVID-19, il y a moins de preuves concernant les effets de la CSU sur la priorité accordée à la SRMNIA et des perspectives plus contradictoires sur la question de savoir si l'attention portée à la CSU augmente ou diminue la priorisation de la SRMNIA. Certains informateurs clés perçoivent des effets négatifs de l'attention portée à la CSU et une diminution de l'attention portée aux femmes et aux enfants. D'autres anticipent que la CSU fera progresser certains aspects du programme de la SRMNIA en augmentant les investissements dans le renforcement des systèmes de santé, plutôt que dans des programmes spécifiques aux maladies.

Parmi les priorités non liées à la santé, les changements climatiques et la guerre en Ukraine ont été fréquemment mentionnés comme ayant potentiellement détourné des ressources de la SRMNIA. Certains informateurs clés ont qualifié ces questions de priorités non négociables, contrastant l'importance et l'urgence que les donateurs accordent à ces questions avec la dépriorisation de la SRMNIA.

En plus des priorités concurrentes, l'espace budgétaire restreint semble nuire au programme de la SRMNIA. Le remboursement de dettes élevées et les perturbations économiques causées par la pandémie de COVID-19 ont rendu difficile pour les gouvernements des PFR de consacrer suffisamment de ressources aux problèmes de santé et de bien-être social.²⁷⁷ Au cours de la période ODD, les paiements d'intérêts en pourcentage des recettes publiques ont été supérieurs à 20 % dans de nombreux PFR, réduisant l'espace budgétaire pour la SRMNIA.

Un autre facteur qui pourrait entraver la priorité accordée à la SRMNIA est l'engagement décroissant envers le multilatéralisme et l'influence décroissante de l'ONU. En partie en raison de la montée de la politique nationale axée sur le populisme, le nationalisme et la réaffirmation des besoins de l'État par rapport à la solidarité mondiale. Une étude présente des preuves que l'ère de la coopération au développement est terminée, supplantée par une déconnexion croissante entre les priorités des PRFI et le programme étroit des agences de développement des États à revenu élevé de l'OCDE.²⁷⁸ Une autre étude révèle que les organisations intergouvernementales formelles sont de moins en moins enclines à peser dans les relations internationales à mesure que le terrain de jeu change pour aller vers un monde multipolaire.²⁷⁹ Certaines études relient ces tendances aux appels à la décolonisation de la santé mondiale, avec les PRFI qui perçoivent le système multilatéral actuel et l'industrie du développement comme maintenant les asymétries de pouvoir entre le soi-disant Nord Global et le Sud Global.^{280,281}

Facteurs internes à l'origine de la stagnation

En plus des facteurs externes, plusieurs facteurs internes semblent affecter négativement la priorisation de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (SRMNIA). Un facteur interne est la gouvernance fragmentée, car une multitude d'acteurs travaillent au niveau mondial sur la SRMNIA sans coordination, malgré l'existence de mécanismes dédiés, tels que la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016-30.²⁸² Plusieurs entités dont le mandat englobe une grande partie du programme de la SRMNIA pourraient jouer un rôle de coordination et de rassemblement, notamment le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, le Département de la santé maternelle, néonatale, infantile et de la santé de l'adolescent et du vieillissement de l'OMS, et le GFF. Cependant, aucune de ces entités n'a actuellement suffisamment de pouvoir pour assumer efficacement ce rôle en raison de divers facteurs, notamment un financement insuffisant et une visibilité moindre suite au démantèlement de l'initiative « Chaque Femme, Chaque Enfant » du Secrétaire Général des Nations Unies. Au lieu d'agir comme une communauté unie, les acteurs mondiaux ont tendance à faire avancer un ensemble diversifié et parfois concurrent de priorités, en mettant l'accent sur des groupes de population ou des interventions particulières tout en négligeant d'autres. Le fait que des partenaires mondiaux individuels poursuivent des mandats spécifiques n'est ni surprenant ni intrinsèquement problématique. Mais des complications surviennent parce que les partenaires mondiaux travaillent parfois à contre-courant, et sans une coordination efficace, ils sont limités dans leur capacité à forger une coalition efficace pour obtenir un engagement et des ressources adéquats pour la SRMNIA. Les informateurs clés ont établi des contrastes avec le mouvement VIH/SIDA, notant que la communauté de la SRMNIA a forgé des alliances faibles tandis que la communauté du VIH a mobilisé stratégiquement les acteurs locaux et internationaux.

Interdépendante et contribuant au problème de la gouvernance fragmentée, il y a un manque de cadrage convaincant de la question de la SRMNIA qui pourrait inciter 50 agences à travailler ensemble et convaincre les dirigeants politiques et les donateurs à fournir des ressources. Les acteurs de la SRMNIA reconnaissent ce problème et se débattent avec des moyens de positionner efficacement la question. Par exemple, des promoteurs ont suggéré des concepts qui aspirent à l'unité, y compris le cycle de vie,²⁸³ le continuum de soins,^{285,285} et survivre, prospérer et transformer.²⁸² Cependant, ces idées sont largement techniques dans leur orientation et n'ont pas le pouvoir de mobilisation ou le cadrage persuasif nécessaire pour inspirer une action collective. Selon plusieurs informateurs clés, un problème auquel les promoteurs de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (SRMNIA) sont confrontés pour bâtir un discours solide est la perception que cette question a déjà reçu une attention disproportionnée à l'époque des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ce qui a entraîné de fortes baisses de la mortalité maternelle et infantile. Par conséquent, certains dirigeants politiques et de la santé estiment que le travail est en grande partie terminé et qu'il est temps de s'attaquer à d'autres problèmes.

D'autres analyses et informateurs clés soulignent qu'il existe des limites à la mise en avant de la SRMNIA avec une trop forte concentration sur la survie, notant que les statistiques de mortalité et de charge de morbidité ne suffisent pas pour saisir tous les aspects de la santé et du bien-être.^{3,286}

Les promoteurs de la SRMNIA reconnaissent la valeur potentielle de la connexion de la question aux priorités mondiales existantes et émergentes, notamment les trois maladies infectieuses de grande envergure que sont le VIH, la tuberculose et le paludisme,²⁸⁷ les maladies non transmissibles,²⁸⁸ la couverture sanitaire universelle^{289,290}, le changement climatique¹²⁶ et la préparation aux pandémies. Mais ces promoteurs soulignent les défis liés à la transmission des avantages mutuels de la collaboration, comme la façon dont une attention particulière aux groupes de population spécifiques que sont les femmes, les enfants et les adolescents peut attirer davantage de ressources et d'actions collectives pour des problèmes plus larges, comme le changement climatique et la préparation aux pandémies. De même, des supports de communication efficaces fondés sur des données probantes sont nécessaires pour convaincre les promoteurs des maladies non transmissibles des avantages d'investir dans la SRMNIA comme stratégie préventive, en plus d'investir dans des services de traitement pour la charge croissante des maladies non transmissibles dans les groupes de population âgés.

La fragmentation et l'absence d'un cadre convaincant soulèvent la question fondamentale de savoir si le terme SRMNIA fait référence à quelque chose de spécifique. Certains répondants suggèrent qu'il ne s'agit que d'un acronyme maladroitement construit, destiné à rassembler plusieurs communautés dont les agendas ne sont pas entièrement harmonisés et qui, par conséquent, sont peu susceptibles de se réunir de manière significative.

En résumé, il existe une série de facteurs internes et externes qui ont entraîné une réduction de la priorisation mondiale de la SRMNIA à l'ère des ODD. Le défi à venir pour la communauté de la SRMNIA est multiple et lié aux réalités macroéconomiques et politiques, ainsi qu'à de profondes divisions internes. Une question clé est de savoir si le positionnement de la santé des femmes, des enfants et des adolescents au cœur du modèle des soins de santé primaires constituerait une voie à suivre, étant donné la structure tripartite du modèle, à savoir l'engagement communautaire, les approches multisectorielles et les réformes du secteur de la santé, qui pourraient conduire à un progrès durable et équitable et à une plus grande appropriation par les pays.

Conclusions

Progrès mais ralentissement majeur au cours de la période ODD

Des améliorations significatives ont été constatées dans les indicateurs de santé et de développement au cours de la période ODD. La mortalité a continué de baisser dans presque tous les groupes d'âge, des mort-nés et des nouveau-nés aux adolescents, dans les groupes de pays à faible revenu, à revenu intermédiaire inférieur et à revenu intermédiaire supérieur, ainsi que dans les régions à forte mortalité en 2016-2022. Le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans a également continué sa baisse d'avant 2015. La couverture des interventions clés en matière de SRMNIA et de nutrition s'est améliorée au cours de la période ODD, plus particulièrement dans la région en retard d'Afrique de l'ouest et du centre. Les inégalités de couverture par la richesse des ménages ont diminué en moyenne en raison d'une augmentation plus rapide de la couverture pour les ménages les plus pauvres.

Ces développements positifs pourraient avoir bénéficié d'un renforcement modeste des systèmes de santé au niveau national, tels que les dépenses de santé actuelles, les infrastructures et la main-d'œuvre, ainsi que du financement externe continu pour la SRMNIA, proche des niveaux atteints à la fin de la période OMD. La pandémie de COVID-19 a perturbé les services en 2020, mais la plupart des pays se sont rapidement remis, à l'exception des services de vaccination, ce qui montre la résilience des systèmes de santé.

Bien qu'il y ait eu des développements positifs, il est crucial de reconnaître que le rythme d'amélioration de la plupart des indicateurs de mortalité, de santé et de nutrition au cours de la période ODD a ralenti par rapport à la période OMD. Les progrès sont loin d'être suffisants pour atteindre les objectifs des ODD 2030 et la couverture universelle des interventions essentielles. La plupart des pays à revenu faible et intermédiaire risquent de ne pas atteindre les objectifs des ODD pour la mortalité maternelle, néonatale et infantile. De grandes inégalités persistent entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci.

Les principaux facteurs du ralentissement

Un éventail de problèmes contextuels et liés au système de santé ont contribué au ralentissement des progrès. Premièrement, les tendances positives dans les déterminants socio-économiques de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente (SRMNIA) et de nutrition sont confrontées à une opposition de plus en plus forte. Les inégalités économiques entre les régions et les groupes de pays classés selon le revenu restent énormes, la croissance économique stagne, en particulier dans les pays à faible revenu (PFR), et une crise de la dette affecte l'espace budgétaire pour la santé dans de nombreux PFR vulnérables et pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Les progrès en matière d'éducation des femmes et d'égalité des sexes ont ralenti, avec des implications majeures pour la SRMNIA et la nutrition, y compris les droits sexuels et reproductifs, pour cette génération et la suivante. Un nombre croissant de femmes et d'enfants est touché par les conflits armés en raison de la violence directe et indirectement en raison des perturbations des services essentiels et des déplacements forcés.

Deuxièmement, alors que les pays ont réduit la mortalité maternelle et infantile et atteint une couverture plus élevée des interventions de base, de nouveaux progrès dépendent de plus en plus de l'accès à des services de santé primaires et secondaires plus avancés et de haute qualité pour toutes les femmes, les enfants et les adolescents. La concentration progressive de la mortalité infantile en période périnatale exige un accès universel à des services plus complexes, tels que des unités de soins intensifs pour les nouveau-nés petits et malades. Les besoins des enfants plus âgés et des adolescents sont devenus des problèmes importants, notamment le surpoids et l'obésité. Ces problèmes nécessitent des systèmes de santé bien fonctionnels, mais le rythme actuel des améliorations des systèmes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure est nettement inadéquat. Des stratégies multisectorielles coordonnées sont également nécessaires pour s'attaquer aux déterminants sous-jacents de la mauvaise santé et de la nutrition, notamment l'amélioration des systèmes alimentaires et de santé, la réglementation commerciale, l'eau et l'assainissement.

Troisièmement, la priorité accordée à la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (SRMNIA)

et à la nutrition a diminué en raison de plusieurs facteurs internationaux et internes (c'est-à-dire internes à la communauté de la santé SRMNIA). Bien que les données probantes actuelles soient rares, les préoccupations transnationales, telles que le changement climatique et la sécurité sanitaire, ainsi qu'un programme d'assurance maladie universelle élargi avec des ressources similaires, pourraient détourner l'attention et les ressources de la SRMNIA et de la nutrition. Les conséquences des développements politiques nationaux sur l'engagement en faveur du droit à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive, telles que la montée du populisme et le soutien déclinant au multilatéralisme, sont une préoccupation majeure.

Des facteurs internes pourraient avoir affaibli la communauté qui s'active dans la SRMNIA et la nutrition. La fragmentation dans le continuum de la SRMNIA et de la nutrition a entraîné un sous-financement des plateformes de coordination existantes. L'accent continu sur la programmation verticale (c'est-à-dire autonome) et l'absence d'un discours cohérent, unificateur ont contribué à la baisse de visibilité de la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans les agendas à l'échelle mondiale et nationale. Le Bureau du Secrétaire Général des Nations Unies (qui est à l'origine de l'initiative Chaque Femme, Chaque Enfant) a délégué la responsabilité de la coordination aux agences spécialistes qui ont une envergure mondiale beaucoup plus réduite. Les acteurs actuels comme l'UNICEF et l'OMS semblent s'occuper de portefeuilles de plus en plus divers. De même, le Partenariat pour la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile est sous pression en raison d'un agenda plus élargi et il est sous-financé, ce qui ne lui permet pas de réaliser ses objectifs en matière de plaidoyer et de collaboration avec la société civile. Les nouveaux acteurs à l'échelle mondiale, comme le GFF apportent leur contribution, mais ils ne sont pas en mesure de mobiliser les ressources pour transformer les choses ou avoir un impact majeur à l'échelle nationale.

Domaines d'action prioritaires

Dans ses analyses, le rapport vise à susciter des débats et suggérer des mesures nécessaires pour accélérer les progrès dans le domaine de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Cinq thèmes ont été identifiés :

Priorité 1 : focus explicite sur l'Afrique subsaharienne

Les acteurs à l'échelle mondiale, régionale et nationale doivent faire de la santé des femmes, des enfants et des adolescents une priorité. Le taux de fécondité dans la région demeure élevé et plus de 50% de la population a moins de 20 ans, ce qui conduit à une pression continue pour fournir les services relatifs à la SRMNIA et à la nutrition pour satisfaire la demande croissante en services de SRMNIA et de nutrition, souvent avec le même budget limité. La région a les pires indicateurs de mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente, avec des maladies infectieuses prédominantes, et fait face aux plus grands défis externes. Les menaces économiques, les conflits armés et l'insécurité alimentaire sont disproportionnellement concentrés en Afrique subsaharienne, une région déjà accablée par la pauvreté et les faibles niveaux d'éducation et de développement socio-économique. La vulnérabilité de l'Afrique subsaharienne aux événements météorologiques extrêmes induits par le changement climatique, tels que les sécheresses et les inondations, est plus élevée que dans la plupart des autres régions.

La crise de la dette menace les progrès de la SRMNIA et de la nutrition dans de nombreux pays. Les progrès constatés chez les personnes pauvres en milieu urbain semblent avoir stagné dans de nombreux pays, ce qui est préoccupant compte tenu du nombre croissant de citoyens vivant dans la pauvreté et dans des bidonvilles. L'Afrique de l'ouest et du centre est à la traîne des autres régions sur presque tous les indicateurs. Les 48 pays d'Afrique subsaharienne, à l'exception de quatre petits États insulaires ayant une population plus favorable, devront accélérer le rythme de la baisse de la mortalité pour atteindre les objectifs de 2030. Des initiatives multi-pays majeures menées par des institutions politiques et techniques régionales, telles que les Centres africains de lutte et de prévention des maladies et le Centre de Recherche Africain sur la Population et la Santé, avec un soutien mondial solide, sont nécessaires pour renforcer les systèmes de santé des pays et contribuer à s'attaquer aux moteurs sous-jacents, notamment le développement économique.

Priorité 2 : renforcer les systèmes de santé pour la SRMNIA et la nutrition

La faiblesse des systèmes de santé - qui peut se traduire par des inégalités importantes dans l'accès aux services essentiels, une mauvaise qualité des services, des services non opportuns et des difficultés à accéder à des niveaux de soins plus élevés - entrave les progrès. La progression des pays dans la transition de la mortalité et de la santé pour atteindre les objectifs de développement durable sera plus difficile. Les stratégies prioritaires comprennent l'amélioration de la main-d'œuvre de santé, la protection des budgets de santé des pays contre les contraintes budgétaires, l'augmentation de l'aide extérieure bien ciblée, les innovations en matière de produits et de stratégies de prestation de services et l'amélioration de la qualité des soins. Les stratégies de soins de santé primaires, y compris les hôpitaux de niveau 1, sont essentielles pour fournir à tous des soins obstétricaux d'urgence de base et des soins intégrés pour la santé maternelle, infantile et adolescente.

Les innovations technologiques promettent d'élargir l'accès aux services, la qualité et l'impact. De nouvelles interventions, telles que les vaccins contre le paludisme ou des pratiques cliniques qui préviennent les résultats défavorables de la grossesse, peuvent faire une différence durable. La mise à l'échelle équitable de ces innovations nécessitera des investissements qui tiennent compte des problèmes locaux du système de santé qui pourraient affecter leur adoption.

Priorité 3 : préserver les acquis par rapport aux crises externes

Préserver les acquis par rapport aux menaces externes multiples à la SRMNIA et à la nutrition requiert une attention particulière, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé. Les mesures absolument nécessaires incluent de mettre un accent continu sur l'amélioration de l'éducation et de l'égalité des sexes, l'atténuation des conséquences des conflits armés, et le centrage sur les enfants de toutes les politiques climatiques. La mise en œuvre d'une réglementation commerciale pour protéger les enfants et les adolescents contre le marketing nuisible, ainsi que la protection des services essentiels de SRMNIA et de nutrition pendant les urgences sanitaires est également cruciale. S'attaquer à la malnutrition et aux mortalités évitables nécessite également des investissements dans les systèmes d'eau et d'assainissement et de garantir que les ménages ont accès à des aliments nutritifs suffisants. Protéger les budgets

de santé des pays contre les contraintes fiscales est impératif, y compris par le biais de politiques et pratiques de service de la dette qui sauvegardent les services de santé en faveur des femmes, enfants et adolescents. En outre, il est tout aussi important de veiller au financement adéquat de la SRMNIA et de la nutrition en mettant l'accent sur les populations les plus défavorisées dans tous les contextes, par exemple à travers des programmes de protection sociale.

La priorité 4 : responsabilité de tous les acteurs.

Un processus itératif de suivi, de révision et d'action correctrice est essentiel pour tenir les pays et leurs partenaires responsables de leurs engagements. Le grand nombre d'objectifs, de cibles et d'indicateurs dans le mandat ODD ne devrait pas diluer la responsabilité en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents. Des investissements plus conséquents sont nécessaires pour revitaliser les mécanismes de responsabilité qui examinent les progrès globaux, ainsi que les progrès dans l'élimination des inégalités au sein des pays-par exemple, selon des facteurs de stratification clés comme le genre, le statut socioéconomique, le lieu de résidence, l'orientation sexuelle, l'identification religieuse, l'ethnicité et la race.

Le processus de suivi en cours sous l'impulsion des pays dans le cadre des ODD par le biais des Nations Unies est un mécanisme imparfait, car il repose entièrement sur des progrès auto-déclarés. Le rapport annuel sur les ODD produit par l'ONU est une synthèse informative des estimations des agences de l'ONU. Le rapport bi-annuel sur les progrès dans la SRMNIA à l'Assemblée Mondiale de la Santé en liaison avec la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030) apporte une aide, mais ne suffit pas. Ces rapports devraient être accompagnés d'analyses complémentaires indépendantes qui font entendre la voix de la société civile et formulent des recommandations que les acteurs devront tenir en compte dans leurs actions spécifiques. Le renforcement des mécanismes de responsabilité au niveau régional et national est nécessaire, avec un accent plus marqué sur les évaluations indépendantes sous le sceau de la transparence et du partage de données. Les institutions régionales et organismes mondiaux pourraient jouer un rôle crucial dans ces processus. En particulier, une initiative de suivi et de revue sous l'égide de l'Afrique serait la bienvenue.

Priorité 5 : revitaliser la SRMNIA et la nutrition

En mai 2024, les États membres de l'OMS ont approuvé une résolution visant à revitaliser les efforts en faveur des objectifs de développement durable pour la mortalité maternelle et infantile. La résolution reprend une grande partie du contenu d'une résolution de 2015 sur la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-30), en mettant davantage l'accent sur la nécessité de renforcer les personnels de santé. La résolution contribue à une plus grande attention envers la SRMNIA et la nutrition. Cependant, la complexité des influences internes et externes sur les progrès exige un débat plus approfondi sur de nouvelles approches.

Des stratégies possibles pour aller de l'avant afin de progresser plus rapidement comprennent la reconnaissance que les priorités de développement émergentes offrent des opportunités pour ce que les politologues appellent la greffe, c'est-à-dire l'attachement de ses priorités à des éléments en ascension ou déjà présents dans les agendas mondiaux et nationaux.²⁹² Pour qu'une telle stratégie soit efficace, la communauté mondiale SRMNIA et nutrition devrait réfléchir sur comment réorienter ses arguments de manière

à séduire les dirigeants de tous les horizons politiques et comment garantir la participation aux délibérations sur les grandes questions transnationales, telles que le changement climatique et la préparation et la riposte aux pandémies, qui ont des conséquences inévitables à long terme et potentiellement intergénérationnelles sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

En outre, les promoteurs de la SRMNIA et de la nutrition devraient identifier et corriger les lacunes en matière de gouvernance interne et de cadrage. L'état actuel de la gouvernance mondiale pour la SRMNIA n'est pas adéquat. De nouvelles structures de coordination ne sont peut-être pas nécessaires - au contraire, la fragmentation actuelle et la mauvaise coordination pourraient être dues à un trop grand nombre de ces structures - mais les principaux acteurs mondiaux devraient plutôt réfléchir sur la manière d'utiliser et de soutenir adéquatement les structures de gouvernance existantes, telles que les partenariats mondiaux et les agences des Nations unies, qui ont le pouvoir de convoquer pour coordonner plus efficacement. Une plateforme mondiale ayant une visibilité aussi importante que l'initiative précédente du Secrétaire Général des Nations Unies, Chaque Femme, Chaque Enfant, serait souhaitable, ainsi que des mécanismes de responsabilité plus solides aux niveaux régional et national.

Parallèlement, il y a une disette d'idées convaincantes qui relient les dimensions techniques, pragmatiques et philosophiques pour rassembler ces organisations et inspirer l'action. Une étape importante pourrait être que les acteurs mondiaux collaborent avec les dirigeants nationaux par le biais des forums existants pour élaborer un ensemble d'idées stimulantes sur la SRMNIA et la nutrition qui motivent l'action collective, puissent être adaptées aux contextes régionaux et soutiennent les objectifs des pays de développer des plans de santé uniques complets qui placent les femmes, les enfants et les adolescents au cœur du processus.

La santé des femmes, des enfants et des adolescents doit demeurer prioritaire

Pour conclure, quelle que soit la phase de transition de la mortalité et de la fécondité dans laquelle se trouve un pays, des investissements adéquats dans la santé des femmes, des enfants et des adolescents devraient être une priorité claire et constante des gouvernements et des partenaires au développement. Prendre et respecter ces engagements est essentiel pour assurer l'avenir de la génération actuelle et pour la force et la résilience des sociétés dans leur ensemble.^{145,213,293} En travaillant collectivement à travers les secteurs et les parties prenantes, y compris la société civile, pour surmonter les obstacles systémiques et tirer parti des opportunités émergentes, des progrès importants peuvent être réalisés.

L'évaluation à mi-parcours des progrès de la période OMD, vers l'année 2008, en était un exemple. Une évaluation à cette époque aurait montré des résultats tout aussi décourageants pour de nombreux indicateurs. Bien que tous les objectifs n'aient pas été atteints en 2015, des progrès importants ont été réalisés dans la seconde moitié de la période OMD, stimulés par un engagement mondial fort et une concentration sur les pays, une augmentation des ressources et des mécanismes de responsabilité renforcés.

Cette histoire devrait inspirer la confiance qu'une accélération similaire est possible dans la seconde moitié des ODD. Il est urgent de se concentrer collectivement sur la SRMNIA et la nutrition afin de prévenir les reculs et mettre

le monde sur la voie de la réalisation de ses engagements
envers les femmes, les enfants et les adolescents du monde
entier.

Note de l'éditeur : Le groupe The Lancet prend une position neutre en ce qui concerne les revendications territoriales sur les cartes publiées et les affiliations institutionnelles.

Contributeurs

La préparation du rapport a été dirigée par AA, AJDB, JR, CF et TB. Cette équipe principale a rédigé l'introduction et les sections de conclusion et harmonisé les différentes sections du rapport. La section 1 a été dirigée par TB, en collaboration avec NA, EB, EMS, PS, HT, SEB, SH-N, FF, MC, MR, RH, AC, CK et CI. La section 2 a été dirigée par AA, en collaboration avec BM, MG, REB, LL, NA, GRMM, SW, JP, FV, EB, DY et TB. La section 3 a été dirigée par AJDB, en collaboration avec CB, FH, LZ, YW, BC, EH, JR, MM, WD-G, LA et KN. La section 4 a été dirigée par JR, en collaboration avec AJDB, CB, MM, NW, YT, AM, TB et MK. La section 5 a été dirigée par JR ; la partie sur le financement de la santé a été préparée par PBe, PBI, CP, JB, NB ; et la partie sur la priorité mondiale pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente a été préparée par JS et YRS. En plus de l'équipe principale, MC et REB ont contribué à la mise en forme générale du rapport. Tous les auteurs ont contribué à la structure et aux concepts généraux du document et ont apporté des contributions et une expertise aux sections pertinentes.

Déclaration d'intérêts

Countdown to 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents est financé par la Fondation Bill et Melinda Gates (subvention INV-0G5479). MR signale un soutien de Wellcome (304972/Z/23/Z) et d'Horizon Europe par le biais du projet IDAlert (101057554), de Research and Innovation Project du Royaume-Uni (1005G533 et 10041512), et du projet CATALYSE (101057131). TB signale un soutien de la Fondation Gates à travers une subvention Countdown to 2030 par le biais d'un fonds américain pour l'UNICEF à l'Université du Manitoba. AA signale un soutien de la Fondation Gates à travers une subvention Countdown to 2030 par le biais d'un fonds américain pour l'UNICEF à l'Université Johns Hopkins. JB signale avoir reçu une subvention du Conseil de Recherche Économique et Sociale pour étudier l'impact de la COVID-19 sur le financement de la santé en Afrique et de l'OMS pour une revue des preuves sur le financement du climat et de la santé. EH signale avoir reçu 25 % du soutien du niveau d'effort - salaire pour le projet Countdown to 2030 dans son ensemble. LL signale avoir reçu un soutien salarial de la subvention Gates (INV-038G24) à l'Université Johns Hopkins ; et un voyage à la réunion annuelle Countdown en avril 2024, à Kigali, au Rwanda. JS signale avoir reçu des fonds alloués à l'université Johns Hopkins pour faire une analyse de la priorité politique globale sur la SRMNA, qui a été exploitée dans ce rapport ; en sa qualité de chercheuse principale au titre d'une subvention de la Fondation Oak, pour une étude sur la priorité politique en vue de s'attaquer à la violence sexuelle contre les enfants dans cinq pays ; ancienne chercheuse principale au titre d'une subvention de la Fondation GHR, pour une étude sur la gouvernance des systèmes nationaux de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables ; ancienne chercheuse principale au titre d'une subvention Jhpiego.

Remerciements

Nous remercions l'équipe technique du Groupe Inter agences des Nations Unies sur les Estimations en matière de Mortalité Infantile (Lucia Hug et Yang Li) pour avoir compilé les estimations de mortalité avec les intervalles d'incertitude; Antonella Francheska Lavelanet, L'OMS, pour son soutien avec la base de données mondiales sur les politiques d'avortement de l'OMS ; Yoko Inagaki et Hannah Tong pour leur travail sur les analyses LIST ; Shafkat Meraj et Christin Le pour leurs contributions aux analyses de priorisation mondiale ; Asha George et Amnesty Lefevre pour leurs contributions au travail de Countdown sur les systèmes de santé ; Jeff Hoover pour ses contributions éditoriales au projet de manuscrit ; Cintia Borges pour son assistance avec 25 graphiques ; et Brittany Furgal pour son soutien administratif considérable.

Références

1. Boerma T, Requejo J, Victora CG, et al. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2018; 391: 1538–48.
2. Countdown to 2030. Women's children's and adolescents' health. <https://www.countdown2030.org/> (accessed May 22, 2024).
3. WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development 35 Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. 2015. <https://www.who.int/publications/i/item/97892415G5110> (accessed March 14, 2025).
4. Victora CG, Requejo JH, Barros AJD, et al. Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. *Lancet* 2016; 387: 2049–59.
5. Kuruvilla S, Schweitzer J, Bishai D, et al. Success factors for reducing maternal and child mortality. *Bull World Health Organ* 2014; 92: 533–44B.
6. Moucheraud C, Owen H, Singh NS, et al. Countdown to 2015 country case studies: what have we learned about processes and progress towards MDGs 4 and 5? *BMC Public Health* 2016; 16 (suppl 2): 794.
7. AfnanHolmes H, Magoma M, John T, et al. Tanzania's countdown to 2015: an analysis of two decades of progress and gaps for reproductive, maternal, newborn, and child health, to inform priorities for post2015. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e39G–409.
8. Ruducha J, Mann C, Singh NS, et al. How Ethiopia achieved Millennium Development Goal 4 through multisectoral interventions: a Countdown to 2015 case study. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e1142–51.
9. Keats EC, Ngugi A, Macharia W, et al. Progress and priorities for reproductive, maternal, newborn, and child health in Kenya: a Countdown to 2015 country case study. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e782–95.
10. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; 382: 1898–955.
11. UN. The Sustainable Development Goals report 2023: special edition. Towards a rescue plan for people and planet. 2023. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/> (accessed March 14, 2025).

12. UNICEF. Progress on children's wellbeing: centring child rights in the 2030 agenda. Sept 17, 2023. <https://data.unicef.org/resources/sdgreport2023/> (accessed March 14, 2025).
13. WHO, UNICEF. Protect the promise: 2022 progress report on the every woman every child global strategy for women's, children's and adolescents' health (201G–2030). Oct 18, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400G0104> (accessed March 14, 2025).
14. Reinert KA. From Sustainable Development Goals to basic development goals. *Ethics Int Aff* 2020; 34: 125–37.
15. Bustreo F, Doebbler C. Universal health coverage: are we losing our way on women's and children's health? *Health Hum Rights* 2019;21: 229–34.
16. WHO. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/ Population Division. Feb 23, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400G8759> (accessed March 14, 2025).
17. UNICEF, WHO, Interagency Group on Child Mortality Estimates. Levels & trends in child mortality: report 2022. Estimates developed by the United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation. 2022. <https://childmortality.org/wpcontent/uploads/2023/01/UNIGMEChildMortalityReport2022.pdf> (accessed March 14, 2025).
18. World Bank. World Bank country and leading groups. 2020. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/90G519worldbankcountry-andleadinggroups> (accessed March 14, 2025).
19. UN, Department of Economic and Social Affairs. World urbanization prospects: the 2018 revision. August, 2019. <https://www.unilibrary.org/content/books/9789210043144> (accessed March 14, 2025).
20. UNICEF, WHO, Interagency Group on Child Mortality Estimates. Levels and trends in child mortality. United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), report 2023. March 12, 2024. <https://data.unicef.org/resources/levelsandtrends-childmortality2024/> (accessed May 21, 2024).
21. WHO. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2019. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Maternal_mortality_report.pdf (accessed March 14, 2025).
22. UN, Department Economic Social Affairs, Population Division. World population prospects 2022. <https://population.un.org/wpp/> (accessed March 14, 2025).
23. Bietsch K, Rosenberg R, USAID. The effect of fertility behavior on child survival: evidence from the Demographic and Health Surveys, 2012–2022. *DHS Analytical Studies* 88. 2023. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS88/AS88.pdf> (accessed March 14, 2025).
24. MenasheOren A, Bocquier P. Urbanization is no longer driven by migration in low and middleincome countries (1985–2015). *Popul Dev Rev* 2021; 47: G39–G3.
25. Bocquier P, MenasheOren A, Nie W. Migration's contribution to the urban transition: direct census estimates from Africa and Asia. *Demogr Res* 2023; 48: G81–732.
31. Bishai DM, Cohen R, Alfonso YN, Adam T, Kuruville S, Schweitzer J. Factors contributing to maternal and child mortality reductions in 14G low and middleincome countries between 1990 and 2010. *PLoS One* 201G; 11: e0144908.
32. Chao F, You D, Pedersen J, Hug L, Alkema L. National and regional under5 mortality rate by economic status for lowincome and middleincome countries: a systematic assessment. *Lancet Glob Health* 2018; 6: e535–47.
33. Wehrmeister FC, Fayé CM, da Silva ICM, et al. Wealth-related inequalities in the coverage of reproductive, maternal, newborn and child health interventions in 3G countries in the African Region. *Bull World Health Organ* 2020; 98: 394–405.
34. Kurowski C, Evans DB, Tandon A, et al. From double shock to double recovery: implications and options for health financing in the time of COVID19. March, 2021. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/G70721G1G095085493/pdf/FromDoubleShocktoDoubleRecoveryImplicationsandOptionsforHealth-FinancinginTheTimeofCOVID19.pdf> (accessed March 14, 2025).
35. World Bank Group. GDP per capita, PPP (constant 2017 international \$). <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PPKD> (accessed May 23, 2024).
36. Andres Castaneda Aguilar R, DiazBonilla C, Fujs T, et al. March 2024 global poverty update from the World Bank: first estimates of global poverty until 2022 from survey data. March 2G, 2024. <https://blogs.worldbank.org/en/opendata/march2024global-povertyupdatefromtheworldbankfirstesti> (accessed May 23, 2024).
37. Kurowski C, Kumar A, Mieses J, Schmidt M, Silfverberg DV. Health financing time global shocks: strong advance, early retreat. May 1, 2023. <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/84G332e140Ge4958ab7Gcbbb9G8G78a>
38. Lahiani A, Mtibaa A, Gabsi F. Fiscal consolidation, social sector expenditures and twin deficit hypothesis: evidence from emerging and middleincome countries. *Comp Econ Stud* 2022; 64: 710–47.
39. Fosu AK. The external debtservicing constraint and public expenditure composition: evidence from African economies. 2007. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/G3373/1/53737048X.pdf> (accessed March 14, 2025).
40. Federspiel F, Borghi J, MartinezAlvarez M. Growing debt burden in low and middleincome countries during COVID19 may constrain health financing. *Glob Health Action* 2022; 15: 20724G1.
41. Stubbs T, Kentikelenis A, Gabor D, Ghosh J, McKee M. The return of austerity imperils global health. *BMJ Glob Health* 2023; 8: e011G20.
42. WHO. Global health expenditure database. <https://apps.who.int/nha/database> (accessed May 22, 2024).
43. World Bank Group. World Bank open data. <https://data.worldbank.org> (accessed May 23, 2024).
44. UNICEF. Health budget brief 2023 (Ghana). 2023. <https://www.unicef.org/ghana/media/5001/file/2023> (accessed May 23, 2024).
45. Thomson M, Kentikelenis A, Stubbs T. Structural adjustment programmes adversely affect vulnerable populations: a systematic narrative review of their effect on child and maternal health. *Public Health Rev* 2017; 38: 130

46. Oxfam International. IMF social spending floors: a fig leaf for austerity? 2023. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/1054G/G21495/bpimfsocialspendingfloors130423en.pdf>
47. Mensch BS, Chuang EK, Melnikas AJ, Psaki SR. Evidence for causal links between education and maternal and child health: systematic Revue. *Trop Med Int Health* 2019; 24: 504–22.
48. Vaivada T, Akseer N, Akseer S, Somaskandan A, Stefopoulos M, Bhutta ZA. Stunting in childhood: an overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. *Am J Clin Nutr* 2020; 112 (suppl 2): 777S–91S.
49. Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, Wali N, Renzaho AMN, Merom D. Stunting, wasting and underweight in Sub-Saharan Africa: a systematic Revue. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: 8G3.
50. Barros AJD, Ronsmans C, Axelson H, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective Revue of survey data from 54 countries. *Lancet* 2012; 379: 1225–33.
51. Tunçalp Ö, Souza JP, Hindin MJ, et al. Education and severe maternal outcomes in developing countries: a multicountry cross sectional survey. *BJOG* 2014; 121 (suppl 1): 57–G5.
52. Godah MW, Beydoun Z, AbdulKhalek RA, Safieddine B, Khamis AM, Abdulrahim S. Maternal education and low birth weight in low and middle income countries: systematic Revue and metaanalysis. *Matern Child Health J* 2021; 25: 1305–15.
53. Balaj M, York HW, Sripatha K, et al. Parental education and inequalities in child mortality: a global systematic Revue and meta analysis. *Lancet* 2021; 398: G08–20.
54. UNESCO. Background information on education statistics in the UIS database. March, 2024. <https://uis.unesco.org/sites/default/files/bgdocs/background-informationeducationstatisticsuisdatabaseen.pdf> (accessed March 14, 2025).
55. UNICEF. Are children really learning? Exploring foundational skills in the midst of a learning crisis. March 29, 2022. <https://data.unicef.org/resources/arechildrenreallylearningfoundationalskillsreport/> (accessed May 23, 2024).
56. Kaffenberger M. Modelling the longrun learning impact of the Covid19 learning shock: actions to (more than) mitigate loss. *Int J Educ Dev* 2021; 81: 10232G.
57. Doku DT, Bhutta ZA, Neupane S. Associations of women’s empowerment with neonatal, infant and under5 mortality in low and /middleincome countries: metaanalysis of individual participant data from 59 countries. *BMJ Glob Health* 2020; 5: e001558.
58. Brinda EM, Rajkumar AP, Enemark U. Association between gender inequality index and child mortality rates: a crossnational study of 138 countries. *BMC Public Health* 2015; 15: 97.
59. Vidal Fuertes C, Johns NE, Goodman TS, Heidari S, Munro J, Hosseinpoor AR. The association between childhood immunization and gender inequality: a multicountry ecological analysis of zero dose DTP prevalence and DTP3 immunization coverage. *Vaccines* 2022; 10: 1032.
60. James Hawkins L, Peters C, VanderEnde K, Bardin L, Yount KM. Women’s agency and its relationship to current contraceptive use in lower and middle income countries: a systematic Revue of the literature. *Glob Public Health* 2018; 13: 843–58.
61. Cunningham K, Ruel M, Ferguson E, Uauy R. Women’s empowerment and child nutritional status in South Asia: a synthesis of the literature. *Matern Child Nutr* 2015; 11: 1–19.
62. Thorpe S, VanderEnde K, Peters C, Bardin L, Yount KM. The influence of women’s empowerment on child immunization coverage in low, lowermiddle, and uppermiddle income countries: a systematic Revue of the literature. *Matern Child Health J* 2016; 20: 172–8G.
63. Ewerling F, Wehrmeister FC, Victora CG, Raj A, McDougal L, Barros AJ. Is women’s empowerment associated with coverage of RMNCH interventions in low and middle income countries? An analysis using a surveybased empowerment indicator, the SWPER. *J Glob Health* 2021; 11: 04015.
64. World Bank Group. Women, business and the law 2024. March 4, 2024. <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/853a55aff1ba-4979949cG1979af2fbb9> (accessed March 14, 2025).
65. Jeffrie N. The mobile gender gap report 2023. <https://www.gsm.com/r/wpcontent/uploads/2023/07/TheMobileGenderGapReport2023.pdf> (accessed May 23, 2024).
66. LeFevre AE, Shah N, Bashingwa JJH, George AS, Mohan D. Does women’s mobile phone ownership matter for health? Evidence from 15 countries. *BMJ Glob Health* 2020; 5: e002524.
67. Devakumar D, Selvarajah S, Abubakar I, et al. Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health. *Lancet* 2022; 400: 2097–108.
68. Human Development Reports. Gender inequality index (GII). <https://hdr.undp.org/datacenter/thematic-compositeindices/genderinequalityindex#/indices/GII> (accessed May 23, 2024).
69. UN Women. The paths to equal: twin indices on women’s empowerment and gender equality. 2023. <https://www.unwomen.org/en/digitalibrary/publications/2023/07/thepathstoequaltwin-indices-on-women-empowerment-and-gender-equality> (accessed May 23, 2024).
70. World Economic Forum. Global gender gap report 2023. June 20, 2023. <https://www.weforum.org/publications/globalgendergapreport2023/> (accessed March 14, 2025).
71. Organisation for Economic Cooperation and Development. Gender equality in times of crisis: SIGI 2023 global report. <https://www.oecd.org/stories/gender/socialnormsandgenderdiscrimination/sigi/> (accessed March 14, 2025).
72. Equal Measures 2030. A gender equal future in crisis? Findings from the 2024 SDG gender index. 2023. <https://equalmeasures2030.org/2022sdggender-index/indexfindings/> (accessed May 23, 2024).
73. UNFPA. Interwoven lives, threads of hope: ending inequalities in sexual and reproductive health and rights. 2024. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/swp2024english240327web.pdf> (accessed May 23, 2024).
74. GarcíaMoreno C, Zimmerman C, MorrisGehring A, et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet* 2015; 385: 1G85–95.
75. Sardinha L, MaheuGiroux M, Stöckl H, Meyer SR, GarcíaMoreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet* 2022; 399: 803–13.

76. Costa D, Scharpf F, Weiss A, Ayanian AH, Bozorgmehr K. Intimate partner violence during COVID19: systematic Review and meta analysis according to methodological choices. *BMC Public Health* 2024; 24: 313.
77. Klein E, Helzner E, Shayowitz M, Kohlhoff S, Smith-Norowitz TA. Female genital mutilation: health consequences and complications—a short literature Review. *Obstet Gynecol Int* 2018; 2028: 73G5715.
78. Ahinkorah BO, Hagan JE Jr, Ameyaw EK, et al. Socio-economic and demographic determinants of female genital mutilation in subSaharan Africa: analysis of data from demographic and health surveys. *Reprod Health* 2020; 17: 1G2.
79. Ayenew AA, Mol BW, Bradford B, Abeje G. Prévalence de female genital mutilation and associated factors among daughters aged 0–14 years in subSaharan Africa: a multilevel analysis of recent demographic health surveys. *Front Reprod Health* 2023; 5: 1105GGG.
80. Farouki L, ElDirani Z, Abdulrahim S, Akl C, Akik C, McCall SJ. The global Prévalence de female genital mutilation/cutting: a systematic Review and meta-analysis of national, regional, facility, and schoolbased studies. *PLoS Med* 2022; 19: e10040G1.
81. 81 WORLD Policy Analysis Center. Child marriage. 2024. <https://www.worldpolicycenter.org/topics/childmarriage/policies> (accessed Aug, 29, 2024).
82. Arthur M, Earle A, Raub A, et al. Child marriage laws around the world: minimum marriage age, legal exceptions, and gender disparities. *J Women Polit Policy* 2017; 39: 51–74.
83. Molitoris J, Kantorová V, Ezdi S, Gonnella G. Early childbearing and child marriage: an update. *Stud Fam Plann* 2023; 54: 503–21.
84. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014; 121 (suppl 1): 40–48.
85. CordovaPozo KL, Anishettar SS, Kumar M, Chokhandre PK. Trends in child marriage, sexual violence, early sexual intercourse and the challenges for policy interventions to meet the Sustainable Development Goals. *Int J Equity Health* 2023; 22: 250.
86. Melesse DY, Cane RM, Mangombe A, et al. Inequalities in early marriage, childbearing and sexual debut among adolescents in subSaharan Africa. *Reprod Health* 2021; 18 (suppl 1): 117.
87. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet* 2021; 397: 522–32.
88. Wise PH, Shiel A, Southard N, et al. The political and security dimensions of the humanitarian health response to violent conflict. *Lancet* 2021; 397: 511–21.
89. =Azanaw MM, Anley DT, Anteneh RM, Arage G, Mucbe AA. Effects of armed conflicts on childhood undernutrition in Africa: a systematic Review and meta-analysis. *Syst Rev* 2023; 12: 4G.
90. =Boerma T, Tappis H, SaadHaddad G, et al. Armed conflicts and national trends in reproductive, maternal, newborn and child health in subSaharan Africa: what can national health surveys tell us? *BMJ Glob Health* 2019; 4 (suppl 4): e001300.
91. Akseer N, Wright J, Tasic H, et al. Women, children and adolescents in conflict countries: an assessment of inequalities in intervention coverage and survival. *BMJ Glob Health* 2020; 5: e002214.
92. Jawad M, Hone T, Vamos EP, Cetorelli V, Millett C. Implications of armed conflict for maternal and child health: a regression analysis of data from 181 countries for 2000–2019. *PLoS Med* 2021; 18: e1003810.
93. Uppsala Conflict Data Program. <https://ucdp.uu.se/> (accessed May 23, 2024).
94. Obermeier AM, Rustad SA. Conflict trends: a global overview, 194G–2022. Peace Research Institute Oslo (PRIO) paper. 2023. <https://reliefweb.int/report/world/conflict-trends-global-overview-194G-2022> (accessed May 23, 2024).
95. UN High Commissioner for Refugees. Refugee data finder. <https://www.unhcr.org/refugeestatistics/download/?url=sH5pnE> (accessed May 23, 2024).
96. Reliefweb. Global report on internal displacement 2023 (GRID 2023): internal displacement and food security. ReliefWeb [Internet]. <https://reliefweb.int/report/world/global-report-internal-displacement-2023-grid-2023-internal-displacement-and-food-security> (accessed May 23, 2024).
97. Singh NS, Atallahjan A, Ndiaye K, et al. Delivering health interventions to women, children, and adolescents in conflict settings: what have we learned from ten country case studies? *Lancet* 2021; 397: 533–42.
98. Zhang T, He Q, Richardson S, Tang K. Does armed conflict lead to lower Prévalence de maternal health-seeking behaviours: theoretical and empirical research based on 55 G83 women in armed conflict settings. *BMJ Glob Health* 2023; 8: e012023.
99. Gaffey MF, Waldman RJ, Blanchet K, et al. Delivering health and nutrition interventions for women and children in different conflict contexts: a framework for decision making on what, when, and how. *Lancet* 2021; 397: 543–54.
100. Huynh BQ, Chin ET, Spiegel PB. No evidence of inflated mortality reporting from the Gaza Ministry of Health. *Lancet* 2024; 403: 23–24.
101. Jamaluddine Z, Checchi F, Campbell OMR. Excess mortality in Gaza: Oct 7–2G, 2023. *Lancet* 2023; 402: 2189–90.
102. Munyuzangabo M, Gaffey MF, Khalifa DS, et al. Delivering maternal and neonatal health interventions in conflict settings: a systematic Review. *BMJ Glob Health* 2021; 5 (suppl 1): e003750.
103. Alibhai KM, Ziegler BR, Meddings L, Batung E, Luginaah I. Factors impacting antenatal care utilization: a systematic Review of 37 fragile and conflict-affected situations. *Confl Health* 2022; 16: 33.
104. Victora CG, Christian P, Videlletti LP, GaticaDomínguez G, Menon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. *Lancet* 2021; 397: 1388–99.
105. Mertens A, BenjaminChung J, Colford JM Jr, et al. Causes and consequences of child growth faltering in low resource settings. *Nature* 2023; 621: 5G8–7G.

106. Food and Agriculture Organization of the United Nations, International Fund for Agricultural Development, UNICEF, World Food Programme, WHO. The state of food security and nutrition in the world 2023. 2023. <https://openknowledge.fao.org/items/445c9d27b39G412G9Gc950b3353G4d01> (accessed March 14, 2025).
107. Food and Agriculture Organization of the United Nations, International Fund for Agricultural Development, UNICEF, World Food Programme, WHO. The state of food security and nutrition in the world 2024: financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms. 2024. <https://openknowledge.fao.org/items/ebe192449G11443c-a2aG25cecG97b3G1> (accessed March 14, 2025).
108. Anderson W, Taylor C, McDermid S, et al. Violent conflict exacerbated drought-related food insecurity between 2009 and 2019 in sub-Saharan Africa. *Nat Food* 2021; 2: G03–15.
109. Onyeaka H, Tamasiga P, Nkoutchou H, Guta AT. Food insecurity and outcomes during COVID19 pandemic in sub-Saharan Africa (SSA). *Agric Food Secur* 2022; 11: 5G.
110. Bjornlund V, Bjornlund H, van Rooyen A. Why food insecurity persists in sub-Saharan Africa: a Revue of existing evidence. *Food Secur* 2022; 14: 845–G4.
111. World Food Program. Global Report on Food Crises 2023. 2023. <https://www.fsinplatform.org/global-report/foodcrises2023> (accessed May 23, 2024).
112. International Food Policy Research Institute. Global food policy report 2023: rethinking food crisis responses. April 13, 2023. 5 <https://cgspace.cgiar.org/items/b3471c15fd174770a988-2f911d25GG79> (accessed March 14, 2025).
113. Food Security Information Network. Global network against food crises. 2024. <https://www.fsinplatform.org/report/globalreportfoodcrises2024> (accessed July 25, 2024).
114. Picchioni F, Goulao LF, Roberfroid D. The impact of COVID19 on diet quality, food security and nutrition in low and middle income countries: a systematic Revue of the evidence. *Clin Nutr* 2022;41: 2955–G4.
115. Bloem JR, Farris J. The COVID19 pandemic and food security in low and middle income countries: a Revue. *Agric Food Secur* 2022; 11: 55.
116. Azevedo FM, de Moraes NS, Silva DLF, et al. Food insecurity and its socioeconomic and health determinants in pregnant women and mothers of children under 2 years of age, during the COVID19 pandemic: a systematic Revue and metaanalysis. *Front Public Health* 2023; 11: 1087955.
117. FAO Food Price Index. *Afr Res Bull Econ Financ Tech Ser* 2014; 51: 20574.
118. Harris JM, Shiptsova R. Consumer demand for convenience foods: demographics and expenditures. *J Food Distrib Res* 2007; 38.
119. Reardon T, Tschirley D, LiverpoolTasie LSO, et al. The Processed food revolution in African food systems and the Double Burden of Malnutrition. *Glob Food Secur* 2021; 28: 1004GG; accessed August 29, 2024.
120. GarcíaBlanco L, de la O V, Santiago S, Pouso A, Martínez González MÁ, MartínCalvo N. High consumption of ultra processed foods is associated with increased risk of micronutrient inadequacy in children: the SENDO project. *Eur J Pediatr* 2023; 182: 3537–47.
121. WHO. COP28 UAE declaration on climate and health. Dec 3, 2023. https://www.who.int/publications/m/item/cop28uaedeclaration30_onclimateand-health (accessed May 23, 2024).
122. Romanello M, Napoli CD, Green C, et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a healthcentred response in a world facing irreversible harms. *Lancet* 2023; 402: 234G–94.
123. Xu Z, Sheffield PE, Su H, Wang X, Bi Y, Tong S. The impact of heat waves on children’s health: a systematic Revue. *Int J Biometeorol* 2014; 58: 239–47.
124. Watts N, Amann M, Arnell N, et al. The 2019 report of the Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet* 2019; 394: 183G–78.
125. Chersich MF, Pham MD, Areal A, et al. Associations between high 40 temperatures in pregnancy and risk of preterm birth, low birth weight, and stillbirths: systematic Revue and metaanalysis. *BMJ* 2020; 371: m3811.
126. Helldén D, Andersson C, Nilsson M, Ebi KL, Friberg P, Alfvén T. Climate change and child health: a scoping Revue and an expanded conceptual framework. *Lancet Planet Health* 2021; 5: e1G4–75.
127. Perera F, Nadeau K. Climate change, fossilfuel pollution, and children’s health. *N Engl J Med* 2022; 386: 2303–14.
128. Andriano L. On the health impacts of climatic shocks: how heatwaves reduce birthweight in sub-Saharan Africa. *Popul Dev Rev* 2023; 49: 737–G9.
129. Etzel RA, Weimann E, Homer C, et al. Climate change impacts on health across the life course. *J Glob Health* 2024; 14: 03018.
130. Romanello M, Di Napoli C, Drummond P, et al. The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *Lancet* 2022; 400: 1G19–54.
131. Uddin R, Philipsborn R, Smith D, Mutic A, Thompson LM. A global child health perspective on climate change, migration and human rights. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2021;5551: 101029.
132. Schwerdtle PN, McMichael C, Mank I, Sauerborn R, Danquah I, Bowen KJ. Health and migration in the context of a changing climate: a systematic literature assessment. *Environ Res Lett* 2020; 15: 10300G.
133. Omotoso AB, Letsoalo S, Olagunju KO, Tshwene CS, Omotayo AO. Climate change and variability in sub-Saharan Africa: a systematic Revue of trends and impacts on agriculture. *J Clean Prod* 2023; 414: 137487.
134. Serdeczny O, Adams S, Baarsch F, et al. Climate change impacts in sub-Saharan Africa: from physical changes to their social repercussions. *Reg Environ Change* 2017; 17: 1585–G00.
135. BerrangFord L, Siders AR, Lesnikowski A, et al. A systematic global 10 158 stocktake of evidence on human adaptation to climate change. *Nat Clim Chang* 2021; 11: 989–1000.
136. Dalgligh SL, Costello A, Clark H, CollSeck A. Children in All Policies 2030: a new initiative to implement the recommendations of the WHO/UNICEF/Lancet Commission. *Lancet* 2021; 397: 1G05–07.

137. Robertson T, Carter ED, Chou VB, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID19 pandemic on maternal and child mortality in lowincome and middleincome countries: a modelling study. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e901–08.
138. Shapira G, Ahmed T, Drouard SHP, et al. Disruptions in maternal and child health service utilization during COVID19: analysis from eight subSaharan African countries. *Health Policy Plan* 2021; 36: 1140–51.
139. Arsenault C, Gage A, Kim MK, et al. COVID19 and resilience of healthcare systems in ten countries. *Nat Med* 2022; 28: 1314–24.
140. Amouzou A, Maïga A, Faye CM, et al. Health service utilisation during the COVID19 pandemic in sub-Saharan Africa in 2020: a multicountry empirical assessment with a focus on maternal, newborn and child health services. *BMJ Glob Health* 2022; 7: e0080G9.
141. Beetch JE, Janitz A, Beebe LA, et al. Indirect effects of the COVID19 pandemic on routine childhood vaccination in low income countries: a systematic Review to set the scope for future pandemics. *Microorganisms* 2024; 12: 573.
142. Spencer N, Markham W, Johnson S, et al. The impact of COVID19 pandemic on inequity in routine childhood vaccination coverage: A systematic Review. *Vaccines* 2022; 10: 1013.
143. UNICEF. Never forgotten: the situation of stillbirth around the globe. Jan 9, 2023. <https://data.unicef.org/resources/never-forgottenstillbirthestimatesreport/> (accessed May 23, 2024).
144. Black RE, Liu L, Hartwig FP, et al. Health and development from preconception to 20 years of age and human capital. *Lancet* 2022; 399: 1730–40.
145. Bhutta ZA, Boerma T, Black MM, Victora CG, Kruk ME, Black RE. Optimising child and adolescent health and development in the postpandemic world. *Lancet* 2022; 399: 1759–G1.
146. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 201G; 387: 2423–78; accessed August 29, 2024.
147. International Center for Equity in Health, Federal University of Pelotas. International Center for Equity in Health database. <https://equidade.org/en/surveys> (accessed March 15, 2025).
148. Villavicencio F, Perin J, EilertsSpinelli H, et al. Global, regional, and national causes of death in children and adolescents younger than 20 years: an open data portal with estimates for 2000–21. *Lancet Glob Health* 2024; 12: e1G–17.
149. Perin J, Mulick A, Yeung D, et al. Global, regional, and national causes of under5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health* 2022; 6: 10G–15.
150. Liu L, Villavicencio F, Yeung D, et al. National, regional, and global causes of mortality in 5–19yearolds from 2000 to 2019: a systematic 50 analysis. *Lancet Glob Health* 2022; 10: e337–47.
151. UNICEF. Child malnutrition. May, 2023. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/> (accessed Aug 25, 2024).
152. WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series. 2014. <https://iris.who.int/handle/10GG5/149018> (accessed Feb 12, 2024).
153. Mertens A, BenjaminChung J, Colford JM Jr, et al. Child wasting 55and concurrent stunting in low and middle-income countries. *Nature* 2023; 621: 558–G7.
154. Maessen SE, Nichols M, Cutfield W, Norris SA, Beger C, Ong KK. High but decreasing Prévalence de overweight in preschool children: encouragement for further action. *BMJ* 2023; 383: e07573G.
155. Norris SA, Frongillo EA, Black MM, et al. Nutrition in adolescent growth and development. *Lancet* 2022; 399: 172–84.
156. Neufeld LM, Andrade EB, Ballonoff Suleiman A, et al. Food choice in transition: adolescent autonomy, agency, and the food environment. *Lancet* 2022; 399: 185–97.
157. Hargreaves D, Mates E, Menon P, et al. Strategies and interventions for healthy adolescent growth, nutrition, and development. *Lancet* 2022; 399: 198–210.
158. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3GG3 populationrepresentative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2024; 403: 1027–50.
159. Popkin BM, Corvalan C, GrummerStrawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Lancet* 2020; 395: G5–74.
160. Lawn JE, Ohuma EO, Bradley E, et al. Small babies, big risks: global estimates of prevalence and mortality for vulnerable newborns to accelerate change and improve counting. *Lancet* 2023; 401: 1707–19.
161. Ashorn P, Ashorn U, Muthiani Y, et al. Small vulnerable newborns big potential for impact. *Lancet* 2023; 401: 1G92–70G.
162. Okwaraji YB, Kravec J, Bradley E, et al. National, regional, and global estimates of low birthweight in 2020, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet* 2024; 403: 1071–80.
163. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2023; 402: 12G1–71.
164. Amouzou A, Leslie HH, Ram M, et al. Advances in the measurement of coverage for RMNCH and nutrition: from contact
165. 25 to effective coverage. *BMJ Glob Health* 2019; 4 (suppl 4): e001297. 1G5 UNICEF. UNICEF data warehouse. https://data.unicef.org/resources/data-explorer/unicef_f/?dq=&startPeriod=2018&endPeriod=2023 (accessed March 15, 2025).
166. Noor AM, Amin AA, Akhwale WS, Snow RW. Increasing coverage and decreasing inequity in insecticidetreated bed net use among rural Kenyan children. *PLoS Med* 2007; 4: e255.
167. Taylor C, Florey L, Ye Y. Equity trends in ownership of insecticide treated nets in 19 subSaharan African countries. *Bull World Health Organ* 2017; 95: 322–32.
168. Campbell OMR, Amouzou A, Blumenberg C, Boerma T. Learning from success: the main drivers of the maternal and newborn health35 transition in seven positiveoutlier countries and implications for future policies and programmes. *BMJ Glob Health* 2024;9 (suppl 2): e01212G.
169. 1G9 Boerma JT, Bryce J, Kinfu Y, Axelson H, Victora CG. Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries. *Lancet* 2008; 371: 1259–G7.

170. Barros AJD, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLoS Med* 2013;10: e1001390.
171. Wehrmeister FC, RestrepoMendez MC, Franca GVA, Victora CG, Barros AJD. Summary indices for monitoring universal coverage in 45 maternal and child health care. *Bull World Health Organ* 201G; 94: 903–12.
172. Sabet F, Prost A, Rahmanian S, et al. The forgotten girls: the state of evidence for health interventions for pregnant adolescents and their newborns in low-income and middleincome countries. *Lancet* 2023; 402: 1580–9G.
173. Moura C, Truche P, Sousa Salgado L, et al. The impact of COVID19 on routine pediatric vaccination delivery in Brazil. *Vaccine* 2022; 40: 2292–98.
174. Kassa ZY, Scarf V, Turkmani S, Fox D. Impact of COVID19 on antenatal care provision at public hospitals in the Sidama region, Ethiopia: a mixed methods study. *PLoS One* 2024; 19: e0301994.
175. Landrian A, Mboya J, Golub G, Moucheraud C, Kepha S, Sudhinaraset M. Effects of the COVID19 pandemic on antenatal care utilisation in Kenya: a crosssectional study. *BMJ Open* 2022; 12: e0G0185.
176. Ahmed T, Robertson T, Vergeer P, et al. Healthcare utilization and maternal and child mortality during the COVID19 pandemic in 18 low and middleincome countries: an interrupted timeseries analysis with mathematical modeling of administrative data. *PLoS Med* 2022; 19: e1004070.
177. Harper S, Lynch J. Selected comparisons of measures of health disparities. 2007. https://surveillance.cancer.gov/publications/factsheets/SEER_Health_Disparities2.pdf (accessed 14March 2025).
178. Hosseinpoor AR, Bergen N, Barros AJD, Wong KLM, Boerma T, Victora CG. Monitoring subnational regional inequalities in health: measurement approaches and challenges. *Int J Equity Health* 201G; 15: 18.
179. Faye CM, Wehrmeister FC, Melesse DY, et al. Large and persistent subnational inequalities in reproductive, maternal, newborn and child health intervention coverage in subSaharan Africa. *BMJ Glob Health* 2020; 5: e002232.
180. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *19GG. Milbank Q* 2005; 83: G91–729.
181. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. Highquality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health* 2018; 6: e119G–252.
182. Arroyave L, Saad GE, Victora CG, Barros AJD. A new content qualified antenatal care coverage indicator: development and validation of a score using national health surveys in low and middleincome countries. *J Glob Health* 2021; 11: 04008.
183. Arroyave L, Saad GE, Victora CG, Barros AJD. Inequalities in antenatal care coverage and quality: an analysis from G3 low and middleincome countries using the ANCq contentqualified coverage indicator. *Int J Equity Health* 2021; 20: 102.
184. Betrán AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG* 201G; 123: GG7–70.
185. Boerma T, Campbell OMR, Amouzou A, et al. Maternal mortality, stillbirths, and neonatal mortality: a transition model based on analyses of 151 countries. *Lancet Glob Health* 2023; 11: e1024–31.
186. Barros AJD, Victora CG, Horta BL, et al. Antenatal care and caesarean sections: trends and inequalities in four populationbased birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *Int J Epidemiol* 2019;48 (suppl 1): i37–45.
187. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21: 98–113.
188. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018; 392: 1341–48.
189. Belizán JM, Minckas N, McClure EM, et al. An approach to identify a minimum and rational proportion of caesarean sections in resourcepoor settings: a global network study. *Lancet Glob Health* 2018; 6: e894–901.
190. WHO. Born too soon: decade of action on preterm birth. May 9, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890> (accessed April 11, 2024).
191. Lawn JE, Bhutta ZA, Ezeaka C, Saugstad O. Ending preventable neonatal deaths: multicountry evidence to inform accelerated progress to the Sustainable Development Goal by 2030. *Neonatology* 2023; 120: 491–99.
192. UNICEF. Investing in newborn health in south Asia. June, 2021. <https://www.unicef.org/rosa/media/1G84G/file/Investment%20Case%20for%20Newborn%20Survival%20in%20South%20Asia.pdf> (accessed March 14, 2025).
193. Kamuyu R, Tarus A, Bundala F, et al. Investment case for small and sick newborn care in Tanzania: systematic analyses. *BMC Pediatr* 2023; 23 (suppl 2): G32.
194. WHO, UNICEF. Declaration of Astana. Global conference on primary health care. 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primaryhealth/declaration/gcphcdeclaration.pdf> (accessed May 20, 2024).
195. WHO. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. 201G. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10GG5/249155/978924151121Geng.pdf?sequence=1> (accessed May 20, 2024).
196. Abdalla SM, Koya SF, Jamieson M, et al. Investing in trust and community resilience: lessons from the early months of the first digital pandemic. *BMJ* 2021; 375: e0G7487.
197. Akseer N, Phillips DE, et al. Drivers of success in global health outcomes: a content analysis of exemplar studies. *PLOS Glob Public Health* 2024; 4: e0003000.
198. Organisation for Economic Cooperation and Development, Development Assistance Committee. The Paris Declaration on aid effectiveness: five principles for smart aid. 2008. <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/45827300.pdf> (accessed May 20, 2024).
199. UHC2030. Taking action for universal health coverage. <https://www.uhc2030.org/> (accessed May 22, 2024).
200. Toepler S, Zimmer A, Fröhlich C, Obuch K. The changing space for NGOs: civil society in authoritarian and hybrid regimes. *Voluntas* 2020; 31: G49–G2.
201. Smith SL. Factoring civil society actors into health policy processes in low and middleincome countries: a *Revue of research articles, 2007–1G. Health Policy Plan* 2019; 34: G7–77.

202. Monitor CIVICUS. Global findings 2023. https://monitor.civicus.org/globalfindings_2023/ (accessed May 22, 2024).
203. Brechenmacher S, Carothers T. Defending civic space: is the international community stuck? Oct 22, 2019. https://carnegieendowment.org/files/WP_Brechenmacher_Carothers_Civil_Space_FINAL.pdf (accessed May 22, 2024).
204. UN. Universal declaration of human rights. <https://www.un.org/en/aboutus/universaldeclarationof-humanrights> (accessed May 22, 2024).
205. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child (adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989). 1990. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf> (accessed May 19, 2024).
206. United Nations General Assembly. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women New York, 18 December 1979. 1979. <https://www.ohchr.org/en/instrumentsmechanisms/instruments/conventioneliminationallformsdiscriminationagainstwomen> (accessed May 22, 2024).
207. United Nations General Assembly. Convention on the rights of persons with disabilities. 2006. <https://www.ohchr.org/en/instrumentsmechanisms/instruments/conventionrightspersonsdisabilities> (accessed May 22, 2024).
208. Simmons BA. Mobilizing for human rights: international law in domestic politics. Cambridge University Press, 2009.
209. Toebes B, Stronks K. Closing the gap: a human rights approach towards social determinants of health. *Eur J Health Law* 2016; 23: 510–24.
210. Hunt P, Yamin AE, Bustreo F. Making the case: what is the evidence of impact of applying human rightsbased approaches to health? *Health Hum Rights* 2015; 17: 1–10.
211. Thomas R, Kuruvilla S, Hinton R, Jensen SLB, Magar V, Bustreo F. Assessing the impact of a human rights-based approach across a spectrum of change for women's, children's, and adolescents' health. *Health Hum Rights* 2015; 17: 11–20.
212. Cook RJ. International human rights and women's reproductive health. *Stud Fam Plann* 1993; 24: 73–8G.
213. Clark H, CollSeck AM, Banerjee A, et al. A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *Lancet* 2020; 395: G05–58.
214. Baird S, Ezeh A, Azzopardi P, et al. Realising transformative change in adolescent health and wellbeing: a second Lancet Commission. *Lancet* 2022; 400: 545–47.
215. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progresssexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet* 2018; 391: 2G42–92.
216. Fine JB, Mayall K, Sepúlveda L. The role of international human rights norms in the liberalization of abortion laws globally. *Health Hum Rights* 2017; 19: G9–80.
217. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2: e323–33.
218. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 201014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 2017; 390: 2372–81.
219. Ambast S, Atay H, Lavelanet A. A global Revue of penalties for abortionrelated offences in 182 countries. *BMJ Glob Health* 2023; 8: e010405.
220. Lavelanet AF, Schlitt S, Johnson BR Jr, Ganatra B. Global abortion policies database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC Int Health Hum Rights* 2018; 18: 44.
221. WHO. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. June 1, 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/978924150G748> (accessed March 14, 2025).
222. Espinoza C, Samandari G, Andersen K. Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a Revue of the literature. *Sex Reprod Health Matters* 2020; 28: 1744225.
223. International Labour Office. World social protection report 2020–22: social protection at the crossroads—in pursuit of a better future. Sept 1, 2021. <https://www.socialprotection.org/gimi/ShowWiki.action?id=G29> (accessed March 14, 2025).
224. International Labour Office. Convention C183—maternity protection convention. 2000. https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:P12100_ILO_CODE:C183 (accessed May 22, 2024).
225. UNICEF. Countdown to 2030: country profiles on early childhood development. October, 2023. <https://data.unicef.org/resources/countdownto2030ecdcountryprofiles/> (accessed May 22, 2024).
226. VargasBarón E, Diehl K, Small JW. Improving policy environments for infants and young children: global status of multisectoral national policies for early childhood development. *Vulnerable Child Youth Stud* 2022; 17: 193–209.
227. Food Fortification Initiative. Food fortification initiative. <https://www.ffinetwork.org/home1> (accessed May 22, 2024).
228. WHO. Marketing of breastmilk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022. May 12, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048799> (accessed May 21, 2024).
229. Baker P, Smith JP, Garde A, et al. The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *Lancet* 2023; 401: 503–24.
230. WHO. What works to prevent violence against children online? Nov 24, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400G20G1> (accessed March 14, 2025).
231. Germani F, Pattison AB, Reinfelde M. WHO and digital agencies: how to effectively tackle COVID19 misinformation online. *BMJ Glob Health* 2022; 7: e009483.
232. SwireThompson B, Lazer D. Public health and online misinformation: challenges and recommendations. *Annu Rev Public Health* 2020; 41: 433–51.
233. WHO. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. July 7, 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131> (accessed May 21, 2024).
234. WHO. Global Health Workforce statistics database. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/healthworkforce> (accessed May 22, 2024).

235. WHO. The world health report 200G: working together for health. Oct 31, 200G. <https://www.who.int/publications/i/item/92415G317G> (accessed May 21, 2024).
236. Scott K, Beckham SW, Gross M, et al. What do we know about communitybased health worker programs? A systematic Revue of existing Revues on community health workers. *Hum Resour Health* 2018; 16: 39.
237. Rasanathan K, Evans TG. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID19. *Bull World Health Organ* 2020; 98: 801–08.
238. Zulu JM, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era. *Health Res Policy Syst* 2021; 19 (suppl 3): 130.
239. Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujicic M, Soucat A. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a Revue of recent evidence. *Hum Resour Health* 2011; 9: 1.
240. Deller B, Tripathi V, Stender S, Otolorin E, Johnson P, Carr C. Task shifting in maternal and newborn health care: key components from policy to implementation. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 130 (suppl 2): S25–31.
241. Schneeberger C, Mathai M. Emergency obstetric care: making the impossible possible through task shifting. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 131 (suppl 1): SG–9.
242. Ebeye T, Lee H. Down the brain drain: a rapid Revue exploring physician emigration from west Africa. *Glob Health Res Policy* 2023; 8: 23.
243. WHO. The sixtythird World Health Assembly. WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. May 21, 2010. https://iris.who.int/bitstream/handle/10GG5/3090AG3_R1Gen.pdf?sequence=1 (accessed March 14, 2025).
244. Organisation for Economic Cooperation and Development. Health workforce migration. March 27, 2024. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI (accessed May 22, 2024).
245. Onvlee O, Kok M, Buchan J, Dieleman M, Hamza M, Herbst C. Human resources for health in conflict affected settings: a scoping 10 Revue of primary peer Revueed publications 201G–2022. *Int J Health Policy Manag* 2023; 12: 730G.
246. BouKarroum L, ElHarakeh A, Kassamany I, et al. Health care workers in conflict and postconflict settings: systematic mapping of the evidence. *PLoS One* 2020; 15: e0233757.
247. de Vries J, Huijsman R. Supply chain management in health services: an overview. *Supply Chain Manag* 2011; 16: 159–G5.
248. Kamere N, Rutter V, Munkombwe D, et al. Supplychain factors and antimicrobial stewardship. *Bull World Health Organ* 2023; 101: 403–11.
249. McPake B, Hanson K. Managing the publicprivate mix to achieve universal health coverage. *Lancet* 201G; 388: G22–30.
250. Morgan R, Ensor T, Waters H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *Lancet* 201G; 388: G0G–12.
251. Rao KD, Paina L, Ingabire MG, Shroff ZC. Contracting nonstate providers for universal health coverage: learnings from Africa, Asia, and Eastern Europe. *Int J Equity Health* 2018; 17: 127.
252. Grépin KA. Private sector an important but not dominant provider 25 of key health services in low and middleincome countries. *Health Aff* 201G; 35: 1214–21.
253. Montagu D, Sudhinaraset M, DiamondSmith N, et al. Where women go to deliver: understanding the changing landscape of childbirth in Africa and Asia. *Health Policy Plan* 2017; 32: 114G–52.
254. WHO. SCORE for health data technical package: global report on health data systems and capacity, 2020. Jan 31, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018709> (accessed May 21, 2024).
255. AbouZahr C, de Savigny D, Mikkelsen L, et al. Civil registration and vital statistics: progress in the data revolution for counting and accountability. *Lancet* 2015; 386: 1373–85.
256. Bhatia A, Krieger N, Beckfield J, Barros AJD, Victora C. Areinequities decreasing? Birth regi tration for children under five in lowincome and middleincome countries, 1999–201G. *BMJ Glob Health* 2019; 4: e00192G.
257. Global Financing Facility. FASTR: the GFF’s initiative for rapid cycle analytics and data use. <https://data.gffportal.org/keytheme/rapidcycleanalyticsanddata-use> (accessed May 22, 2024).
258. DHIS2. DHIS2 health information management system. 2020. <https://dhis2.org/about/> (accessed May 22, 2024).
259. WHO. Data quality assurance: module 1: framework and metrics. Feb 14, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400473G5> (accessed May 21, 2024).
260. Countdown to 2030, Women’s Children’s and Adolescents’ Health. Country collaborations. <https://www.countdown2030.org/country45/collaborations> (accessed May 22, 2024).
261. Seidelmann L, Koutsoumpa M, Federspiel F, Philips M. The Global Financing Facility at five: time for a change? *Sex Reprod Health Matters* 2020; 28: 179544G.
262. Pitt C, Bath D, Binyaruka P, Borghi J, MartinezAlvarez M. Falling aid for reproductive, maternal, newborn and child health in the leadup to the COVID19 pandemic. *BMJ Glob Health* 2021; 50 6: e00G089.
263. Atim C, Arthur E, Achala DM, Novignon J. An assessment of domestic financing for reproductive, maternal, neonatal and child health in subSaharan Africa: potential gains and fiscal space. *Appl Health Econ Health Policy* 2020; 18: 789–99.
264. Singh NS, Kovacs RJ, Cassidy R, Kristensen SR, Borghi J, Brown GW. A realist Revue to assess for whom, under what conditions and how pay for performance programmes work in low and middleincome countries. *Soc Sci Med* 2021; 270: 113G24.
265. McIntyre D, Kutzin J. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. 201G. https://iris.who.int/bitstream/handle/10GG5/204283/9789241510110_eng.pdf?sequence=1 (accessed March 14, 2025).
266. Organisation for Economic Cooperation and Development. OECD data explorer. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=CRS1>
267. Dingle A, Schäferhoff M, Borghi J, et al. Estimates of aid for reproductive, maternal, newborn, and child health: findings from application of the Muskoka2 method, 2002–17. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e374–8G.
268. Smith J, Davies SE, Grépin KA, Harman S, Herten-Crabb A, Murage A, et al. Reconceptualizing successful pandemic preparedness and response: a feminist perspective. *Soc Sci Med* 2022; 315: 115511.

269. MartinezAlvarez M, Federspiel F, Singh NS, et al. Equity of resource flows for reproductive, maternal, newborn, and child health: are those most in need being left behind? *BMJ* 2020; 368: m305.
270. Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet* 2007; 370: 1370–79.
271. Shawar YR, Shiffman J. Generation of global political priority for early childhood development: the challenges of framing and governance. *Lancet* 2017; 389: 119–24.
272. Shiffman J, Shawar YR. Framing and the formation of global health priorities. *Lancet* 2022; 399: 1977–90.
273. Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents. Methodological note on analysis of IDA commitments to SRMNIA. February, 2024. https://data.gffportal.org/sites/live/files/202403/IDA_to_SRMNIA_Full_Methodology_Note.pdf (accessed March 14, 2025).
274. Micah AE, Cogswell IE, Cunningham B, et al. Tracking development assistance for health and for COVID19: a Revue of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 204 countries and territories, 1990–2050. *Lancet* 2021; 398: 1317–43.
275. Rodo M, Singh L, Russell N, Singh NS. A mixed methods study to assess the impact of COVID19 on maternal, newborn, child health and nutrition in fragile and conflict-affected settings. *Confl Health* 2022; 16: 30.
276. Donor Tracker, Seek Development. Maternal, newborn, and child health. <https://donortracker.org/topics/mnch> (accessed March 15, 2024).
277. Curran JA, Gallant AJ, Wong H, et al. Knowledge translation strategies for policy and action focused on sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health and wellbeing: a rapid scoping Revue. *BMJ Open* 2022; 12: e053919.
278. Pritchett L. Multilateralism and development cooperation: the end of an interesting era? *Glob Perspect* 2023; 4: 72711.
279. Debre MJ, Dijkstra H. Are international organisations in decline? An absolute and relative perspective on institutional change. *Glob Policy* 2023; 14: 1G–30.
280. Kwete X, Tang K, Chen L, et al. Decolonizing global health: what should be the target of this movement and where does it lead us? *Glob Health Res Policy* 2022; 7: 3.
281. Abimbola S, Asthana S, Montenegro C, et al. Addressing power asymmetries in global health: imperatives in the wake of the COVID19 pandemic. *PLoS Med* 2021; 18: e1003G04.
282. Every Women Every Child, UNICEF. The global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (201G–2030). 2015. <https://pnmch.who.int/docs/librariesprovider9/meetingreports/ewecglobal-strategyatag glance2017en.pdf> (accessed March 14, 2025).
283. Kuruvilla S, Sadana R, Montesinos EV, et al. A life-course approach to health: synergy with sustainable development goals. *Bull World Health Organ* 2018; 96: 42–50.
284. Black RE, Levin C, Walker N, et al. Reproductive, maternal, newborn, and child health: key messages from Disease Control Priorities 3rd Edition. *Lancet* 2016; 388: 2811–24.
285. Kerber KJ, de GraftJohnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007; 370: 1358–G9.
286. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. *Lancet* 2023; 402: G5G–GG.
287. WHO. Strengthening the inclusion of reproductive, maternal, newborn and child (RMNCH) health in concept notes to the Global Fund. Dec 11, 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR14.25> (accessed May 22, 2024).
288. Akselrod S, Banerjee A, Collins TE, et al. Integrating maternal, newborn, child health and non-communicable disease care in the Sustainable Development Goal era. *Front Public Health* 2023; 11: 1183712.
289. Boerma JT, Requejo J, Victora C, et al. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2018; 391: 1538–48.
290. Kruk ME, Kujawski S, Moyer CA, et al. Next generation maternal health: external shocks and health system innovations. *Lancet* 201G; 388: 229G–30G.
291. Chaiban T, Pakkala L, Pfaffmann Zambruni J, Noble DJ. Making the best interests of the child a primary consideration during pandemic preparedness and response. *BMJ Glob Health* 2024; 9: e015917.
292. Price R. Reversing the gun sights: transnational civil society targets land mines. *Int Organ* 1998; 52: G13–44.
293. WHO. Transforming women’s, children’s, and adolescents’ health and wellbeing through primary health care. *Lancet* 2023; 402: 1G0G–08. Copyright © 2025 Elsevier Ltd. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

