

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

DANS LA TOURMENTE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 :

la santé de la femme, de l'enfant
et de l'adolescent dans le contexte de la
couverture sanitaire universelle et des
objectifs de développement durable

WHO/FWC/NMC/IAP

© Organisation mondiale de la Santé (organisation hébergeant le Groupe indépendant d'experts de la redevabilité de l'initiative Chaque femme, chaque enfant), 2020.
Certains droits réservés.

Photos: Dernière page © Peoplecreations / Freepik.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

SANTÉ ET DES DROITS DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT DANS LE CONTEXTE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE : SITUATION ACTUELLE

En 2016, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a confié au Groupe indépendant d'experts de la redevabilité, dans le cadre de l'initiative Chaque femme, Chaque enfant, la tâche d'examiner la redevabilité et les progrès réalisés dans le domaine de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent en vue de la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030.^{1a} L'élaboration du rapport a débuté avant la COVID-19, toutefois, les différentes répercussions de la pandémie (en temps réel et dans les incidences prévues) ont été prises en considération dans ce rapport. Le Groupe indépendant d'experts y met en évidence ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Il recommande la façon dont les pays, les partenaires de développement et les parties prenantes peuvent renforcer la redevabilité de manière à accélérer les progrès.

La pandémie de COVID-19 aggrave une situation déjà difficile

Avant même la COVID-19, les progrès réalisés au niveau mondial pour atteindre les cibles de 2030 consistant à sauver les vies de femmes et d'enfants accusaient déjà un retard d'environ 20 % (voir l'annexe). Concernant la couverture sanitaire universelle (CSU), entre un tiers et la moitié seulement de la population mondiale était couverte par les services de santé essentiels dont elle avait besoin, y compris les interventions ciblant les femmes, les enfants et les adolescents, et plus de 900 millions de personnes ont fait face à des dépenses de santé catastrophiques.² La méfiance (à l'égard des pouvoirs publics, du secteur privé, des médias et des organisations non gouvernementales) s'est accrue dans le monde entier, en raison du « sentiment croissant d'inégalité et d'injustice ».³

Désormais, la pandémie mondiale aggrave davantage une situation déjà difficile, car les pays qui n'étaient pas préparés à cette menace tentent d'y faire face en réorientant les ressources initialement consacrées aux services essentiels ou en adoptant une législation rétrograde.

De nombreux pays ne disposaient pas des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (RSI)⁴ ou d'une couverture par les services de santé pour être en mesure de répondre pleinement à la COVID-19.⁵ D'autres pays imposent une législation rétrograde par des moyens détournés, notamment le retrait de lois sur l'avortement,⁶ des restrictions imposées à l'éducation en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs,⁷ le recours à la fermeture et au blocage des frontières pour favoriser des politiques migratoires juridiquement douteuses et radicales⁸ et une législation visant à censurer les médias et les manifestations publiques.^{9,10}

Si les personnes âgées sont les plus susceptibles d'être directement touchées par la COVID-19, les effets indirects sur les femmes enceintes, les nouveau-nés, les jeunes enfants et les adolescents sont considérables. Les services de santé et les services de soutien social et financier qui leur sont destinés sont tout simplement en train de disparaître, notamment du fait des fermetures et des restrictions. Des parties prenantes dans le domaine de la santé reproductive, dont la Fédération internationale pour la planification familiale, rapportent notamment qu'à l'échelle mondiale, on a assisté à des fermetures massives de dispensaires de santé reproductive, y compris des dispensaires mobiles, à une réduction des services de santé sexuelle et reproductive (notamment le dépistage du VIH et les soins après avortement) et à une insuffisance généralisée de l'offre en matière de dispositifs liés à la santé reproductive, étant donné que les usines ont réduit leur capacité, que les ports ont fermé et que les réseaux de transport ont été interrompus.^{11,12} Selon une enquête menée dans 30 pays, 73 % des agents de santé ont fait état de pénuries de produits d'hygiène sanitaire,¹³ 58 % ont cité des hausses de prix et 50 % ont fait état d'un accès réduit à l'eau potable pour faciliter la gestion de l'hygiène menstruelle.¹⁴ Les mesures de confinement et la limitation des déplacements, ainsi que la réaffectation des agents de santé des maternités aux services de prise en charge de la COVID-19 ont limité la disponibilité des services essentiels destinés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, comme cela s'est produit lors de précédentes pandémies et épidémies.^{15,16} Les campagnes de vaccination ont été interrompues, laissant au moins 13,5 millions d'enfants sans protection contre des maladies mortelles.¹⁷ Du fait de la fermeture des écoles, 370 millions d'enfants n'ont pas pu bénéficier de repas,¹⁸ et les adolescents souffrent davantage des menaces physiques, de l'isolement et des problèmes de santé mentale.¹⁹ Compte tenu du nombre croissant d'enfants et d'adolescents qui dépendent de la technologie pour apprendre et interagir socialement, le risque d'abus et d'exploitation

en ligne est plus élevé.²⁰ De plus, la violence domestique a augmenté; en Argentine par exemple, les appels aux services d'urgence ont augmenté de 25 % ; et les appels aux lignes d'assistance téléphonique à Singapour, en France et à Chypre ont augmenté de plus de 30 %.^{21,22}

Dans la mesure où des données complètes et validées pour 2020 ne sont pas encore disponibles, plusieurs études utilisent une série d'hypothèses, de scénarios et de modèles d'étude afin d'estimer les effets de la COVID-19 sur la santé des femmes et des enfants. Hélas, les scénarios prévus annoncent un avenir encore plus sombre pour les femmes, les nouveau-nés, les jeunes enfants et les adolescents. Nous pourrions assister à une forte augmentation du nombre de décès chez les femmes enceintes et les jeunes enfants (de 8 % à 45 % de plus que ce qui se serait produit s'il n'y avait pas eu de pandémie).²³ Les perturbations dans la fourniture de contraceptifs pourraient entraîner 15 millions de grossesses non souhaitées supplémentaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.^{15,24} Une simple variation de 10 % entre le nombre d'avortements à risque et les avortements sans risque sur une période de 12 mois dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pourrait entraîner 3,3 millions d'avortements à risque supplémentaires.²⁴ Pour chaque trois mois de confinement, on s'attend à 15 millions de cas supplémentaires de violence à l'égard des femmes.^{25,26} Deux millions de cas supplémentaires de mutilations sexuelles féminines pourraient être enregistrés au cours de la prochaine décennie en raison des retards dans la mise en œuvre des programmes visant à mettre fin à ces pratiques préjudiciables.²⁶ En raison de l'impact économique important et de l'interruption des programmes, on estime à 13 millions le nombre de mariages d'enfants supplémentaires au cours des dix prochaines années.²⁶ La prévalence de l'émaciation due à la malnutrition chez les enfants pourrait connaître une augmentation de 8 à 45 %, dans les scénarios hypothétiques utilisés pour modéliser les impacts de la COVID-19.²³ Par ailleurs, on estime que 40 à 60 millions de personnes pourraient être acculées à l'extrême pauvreté,²⁷ les femmes et les enfants étant touchés de manière disproportionnée, notamment en matière d'accès aux ressources financières et au soutien social.^{28,29}

TABLEAU DE NOTATION PAYS : CERTAINS PAYS CONSACRENT LE MÊME BUDGET À LA SANTÉ MAIS OBTIENNENT DE MEILLEURS RÉSULTATS PAR RAPPORT À D'AUTRES

Le Groupe indépendant d'experts de la redevabilité a élaboré et analysé des « tableaux de notation » pays, par catégorie de revenus³⁰ et par indicateurs clés pour l'initiative Chaque femme, Chaque enfant³¹ et les ODD connexes, qui

montrent que tous les pays peuvent réaliser de grandes améliorations en utilisant leurs ressources de manière plus efficace. Avant la pandémie de COVID-19, certains pays de la même catégorie de revenus obtenaient de meilleurs résultats que d'autres dans les domaines de la santé et des droits de la femme, de l'enfant et de l'adolescent et en matière de réalisation de la couverture sanitaire universelle. Par exemple, les États-Unis d'Amérique dépensent plus de deux fois plus pour la santé que le Japon ou la France,^{2,32} toutefois, les enfants américains sont plus susceptibles de mourir avant l'âge de cinq ans³³ et les femmes ont plus de deux fois plus de risques de mourir pendant l'accouchement.³⁴ Le Nigéria consacre environ deux fois plus de dépenses par habitant au secteur de la santé que la Tanzanie et dispose d'une couverture de services similaires (environ 40 sur l'indice de couverture des services de la CSU).³² Cependant, le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans au Nigéria est plus de deux fois supérieur à celui de la Tanzanie (120 et 53 décès pour 1000 naissances vivantes respectivement)³³ en partie à cause des inégalités au niveau infranational et des lacunes critiques dans la prestation de services de santé et multisectoriels, et en matière de protection financière.

PRINCIPAUX ENJEUX

Situations de fragilité ou de conflit

Les femmes, les enfants et les adolescents sont davantage susceptibles de mourir dans les pays touchés par des situations de fragilité ou de conflit³⁵ que dans d'autres pays. Par exemple, le taux médian de mortalité chez les moins de cinq ans est de 58 pour 1000 naissances vivantes dans les pays en situation de fragilité ou de conflit, contre 14 pour 1000 dans les autres pays. Toutefois, les taux de mortalité dans certains pays en situation de fragilité ou de conflit peuvent être sous-estimés car on ne dispose pas de données fiables pour les dernières années, notamment en période de crise.³⁵

Les lacunes relatives aux données constituent un risque pour la sécurité nationale et mondiale

La santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent est menacée lorsque les pays ont une capacité limitée de collecte et d'analyse des données sur la santé et la population,³⁶ tel que pour les naissances et les décès. La naissance d'un enfant sur quatre âgé de moins de cinq ans n'a pas été enregistrée³⁷, et sur 193 pays, 93 sont actuellement en mesure d'enregistrer plus de 80 % des décès d'adultes.³⁸ L'absence de données ventilées et la dépendance excessive à l'égard des estimations et de la modélisation au niveau mondial limitent la capacité à identifier les personnes qui ont le plus besoin d'assistance.^{39,40} Par ailleurs, les nouvelles données sur la COVID-19 sont généralement incomplètes, peu fiables et rarement ventilées selon le

sexe et l'âge.⁴¹ Un leadership politique, des investissements multisectoriels et une approche mondiale engageant l'ensemble des pouvoirs publics et de la société sont nécessaires pour combler les lacunes en matière de données nationales et garantir une utilisation stratégique de celles-ci afin d'améliorer la santé et les droits.

Des inégalités flagrantes deviennent courantes

Les femmes, les enfants et les adolescents sont touchés de manière disproportionnée par les inégalités flagrantes entre les pays et au sein de ceux-ci, telles que la faible couverture par les services de santé essentiels, les dépenses de santé catastrophiques et une pénurie de personnels de santé estimée à 18 millions à l'échelle mondiale.⁴² Les femmes encourent jusqu'à 500 fois plus de risques de mourir suite à une grossesse ou aux complications dues à l'accouchement dans certains pays par rapport à d'autres.³⁴ Il existe également d'importants écarts en termes d'équité au sein des pays. Par exemple, dans certains pays, on constate une différence d'environ 50 points de pourcentage entre les plus riches et les plus pauvres dans la couverture des services destinés aux femmes, aux enfants et aux adolescents.⁴³ Les Noirs ainsi que d'autres groupes raciaux ou ethniques en Amérique du Nord et en Europe ont connu des taux de morbidité et de mortalité disproportionnellement élevés du fait de la COVID-19.^{44,45} Les manifestations qui ont eu lieu aux États-Unis d'Amérique et dans d'autres pays contre l'injustice raciale en réaction au décès de George Floyd à Minneapolis, le 25 mai 2020, imputable aux forces de police, mettent en évidence la nécessité de s'attaquer aux causes profondes de ces inégalités et de cette injustice à tous les niveaux.

Les insuffisances constatées et la corruption ont pour effet de détourner le peu de ressources disponibles

On estime que 20 % à 40 % des dépenses de santé, soit environ 2 000 milliards de dollars des États-Unis par an, sont gaspillées à l'échelle mondiale en raison de certaines insuffisances et de la corruption ; ce constat s'est répété au cours des dix dernières années.⁴⁶⁻⁴⁸ Au cours de la pandémie, cette situation s'est manifestée par l'achat d'équipements de protection individuelle non adaptés et de kits de dépistage de la COVID-19 de qui ne sont pas conformes aux normes. L'aide au développement destinée à la santé des femmes, des enfants et des adolescents n'est pas nécessairement investie dans les domaines où les besoins sont les plus importants. Le gaspillage des dépenses de santé limite considérablement les ressources disponibles pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et compromet la confiance du public à l'échelle mondiale.³ Cela souligne la nécessité de rendre des comptes pour garantir une transparence budgétaire dans l'ensemble des activités menées par les pouvoirs publics, les partenaires de développement, le secteur privé, les médias et la société civile.

FACTEURS DE RÉUSSITE

Les pays qui obtiennent de meilleurs résultats en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile affichent également de meilleurs résultats en ce qui concerne une série de facteurs de réussite fondés sur des bases factuelles, notamment les données et informations, ainsi que les lois et les politiques. Ils investissent de manière justifiée, sur la base de données probantes, des droits et de de l'état de droit, et utilisent l'innovation pour catalyser les progrès. Il en ressort que la façon dont les dépenses de santé sont utilisées est aussi importante que les montants dépensés.

Couverture sanitaire universelle et soins de santé primaires – les priorités fixées avant la pandémie sont plus valides que jamais

Les améliorations concernant la CSU et les soins de santé primaires constituaient déjà une priorité avant la pandémie de COVID-19.² Elles sont étroitement liées à l'amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, notamment lorsqu'elles ciblent des problèmes connus tels que la qualité des soins, la protection financière des personnes, des familles et des communautés, la protection des agents de santé, l'action multisectorielle et la mobilisation du public. Tous les pays doivent veiller à ce que des mesures de protection financière soient également mises en place lorsqu'ils envisagent d'accroître la couverture par les services. Dans le cas contraire, les efforts visant à accroître la couverture des services accentueront les dépenses catastrophiques, ce qui sera contre-productif pour les résultats en matière de santé et de réalisation des ODD. Il convient d'accorder une attention particulière aux femmes, aux enfants et aux adolescents car ces groupes ne disposent ni des ressources financières, ni de pouvoir de prise de décisions nécessaires pour atténuer les risques.

Utilisation des dépenses nationales pour investir dans la CSU et les facteurs multisectoriels

La plupart des pays, à l'exception des pays à revenu faible ou dans des situations de fragilité ou de crise, devraient être en mesure d'utiliser leurs ressources nationales pour financer les investissements nécessaires dans la CSU et les soins de santé primaires.² Il conviendrait que les investissements cruciaux comprennent des interventions essentielles pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, des dispositions de protection financière et des engagements stratégiques dans des domaines multisectoriels tels que l'éducation, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et l'énergie propre. Il ressort des données relatives aux objectifs du Millénaire pour le développement que les facteurs sanitaires et multisectoriels contribuent à parts égales à l'amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et les analyses portant sur les ODD mettent en évidence les nouvelles données provenant des pays sur ce qui fonctionne en matière de collaboration multisectorielle.^{49,50}

Recours à la réalisation progressive pour des améliorations en matière de santé et de droits

La réalisation progressive est un principe fondamental des droits de l'homme et une caractéristique essentielle de la redevabilité (voir ci-dessous).^{51,52} Pour garantir une bonne gouvernance et une redevabilité adéquate, il conviendrait que les pouvoirs publics l'appliquent parallèlement à une bonne gestion et à un meilleur ciblage des investissements. L'obligation de rendre compte n'est pas une action ponctuelle. Une fois élus, les pouvoirs publics doivent rendre compte en permanence de leurs actions, et les citoyens doivent pouvoir participer et exprimer leurs préoccupations.

Des enjeux chroniques persistent en raison de la faiblesse des dispositions en matière de redevabilité, et celles-ci engendrent une situation où des aspects critiques de la prestation de services et de la prise de décisions ne sont ni remis en question, ni corrigés.

ÉTUDES DE CAS PAR PAYS : CONTEXTES UNIQUES ET EXPÉRIENCES EN MATIÈRE DE REDEVABILITÉ

Le Groupe indépendant d'experts chargés de la redevabilité a commandé des études de cas afin d'examiner les expériences en matière de santé et de redevabilité concernant les femmes, les enfants et les adolescents dans cinq pays (Éthiopie, Géorgie, Guatemala, Kenya, Papouasie-Nouvelle-Guinée) et d'étayer son rapport et ses recommandations pour 2020. L'utilisation de citations directes dans les études de cas positionne la voix des femmes, des enfants, des adolescents et des principales parties prenantes à la place qui leur revient, à savoir au centre du processus de redevabilité. Certains participants remettent directement en question l'efficacité des pouvoirs publics :

« Nous avons tendance à remanier les politiques au lieu de mettre en œuvre celles qui existent déjà. »

Kenya

D'autres appellent à des dialogues plus significatifs et plus respectueux dans le domaine de la santé, et à une plus grande publicité en faveur de la santé et des droits :

« Il est très important de prévoir des espaces de dialogue pour favoriser un examen du système de santé dans un contexte culturel. On doit également mettre l'accent sur les droits, le respect et la collaboration ».

Guatemala

« [Développer] les partenariats avec les médias pour assurer une couverture plus régulière des sujets relatifs à la CSU et pour sensibiliser les populations à la santé et aux droits des femmes, des enfants et des adolescents ».

Géorgie

La conclusion générale est la suivante :

« Exprimer son opinion n'équivaut pas à la redevabilité s'il n'y a personne pour écouter, agir et intervenir ».⁵³

CADRE DE REDEVABILITÉ ET RECOMMANDATIONS

Afin d'inverser la tendance à la baisse et d'accélérer les progrès vers la réalisation des cibles de 2030, le Groupe indépendant d'experts de la redevabilité présente un cadre de responsabilisation (fondé sur l'évolution du cadre de responsabilisation de l'initiative Chaque femme, Chaque enfant voir l'annexe) et trois recommandations générales).

La redevabilité consiste à établir un lien entre les engagements pris et les progrès réalisés d'une manière justifiée et constructive. Elle repose sur quatre piliers : engagement, justification, mise en œuvre et progrès. Chacun de ces piliers doit être pris en compte, et si un seul d'entre eux fait défaut, c'est toute la structure qui s'effondre.

- **Engagement :**

toutes les parties qui ont pris des engagements et qui sont tenues d'agir doivent clairement définir leur rôle et leurs obligations en vue d'atteindre les objectifs convenus et de parvenir à une réalisation des droits.

- **Justification :**

les décisions et les mesures liées aux engagements doivent être soutenues et expliquées sur la base de données factuelles, et fondées sur les droits et l'état de droit.

- **Mise en œuvre :**

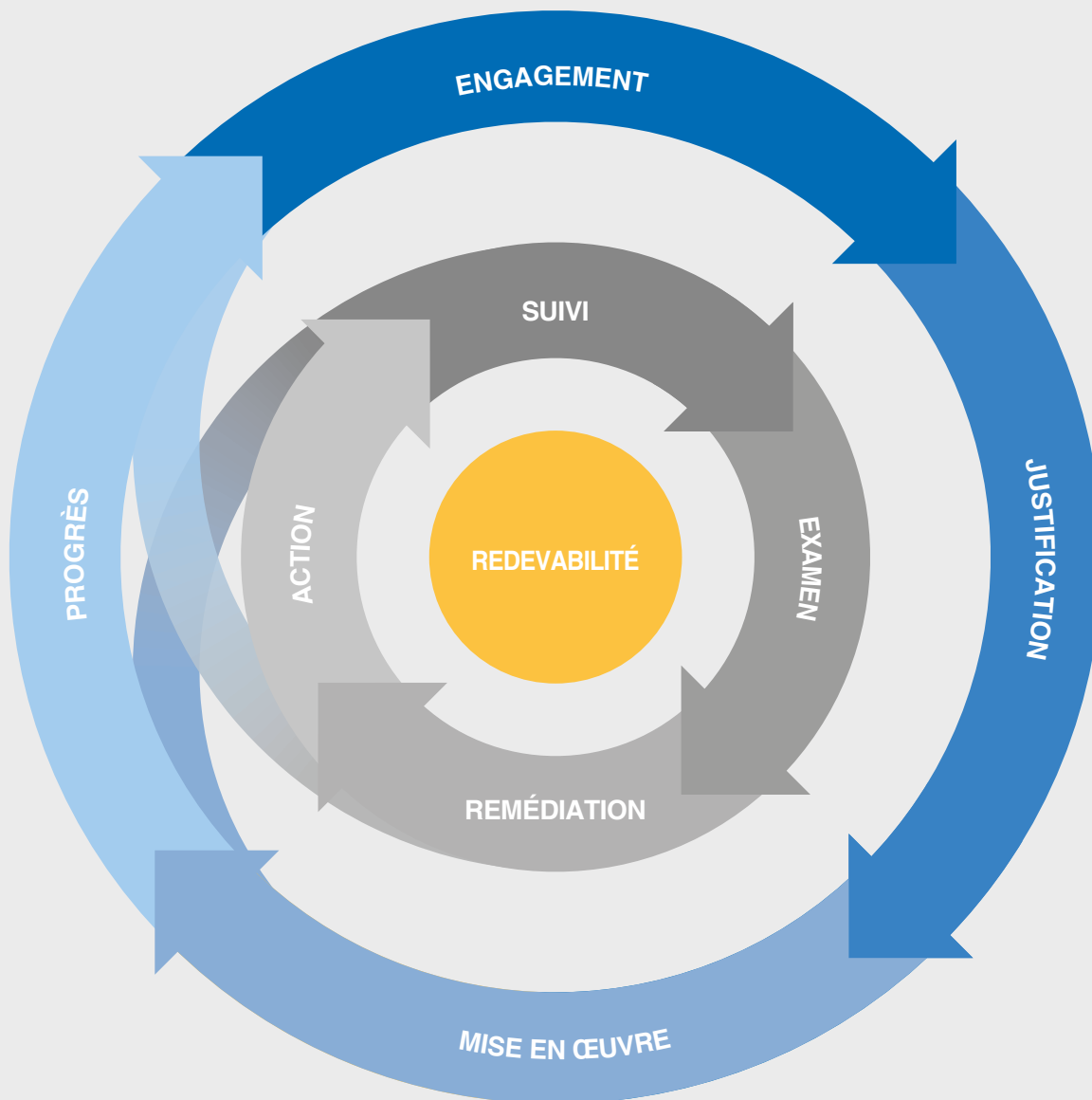
il convient d'institutionnaliser et d'appliquer de manière constructive les fonctions essentielles du cycle « suivi, examen, remédiation, action »⁵⁴ en vue de faciliter l'apprentissage et la réalisation de progrès.

- **Progrès :**

des progrès continus vers la réalisation des objectifs et des droits convenus doivent être garantis, justifiant tout retour en arrière - c'est le principe de « réalisation progressive » des droits humains.^{51,52}

La figure ci-après illustre le cadre de redevabilité.

Figure. Redevabilité : établir un lien entre les engagements pris et les progrès réalisés de manière justifiée et constructive



La redevabilité, dans un contexte sociopolitique, s'applique aux gouvernements et aux acteurs non étatiques, aux individus et aux institutions, et peut permettre de suivre les obligations des porteurs de devoirs et les revendications des titulaires de droits.

Les recommandations suivantes indiquent de quelle manière les pays et les autres parties prenantes devraient s'efforcer d'utiliser le cadre du Groupe indépendant d'experts de la redevabilité pour redynamiser le principe de redevabilité et atteindre les objectifs.

RECOMMANDATION 1 :

investir dans des systèmes de données nationales pour assurer la sécurité nationale et mondiale

La pandémie de COVID-19 a de nouveau mis en évidence combien il est important de fonder les décisions et les investissements essentiels en faveur de la santé et des droits des femmes, des enfants et des adolescents sur des données fiables et complètes. Les pays doivent investir de toute urgence dans des systèmes de données, tels que l'enregistrement des naissances et des décès, en veillant à ce que chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent compte et soit recensé.

Les pays, les dirigeants politiques, les pouvoirs publics et les partenaires de développement doivent garantir le plus haut niveau d'engagement politique et des investissements suffisants afin de développer des systèmes de données harmonisés. Ils devraient en outre améliorer constamment la qualité et la communication des données pour favoriser la prise de décisions. Par ailleurs, il conviendrait que le secteur privé et les organisations de la société civile soient les moteurs de l'innovation et suscitent une demande d'informations et de données factuelles reflétant les expériences vécues.⁵⁵ Les médias et les organisations d'intérêt public doivent appuyer la collecte de données et de bases factuelles, les traduire en informations aisément compréhensibles et encourager le débat public sur la base des résultats obtenus.

RECOMMANDATION 2 :

institutionnaliser les fonctions et les caractéristiques de la redevabilité - les dispositions volontaires sont insuffisantes

Pour que le cycle de redevabilité fonctionne, une relation reconnue et formelle est nécessaire entre le suivi, l'examen et les recommandations ainsi que remédiation et les mesures qui en découlent. L'ensemble des fonctions et des caractéristiques doivent être pleinement présentes et opérationnelles, et doivent être intégrées à toutes les institutions politiques, administratives, opérationnelles et de contrôle concernées.

En investissant dans l'institutionnalisation des processus de redevabilité, les pays peuvent accroître leur capacité à appliquer rapidement et efficacement les enseignements tirés pendant et après des événements tels que la pandémie de COVID-19, et à rectifier et remédier aux violations. Ils doivent établir des rôles et des responsabilités clairs et convenir d'un calendrier pour la mise en œuvre des fon-

ctions de redevabilité. Toutes les institutions, les politiques, les programmes et les processus liés à la santé des femmes, des enfants et des adolescents devraient comporter des dispositions explicites en matière de redevabilité, intégrant un suivi et un examen institutionnalisés, et aboutissant à une remédiation et à des mesures fondées sur des recommandations concrètes. Les mesures prises doivent faire l'objet d'une vérification et les processus eux-mêmes doivent être régulièrement contrôlés. Des investissements dans le domaine de la redevabilité peuvent produire des retours sur investissement élevés en favorisant une gouvernance, des systèmes et des services plus efficaces, plus efficaces et plus équitables pour la réalisation de la santé, des ODD et des droits.

RECOMMANDATION 3 :

démocratiser la redevabilité afin d'inclure la voix des personnes et des communautés

Faire entendre la voix des citoyens est crucial pour une redevabilité efficace. Il est essentiel que tous les niveaux de leadership politique, les pouvoirs publics et les autres parties prenantes écoutent les besoins et les priorités exprimés par la population et agissent en conséquence. Par exemple, les critiques soutenues pendant la pandémie de COVID-19 concernant le manque d'équipements de protection individuelle ou de services de dépistage ont contraint les décideurs à prendre des mesures. Un débat mondial sur le racisme a été lancé par les manifestations contre le meurtre brutal de George Floyd par les forces de police à Minneapolis, le 25 mai 2020. Il convient d'intégrer et d'amplifier de telles expériences dans les futurs dispositifs de redevabilité des communautés, notamment pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il conviendrait que les institutions et les secteurs essentiels dirigent l'action. Les parlements devraient demander des comptes aux gouvernements pour favoriser l'expression des opinions et une participation au processus de redevabilité et ; de la même manière, pour que les gouvernements apportent une réponse. Les médias, les organisations de la société civile et les réseaux sociaux devraient transmettre l'éventail des expériences vécues par les populations dans le cadre de leur travail, en créant des espaces significatifs pour donner la parole aux communautés, aux régions et aux pays.

À mesure que la riposte à la COVID-19 progresse, et que les pays évaluent l'impact et les incidences sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents, les recommandations du Groupe indépendant d'experts de la redevabilité et son modèle d'examen indépendant offrent un modèle de redevabilité dans le domaine de la santé et des ODD. Le renforcement d'une culture de la redevabilité donnera à l'ensemble des pays une véritable chance de surmonter la COVID-19, d'atteindre les ODD et de réaliser les droits de chaque femme, de chaque enfant et de chaque adolescent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. A/RES/70/1. New York, Organisation des Nations Unies, 2015.
- 1a. United Nations Secretary-General's Independent Accountability Panel (IAP) for the Every Woman Every Child Every Adolescent. (<https://iapewec.org/>, consulté le 30 juin 2020)
2. Organisation mondiale de la Santé. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. 2019 Global Monitoring Report. Genève; Organisation mondiale de la Santé, 2019.
3. Edelman. 2020 Edelman Trust Barometer. 19 janvier 2020. (https://cdn2.hubspot.net/hubfs/440941/Trust%20Barometer%202020/2020%20Edelman%20Trust%20Barometer%20Global%20Report.pdf?utm_campaign=Global%20Trust%20Barometer%202020&utm_source=Website).
4. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
5. Kandel N, Chungong S, Omaar A, Xing J. Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. *The Lancet* 2020.
6. Human Rights Watch. Poland: Reject New Curbs on Abortion, Sex Ed. 14 avril 2020. (<https://www.hrw.org/news/2020/04/14/poland-reject-new-curbs-abortion-sex-ed>).
7. Skoric T, Friedrich Naumann Foundation For Freedom. Repressive Draft Laws in Times of COVID-19: Human Rights Violations on Parliamentary Agenda in Hungary and Poland. 30 avril 2020. (<http://4liberty.eu/repressive-draft-laws-in-times-of-covid-19-human-rights-violations-on-parliamentary-agenda-in-hungary-and-poland/>).
8. The New Humanitarian. The COVID-19 excuse? How migration policies are hardening around the globe. 17 April 2020. (<https://www.thenewhumanitarian.org/analysis/2020/04/17/coronavirus-global-migration-policies-exploited>).
9. Human Rights Watch. How Authoritarians Are Exploiting the COVID-19 Crisis to Grab Power. 3 avril 2020. (<https://www.hrw.org/news/2020/04/03/how-authoritarians-are-exploiting-covid-19-crisis-grab-power>).
10. International Press Institute. COVID-19: Abuse of emergency powers to stifle media grows. 2 avril 2020. (<https://ipi.media/covid-19-abuse-of-emergency-powers-to-stifle-media-grows/>).
11. IPPF. COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world. 9 avril 2020. (<https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>).
12. IPPF. Contraception and COVID-19: Disrupted supply and access. 15 avril 2020. (<https://www.ippf.org/blogs/contraception-and-covid-19-disrupted-supply-and-access>).
13. Sara Young. Menstrual Hygiene Day: Period poverty is getting worse during lockdown, charity warns. May 2020. (<https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/lockdown-period-poverty-sanitary-products-shortage-plan-international-wateraid-a9535951.html>).
14. Poppy McPherson. Pandemic worsens pain of periods for women across the world: NGO. 28 mai 2020. (<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-periods/pandemic-worsens-pain-of-periods-for-women-across-the-world-ngo-idUSKBN2340UH>).
15. Chattu VK, Yaya S. Emerging infectious diseases and outbreaks: implications for women's reproductive health and rights in resource-poor settings. *Reprod Health* 2020; 17(1): 43.
16. Ahmed Z, Cross L. Crisis on the Horizon: Devastating Losses for Global Reproductive Health Are Possible Due to COVID-19. 16 avril 2020. (<https://www.guttmacher.org/article/2020/04/crisis-horizon-devastating-losses-global-reproductive-health-are-possible-due-covid>).
17. Roberts L. Pandemic brings mass vaccinations to a halt. American Association for the Advancement of Science; 2020.
18. Programme alimentaire mondial. WFP and UNICEF joint response to COVID-19. 2020. (<https://www.wfp.org/school-health-and-nutrition>).
19. UNFPA. Coronavirus Disease (COVID-19) Preparedness and Response. Adolescents and Young People & Coronavirus Disease (COVID-19) UPDATED. Interim Technical Brief. 24 mars 2020. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UNFPA_Interim_Technical_Briefs_Adolescents_and_Young_People_23_March_2020.pdf).
20. ONU Info. UN chief calls for greater protection for children caught up in COVID-19 crisis. 16 avril 2020. (<https://news.un.org/en/story/2020/04/1061892>).
21. ONU Femmes. COVID-19 and ending violence against women and girls. 2020. (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls>).
22. ONU Femmes. Press release: UN Women raises awareness of the shadow pandemic of violence against women during COVID-19. 27 mai 2020. (<https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/5/press-release-the-shadow-pandemic-of-violence-against-women-during-covid-19>).
23. Robertson T, Carter ED, Chou VB, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health* 2020.
24. Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. 16 April 2020. (<https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/04/estimates-potential-impact-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health>).
25. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). COVID-19 lockdowns leading to a rise in violence against women and girls. 14 mai 2020. (<https://www.who.org/covid-19-lockdowns-leading-rise-violence-against-women-and-girls>).

26. UNFPA. Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage. Interim Technical Note. 27 avril 2020. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf).
27. Groupe de la Banque mondiale. Data Blog. The impact of COVID-19 (Coronavirus) on global poverty: Why Sub-Saharan Africa might be the region hardest hit. 20 avril 2020. (<https://blogs.worldbank.org/opendata/impact-covid-19-coronavirus-global-poverty-why-sub-saharan-africa-might-be-region-hardest>).
28. Organisation des Nations Unies. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children. 15 avril 2020.
29. UN Women Data Hub. Surveys show that COVID-19 has gendered effects in Asia and the Pacific. 29 April 2020. (<https://data.unwomen.org/resources/surveys-show-covid-19-has-gendered-effects-asia-and-pacific>).
30. Groupe de la Banque mondiale. World Development Indicators. Classifying countries by income. (<https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/stories/the-classification-of-countries-by-income.html>, consulté le 17 juin 2020).
31. Every Woman Every Child. Indicator and Monitoring Framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
32. Organisation mondiale de la Santé. Global Health Expenditure Database (GHED). (<https://apps.who.int/nha/database>, consulté le 17 juin 2020).
33. UNICEF, OMS, Banque mondiale, Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Levels and trends in child mortality report 2019. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) New York, UNICEF, 2019.
34. UNICEF, OMS, Banque mondiale, Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank Group and the United Nations Population Division. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
35. Groupe de la Banque mondiale. Classification of Fragile and Conflict-Affected Situations. 2020. (<https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/harmonized-list-of-fragile-situations>, consulté le 17 juin 2020).
36. Phillips DE, AbouZahr C, Lopez AD, et al. Are well functioning civil registration and vital statistics systems associated with better health outcomes? The Lancet 2015; 386(10001): 1386-94.
37. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Birth Registration for Every Child by 2030: Are we on track? New York, UNICEF, 2019.
38. Organisation mondiale de la Santé. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
39. AbouZahr C, Boerma T, Hogan D. Global estimates of country health indicators: useful, unnecessary, inevitable? Glob Health Action 2017; 10(sup1): 1290370.
40. Every Woman Every Child, World Health Organization, PMNCH, et al. Country data, universal accountability. Monitoring priorities for the Global Strategy for Women's Children's and Adolescent's Health (2016-2030). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
41. Global Health 5050. Sex, gender and COVID-19: overview and resources. Tracking differences in COVID-19 illness and death among women and men. (<https://globalhealth5050.org/covid19/>).
42. Organisation mondiale de la Santé. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
43. Barros AJ, Wehrmeister FC, Ferreira LZ, Vidaletti LP, Hosseinpoor AR, Victora CG. Are the poorest poor being left behind? Estimating global inequalities in reproductive, maternal, newborn and child health. BMJ global health 2020; 5(1).
44. Public Health England. Disparities in the risk and outcomes from COVID-19. London: Public Health England, juin 2020.
45. Los Angeles County Department of Public Health. COVID-19. Racial, Ethnic & Socio-economic Data & Strategies Report. 28 April 2020. (<https://www.documentcloud.org/documents/6884202-LA-County-Racial-Ethnic-Socioeconomic-Data-COVID19.html#document/p9/a563078>).
46. Groupe de la Banque mondiale. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage (Vol. 2) : Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century (English). Washington, D.C, Groupe de la Banque mondiale, 2019.
47. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
48. Transparency International, Bruckner T. The ignored pandemic: how corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage, 2019.
49. Kuruvilla S, Schweitzer J, Bishai D, et al. Success factors for reducing maternal and child mortality. Bulletin of the World Health Organization 2014; 92: 533-44.
50. From the BMJ series on Making multistakeholder collaboration work. 2018. (<https://www.who.int/pmnch/knowledge/case-studies/en/index2.html>, consulté le 17 juin 2020).
51. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale No 14: Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) E/C.12/2000/4. 11 août 2000.
52. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale No 3: La nature des obligations des États parties (art. 2, par. 1, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), E/1991/23. 14 décembre 1990.
53. Frost L, Pratt BA. Global Health Insights. Literature review on how accountability platforms, mechanisms, actions, or activities carried out by stakeholders (public, private, or partners) impact systems performance, health outcomes, and/or health relevant SDG outcomes in countries. 15 janvier 2020.
54. Independent Accountability Panel for the Every Woman Every Child Every Adolescent (IAP). Old Challenges, New Hopes: Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Genève, Groupe indépendant d'experts de la redevabilité, 2016.
55. Toledo C, Gruenberg C. Observatory of Maternal Mortality in Mexico: A Civil Society-Led Initiative. Lima: ELLA, 2013.

