

La santé maternelle et néonatale

© Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Décembre 2008

Une autorisation est nécessaire pour publier quelque partie de cette publication que ce soit. Veuillez vous adresser à la :
Division de la communication, UNICEF
3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, États-Unis
Tél. : 212-326-7434
Courriel : nyhqdoc.permit@unicef.org

L'autorisation sera accordée gratuitement aux établissements d'enseignement et aux organisations à but non lucratif. Les autres devront s'acquitter d'une somme modique.

Les opinions exprimées n'engagent que leur auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions de l'UNICEF.

Pour toute correction ou rectification apportée une fois que ce document a été publié, veuillez consulter notre site Internet à www.unicef.org/publications

ISBN: 978-92-806-4305-3
No. de vente : F.09.XX.1

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis
Courriel : pubdoc@unicef.org
Site sur Internet : www.unicef.org/french

Photo de couverture : © UNICEF/HQ04-1216/Ami Vitale

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2009

Remerciements

L'UNICEF remercie les nombreuses personnes qui, au sein de l'organisation et à l'extérieur, ont donné des conseils et apporté leur concours à la réalisation de ce rapport. Plusieurs bureaux de pays de l'UNICEF ont contribué à sa préparation : Afghanistan, Bangladesh, Bénin, Brésil, Burundi, Côte d'Ivoire, Ghana, Guatemala, Haïti, Inde, Indonésie, Kenya, Libéria, Madagascar, Maroc, Mexique, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Pérou, République centrafricaine, République démocratique populaire lao, Rwanda, Sierra Leone, Soudan, Sri Lanka, Tchad, Territoire palestinien occupé, Togo et Tunisie, ainsi que les bureaux régionaux de l'UNICEF et le Centre de recherche Innocenti.

Nous remercions tout particulièrement S.M. la Reine Rania Al Abdullah de Jordanie, l'Honorable Vabah Gayflor, Zulfiqar A. Bhutta, Sarah Brown, Jennifer Harris Requejo, Joy Lawn, Mario Meriardi, Rosa Maria Nuñez-Urquiza et Cesar G. Victora.

RÉDACTION ET RECHERCHES

Patricia Moccia, *Rédactrice en chef*; David Anthony, *Rédacteur*; Chris Brazier; Marilia Di Noia; Hirut Gebre-Egziabher; Emily Goodman; Yasmine Hage; Nelly Ingraham; Pamela Knight; Amy Lai; Charlotte Maitre; Meedan Mekonnen; Gabrielle Mitchell-Marell; Kristin Moehlmann; Michelle Risley; Catherine Rutgers; Karin Shankar; Shobana Shankar; Judith Yemane

TABLEAUX STATISTIQUES

Tessa Wardlaw, *Chef*, Section de l'information stratégique, Division des politiques et de la pratique; Priscilla Akwara; Danielle Burke; Xiaodong Cai; Claudia Cappa; Ngagne Diakhate; Archana Dwivedi; Friedrich Huebler; Rouslan Karimov; Julia Krasevec; Edilberto Loaiza; Rolf Luyendijk; Nyein Nyein Lwin; Maryanne Neill; Holly Newby; Khin Wityee Oo; Emily White Johansson; Danzhen You

PRODUCTION ET DISTRIBUTION

Jaelyn Tierney, *Chef*, Production et traduction; Edward Ying, Jr.; Germain Ake; Fanuel Endalew; Eki Kairupan; Farid Rashid; Elias Salem

TRADUCTION

Version française : Marc Chalamet
Version espagnole : Carlos Perellón

ORIENTATION DES PROGRAMMES ET DES POLITIQUES

Division des Programmes, Division des politiques et de la pratique et Centre de recherche Innocenti, en remerciant tout particulièrement Nicholas Alipui, *Directeur*, Division des programmes; Dan Rohrmann, *Directeur adjoint*, Division des programmes; Maniza Zaman, *Directrice adjointe*, Division des programmes; Peter Salama, *Directeur associé*, Santé; Jimmy Kolker, *Directeur associé*, VIH et SIDA; Clarissa Brocklehurst, *Directrice associée*, Eau, assainissement et hygiène; Werner Schultink, *Directeur associé*, Nutrition; Touria Barakat; Linda Bartlett; Wivina Belmonte; Robert Cohen; Robert Gass; Asha George; Christine Jaulmes; Grace Kariwiga; Noreen Khan; Patience Kuruneri; Nuné Mangasaryan; Mariana Muzzi; Robin Nandy; Shirin Nayernouri; Kayode Oyegbite; David Parker; Luwei Pearson; Ian Pett; Bolor Purevdorj; Melanie Renshaw; Daniel Seymour; Fouzia Shafique; Judith Standley; David Stewart; Abdelmajid Tibouti; Mark Young; Alex Yuster

MAQUETTE ET PRODUCTION PRÉ-PUBLICATION

Prographics, Inc.

IMPRESSION

Colorcraft of Virginia, Inc.

DÉDICACE

Le rapport sur *La Situation des enfants dans le monde 2009* est dédié au Dr Allan Rosenfield, Doyen honoraire, Mailman School of Public Health, Columbia University, décédé le 12 octobre 2008. Le Dr Rosenfield, pionnier de la santé publique, a œuvré inlassablement pour faire reculer les décès maternels et permettre aux femmes et aux enfants affectés par le VIH et le SIDA des milieux défavorisés d'avoir accès aux soins et à un traitement. Il a mis son énergie et son intelligence au service de nombreuses institutions et programmes novateurs; sa passion, son dévouement, son courage et sa volonté inébranlable de placer la santé de la femme et les droits de l'homme au cœur du développement sont une source d'inspiration.

Avant-propos

Le Niger affiche le risque le plus élevé du monde de mortalité maternelle sur toute une vie, à 1 sur 7. Le risque comparable dans le monde développé est de 1 sur 8 000. Depuis 1990, l'année de référence pour les Objectifs du Millénaire pour le développement, 10 millions de femmes ont succombé à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, d'après les estimations, et quelque 4 millions de nouveau-nés sont morts chaque année dans les 28 premiers jours de leur vie. Les progrès accomplis dans le secteur de la santé maternelle et néonatale ne sont pas à la hauteur de ceux affichés en matière de survie de l'enfant, avec des taux de mortalité des moins de cinq ans qui ont reculé de 27 % entre 1990 et 2007.

Le rapport sur *La Situation des enfants dans le monde 2009* examine la question de la santé maternelle et néonatale et identifie les interventions et les actions qu'il faut faire passer à grande échelle pour sauver ces vies. La majorité des décès maternels et néonataux pourrait être évitée grâce à des interventions dont l'efficacité a été prouvée – notamment une bonne nutrition, une amélioration des pratiques d'hygiène, l'accès aux soins prénatals, la présence d'un agent de santé qualifié lors de l'accouchement, l'accès aux soins obstétricaux et pédiatriques d'urgence, ainsi que les visites post-natales aux mères et aux nouveau-nés – mises en œuvre dans le cadre d'un continuum de soins reliant les familles et les communautés aux systèmes de santé. Les études révèlent que près de 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des services essentiels de maternité et à des soins de santé de base.

Il est impératif d'accorder une priorité plus élevée à l'Afrique et à l'Asie pour accélérer les progrès en faveur de la santé maternelle et néonatale. Ces deux continents sont ceux où les problèmes de survie et de santé maternelles et néonatales sont les plus graves car ils regroupent environ 95 % des décès maternels et près de 90 % des décès néonataux.

Les deux tiers de tous les décès maternels surviennent dans 10 pays seulement, et l'Inde et le Nigéria regroupent à eux deux un tiers des décès maternels de la planète. En 2008, l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque

mondiale se sont accordés pour travailler main dans la main et accélérer les progrès en faveur de la santé maternelle et néonatale dans les 25 pays qui enregistrent les taux de mortalité les plus élevés.

Les grossesses prématurées et la maternité représentent des risques considérables pour la santé des jeunes filles. Plus une fille est jeune quand elle devient enceinte, plus le risque est élevé pour sa santé et celle de son bébé. Les décès maternels liés à la grossesse et à l'accouchement sont une cause importante de mortalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans partout dans le monde, représentant près de 70 000 décès chaque année.

Les mariages et les grossesses précoces, le VIH et le SIDA, la violence sexuelle et les autres sévices liés au sexe accroissent le risque d'abandon scolaire des adolescentes, ce qui crée un engrenage de discrimination sexiste, de pauvreté et de taux élevés de mortalité maternelle et néonatale.

L'éducation des filles et des jeunes femmes est l'un des meilleurs moyens de briser le piège de la pauvreté et de créer un milieu favorable à la santé maternelle et néonatale. En combinant les efforts visant à élargir l'accès aux services essentiels et à renforcer les systèmes de santé avec des mesures destinées à donner aux filles et aux femmes les moyens de se prendre en charge et à assurer leur protection, on pourra accélérer le rythme du progrès.

À mesure qu'on se rapproche de 2015, la date butoir des Objectifs du Millénaire pour le développement, le défi qui consiste à améliorer la santé maternelle et néonatale ne se limite plus à la réalisation de ces objectifs; le but est de prévenir une tragédie humaine. Et le succès se mesurera à l'aune du nombre de vies sauvées et de vies meilleures.



Ann M. Veneman
Directrice générale
Fonds des Nations Unies pour l'enfance



© UNICEF/H005-0653/Nicole Toutourji

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ii
Dédicace.....	ii
Avant-propos	
<i>Ann M. Veneman</i>	
<i>Directrice générale, UNICEF</i>	iii

1 La santé maternelle et néonatale : où en sommes-nous ?1

Encadrés

Comment mesurer les décès maternels ?	7
Créer un environnement favorable à la santé des mères et des nouveau-nés <i>S.M. la Reine Rania Al Abdullah de Jordanie, Éminent défenseur des enfants pour l'UNICEF</i>	11
Santé maternelle et néonatale au Nigéria : élaboration de stratégies pour accélérer les progrès	19
Élargir l'Objectif du Millénaire pour le développement no. 5 : accès universel à la médecine procréative d'ici à 2015	20
La priorité à la santé maternelle au Sri Lanka	21
La place centrale de l'Afrique et de l'Asie dans les problèmes mondiaux de survie des femmes et des enfants	22
La crise alimentaire mondiale et son impact potentiel sur la santé maternelle et néonatale	24

Figures

1.1 Objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé maternelle et néonatale	3
1.2 Répartition régionale des décès maternels.....	6
1.3 Tendances, niveaux et risques de mortalité maternelle sur la vie entière	8
1.4 Taux régionaux de mortalité néonatale.....	10
1.5 Causes directes de la mortalité maternelle, 1997-2002	14
1.6 Causes directes de la mortalité néonatale, 2000	15
1.7 Cadre conceptuel pour la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales.....	17
1.8 La crise alimentaire mondiale et son impact potentiel sur la santé maternelle et néonatale	24

2 Instaurer des conditions favorables à la santé maternelle et néonatale25

Encadrés

Encourager des comportements sains pour les mères, les nouveau-nés et les enfants : le guide <i>Savoir pour Sauver</i>	29
Soins de santé primaires : il y a 30 ans, Alma-Ata.....	31
Pallier la pénurie de personnel de santé : une tâche prioritaire pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né	35
Vers une plus grande équité en matière de santé maternelle et néonatale <i>Par Cesar G. Victora, Professeur d'épidémiologie, Universidade Federal de Pelotas, Brésil</i>	38
Adapter les services de maternité aux cultures du Pérou rural	42

Sud-Soudan : après la paix, une nouvelle bataille s'engage contre la mortalité maternelle	43
---	----

Figures

2.1 Le continuum des soins de santé	27
2.2 Bien qu'il s'améliore, le niveau d'instruction des jeunes femmes reste faible dans plusieurs régions en développement.....	30
2.3 Malgré des progrès considérables, les filles en âge de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas scolarisées restent un peu plus nombreuses que les garçons	33
2.4 Le mariage des enfants est une pratique très courante en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne	34
2.5 Quoiqu'en déclin, les pratiques de mutilation génitale féminine/excision sont encore très répandues dans plusieurs régions en développement	37
2.6 Mères ayant bénéficié de la présence d'un personnel sanitaire qualifié lors de l'accouchement, par quintile de richesse et région	38
2.7 Femmes du Mali ayant bénéficié d'au moins trois visites prénatales, avant et après la mise en œuvre de la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE).....	39
2.8 Dans les pays en développement, nombre de femmes n'ont pas leur mot à dire dans les décisions relatives à leurs propres besoins de santé	40

3 Le continuum de soins dans le temps et dans l'espace : risques et possibilités45

Encadrés

Éliminer le tétanos maternel et néonatal	49
Hypertension : un problème courant mais complexe	53
Les 28 premiers jours de la vie <i>par Zulfiqar A. Bhutta, professeur et président, Département de pédiatrie et de santé de l'enfant, Aga Khan University, Karachi, Pakistan</i>	57
Les soins obstétricaux en Afghanistan	60
L'initiative Maman Kangourou au Ghana	62
La co-infection VIH et paludisme pendant la grossesse	63
Les difficultés des adolescentes au Libéria <i>par l'Honorable Vabah Gayflor, Ministre de l'égalité des sexes et du développement au Libéria</i>	64

Figures

3.1 Protection contre le tétanos néonatal	48
3.2 Prophylaxie antirétrovirale administrée aux femmes séropositives pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant	50
3.3 La couverture des soins prénatals	51
3.4 Couverture des soins pendant l'accouchement	52
3.5 Soins obstétricaux d'urgence : accouchements par césarienne en milieu rural	54
3.6 Allaitement exclusif au sein dès la naissance	59

La santé maternelle et néonatale

4 Renforcer les systèmes de santé pour améliorer la santé maternelle et néonatale67

Encadrés

Utiliser la méthodologie du lien essentiel dans les systèmes de soins pour prévenir les décès maternels
par Rosa Maria Nuñez-Urquiza, Institut national de la santé publique, Mexique73

Nouvelles directions en matière de santé maternelle
par Mario Meriardi, Organisation mondiale de la Santé, et Jennifer Harris Requejo, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health75

Renforcer le système de santé en République démocratique populaire lao76

Sauver la vie des mères et des nouveau-nés – l'importance capitale des premiers jours qui suivent la naissance
par Joy Lawn, conseillère principale en recherche et en politique, Saving Newborn Lives/Save the Children-États-Unis, Afrique du Sud.....80

Burundi : l'engagement pris par le gouvernement en faveur des soins de santé maternelle et infantile.....83

Intégrer les soins de santé maternelle et néonatale en Inde85

Figures

- 4.1 Soins obstétricaux d'urgence : indicateurs de processus de l'ONU et niveaux recommandés.....70
- 4.2 Répartition des principales sources de données utilisées pour estimer les taux de mortalité maternelle en 200571
- 4.3 Les soignants qualifiés sont trop peu nombreux, notamment en Afrique et en Asie du Sud-Est74
- 4.4 Mise en œuvre de politiques clés en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile dans les 68 pays prioritaires pour le Compte à rebours 201578
- 4.5 L'Asie affiche les niveaux les plus bas de dépenses publiques consacrées aux soins de santé en pourcentage de toutes les dépenses publiques79
- 4.6 Stratégies de soins post-natals : viabilité et problèmes de mise en œuvre81
- 4.7 Dans les pays à faible revenu, les dépenses de santé à la charge des patients sont plus élevées, en pourcentage des dépenses privées de santé82
- 4.8 Les pays à faible revenu n'ont que 10 lits d'hôpitaux pour 10 000 personnes84

5 Travailler ensemble pour la santé de la mère et du nouveau-né91

Encadrés

Travailler ensemble pour la santé de la mère et du nouveau-né
par Sarah Brown, épouse de Gordon Brown, Premier ministre du Royaume-Uni, qui apporte son patronage à la White Ribbon Alliance for Safe Motherhood94

Principaux partenariats mondiaux en faveur de la santé maternelle et néonatale96

Partenariat pour les mères et les nouveau-nés en République centrafricaine99

Les institutions des Nations Unies renforcent leur collaboration pour soutenir la santé maternelle et néonatale..102

Renforcement des systèmes d'information sur la santé : le Réseau de métrologie sanitaire 105

Figures

- 5.1 Principales initiatives mondiales de santé visant à renforcer les systèmes de santé et à élargir les interventions essentielles97
- 5.2 L'aide publique au développement pour la santé maternelle et néonatale a connu une expansion rapide depuis 200498
- 5.3 Augmentation notable des fonds affectés à la nutrition, à la PTME et à la santé infantile 100
- 5.4 Le financement de la santé maternelle, néonatale et infantile par les initiatives de santé mondiales a fortement augmenté au cours des dernières années 101
- 5.5 Organismes de coordination et organismes partenaires pour chaque élément du continuum de soins maternels et néonataux et des fonctions associées 103

Références 106

Tableaux statistiques 113

- Classement des pays et territoires selon leur taux de mortalité des moins de 5 ans 117
- Tableau 1. Indicateurs de base 118
- Tableau 2. Nutrition 122
- Tableau 3. Santé 126
- Tableau 4. VIH/SIDA..... 130
- Tableau 5. Éducation 134
- Tableau 6. Indicateurs démographiques 138
- Tableau 7. Indicateurs économiques 142
- Tableau 8. Femmes 146
- Tableau 9. Protection de l'enfant 150
- Tableau 10. Le taux du progrès 154

Acronymes 158

1 La santé maternelle et néonatale : où en sommes-nous ?



Chaque année, plus d'un demi-million de femmes meurent de causes liées à la grossesse et à l'accouchement et près de quatre millions de nouveau-nés meurent dans les 28 jours qui suivent leur naissance. Des millions d'autres femmes souffriront de divers handicaps, maladies, infections et traumatismes. Des solutions existent pourtant, des solutions peu coûteuses qui permettraient d'améliorer rapidement la situation, mais il faudra beaucoup de volonté et un sentiment d'urgence pour les mettre en œuvre et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé maternelle et infantile. Le premier chapitre de La Situation des enfants dans le monde 2009 examine les tendances et les niveaux de santé maternelle et néonatale dans chacune des grandes régions, en se servant des taux de mortalité comme indicateurs de référence. Il explore brièvement les principales causes, proximales ou sous-jacentes de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales et définit le cadre grâce auquel on accélèrera les progrès.

La grossesse et l'accouchement sont en général source de joie pour les parents et la famille. Dans un environnement où les femmes sont respectées, la grossesse, la naissance et la maternité peuvent être l'occasion d'affirmer vigoureusement les droits et la condition sociale de la femme, sans pour autant compromettre sa santé.

Un environnement favorable à une maternité et un accouchement sans danger dépend des soins et de l'attention accordés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés au sein de leur communauté et de leur famille, ainsi que de la sagacité d'un personnel de santé dûment formé, de la proximité d'établissements sanitaires adéquats, et de la possibilité d'obtenir à temps le matériel, les médicaments et les soins d'urgence dont ils pourraient avoir besoin. Beaucoup de femmes dans le monde en développement – et presque toutes dans les pays les moins avancés – accouchent à domicile, sans l'assistance d'un personnel qualifié, et pourtant leurs bébés sont en général en bonne santé et survivent à leurs premières semaines, puis jusqu'à leur cinquième anniversaire et au-delà. En dépit de la multitude

de risques associés à la grossesse et à l'accouchement, la majorité des femmes survivent, elles aussi. Mais les risques sanitaires sont bien plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés et leur prévalence est particulièrement élevée dans les pays les moins avancés et dans ceux à très bas revenu, ainsi que dans les familles et communautés les moins riches et les plus marginalisées de la planète. À l'échelon mondial, les efforts entrepris pour réduire le nombre de décès entraînés par des complications de la grossesse ou de l'accouchement ont été moins fructueux que pour d'autres aspects du développement humain. Cela explique pourquoi avoir un enfant représente toujours un risque sanitaire majeur pour les femmes. Environ 1 500 d'entre elles meurent chaque jour de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, dont une majorité en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

Le fossé qui sépare les pays industrialisés des régions en développement – et des pays les moins avancés en particulier – est sans doute plus profond pour la mortalité maternelle que pour n'importe quel autre secteur. Les chiffres le confirment : si l'on prend les

données de 2005, on constate que pour une femme des pays les moins avancés, le risque moyen, sur la vie entière, de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour une femme vivant dans un pays industrialisé. Aucun autre taux de mortalité ne va aussi loin dans l'inégalité.

Des millions de femmes qui survivent à l'accouchement souffriront des séquelles de la grossesse, traumatismes divers, maladies ou handicaps, souvent pour leur vie entière. Or, on pourrait éviter la plupart de ces décès ou de ces séquelles. Les recherches ont montré qu'environ 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des services de santé primaires ou obstétricaux essentiels¹.

Les décès de nouveau-nés dans les pays en développement sont loin de recevoir toute l'attention qu'ils méritent. Près de 40 % des décès d'enfants de moins de 5 ans – soit 3,7 millions en 2004, selon les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la Santé – surviennent au cours des 28 premiers jours de vie. Les trois quarts des décès de nou-

Le risque de décès maternel est tellement plus élevé dans les pays en développement, et les pays les moins avancés en particulier, que dans le monde industrialisé, que l'on dit souvent qu'il s'agit là du « fossé le plus profond au monde en matière de santé ».

veau-nés ont lieu en début de période néonatale, soit au cours des sept premiers jours qui suivent l'accouchement. La plupart de ces décès sont eux aussi évitables².

Le fossé entre pays industrialisés et régions en développement reste également très large en ce qui concerne les décès néonataux. Selon les données 2004, un enfant né dans un des pays les moins avancés risque 14 fois plus de mourir pendant les 28 premiers jours de vie qu'un bébé né dans un pays industrialisé.

La santé des mères est inextricablement liée à celle des nouveau-nés et, très souvent, les mêmes interventions sont requises pour prévenir leur décès. Il s'agit, entre autres, de mesures essentielles comme les soins prénatals, la présence de personnel qualifié à la naissance, l'accès à des soins obstétricaux d'urgence si nécessaire, une alimentation adéquate, les soins post-partum, les soins aux nouveau-nés et l'éducation pour améliorer la santé, l'alimentation et les soins des nourrissons et une bonne hygiène. Or, pour être réellement efficaces et durables, de telles interventions doivent se faire dans un cadre de développement qui s'efforce de les renforcer et de les intégrer dans des systèmes de santé et un environnement propices à la réalisation des droits de la femme.

Une approche visant à améliorer la santé maternelle et néonatale qui soit fondée sur les droits de l'homme se focalise sur la prestation de soins de santé et la lutte contre la discrimination sexuelle ou les inégalités au sein de la société par le biais, notamment, de changements culturels, sociaux et comportementaux et en ciblant en

particulier les pays et les communautés les plus à risque.

La Situation des enfants dans le monde 2009 étudie la santé maternelle et néonatale dans le monde entier et en particulier dans les pays en développement, complétant ainsi le rapport de l'an dernier sur la survie de l'enfant. Même si cette publication se concentre tout particulièrement sur la santé et la nutrition, elle se sert des taux de mortalité comme indicateurs de référence. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud, qui sont les régions ayant les chiffres et les taux les plus élevés de mortalité

maternelle et néonatale, seront étudiées avec une attention particulière. Les grands thèmes qu'on retrouvera tout au long du rapport sont la nécessité impérieuse de créer un environnement favorable à la santé maternelle et néonatale et fondé sur le respect des droits de la femme, et le besoin de créer un continuum de soins maternels, néonataux et infantiles qui intègre les programmes de médecine procréative, de maternité sans risque ou de soins du nouveau-né, ainsi que ceux pour la survie, la croissance et le développement de l'enfant. Le rapport examine les derniers paradigmes, politiques et

Figure 1.1

Objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé maternelle et néonatale

Objectif du Millénaire pour le développement 4 : réduire la mortalité infantile	
Cibles	Indicateurs
4.A : Réduire de deux tiers, de 1990 à 2005, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2 Taux de mortalité infantile 4.3 Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif du Millénaire pour le développement 5 : Améliorer la santé maternelle*	
Cibles	Indicateurs
5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
5.B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015	5.3 Taux de contraception 5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes 5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites) 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

* Une nouvelle cible (5.B) et quatre nouveaux indicateurs destinés à surveiller l'Objectif du Millénaire pour le développement 5 ont été ajoutés au cadre révisé des Objectifs du Millénaire pour le développement dont est convenue l'Assemblée générale des Nations Unies lors du Sommet mondial de 2005, la nouvelle liste officielle d'indicateurs entrant en application le 15 janvier 2008.

Source : Nations Unies, Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement : site officiel des Nations Unies pour les indicateurs des OMD, <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>>, consulté le 1er août 2008.

programmes en date et décrit les principales initiatives et partenariats qui s'efforcent de faire avancer les choses. Dans une série d'encadrés, auxquels plusieurs collaborateurs extérieurs ont contribué, on aborde certaines questions cruciales dans le domaine de la santé et de la nutrition maternelles et néonatales aujourd'hui.

La situation actuelle de la santé maternelle et néonatale

Depuis 1990, le nombre annuel de décès maternels à l'échelon mondial se situe au-delà de 500 000. Alors que le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans a fléchi dans le monde – passant d'environ 13 millions en 1990 à 9,2 millions en 2007 – la mortalité maternelle reste un problème obstinément insoluble. Les progrès accomplis dans le monde vers la première cible de l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 5, qui vise à réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle, restent limités; et ils sont pratiquement non existants en Afrique subsaharienne³.

Les taux de mortalité maternelle reflètent la qualité des systèmes de santé qui, dans de nombreux pays en développement et à bas revenu, ne disposent que de faibles capacités administratives, techniques et logistiques, d'investissements financiers insuffisants et manquent de personnel de santé qualifié. On pourrait, en faisant passer à grande échelle des interventions clés – par exemple, le dépistage prénatal du VIH, les naissances en présence de personnel qualifié, l'accès à des soins obstétricaux d'urgence en cas de nécessité et à des

soins postnatals pour la mère comme pour le nouveau-né – nettement réduire le nombre de décès maternels et néonatales. Si l'on facilitait l'accès des femmes au planning familial, à une nutrition adéquate et à des soins de santé primaires abordables, on réduirait encore plus les taux de mortalité. Ces mesures, que les femmes en âge de procréer sont en droit d'attendre, ne sont ni impossibles ni impraticables; ce sont au contraire des méthodes peu coûteuses et qui ont fait la preuve de leur efficacité.

Mais la santé maternelle ne se cantonne pas à la survie des femmes enceintes et des mères. Pour chaque femme qui meurt de causes liées à la grossesse et à l'accouchement, une vingtaine d'autres tombent malades suite à la grossesse ou l'accouchement ou souffriront de séquelles graves. Les chiffres sont frappants : chaque année, quelque 10 millions de femmes qui survivent à leur grossesse endurent des problèmes de ce genre⁴.

Cette santé maternelle-là – caractérisée par un risque de décès ou d'invalidité entraîné par des complications lors de la grossesse et de l'accouchement –, ne s'est que peu amélioré au cours des dernières décennies, et cela tient à de multiples raisons. À la base, il y a sans doute la position défavorable des femmes dans de nombreux pays et cultures, et le peu d'attention que l'on prête aux droits de la femme et à la responsabilité de ceux qui devraient les faire respecter.

La Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, qui a été ratifiée par 185 pays à ce jour, fait obligation à ses signataires d'« élimi-

ner la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille » (article 12.1). Elle stipule également qu'ils « fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement » (article 12.2). En outre, la Convention relative aux droits de l'enfant engage aussi les États parties à « assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés » et à « développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale » (article 24). À en croire les données disponibles, beaucoup de pays ne tiennent pas ces engagements.

Il est indispensable d'améliorer la santé des femmes pour réaliser les droits des femmes et des filles au titre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et de la Convention relative aux droits de l'enfant, et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement. Outre l'OMD 5, une amélioration des services de santé maternelle et procréative contribuera directement à la réalisation de l'OMD 4, qui cherche à réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 1990 à 2015.

Une amélioration de l'alimentation maternelle aura aussi des résultats positifs pour l'Objectif du Millénaire

Le risque de mortalité maternelle sur la vie entière pour une femme d'un des pays les moins avancés est 300 fois plus élevé que pour une femme qui vit dans un pays industrialisé.



© UNICEF/H006-2005/Pablo Bartholomew

Un bon système d'orientation des patients, un personnel soignant qualifié et des installations bien équipées sont des éléments indispensables pour réduire le nombre de décès maternels et néonataux liés aux complications de l'accouchement. Des agents de santé soignent des bébés dans une unité de pédiatrie néonatale bénéficiant d'un soutien de l'UNICEF en Inde.

pour le développement 1, qui cherche à réduire la pauvreté extrême et la faim d'ici à 2015. La dénutrition est un processus qui commence souvent *in utero* et peut durer toute une vie, surtout pour les femmes et les filles. Une fillette qui a un retard de croissance a de fortes chances de garder ce retard à l'adolescence, voire à l'âge adulte. En plus des menaces qu'elle représente pour sa santé et sa productivité, une mauvaise nutrition contribue à un retard de croissance et à un poids insuffisant et augmente les risques de grossesse et d'accouchement difficiles. Les mères dénutries risquent beaucoup plus de donner naissance à des bébés ayant un poids insuffisant, une condition qui aggrave fortement le risque de décès chez ce derniers⁵.

En abaissant le risque de mortalité et de morbidité de la mère, on améliore directement les chances de survie de l'enfant. Plusieurs études ont montré que dans les pays en développement, les bébés dont la mère meurt pendant

les six premières semaines de vie risquent beaucoup plus de décéder avant leur deuxième anniversaire que ceux dont la mère a survécu. Selon des recherches menées en Afghanistan, 74 % des nourrissons nés vivants de mères qui sont décédées de complications suite à l'accouchement n'ont pas survécu⁶. En outre, les complications maternelles pendant le travail aggravent le risque de décès néonatal. C'est sur cette question des décès néonataux que se concentrent désormais les efforts pour améliorer la survie de l'enfant, alors que les taux globaux de mortalité des moins de 5 ans diminuent dans les pays en développement.

Tendances en matière de santé maternelle et néonatale

Santé maternelle

D'après les plus récentes estimations interinstitutions de l'ONU, en 2005, 536 000 femmes sont décédées de

complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Ce chiffre est sans doute très imprécis, cependant, car la mortalité maternelle est difficile à mesurer et parce que, dans beaucoup de pays en développement, les données requises ne sont pas systématiquement consignées. Le processus est complexe, non seulement pour estimer la mortalité maternelle, mais aussi pour déterminer et recenser les causes de décès. Pour qu'un décès puisse être attribué de façon concluante à la grossesse ou à l'accouchement, il faut noter avec précision sa cause, l'état d'avancement de la grossesse et le moment de la mort par rapport au terme de la grossesse. Cette précision dans les détails est parfois absente des systèmes de rapports statistiques des pays industrialisés, et elle l'est souvent dans beaucoup de pays en développement, surtout les plus pauvres⁷.

Depuis 20 ans, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), rejoints plus tard par la Banque mondiale, tentent d'améliorer la collecte des données sur la mortalité maternelle. Cette collaboration interinstitutions permet de mettre les ressources en commun et de réviser les méthodologies pour arriver à des estimations mondiales de la mortalité maternelle plus précises et plus complètes. Les chiffres de 2005 sont les plus précis à ce jour et les premiers à donner une estimation des tendances de la mortalité maternelle qui résulte d'un processus interinstitutions. (On trouvera de plus amples détails sur l'estimation des taux et niveaux de mortalité maternelle dans l'Encadré en page 7.)

L'Afrique et l'Asie regroupent 95 % des décès maternels, tandis que l'Afrique subsaharienne, à 50 % du total mondial, et l'Asie du Sud, à 35 %, affichent les taux les plus élevés.

Ces dernières années, de nouvelles méthodologies ont été mises au point par la communauté scientifique pour calculer le statut sanitaire maternel et néonatal, les besoins en matière de services et la mortalité. Ces initiatives se poursuivent et viennent enrichir un processus qui permettra d'arriver à des estimations plus précises des causes de la mortalité et de la morbidité. Cet affinage des données et de l'analyse du statut sanitaire et des services de santé permettra à son tour d'améliorer les stratégies, cadres et programmes visant à améliorer la santé maternelle et néonatale – notamment ceux qui tiennent compte des questions d'égalité des sexes.

L'une des estimations concernant la mortalité maternelle paraît indiscutable : la grande majorité des décès maternels (plus de 99 % d'après les estimations interinstitutions de l'ONU de 2005) surviennent dans les pays en développement. La moitié d'entre eux ont eu lieu en Afrique subsaharienne (265 000) et un tiers en Asie du Sud (187 000). À elles deux, ces régions comptabilisaient 85 % des décès liés à la grossesse en 2005. L'Inde comptait à elle seule pour 22 % du total.

Les estimations dont nous disposons pour les tendances en matière de mortalité maternelle indiquent que trop peu de progrès ont été accomplis en vue de la réalisation de la cible A de l'OMD 5 (réduction de 75 % du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015). Étant donné que le taux de mortalité maternelle au plan mondial était de 430 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 et de 400 en 2005, il faudra une réduction de plus de 70 % de 2005 à 2015 pour atteindre cette cible.

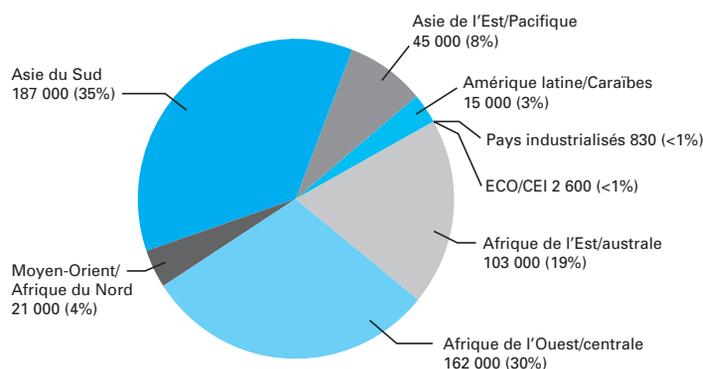
Les tendances mondiales peuvent masquer d'importantes variations entre régions, car beaucoup d'entre elles ont connu des avancées significatives en termes de réduction de la mortalité maternelle en même temps qu'elles ont amélioré l'accès aux services obstétricaux essentiels, posant ainsi les jalons de progrès futurs. Dans les pays industrialisés, le rapport de mortalité maternelle est resté relativement constant de 1990 à 2005, avec un taux faible, 8 décès pour 100 000 naissances vivantes. Un accès quasi universel à des soins compétents au moment de l'accouchement et à des soins obstétricaux d'urgence en cas de nécessité a contribué à la réduction des niveaux de mortalité maternelle. Dans aucun des pays industrialisés qui disposent de données, la présence d'agents de santé qualifiés lors de l'accouchement ne descend en dessous de 98 % et dans la plupart, la couverture est universelle.

Dans toutes les régions en développement en dehors de l'Afrique subsaha-

rienne, les chiffres absolus de décès maternels autant que les taux de mortalité maternelle ont diminué entre 1990 et 2005. En Afrique subsaharienne les rapports de mortalité maternelle sont restés largement inchangés au cours de la même période. Mais comme le taux de fécondité y est élevé, le nombre de décès maternels a augmenté pendant ces quinze années. Cette absence de progrès est particulièrement inquiétante, car la région a de loin les taux et les risques de mortalité maternelle les plus élevés sur la vie entière, ainsi que le plus grand nombre de décès maternels. En Afrique centrale et de l'Ouest, le taux de mortalité maternelle régional est confondant : 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes, alors que la moyenne pour l'ensemble des pays et territoires en développement est de 450 pour 100 000 naissances vivantes. C'est dans cette région que l'on trouve le pays ayant le taux de mortalité maternelle le plus élevé du monde : la Sierra

Figure 1.2
Répartition régionale des décès maternels

Décès maternels, 2005



* Le total peut ne pas être de 100% car les chiffres ont été arrondis.

Source : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005 : Estimations de l'OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève 2007, p. 40

Comment mesurer les décès maternels ?

On définit la mort maternelle comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, quelle qu'en soit la durée ou le lieu, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés. Les raisons de décès peuvent être directes (causes liées à des complications obstétricales pendant la grossesse, le travail ou la période post-partum) ou indirectes. On relève cinq causes directes : hémorragie (en général post-partum), infections, éclampsie, travail dystocique et complications suite à un avortement. Les décès par cause obstétricale indirecte sont ceux qui résultent d'une condition préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans être due à des causes obstétricales directes, même si elle peut être aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. Citons par exemple le VIH et le SIDA, le paludisme, l'anémie et les maladies cardiovasculaires. Ce n'est pas parce qu'une femme subit des complications qu'elle va forcément mourir ; un traitement erroné ou inapproprié, voire l'absence d'interventions adéquates en temps voulu sont à l'origine de la plupart des décès maternels.

Il n'est pas facile de procéder à une classification exacte des causes de mortalité maternelle, qu'elles soient directes ou indirectes, accidentelles ou fortuites. Pour classer avec certitude un décès dans la catégorie des décès maternels, on doit disposer d'informations sur sa cause ainsi que sur l'état d'avancement de la grossesse et le moment de la mort par rapport au terme de la grossesse. Ces informations sont parfois absentes, mal classées ou sous-estimées dans les pays en développement, accablés par des taux élevés de mortalité maternelle et même dans les pays industrialisés ayant des systèmes d'enregistrement des données de l'état civil pleinement fonctionnels. Il y a plusieurs explications à cela : tout d'abord, beaucoup d'accouchements se font à domicile, surtout dans les pays les moins avancés et dans les zones rurales, ce qui complique les tentatives d'établir les causes de décès. Ensuite, les systèmes d'enregistrement des données de l'état civil sont parfois incomplets, et même quand ils sont réputés complets, il arrive que les informations sur la cause du décès se révèlent inadéquates. Enfin, les progrès de la médecine moderne permettent parfois de retarder le décès d'une femme au-delà des 42 jours de la période post-partum. C'est pour toutes ces raisons qu'on a parfois recours à des définitions alternatives de la mortalité maternelle. L'une d'elles prend en compte toute cause de décès pendant la grossesse ou la période post-partum. Une autre inclut les décès pour cause directe ou indirecte après la période post-partum et jusqu'à un an après la grossesse.

La principale mesure du risque de mortalité est le *taux de mortalité maternelle*, que l'on définit comme le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pendant une période déterminée, en général douze mois. Il existe une autre mesure importante, à savoir le *risque de décès maternel sur la vie entière*, qui reflète la probabilité qu'une femme devienne enceinte et la probabilité qu'elle décède d'une cause liée à la grossesse et à l'accouchement pendant toutes les années où elle est en âge de procréer. En d'autres termes, le risque de mort maternelle est lié à deux facteurs principaux : le risque de mortalité associé à une seule grossesse ou naissance vivante et le nombre de grossesses qu'une femme peut avoir au cours des années où elle est en âge de procréer.

Œuvrer ensemble pour améliorer les estimations sur la mortalité maternelle

Plusieurs institutions collaborent pour mettre au point des mesures plus précises des taux et niveaux de mortalité maternelle à l'échelon

mondial et évaluer les progrès accomplis en vue de la réalisation de la cible A de l'Objectif du Millénaire pour le développement 5, qui cherche à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Le Groupe de travail sur la mortalité maternelle, qui au départ comprenait l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population, a mis au point des estimations mondiales de mortalité maternelle qui sont comparables, au plan international, pour les années 1990, 1995 et 2000.

En 2006, la Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies et plusieurs experts techniques extérieurs se sont joints au groupe, qui a ensuite élaboré un nouvel ensemble d'estimations de la mortalité maternelle comparables au plan mondial pour l'année 2005 en s'appuyant sur les méthodologies antérieures mais en partant de nouvelles données. Il a ainsi pu obtenir des estimations pour des pays n'ayant pas de données nationales et ajuster les données nationales disponibles pour compenser les sous-déclarations et les classifications erronées. Le Groupe de travail sur la mortalité maternelle a passé 171 pays en revue pour ses estimations de 2005, dont 61 qui ne disposaient pas de données nationales adéquates, ce qui représente un quart des naissances dans le monde. Il a fallu recourir à une modélisation pour ces pays afin d'estimer leur taux de mortalité maternelle.

Pour les estimations 2005, les données proviennent de huit sources différentes : registres d'état civil complets, avec indication correcte de la cause de décès, registres d'état civil complets, mais avec indication incertaine ou incorrecte de la cause de décès, estimation par la méthode directe des sœurs, études sur la mortalité des femmes en âge de procréer, surveillance des maladies ou enregistrement des données d'état civil sur des échantillons de population, recensements, études spéciales, et absence de données nationales. Les estimations pour chacune de ces catégories ont été calculées en recourant à une formule différente et en tenant compte de facteurs comme la nécessité de corriger les préjugés connus ou de déterminer des marges d'incertitude réalistes.

Les mesures de la mortalité maternelle sont préparées avec une marge d'incertitude, et il faut donc souligner que même si ces estimations sont les meilleures dont nous disposons, le taux réel peut être inférieur ou supérieur à la moyenne. Même si c'est vrai de n'importe quelle étude statistique, le haut degré d'incertitude des taux de mortalité maternelle oblige à interpréter ces données avec précaution.

En dépit des difficultés rencontrées dans la collecte et la mesure des données, les estimations interinstitutions de 2005 pour la mortalité maternelle ont été faites avec suffisamment de rigueur pour produire une analyse des tendances et évaluer les progrès réalisés vers l'OMD 5 depuis la date de référence de 1990 jusqu'en 2005. Le peu d'amélioration constaté dans beaucoup de pays en termes de réduction de la mortalité maternelle a focalisé l'attention sur la nécessité d'atteindre cet OMD.

Les estimations de la mortalité maternelle sont loin d'être parfaites, et il y a encore beaucoup de travail à accomplir pour affiner les procédures de collecte et d'estimation des données. Mais elles reflètent la ferme volonté de la communauté internationale de continuer à rechercher plus d'exactitude et de précision. La poursuite de ces efforts guidera et appuiera les initiatives visant à améliorer la santé maternelle et à veiller à ce que les femmes comptent.

Voir Références page 107.

Alors que le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans fléchit régulièrement dans le monde – passant d'environ 13 millions en 1990 à 9,2 millions en 2007 – le bilan de la mortalité maternelle reste très lourd, au-dessus de 500 000 décès.

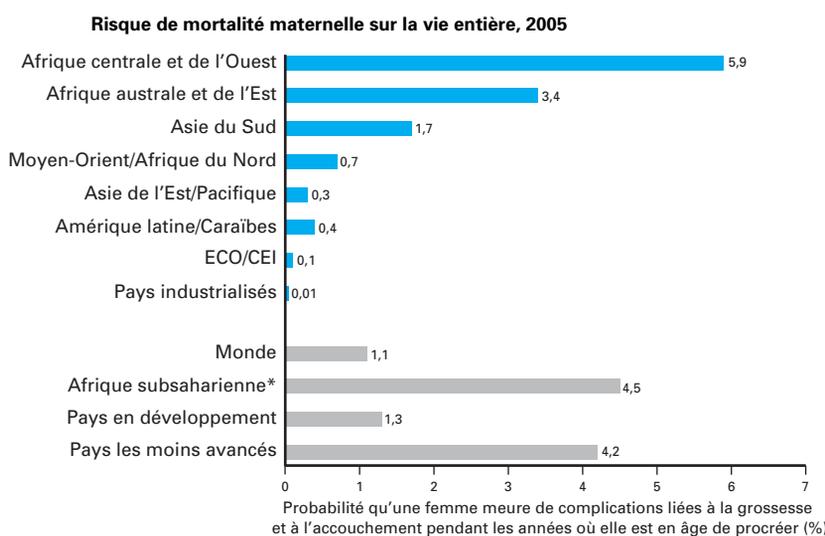
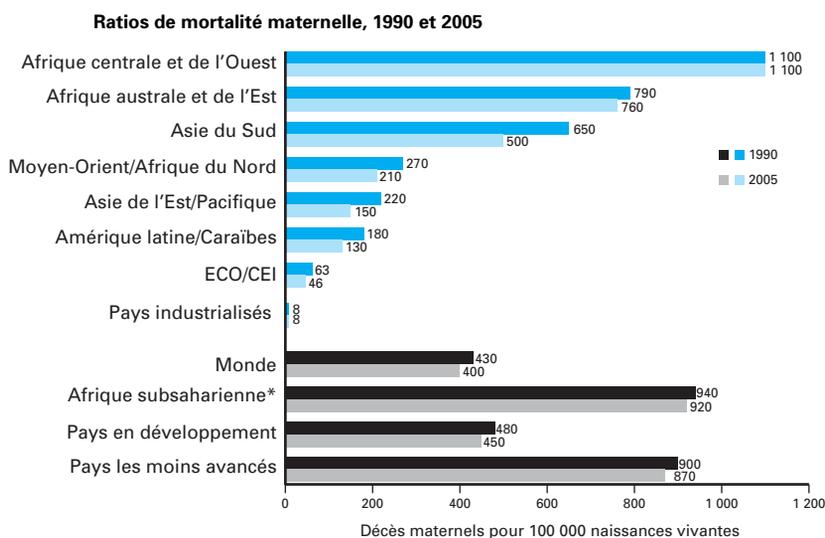
Leone, avec 2 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

La région d'Afrique centrale et de l'Ouest a également le taux total de

fécondité le plus élevé, avec 5,5 enfants en 2007. (Le taux total de fécondité correspond au nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de

ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge). Des taux de fécondité élevés accroissent le risque qu'une femme succombe à des causes liées à la grossesse et à l'accouchement. Même si toutes les grossesses comportent un risque de décès, celui-ci augmente à chaque nouvel accouchement. Des taux élevés de fécondité ajoutés à un accès limité aux services de santé primaires ou obstétricaux peuvent avoir des conséquences sur la survie des femmes tout au long de leur vie. Dans l'ensemble du monde en développement, le risque de décès maternel sur la vie entière est de 1 sur 76, alors que dans les pays industrialisés, il n'est que de 1 sur 8 000. À titre de comparaison, ce risque varie de 1 sur 47 600 pour une mère irlandaise à 1 sur 7 au Niger, pays ayant le risque de décès maternel le plus élevé sur la vie entière⁸.

Figure 1.3
Tendances, niveaux et risques de mortalité maternelle sur la vie entière



* L'Afrique subsaharienne comprend les régions d'Afrique australe et de l'Est et d'Afrique centrale et de l'Ouest.

Source : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005 : Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève 2007, p. 40

Mortalité néonatale

La mortalité néonatale est définie comme la probabilité qu'un nouveau-né meure entre sa naissance et 28 jours révolus. Les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, qui datent de 2004, indiquent que cette année-là, environ 3,7 millions d'enfants sont décédés pendant les 28 premiers jours de leur vie. Cependant, le risque de mortalité connaît d'énormes variations au cours de la période néonatale. C'est le premier jour après la naissance qui est le plus risqué, avec 25 à 45 % des morts néonatales. Environ trois quarts des décès de nouveau-nés (2,8 millions en 2004) surviennent pendant les sept premiers jours de vie – le début de la période néonatale. Tout comme les décès maternels,



© UNICEF Mozambique/Emidio Machiana

En distribuant davantage de moustiquaires traitées à l'insecticide pour lutter contre le paludisme et en faisant passer rapidement à grande échelle les programmes de prévention et de traitement du VIH, on contribue à sauver la vie des mères et des nouveau-nés. Une mère séropositive et son nouveau-né sous une moustiquaire traitée à l'insecticide sont aidés par une infirmière dans un centre de santé au Mozambique.

presque tous les décès néonataux surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire (98 % en 2004). Le nombre total de décès périnataux, qui regroupent les enfants mort-nés et les enfants qui meurent en début de la période néonatale, puisque les causes obstétricales sont les mêmes, se montait à 5,9 millions en 2004. Sur ce total, le nombre d'enfants mort-nés s'élevait à environ 3 millions cette année-là⁹.

Jusqu'à la fin des années 1990, les chiffres de mortalité néonatale provenaient de données historiques brutes. Mais avec les enquêtes sur les ménages, dont les données sont plus fiables, on s'est aperçu que les estimations antérieures tenaient trop peu compte de l'incidence de la mortinatalité. Le taux mondial de mortalité néonatale a diminué d'un quart de 1980 à 2000, mais le taux de régression a été beaucoup plus lent que celui du taux de mortalité des moins de 5 ans qui a chuté d'un tiers. Les décès néonataux représentent donc une proportion beaucoup plus élevée des décès d'enfants de moins de 5 ans

aujourd'hui qu'au cours des années précédentes. Ainsi, les décès au cours des sept premiers jours de vie sont passés de 23 % des décès des moins de 5 ans en 1980 à 28 % en 2000¹⁰.

La proportion croissante de décès néonataux reflète en partie deux facteurs essentiels : la difficulté de procurer en temps voulu, à beaucoup de bébés nés à la maison, des soins néonataux efficaces, et les succès remportés par de nombreux pays dans la mise en place d'interventions comme la vaccination qui ont nettement réduit les décès post-nataux dans l'ensemble du monde en développement. Par effet d'entraînement, on en est arrivé à négliger des interventions simples et peu coûteuses en matière de survie néonatale. C'est pourquoi la réduction de la mortalité néonatale est devenu l'un des piliers des nouveaux paradigmes et stratégies visant à réduire la mortalité infantile et à atteindre l'Objectif du Millénaire pour le développement no. 4.

Les schémas régionaux de mortalité néonatale sont à mettre en étroite

corrélation avec ceux de la mortalité maternelle. On ne s'étonnera pas de trouver les taux les plus bas dans les pays industrialisés, où le taux de mortalité néonatale était d'à peine 3 pour 1 000 naissances vivantes en 2004. On trouve les taux les plus élevés cette année-là en Asie du Sud (41 pour 1 000 naissances vivantes) et en Afrique de l'Ouest et centrale (45 pour 1 000 naissances vivantes). Le nombre de naissances y étant plus élevé, l'Asie du Sud a le plus grand nombre de décès néonataux de toutes les régions du monde¹¹.

Principales causes de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales

Mortalité maternelle

Causes directes

Les causes de mortalité maternelle ou infantile sont bien connues, de même que les moments où les décès maternels surviennent, principalement pendant le troisième trimestre de la grossesse et la première semaine qui suit la

D'après les dernières estimations interinstitutionnelles, quelque 536 000 femmes sont mortes en 2005 de causes liées à la grossesse et à l'accouchement.

naissance (à l'exception des décès causés par des complications suite à un avortement). Des études ont démontré que les risques de mortalité pour les mères sont particulièrement élevés pendant les deux jours qui suivent la naissance. La plupart des décès maternels sont liés à des complications obstétricales – hémorragies post-partum, infections, éclampsie ou travail prolongé ou dystocique, entre autres – ou aux complications d'un avortement. La plupart des causes directes de mortalité maternelle sont faciles à traiter si un personnel qualifié est présent, s'il a les médicaments et le matériel nécessaires sous la main et s'il existe des centres de santé suffisamment proches pour y envoyer la parturiente¹². (Pour plus de détails sur les complications pendant l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence, voir le Chapitre 3).

Causes indirectes

Beaucoup de facteurs qui contribuent au risque de mortalité chez la mère ne sont pas propres à la grossesse, même s'ils peuvent être exacerbés par celle-ci et/ou par l'accouchement. Il est difficile de les attribuer à la grossesse-même, étant donné les capacités diagnostiques réduites de beaucoup de systèmes d'information sanitaire nationaux. Et pourtant, une évaluation des causes indirectes des décès maternels permet de déterminer quelles sont les stratégies les plus appropriées dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Une collaboration entre des programmes consacrés à une maladie spécifique telle que le paludisme ou le SIDA et ceux visant à améliorer la santé maternelle peut se révéler très efficace dans le traitement des causes indirectes, notamment celles qu'il est facile

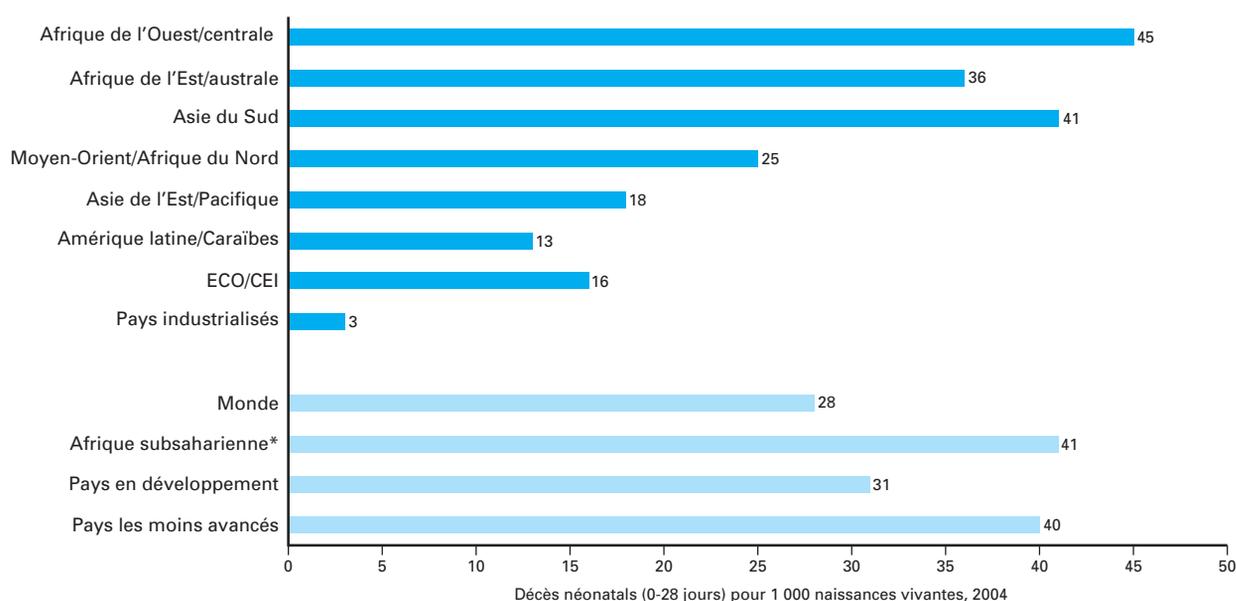
de prévenir ou de soigner, comme l'anémie¹³.

Environ la moitié des femmes enceintes souffrent d'anémie maternelle. Les adolescentes y sont plus facilement sujettes que les femmes plus âgées, or elles sont souvent moins bien suivies. Des maladies infectieuses comme le paludisme, dont souffrent environ 50 millions de femmes enceintes chaque année dans les pays où cette maladie est endémique, et les parasites intestinaux peuvent exacerber l'anémie, de même qu'une mauvaise alimentation, tous facteurs qui accroissent le risque de décès maternel : une anémie prononcée contribue aux risques de décès en cas d'hémorragie¹⁴.

L'anémie est facile à soigner en prenant des suppléments de fer que l'on

Figure 1.4

Taux régionaux de mortalité néonatale



*L'Afrique subsaharienne comprend les régions d'Afrique de l'Est et australe, et d'Afrique de l'Ouest et centrale.

Source : Organisation mondiale de la Santé, sur la base de systèmes d'enregistrement des naissances et des décès et d'enquêtes sur les ménages.

Créer un environnement favorable à la santé des mères et des nouveau-nés

S.M. la Reine Rania Al Abdullah de Jordanie, Éminent défenseur des enfants pour l'UNICEF*

En 1631, une très belle impératrice, Mumtaz Mahal, mourut en donnant naissance à son quatorzième enfant. Effondré, son mari fit bâtir un mausolée en son honneur : le Taj Mahal, qui reste aujourd'hui l'un des monuments les plus célèbres du monde. Et pourtant, même si ses dômes et ses flèches sont connus, très peu de gens sont conscients de la tragédie qui a inspiré leur construction.

Près de 400 ans après la mort en couches de Mumtaz Mahal, chaque jour, chaque minute, une femme meurt de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. Cela représente plus de 500 000 femmes par an, 10 millions par génération. Comment est-il possible qu'en cette ère d'avancées modernes et de miracles médicaux, nous n'arrivions toujours pas à protéger les femmes alors qu'elles assurent la perpétuité de la race humaine ?

La réponse, bien entendu, c'est que la santé publique a fait des progrès stupéfiants, mais ceux-ci ne sont pas répartis de manière équitable, que ce soit entre pays ou entre zones géographiques ou groupes sociaux. Même si les causes des complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont les mêmes partout dans le monde, les conséquences varient de façon spectaculaire d'un pays à l'autre ou d'une région à l'autre. À l'heure actuelle, en Suède, le risque pour une jeune femme de mourir de causes liées à la grossesse est de 1 pour 17 400 sur la durée de sa vie adulte. En Sierra Leone, ce risque est de 1 pour 8.

Et pour chaque femme qui décède, il y en a vingt qui subissent de graves traumatismes ou infections. Chaque année, quelque 75 000 d'entre elles sont victimes de fistules obstétricales, une condition dévastatrice tant sur le plan physique que psychologique et qui peut entraîner leur exclusion de la société.

Le bilan est accablant. Mais les femmes ne sont pas les seules à souffrir. Comme l'a déclaré un groupe d'experts lors d'une conférence mondiale sur la santé des femmes en 2007, « au cours des années où elles sont actives et en âge de procréer, les femmes 'servent' la société dans laquelle elles vivent de bien des manières : elles portent et élèvent la génération suivante et jouent un rôle capital sur la voie du progrès en tant que travailleuses, dirigeantes et militantes ». Lorsqu'une femme perd la vie ou qu'elle est handicapée suite à une grossesse ou un accouchement, cela a des répercussions en cascade : les enfants perdent une mère ; l'époux perd sa partenaire ; et la société perd un de ses membres productifs.

Nous ne pouvons nous permettre de sacrifier tant d'individus ni un tel potentiel. Nous savons ce qu'il faut faire pour prévenir ou traiter la grande majorité des problèmes liés à la grossesse, qu'il s'agisse d'éclampsie, d'hémorragie ou d'infections, de travail dystocique ou d'anémie. De fait, la Banque mondiale estime que des interventions de base comme les soins prénatals, la présence de personnel de santé qualifié à l'accouchement et l'accessibilité des soins d'urgence pour les femmes et les nouveau-nés permettraient d'éviter près de trois quarts des décès maternels.

Mais il ne suffit pas de multiplier les interventions médicales pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Ce qu'il faut, fondamentalement, c'est améliorer l'autonomisation des femmes dans le monde entier. Songez qu'en ce siècle qui se définit de plus en plus par la circulation de l'information, nous ne disposons toujours pas de données précises sur le nombre de femmes qui meurent en couches chaque année. Pourquoi les décès maternels ne sont-ils

pas tous recensés ? L'une des raisons, peut-être, c'est que la vie d'une femme ne compte pas à part entière dans trop de régions.

Et tant que les femmes resteront désavantagées au sein de leur société, la santé maternelle et néonatale en pâtira. Mais si nous pouvons donner aux femmes les moyens de se prendre en charge, nous pouvons créer un environnement plus favorable tant pour les femmes que pour les enfants.

L'autonomisation des femmes commence avec l'éducation, qui représente le meilleur investissement possible en termes de développement, qu'il s'agisse de veiller à ce que les filles, comme les garçons, puissent fréquenter l'école primaire, d'apprendre à lire et écrire aux femmes ou de donner une éducation en matière de santé publique. Même s'il reste beaucoup à faire, de nombreux pays commencent à faire des progrès en ce sens. En Jordanie, par exemple, les élèves-infirmières de l'Université nationale se portent volontaires pour sensibiliser les filles des écoles publiques aux questions de santé féminine.

Les études nous montrent toutes qu'une femme instruite est mieux équipée pour gagner sa vie et nourrir sa famille, qu'il y a plus de chances qu'elle investisse dans la santé, la nutrition et l'éducation de ses enfants, et qu'elle est plus disposée à participer à la vie civique et à se battre pour obtenir des améliorations dans sa communauté.

Les mères instruites sont aussi plus promptes à réclamer des soins adéquats pour elles-mêmes. Selon le Rapport 2007 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, « 84 % des femmes ayant achevé un cycle secondaire ou supérieur sont assistées par du personnel qualifié lors de leur accouchement, soit deux fois plus que les mères n'ayant pas été scolarisées ».

Pour les enfants dont la mère a reçu une éducation, les chances de survivre jusqu'à l'âge de 5 ans et au-delà sont de 50 % plus élevées que pour ceux dont la mère n'a jamais été scolarisée ou n'a pas terminé sa scolarité. Pour les filles en particulier, l'éducation peut réellement faire la différence entre l'espérance et le désespoir. Certaines études montrent que les jeunes qui ont un diplôme du primaire risquent moins d'être infectés par le VIH que ceux qui ne sont jamais arrivés à terminer ce cycle d'études.

Les filles éduquées ont aussi tendance à se marier plus tard et se retrouvent moins souvent enceintes très jeunes, ce qui réduit leur risque de mourir en couches alors qu'elles-mêmes ne sont encore que des enfants. Plus les filles prolongent leur scolarisation, plus leurs perspectives de gagner leur vie s'améliorent, ce qui leur permettra de rompre les chaînes d'une pauvreté trop souvent transmise de génération en génération.

Pour dire les choses simplement, en changeant la trajectoire des filles, on peut changer l'avenir. Si, une fois femmes, ces filles décident de devenir mères à leur tour, elles envisageront la grossesse et l'accouchement comme une source de joie et non de crainte.

Voir Références page 107.

* Sa Majesté la Reine Raina Al Abdullah de Jordanie est la première à porter le titre de Défenseur éminent des enfants pour l'UNICEF et une militante inlassable de la protection des enfants, du développement de la petite enfance, de la parité des sexes dans le domaine de l'éducation et de l'autonomisation des femmes, partout dans le monde.

peut se procurer auprès de programmes de santé maternelle. Et pourtant, cette simple intervention reste très limitée dans certains pays en développement, tant du point de vue de son efficacité que de sa couverture géographique, en grande partie à cause d'un accès insuffisant aux soins de santé primaires, plus précisément à des soins et à un soutien prénatal de qualité. Il est encourageant de constater que les initiatives visant à lutter contre l'anémie en fortifiant des aliments de base comme la farine commencent à se multiplier au niveau national dans un certain nombre de pays en développement¹⁵.

Les carences en iode pendant la grossesse sont associées à une incidence plus élevée de mortalité, de fausses couches et de déformations congénitales. Il est possible d'en réduire le risque, voire de le prévenir, en veillant à un taux d'iode optimal chez la mère avant ou pendant la grossesse. L'iodation universelle du sel, et dans certains cas, des suppléments d'iode sont essentiels pour garantir une prise optimale d'iode pendant la grossesse et l'enfance¹⁶.

Le paludisme présente, lui aussi, un risque mortel pour les mères et les bébés. Dans les zones où elle est endémique, cette maladie est responsable d'environ un quart des cas d'anémie maternelle aiguë; elle aggrave le risque de mortalité et de fausses couches et contribue aux insuffisances pondérales à la naissance ainsi qu'aux décès néonataux. Le recours à des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme est donc crucial pour atténuer l'impact de cette maladie sur les femmes enceintes et les nouveau-

nés. En Afrique subsaharienne, on utilise aussi de plus en plus souvent un traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse pour prévenir l'anémie et le paludisme placentaire¹⁷.

La responsabilité exacte du VIH et du SIDA dans les décès maternels est difficile à évaluer puisque, en dépit de la multiplication des programmes visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le statut VIH de beaucoup de femmes enceintes reste inconnu. L'interaction entre VIH et grossesse peut se manifester de diverses manières : le virus peut aggraver le risque de complications obstétricales comme l'hémorragie, les infections ou les complications suite à une césarienne. Et la grossesse peut, elle, aggraver le risque de maladies liées au VIH comme l'anémie ou la tuberculose, voire accélérer la progression du VIH. Les conclusions des recherches actuelles sont plus indicatives que conclusives et il faudra les poursuivre pour clarifier le degré de causalité dans l'une ou l'autre direction. On pense que dans les pays où la prévalence du SIDA est élevée, l'épidémie a anéanti les progrès accomplis dans le domaine de la mortalité maternelle. Ce qu'on peut évaluer avec plus de certitude, en tout cas partiellement, c'est le nombre de parturientes dont on sait qu'elles vivent avec le VIH, lequel était d'environ 1,5 million dans 108 pays à revenus faibles et moyens en 2006.

Les initiatives visant à lutter contre l'épidémie de SIDA et à atténuer son impact sur la santé maternelle et néonatale s'intensifient dans quatre grands domaines : la prévention de l'infection chez les adolescents et les

jeunes, le traitement antirétroviral des femmes et mères séropositives qui en ont besoin, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et le traitement pédiatrique du VIH. On constate des avancées dans chacun de ces domaines, avec des résultats encourageants. Ainsi, la couverture de la prophylaxie antirétrovirale des mères séropositives pour prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant est passée de 10 à 33 % des femmes enceintes séropositives dans les pays à revenus bas et moyens entre 2004 et 2007. En dépit de ces progrès appréciables, il faudra faire bien davantage encore pour que les femmes puissent bénéficier d'interventions dans le domaine de la prévention des soins et de la thérapie du VIH, y compris le dépistage et le suivi, ainsi que de services de santé sexuelle et procréative de qualité, médicaments compris¹⁸.

Même si les conséquences des co-infections VIH/parasites du paludisme ne sont pas encore bien comprises, les données dont nous disposons laissent à penser que celles-ci agissent en synergie, avec des effets préjudiciables. Des données récentes indiquent que les femmes séropositives ayant un paludisme placentaire risquent plus de donner naissance à des bébés souffrant d'insuffisance pondérale. Elles montrent également que les enfants qui ont un poids insuffisant à la naissance sont plus exposés à une transmission du VIH de la mère à l'enfant que les autres. On peut réduire davantage le risque de paludisme si l'on donne un traitement antirétroviral et des moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes et enfants séropositifs¹⁹. (Se reporter à l'Encadré du Chapitre 3,



En l'allaitant exclusivement au sein pendant ses six premiers mois de vie, on aide à protéger le nourrisson des maladies, on diminue son risque de mortalité et on favorise un développement sain. Une femme allaite son bébé à la Uskudar Ana ve Cocuk Sagligi Knigi, une clinique gérée par le Ministère de la santé turc, à Istanbul (Turquie).

page 66, pour en savoir plus sur la co-infection VIH et paludisme).

Pour chaque femme qui meurt de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, une vingtaine d'autres endurent des traumatismes, des infections ou des handicaps. Cela représente environ dix millions de femmes par an. La fistule obstétricale est l'une des conditions les plus douloureuses. Elle est le résultat d'un travail prolongé et problématique durant lequel la tête du bébé exerce une pression telle qu'elle endommage les chairs dans le canal pelvien. Pendant les jours qui suivent la naissance, des lésions apparaissent, provoquant un écoulement constant de la vessie ou du rectum vers le vagin. Les fistules peuvent être facilement réparées par des soignants possédant les compétences chirurgicales nécessaires, mais parmi les quelque 75 000 femmes

souffrant chaque année de cette condition, rares sont celles qui reçoivent les soins dont elles ont besoin. Non seulement elles doivent supporter l'inconfort physique et la détresse émotionnelle qui en résultent, mais elles sont souvent rejetées par leur mari et leur famille.

Le prolapsus de l'utérus est aussi une condition débilante. Il survient lorsque les muscles, les ligaments et les chairs qui soutiennent la structure pelvienne s'affaiblissent, permettant à l'utérus de glisser dans le vagin. Le prolapsus a de multiples conséquences, dont l'incontinence urinaire, une diminution de la mobilité, des douleurs de dos chroniques, trois conditions qui, si elles sont prononcées, peuvent empêcher les victimes de s'acquiescer des tâches ménagères ou autres. Les causes en sont multiples, notamment un travail prolongé, un

accouchement difficile, des grossesses fréquentes, des soins obstétricaux inadéquats ou un travail physique ardu.

La morbidité maternelle inclut aussi l'anémie, l'infécondité, les infections chroniques, la dépression ou l'incontinence – toutes conditions qui peuvent engendrer des tensions au foyer, y compris une maltraitance physique ou psychologique, la dissolution du ménage et l'exclusion sociale²⁰.

Mortalité néonatale

Quelque 86 % des décès néonataux dans le monde résultent directement de trois grandes causes : les infections graves (notamment septicémie/pneumonie, tétanos et diarrhée), l'asphyxie et la prématurité. Les infections graves compteraient pour 36 % de tous les décès de nouveau-nés. Elles peuvent surgir à n'importe quel moment pendant le premier mois de vie, mais représentent la principale cause de mortalité néonatale après la première semaine. Une bonne hygiène pendant l'accouchement joue manifestement un rôle important dans la prévention des infections, mais il faut aussi diagnostiquer et traiter les infections maternelles en cours de grossesse. Celles du nouveau-né doivent être diagnostiquées et traitées aussi rapidement que possible après la naissance.

L'asphyxie (difficultés respiratoires après la naissance) explique 23 % des décès néonataux, or elle peut être largement évitée en améliorant les soins pendant le travail et l'accouchement proprement dit. Il suffit pour cela de la présence d'un soignant qualifié capable de détecter le problème et de ranimer le nouveau-né. Les accouchements prématurés (moins de 37 semaines révolues de gestation) sont la

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont une cause importante de mortalité des filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde.

Chaque année 70 000 décès leur sont imputables.

cause directe de 27 % des décès néonataux. Les bébés prématurés éprouvent plus de difficultés pour s'alimenter, maintenir une température corporelle normale et lutter contre l'infection, que ceux nés à terme. La prévention du paludisme chez les femmes enceintes peut avoir des répercussions bénéfiques sur l'incidence des naissances prématurées dans les régions où cette maladie est endémique²¹.

D'après les dernières estimations internationales, qui couvrent la période 2000-2007, 15 % de tous les nouveau-nés viennent au monde avec une insuffisance pondérale (moins de 2 500 grammes à la naissance). Celle-ci, qui s'explique soit par la prématurité soit par un retard de croissance intra-utérin, est la cause sous-jacente de 60 à 80 % des décès néonataux. La majorité des cas sont recensés en Asie du Sud, de même qu'en Afrique subsaharienne, les deux régions qui signalent le taux le plus élevé de dénutrition chez les femmes et les filles. La sous-alimentation maternelle est à mettre

en corrélation avec l'incidence plus élevée de bébés souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance²².

Le retard de croissance intra-utérin, qui se définit par une croissance insuffisante du fœtus pendant la grossesse, représente l'un des principaux risques de décès périnatal. Tout comme l'insuffisance pondérale, il est associé à la dénutrition et à la mauvaise santé de la mère, entre autres facteurs. Avec un bon diagnostic et une gestion appropriée, notamment le traitement précoce des maladies maternelles et une bonne alimentation, il est possible de circonscrire le problème, dont les conséquences ne devront pas nécessairement se faire sentir sur la durée de vie²³.

La nature intergénérationnelle de la solution au retard de croissance intra-utérin démontre qu'il ne suffit pas, pour améliorer la santé maternelle et néonatale, d'améliorer et multiplier les services de santé maternelle. Il faut aussi aborder de front

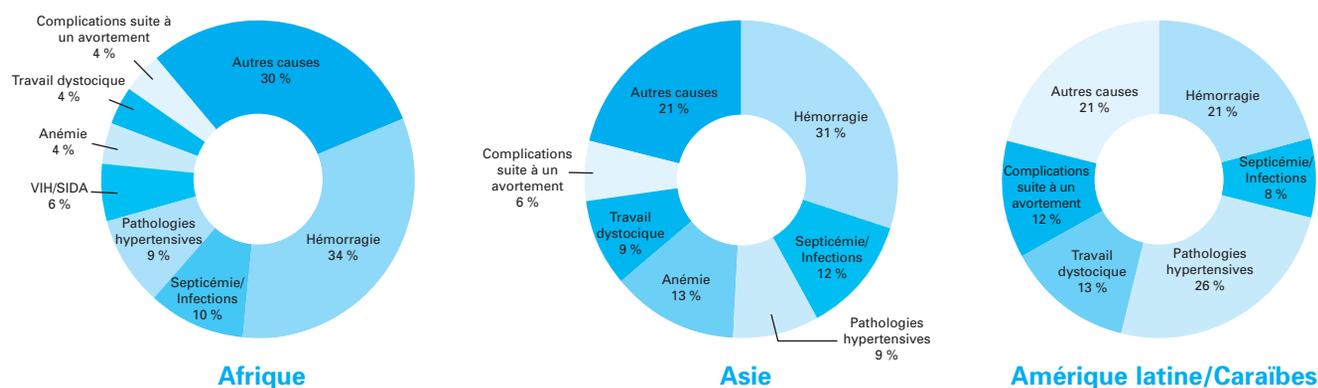
la question des droits fondamentaux de la femme, qui sont négligés dans de nombreuses sociétés.

Avec une bonne nutrition pour les femmes, l'espacement des naissances est l'un des piliers de toute approche permettant d'éviter les naissances prématurées, l'insuffisance pondérale à la naissance et les décès néonataux. Des études montrent que si l'intervalle entre les naissances est de moins de 24 mois, ces risques s'en trouvent considérablement augmentés. Il est aussi impératif de garantir aux filles un accès à une nutrition et à des soins de santé adéquats dès la naissance, pendant toute leur enfance et leur adolescence et jusqu'à l'âge adulte et les années où elles seront en âge de procréer²⁴.

Pour chaque nouveau-né qui meurt, une vingtaine d'autres endurent des traumatismes à la naissance ou des complications dues à leur prématurité ou à d'autres conditions néonatales. Ainsi chaque année, plus d'un million d'enfants qui survivent à une

Figure 1.5

Causes directes de la mortalité maternelle, 1997-2002*



* Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle elles sont disponibles pendant la période spécifiée. Le total peut ne pas être de 100 % parce que les chiffres ont été arrondis.

Source : Khan, Khalid S., et al., « WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review » ; *The Lancet*, vol. 367, n° 9516, 1 avril 2006, p. 1069

Pour chaque femme qui meurt de causes liées à la grossesse et à l'accouchement, vingt autres (soit environ 10 millions par an) endurent des blessures, des infections ou des handicaps.

asphyxie à la naissance, souffriront de divers handicaps, une infirmité motrice cérébrale par exemple ou des difficultés d'apprentissage²⁵.

Causes constitutives ou sous-jacentes de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales

Outre les causes directes de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, une série de facteurs sous-jacents aux niveaux du ménage, de la communauté et du district compromettent, eux aussi, la santé et la survie des mères et des nouveau-nés. On peut citer entre autres l'absence d'éducation et le manque de connaissances, des pratiques sanitaires inappropriées et des soins inadéquats pour les mères et les nouveau-nés, un accès insuffisant à une alimentation nutritive et aux micronutriments essentiels, une mauvaise hygiène du milieu, des services de santé primaires insuffisants, ainsi qu'un accès limité aux services liés à la maternité, tels que les

soins d'urgence aux parturientes et aux nouveau-nés. S'y ajoutent également des facteurs de base tels que la pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination entre les sexes qui sous-tendent les causes tant directes que sous-jacentes de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. (Pour une description plus complète des interactions entre ces facteurs, voir la Figure 1.7 page 17).

Il convient de souligner le fait que beaucoup de femmes n'ont qu'un accès restreint à des services de santé de qualité. La santé maternelle, l'accès à une contraception de qualité et à une médecine procréative sauvent des vies et ce sont également des facteurs importants pour la santé et la survie des nouveau-nés. Des études montrent que tout au long de leur cycle de vie, de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte, la santé des femmes joue un rôle crucial dans les résultats sanitaires maternels et néonataux. L'accès à des établissements sanitaires et la présence d'un personnel qualifié à l'ac-

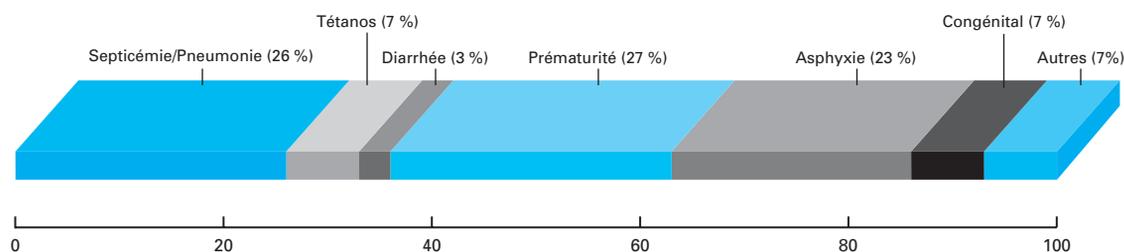
couchement sont également des facteurs importants. Rien de surprenant, dès lors, à ce que les pays ayant les taux de mortalité néonatale les plus élevés soient ceux qui ont les taux les plus bas de présence d'un personnel qualifié à la naissance ou d'accouchements en établissement²⁶.

La pauvreté compromet la santé maternelle et néonatale de plusieurs manières. Elle peut accroître l'incidence des causes directes de la mortalité, comme les infections maternelles ou la dénutrition, décourager le recours aux soins ou réduire l'accès à des services de santé. Elle peut aussi réduire la qualité des services fournis, lorsque ceux-ci sont disponibles. Les informations recueillies dans 50 enquêtes démographiques et sanitaires de 1995 à 2002 révèlent que dans ces régions, le taux de mortalité néonatale est de 20 à 50 % plus élevé pour les 20 % de ménages les plus pauvres que pour le quintile le plus riche. On note des inégalités similaires pour la mortalité maternelle²⁷.

Figure 1.6

Causes directes de la mortalité néonatale, 2000*

L'insuffisance pondérale à la naissance, qui a un rapport avec la malnutrition maternelle, est un facteur causal dans 60 à 80 % des décès néonataux.



* Le total peut ne pas être de 100% car les chiffres ont été arrondis.

Source : Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupan, « 4 million neonatal deaths; When ? Where ? Why ? » *The Lancet*, vol. 365, n° 9462, 5 mars 2005, p. 895



© UNICEF/HQ:08-0302/Susan Markisz

Un contexte social favorable aux droits des femmes et des filles est tout aussi essentiel pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. Toute tentative de multiplier les interventions sanitaires pour remédier aux problèmes de santé et aux causes proximales des décès maternels et néonataux – ainsi que pour améliorer la nutrition maternelle, réduire l'incidence de maladies infectieuses et améliorer les installations sanitaires et les pratiques hygiéniques – n'obtiendra que des succès partiels si les droits des femmes et des filles ne sont pas respectés dans la société où elles vivent. Comme on le lira au Chapitre 2, une amélioration de la couverture des services ne suffira pas si les femmes et les filles se voient refuser l'accès à des produits ou des services essentiels pour des raisons culturelles, sociales ou familiales.

Accélérer les progrès dans le domaine de la santé maternelle et néonatale

Nombre de facteurs causaux de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales sont connus et on sait qu'ils sont liés, comme le montre le cadre conceptuel de la *Figure 1.7*. Même s'il reste beaucoup à apprendre sur les causes et l'ampleur des décès maternels et néonataux, on en sait certainement assez pour mettre en place des interventions qui peuvent sauver des millions de vies. Les principales méthodes de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales sont bien en place et comprises. Il s'agit notamment de :

- promouvoir l'accès aux services de planification familiale, en fonction des politiques nationales de chaque pays.

Il est essentiel d'améliorer les services liés à la maternité pour faire progresser la santé et la survie maternelles et néonatales. Une infirmière examine un bébé de six semaines lors d'un contrôle dans un centre de santé communautaire en Jamaïque.

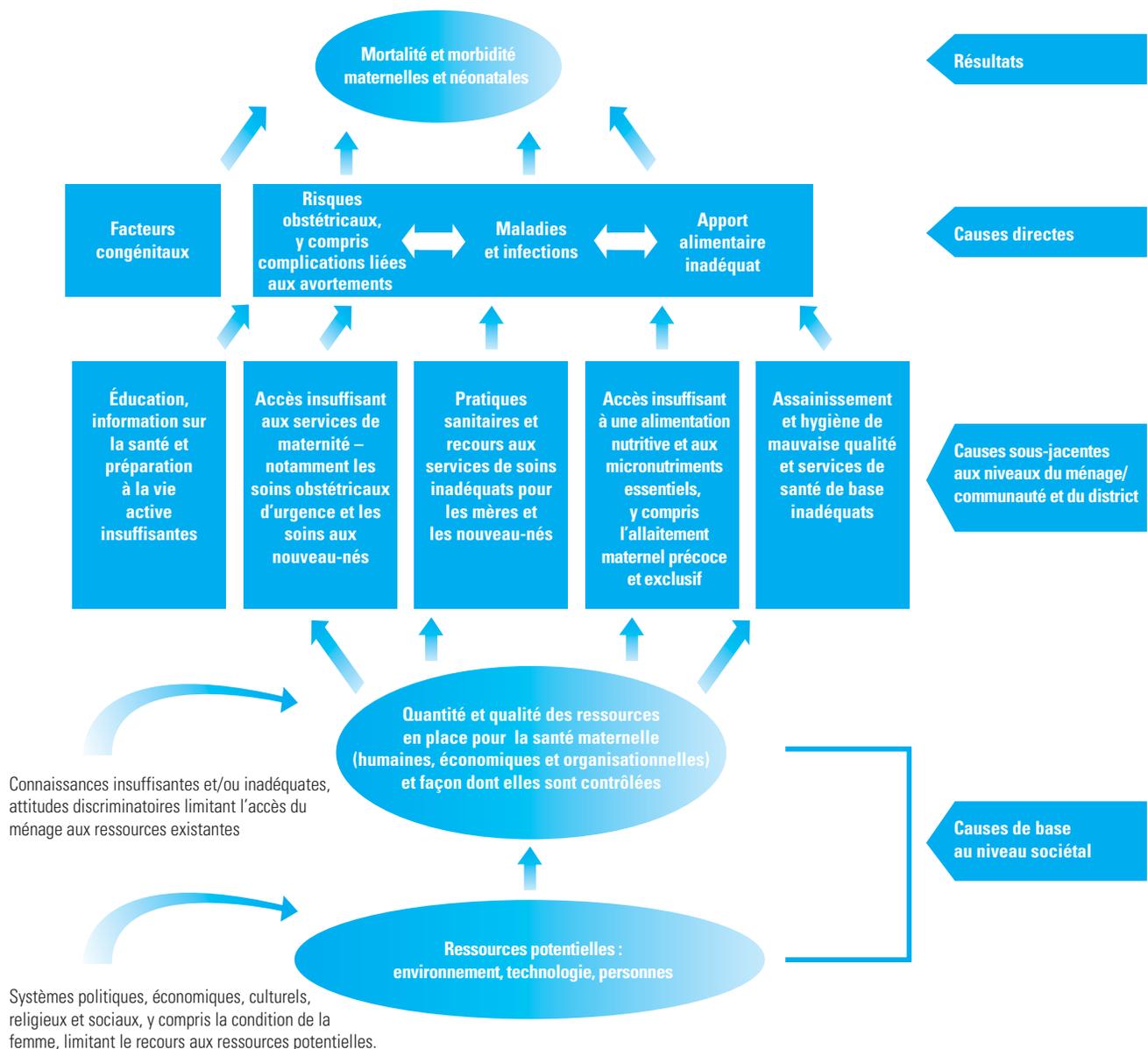
- assurer un suivi prénatal de qualité englobant tout un ensemble de services sanitaires et nutritionnels.
- prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et administrer des traitements antirétroviraux aux femmes qui en ont besoin.
- mener des interventions préventives et curatives de base comme la vaccination des femmes enceintes contre le tétanos néonatal, les vaccins de routine, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de sels de réhydratation orale, entre autres.
- assurer l'accès à un approvisionnement en eau salubre et un assainissement améliorés et adopter de meilleures pratiques hygiéniques, surtout au moment de l'accouchement. Pour minimiser les risques au moment de l'accouchement, il est indispensable de disposer d'une eau suffisamment propre pour être bue ou utilisée à des fins hygiéniques.
- assurer l'accès à un personnel qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme) au moment de l'accouchement.
- offrir des soins obstétricaux d'urgence de base dans un minimum de quatre établissements par 500 000 habitants (en fonction des circonstances particulières à chaque pays) pour les femmes qui encourent des complications.
- offrir des soins obstétricaux d'urgence complets dans au moins un hôpital par district ou par 500 000 habitants.
- assurer une visite post-natale pour chaque mère et chaque nouveau-né dès que possible après l'accouchement (l'idéal étant moins de 24 heures après celui-ci), avec visites supplémentaires vers la fin de la première semaine et à quatre à six semaines.
- donner des connaissances et compétences aux femmes enceintes et à leur famille; elles porteront sur les signes annonciateurs de risque dans le domaine de la santé maternelle et néonatale et sur les systèmes d'aiguillage vers des centres spécialisés.
- offrir des conseils en nutrition maternelle et une supplémentation alimentaire en cas de nécessité dans le cadre d'un suivi pré-, post- et néonatal de routine.
- dispenser des soins essentiels pour tous les nouveau-nés, notamment

Le bilan est lourd : chaque année, près de 4 millions de nouveau-nés meurent dans les 28 jours qui suivent leur naissance.

Figure 1.7

Cadre conceptuel pour la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales

Ce cadre conceptuel sur les causes des décès maternels et néonataux illustre à quel point les résultats en matière de santé dépendent de facteurs interdépendants, dont la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, les services de santé et les comportements sains, ainsi que la lutte contre les maladies. Ces facteurs sont définis comme proches (individuels), sous-jacents (ménage, communauté ou district) ou de base (société). Chaque niveau en influence d'autres. Le cadre a été pensé de manière à ce qu'il puisse servir à évaluer et analyser les causes de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales et à planifier des interventions efficaces pour améliorer la santé maternelle et néonatale.



Source : UNICEF.

Un enfant né dans l'un des pays les moins avancés risque près de quatorze fois plus de mourir au cours de ses 28 premiers jours de vie qu'un bébé né dans un pays industrialisé.

une initiation à l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance, allaitement maternel exclusif, contrôle des infections. Veiller à ce que le bébé ait chaud et éviter les bains pendant les premières 24 heures.

- donner des soins supplémentaires aux petits nourrissons, lors des naissances multiples et en cas de malformations congénitales graves.
- assurer la prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (ou son équivalent) dans les établissements sanitaires qui offrent des soins aux femmes et aux enfants²⁸.

Pour que ces interventions soient efficaces, cependant, on reconnaît de plus en plus qu'il faut fournir des services essentiels à des moments clés du cycle de vie grâce à des systèmes de santé dynamiques qui intègrent un continuum de soins à domicile, au sein de la communauté, dans le cadre de services de proximité et dans des établissements sanitaires. Ce concept de continuum de soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile est apparu ces dernières années après qu'on se fut aperçu qu'une approche intégrée a des répercussions plus positives qu'une myriade d'initiatives séparées. Ce continuum de soins ne peut cependant exister que dans un environnement propice à l'exercice des droits de la femme et où la santé maternelle et néonatale sont prioritaires. Le *Chapitre 2* étudie les éléments requis pour créer un tel environnement et le rendre viable.

La présence de personnels qualifiés tout au long de la grossesse, de l'accouchement, de la période post-par-

tum et pour les soins aux nouveau-nés constitue l'un des éléments cruciaux du continuum de soins, avec en plus l'aiguillage vers des établissements disposant du personnel et du matériel nécessaires pour prendre en charge les urgences. Le rôle croissant de prestataires de soins de niveau intermédiaire comme les sages-femmes ou le personnel infirmier représente aussi un potentiel prometteur pour élargir l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Étant donné que les risques de mortalité maternelle et néonatale sont particulièrement élevés pendant les 24 à 48 heures qui suivent l'accouchement, il est urgent d'élargir les soins postnatals pendant cette période et de donner plus d'importance aux visites de suivi pour les mères comme pour les bébés. Pour les nouvelles mères, les visites faites peu après la naissance revêtent une importance cruciale, car elles courent un risque élevé de morbidité et de mortalité pendant un an après l'accouchement. Or, c'est rarement possible, dans la mesure où c'est dans les pays les plus pauvres et les communautés qui enregistrent le plus grand nombre de décès que l'absence de services pour les mères et les nouveau-nés est la plus criante. En Afrique subsaharienne en particulier, des facteurs tels que la distance, les migrations, l'urbanisation, les conflits armés, la maladie et l'absence d'investissements en santé publique ont entraîné une grave pénurie de professionnels de la santé qualifiés.

Les femmes et les nouveau-nés des pays dits fragiles – ces pays fragilisés par une politique institutionnelle faible, une mauvaise gouvernance, une instabilité politique et un état de

droit défaillant – nécessitent une attention particulière. Ces États disposent rarement des capacités institutionnelles et des ressources nécessaires pour fournir des services d'infrastructure et des conditions de sécurité à leurs citoyens. Environ 8 % de la population mondiale vit dans des États fragiles mais ils représentent 35 % des décès maternels dans le monde et c'est dans ce groupe que l'on trouve 8 des 10 pays aux taux de mortalité le plus élevé. Ces pays représentent également 21 % des décès néonataux et c'est dans ce groupe que l'on retrouve 9 des 10 pays au taux de mortalité néonatale le plus élevé²⁹.

Le renforcement de la gouvernance et de l'état de droit, ainsi que le rétablissement de la paix et de la sécurité, sont des conditions indispensables à l'accélération des progrès dans le secteur de la santé maternelle et néonatale. Les donateurs et les organismes internationaux doivent également avancer au-delà de la simple intervention humanitaire vers une aide pour le développement à long terme. Ils doivent aussi veiller à ce que les questions de santé maternelle, néonatale et infantile d'une part, et de droits de la femme d'autre part, soient prioritaires lors des négociations et de l'élaboration de programmes visant à améliorer la gouvernance, résoudre des conflits et renforcer les institutions³⁰.

Les pays les moins avancés n'ont pas consacré suffisamment de ressources à la santé maternelle et néonatale, ce qui fait que les pauvres se retrouvent sans accès à des cliniques ou hôpitaux, surtout dans les zones rurales. Les raisons en sont multiples : il

Santé maternelle et néonatale au Nigéria : élaboration de stratégies pour accélérer les progrès

Le Nigéria est le pays le plus peuplé d'Afrique : il avait 148 millions d'habitants en 2007, dont 25 millions de moins de 5 ans. Avec près de 6 millions de naissances en 2007 (le troisième chiffre le plus élevé au monde, après l'Inde et la Chine) et un taux de fécondité total de 5,4, la croissance de la population nigériane continue d'être rapide en termes absolus.

Outre sa population importante, le Nigéria est connu pour ses vastes richesses pétrolières. Pourtant, la pauvreté y est rampante. D'après les derniers *Indicateurs du développement mondial 2007* publiés par la Banque mondiale, plus de 70 % des Nigériens vivent avec moins d'un dollar des É.-U. par jour, ce qui entrave leur capacité à payer les soins de santé.

La pauvreté, la pression démographique et des investissements insuffisants dans le domaine de la santé publique, pour ne citer que trois facteurs, font monter les niveaux et taux de mortalité maternelle et néonatale. Les dernières estimations interinstitutions de l'ONU placent le ratio de mortalité maternelle national moyen à 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes et le risque de décès maternel sur la vie entière à 1 sur 18. Placé dans son contexte mondial, le fardeau de la mortalité maternelle au Nigéria offre une image saisissante : près d'un décès maternel sur 9 survient dans ce pays.

Les femmes qui survivent à leur grossesse et à l'accouchement risquent de voir leur santé compromise : certaines études semblent indiquer qu'entre 100 000 et un million de femmes souffrent d'une fistule obstétricale. En 2004, les décès néonataux s'élevaient à 249 000, d'après les derniers chiffres de l'Organisation mondiale de la Santé, dont 76 % au début de la période néonatale (première semaine de vie). Des centres de santé inadéquats, l'absence de transports vers des établissements de soins, l'impossibilité de payer les services de santé et la réticence face à la médecine moderne rencontrée au sein de certaines populations sont les principaux facteurs qui expliquent les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles, néonatales et infantiles du pays.

Il existe des disparités marquées en termes de pauvreté et de santé entre les nombreux groupes ethnolinguistiques du Nigéria et entre ses différents États. Le taux de pauvreté dans les zones rurales, estimé à 64 % en 2004, est environ une fois et demie plus élevé que dans les zones urbaines (43 %). En outre, le taux de pauvreté dans le nord-est, qui s'élève à 67 %, représente à peu près le double des 34 % constatés dans la région plus prospère du sud-est.

Des niveaux d'éducation très bas, en particulier chez les femmes, et des attitudes et pratiques culturelles discriminatoires font obstacle à la réduction du taux élevé de mortalité maternelle. Une étude menée à l'hôpital universitaire de Jos, dans la région nord-centre, montre qu'en 2005 près de trois quarts des décès maternels survenaient chez les femmes analphabètes. Le taux de mortalité chez les femmes qui n'avaient pas reçu de soins prénatals était à peu près 20 fois plus élevé que chez les autres. Parmi les nombreux groupes ethniques auxquels appartenaient les patientes, les femmes Hausa-Fulani comptaient pour 22 % de tous les accouchements mais 44 % des

décès. Il s'agit du groupe ethnique le plus important dans le nord du Nigéria, et il est donc particulièrement affecté par les taux élevés de pauvreté de cette région.

Les attitudes et pratiques discriminatoires à l'égard des femmes et des filles contribuent à la mortalité et la morbidité maternelles. Les mariages d'enfants et les accouchements chez les adolescentes sont chose courante au Nigéria, ce qui expose les femmes et les filles en âge de procréer à des risques sanitaires multiples.

Face à des réalités aussi complexes, l'élaboration de stratégies pour accélérer les progrès dans le domaine de la santé maternelle et néonatale représente un défi considérable. Mais le Gouvernement du Nigéria, en collaboration avec des partenaires internationaux, s'efforce de le relever. En 2007, il a commencé à mettre en place une stratégie de Prise en charge intégrée de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin d'accélérer un ensemble d'interventions à impact élevé, notamment des suppléments nutritionnels, des vaccins, des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la prévention de la transmission du VIH de mère à enfant.

La stratégie va se dérouler en trois phases, chacune devant durer trois ans. Elle a été conçue sur le modèle du continuum de soins pour renforcer le système de santé, particulièrement décentralisé au Nigéria puisqu'il opère aux niveaux fédéral, étatique et local. Lors de la phase initiale, qui couvrira 2007-2008, l'élan portera sur le repérage et l'élimination des goulots d'étranglement, tout en offrant un ensemble de services de base dans le cadre de stratégies fondées sur la collectivité et les soins à la famille. Une proportion importante des dépenses sera affectée à la thérapie combinée à base d'artémisinine pour lutter contre le paludisme chez les femmes et les enfants et pour recruter et former des agents de santé, dans les régions rurales en particulier. À mesure que les soins de santé de base s'améliorent, on prévoit que la demande de services cliniques augmentera.

Les deuxième et troisième phases de cette stratégie privilégieront davantage la construction d'une infrastructure de la santé. La stratégie vise, sur neuf années, à rénover les établissements existants, à construire des cliniques et hôpitaux et créer des incitations – versement régulier de salaires, par exemple, primes de sujétion ou primes sur la base des performances – grâce auxquelles on pourra retenir les professionnels de la santé dans le système de santé du Nigéria.

Exécutée dans sa totalité et en temps voulu, cette stratégie pourrait améliorer nettement la santé maternelle et néonatale. De plus, le pays a récemment adopté le Système national d'assurance maladie, qui intègre les secteurs de santé public et privé afin que les Nigériens puissent s'offrir plus facilement des soins de santé. Si le gouvernement adopte la Loi nationale sur la santé, que les assemblées législatives étudient en ce moment, un financement direct des soins de santé primaires sera disponible. Ces améliorations du système de santé pourraient ramener la nation la plus peuplée d'Afrique vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5.

Voir *Références*, page 107.

Pour chaque nouveau-né qui meurt, 20 autres souffrent de blessures ou de complications dues à une naissance prématurée ou à d'autres conditions néonatales.

arrive que de tels établissements n'existent pas ou que ces centres de santé et ces hôpitaux soient mal entretenus et offrent des soins de mauvaise qualité, qu'on manque de personnel qualifié ou que les prestataires de soins n'aient que des compétences faibles. Les frais d'utilisation, ou autres coûts dont les plus démunis ne peuvent s'acquitter, constituent également un obstacle. Le concept de continuum de soins ne se réfère pas seulement aux besoins des femmes et des enfants tout au long de leur vie, mais aussi à l'idée d'élargir l'accès aux services de santé en reliant entre eux foyers et communautés, cliniques et hôpitaux. Le Chapitre 3 examine en profondeur les moyens d'intégrer et renforcer les

services dont peuvent bénéficier les mères et les nouveau-nés afin de pouvoir les fournir à des moments clés du cycle de vie et dans des endroits clés.

Le continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants requiert l'intégration et le développement progressif d'une série d'interventions. Le Chapitre 4 étudie les principaux paradigmes, politiques et programmes qui font avancer ce processus.

Le dernier chapitre de *La Situation des enfants dans le monde 2009* appelle à une action forte et concertée et à la création de solides partenariats pour améliorer la survie et la santé maternelles et néonatales. Les objec-

tifs sont clairs – tout comme il est évident que l'ensemble de la planète a pris du retard dans la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité infantile (OMD 4) et encore plus dans celui qui vise à améliorer la santé maternelle (OMD 5). Il est évident qu'il faut donner un sérieux coup d'accélérateur. Les expériences menées dans plusieurs pays en développement, analysées en profondeur dans les chapitres qui suivent, ont prouvé que des progrès rapides sont possibles pour soutenir la santé tant des mères que des nouveau-nés lorsque l'on applique des stratégies bien raisonnées, assorties d'un véritable engagement politique, de ressources adéquates et d'efforts de collaboration.

Élargir l'Objectif du Millénaire pour le développement no. 5 : accès universel à la médecine procréative d'ici à 2015

En 2005, les chefs d'État qui se sont retrouvés aux Nations Unies pour faire le point sur les engagements pris lors de la Déclaration du Millénaire (le document final du Sommet du Millénaire 2000) ont non seulement repris les objectifs de développement élaborés en 2000 et connus depuis sous l'appellation d'Objectifs du Millénaire pour le développement, mais ils y ont ajouté quatre nouvelles cibles à l'appui de ces derniers.

L'un des principaux changements apportés à la configuration des OMD est l'inclusion d'une cible traitant spécifiquement de la médecine procréative : la cible B de l'Objectif du Millénaire pour le développement no. 5, qui cherche à « atteindre l'accès universel à la médecine procréative d'ici à 2015 ». Cette nouvelle cible s'inscrit dans l'objectif général d'amélioration de la santé maternelle et vient compléter la cible initiale et les indicateurs qui y sont associés. Ceux qui ont été sélectionnés pour suivre les progrès en vue de l'OMD 5, cible B, sont repris ci-dessous :

Taux de prévalence de la contraception – Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union qui utilisent une méthode contraceptive.

Taux de natalité parmi les adolescentes – Nombre annuel de naissances chez les 15 – 19 ans pour 1 000 femmes du même groupe d'âge. On parle aussi de « taux de fécondité par âge pour les femmes de 15-19 ans ».

Accès aux soins prénatals – Pourcentage de femmes de 15-49 ans examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un professionnel de la santé qualifié (médecin, personnel infirmier ou sage-femme) et pourcentage de femmes ayant eu au moins quatre visites prénatales auprès de n'importe quel prestataire de soins.

Besoins de planification familiale non couverts – Se réfère aux femmes fécondes et sexuellement actives qui n'utilisent aucune méthode contraceptive et disent ne plus vouloir d'enfants ou vouloir reporter à plus tard la naissance du prochain enfant.

L'ajout de la cible concernant la médecine procréative reflète un long processus liant les questions de santé de la procréation au développement, aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes, dont la manifestation la plus décisive a été la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994. Depuis, d'autres réunions importantes, notamment la Quatrième Conférence sur les femmes (Beijing, 1995) et la CIPD+5 (la Session extraordinaire de l'Assemblée générale concernant la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue en 1999), ont réitéré et étoffé les recommandations de la première CIPD – dont l'objectif visant à un accès universel aux services de médecine procréative d'ici à 2015.

Voir Références, page 107.

Le Sri Lanka offre l'exemple d'une réussite obtenue en dépit de tout. Ce pays à revenu intermédiaire (en 2006, son revenu national brut était de moins de 1 500 dollars des É.-U. par habitant) a souffert d'une longue guerre civile et a été dévasté par le tsunami de 2004 dans l'océan Indien. Pourtant, les progrès accomplis en termes de développement humain, et en particulier dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de l'éducation, représentent l'une des réussites phares dans les pays en développement ces dernières décennies. Le rapport de mortalité maternelle du Sri Lanka est passé de 340 pour 100 000 naissances vivantes en 1960 à 43 pour 100 000 naissances vivantes en 2005 et 98 % des naissances ont à présent lieu à l'hôpital. Les taux de soins prénatals (une visite au moins) et de présence d'un personnel soignant qualifié à la naissance sont de 99 %. En 2007, le pays avait un taux global de fécondité de 1,9 – alors qu'il est de 3 pour la région de l'Asie du Sud. De tels résultats ont eu un impact positif sur la survie de l'enfant : le taux de mortalité chez les moins de 5 ans est tombé de 32 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 13 pour 1 000 en 2006. Les dernières données disponibles suggèrent que le taux de mortalité néonatale a également baissé, pour passer à 8 pour 1 000 naissances vivantes en 2004.

Dans le domaine de l'éducation de base, le Sri Lanka a également obtenu d'excellents résultats. D'après les dernières estimations internationales, le taux net de scolarisation primaire se situe à plus de 97 % tant pour les filles que pour les garçons, alors que le taux d'alphabétisation chez les jeunes de 15-24 ans est de 97 % pour les garçons et de 98 % pour les filles. Les données administratives indiquent que le taux d'achèvement de l'école primaire est de 100 %. Étant donné la corrélation relative entre éducation et survie maternelle et infantile, ces résultats témoignent d'un investissement durable dans ces trois domaines.

La clé des améliorations remarquables constatées au Sri Lanka dans le domaine de la santé maternelle est à trouver dans l'expansion d'un ensemble synergique de services sanitaires et sociaux destinés aux pauvres. Le système de santé du pays, qui remonte à la fin du XIX^{ème} siècle, a d'abord ciblé la couverture universelle et l'amélioration des soins de santé, l'assainissement et la prise en charge des maladies. Il a ensuite ajouté des interventions spécifiques pour améliorer la santé des femmes et des enfants. Au fil du temps, les gouvernements successifs ont adopté une approche prudente consistant à donner la priorité aux services de santé pour les mères et les pauvres tout en faisant judicieusement appel aux ressources humaines et économiques. Les améliorations qui en ont résulté dans le domaine de la santé féminine sont appuyées et renforcées par des mesures visant à autonomiser les femmes socialement et politiquement par le biais de l'éducation, de l'emploi et de l'engagement social.

Les premiers documents écrits du Sri Lanka – à commencer par des textes médicaux des IX^{ème} et X^{ème} siècles – ainsi que son passé colonial donnent un aperçu inhabituel de l'évolution de la santé maternelle dans le pays. Les formations officielles pour sages-femmes ont débuté en 1879, sous le gouvernement colonial anglais et le Registre général recense les chiffres de mortalité maternelle depuis 1902. Cette abondance d'informations et de connaissances permet d'évaluer les résultats des différentes

approches de la santé maternelle au fil du temps. Une description claire des compétences exigées d'elles a permis de professionnaliser les sages-femmes et une politique d'absence de blâme a permis d'enquêter sur les décès maternels.

Les résultats ont été spectaculaires. La mortalité maternelle a diminué de moitié entre 1947 et 1950. Treize ans plus tard, le taux de mortalité maternelle a de nouveau été divisé par deux. Une fois les structures et réseaux sanitaires mis en place, l'amélioration constante de l'organisation et de la gestion clinique a permis de réduire le rapport de mortalité maternelle de 50 % tous les 6 à 11 ans. En outre, de 1946 à 1971, le taux d'alphabétisation des femmes est passé de 44 à 71 %. La présence de personnel qualifié à l'accouchement et les accouchements institutionnels ont également augmenté. Le rôle de la sage-femme est devenu progressivement celui d'une assistance aux accouchements en établissements, au fur et à mesure que ceux à domicile diminuaient en nombre, passant de 8 % en 1970 à 2 % à peine en 1995. Depuis 1965, les sages-femmes jouent également un rôle dans les services de planification familiale offerts de plus en plus largement par les pouvoirs publics.

Le développement du système de santé sri-lankais constitue depuis longtemps un modèle pour d'autres pays en développement, car il montre le degré de réussite auquel on peut arriver dans le domaine de la santé maternelle et néonatale lorsqu'on applique de façon judicieuse des stratégies saines et des ressources suffisantes, assorties d'une réelle volonté politique. En dépit de ces progrès en matière de santé maternelle et infantile, bien des obstacles demeurent. Ces dernières années, le pays se heurte à une pénurie d'agents de santé : d'après les *Statistiques sanitaires mondiales 2008*, il n'y avait que 6 docteurs et 17 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants. En outre la diminution des ressources financières a entraîné une détérioration des services et les dépenses affectées à la santé représentaient environ 5 % du PIB en 2005. Les dépenses privées pour la santé, la plupart non remboursées, représentent plus de la moitié des dépenses de santé totales.

Autre problème pour le Sri Lanka, comment assurer la sécurité alimentaire de ses habitants, en particulier si les prix des denrées alimentaires restent élevés au niveau mondial. Le pays a toujours des taux de dénutrition élevés chez ses nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans et les dernières estimations internationales signalent que plus d'un nouveau-né sur 5 présentent des insuffisances pondérales à la naissance et 23 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale modérée et grave. Pour soutenir les avancées obtenues en matière de santé néonatale et infantile, il faut absolument améliorer le niveau d'allaitement exclusivement au sein pour les enfants de moins de six mois, qui n'est actuellement que de 53 %.

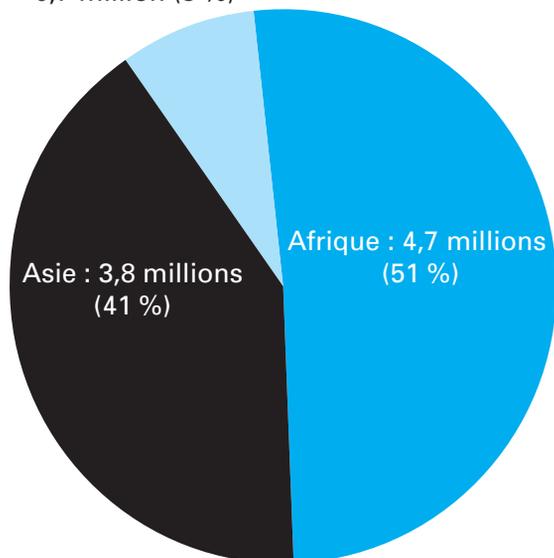
Voir *Références*, page 107.

La place centrale de l'Afrique et de l'Asie dans les problèmes mondiaux de survie des femmes et des enfants

Dans le monde, ce sont les continents de l'Afrique et de l'Asie* qui présentent les défis les plus importants en termes de survie des enfants et des femmes. Leurs progrès dans des domaines cruciaux, comme la santé maternelle et infantile, la nutrition et l'éducation, entre autres, revêtent une importance cruciale pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Décès des enfants de moins de 5 ans, 2007

Reste du monde :
0,7 million (8 %)



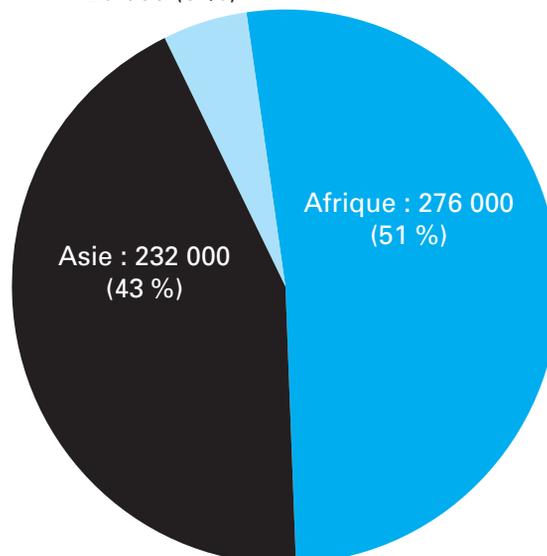
Source : bases de données mondiales de l'UNICEF

Décès parmi les enfants de moins de 5 ans

- En 2007, 9,2 millions d'enfants sont morts avant d'avoir 5 ans. L'Afrique et l'Asie représentent 92 % de ces décès.
- La moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans sont survenus en Afrique, qui reste la région du monde où un enfant a le plus de mal à survivre jusqu'à l'âge de 5 ans.
- Bien que l'Asie ait fait chuter de manière remarquable son nombre annuel de décès d'enfants depuis 1970, elle enregistre encore 41 % du total des décès d'enfants de moins de 5 ans en 2007.

Décès maternels, 2005

Reste du monde :
28 000 (5 %)



Source : bases de données mondiales de l'UNICEF

Décès maternels

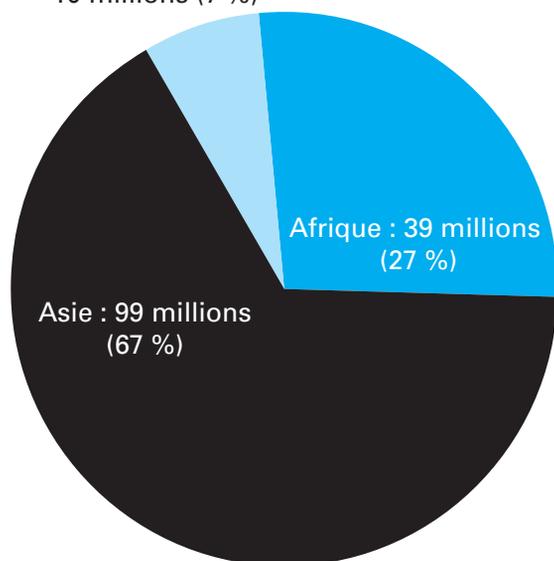
- En 2005, la dernière année pour laquelle on dispose d'estimations fiables, 536 000 femmes sont mortes de causes liées à leur grossesse ou à l'accouchement, selon ces estimations. Presque tous ces décès maternels – 95 % – sont survenus en Asie ou en Afrique.
- L'Afrique est le continent où le taux de mortalité maternelle est le plus élevé, 820 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, selon les estimations. Le taux de décès maternel en Asie est de 350 pour 100 000 naissances vivantes.
- En Afrique, le risque de décès maternel sur la vie entière est de 1 sur 26, quatre fois plus élevé qu'en Asie et plus de 300 fois plus élevé que dans les pays industrialisés.

Le problème des décès maternels et infantiles en Afrique et en Asie – pour chacun des deux continents et pour les deux mis ensemble – est souvent sous-estimé car l'on manque d'estimations à l'échelle du continent des principaux indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement. Ce tableau présente un instantané des principaux indicateurs concernant les enfants et les mères pour l'Afrique et l'Asie et ensemble ils offrent une perspective qui complète les données ventilées présentées dans les Tableaux statistiques, pages 113-157 de ce rapport.

Les données agrégées concernant les enfants de ces deux vastes continents rappellent clairement à quel point il est important de progresser rapidement dans toute l'Afrique et dans toute l'Asie pour atteindre les buts du développement à l'échelle mondiale. Il faut toutefois garder à l'esprit les disparités souvent considérables en ce qui concerne la situation des femmes et des enfants et le rythme des progrès entre pays et entre continents. La question des disparités et inégalités affectant les enfants sera examinée plus en détail dans les prochaines éditions de *La Situation des enfants dans le monde*.

Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, 2007

Reste du monde :
10 millions (7 %)



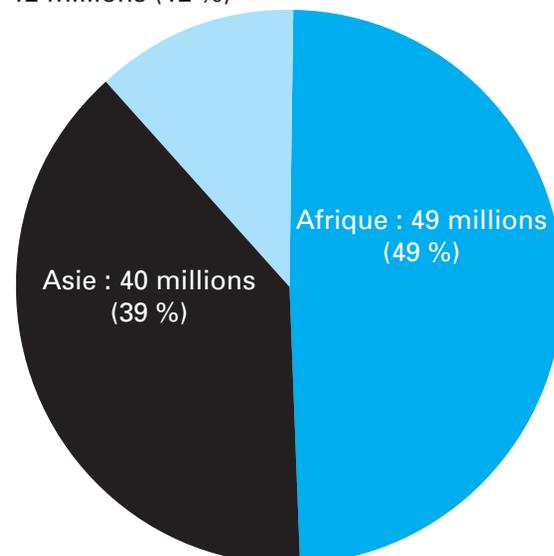
Source : bases de données mondiales de l'UNICEF.

Statut nutritionnel des jeunes enfants

- En 2007, 148 millions d'enfants de moins de 5 ans du monde en développement présentaient une insuffisance pondérale pour leur âge.
- Les deux tiers de ces enfants vivent en Asie, et un peu plus d'un quart vivent en Afrique.
- L'Afrique et l'Asie abritent ensemble 93 % des enfants de moins de 5 ans du monde en développement présentant une insuffisance pondérale.

Enfants en âge d'aller à l'école primaire qui ne sont pas scolarisés, 2007

Reste du monde :
12 millions (12 %)



Source : bases de données mondiales de l'UNICEF.

Éducation primaire

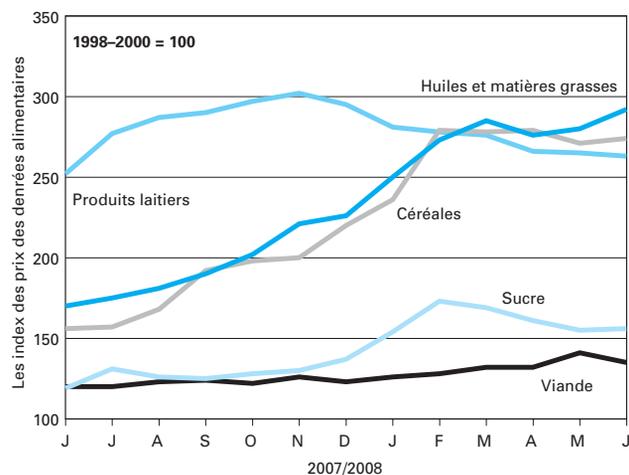
- En 2007, 101 millions d'enfants de l'âge de fréquenter l'école primaire n'étaient pas scolarisés.
- Près de la moitié de ces enfants vivent en Afrique, et 39 % en Asie.
- Pour ces deux régions, environ 20 % des filles et 16 % des garçons en âge d'aller à l'école primaire ne sont pas scolarisés ou ne fréquentent pas l'école primaire.

* L'Afrique comprend tous les États membres de l'Union africaine. L'Asie comprend les pays des régions d'Asie de l'Est/Pacifique et d'Asie du Sud. Le total des chiffres peut ne pas toujours représenter 100 % car il a été arrondi.

La crise alimentaire mondiale et son impact potentiel sur la santé maternelle et néonatale

La récente flambée des prix des denrées alimentaires dans le monde, qui a commencé en 2006 et a continué en 2007-2008, illustre bien la vulnérabilité de millions de personnes face à la faim et à la dénutrition, surtout dans les pays où la sécurité alimentaire reste un problème majeur. On assiste à des augmentations marquées pour des aliments de base comme les huiles végétales, les céréales, les produits laitiers et le riz. Même si les fluctuations de prix sont choses courantes pour les produits de base, la situation en 2008 est différente en ce que la flambée des prix mondiaux n'affecte pas seulement quelques rares marchandises mais presque toutes les denrées alimentaires et aliments pour animaux.

Figure 1.8
Les prix des denrées alimentaires ont fortement augmenté dans toutes les catégories*



* Les index des prix des denrées alimentaires cités ci-dessus représentent la moyenne pondérée des indices des prix pour les produits de base dans chacun des groupes ci-dessus. Les pondérations sont faites en fonction de la part moyenne à l'exportation de chacune des catégories pour la période 1998-2000. Par exemple, l'indice des prix des oléagineux et matières grasses a été établi à partir de la moyenne de 11 huiles différentes (y compris les huiles animales et de poisson), pondérée en fonction de la part moyenne à l'exportation de chaque produit pour la période 1998-2000. Pour plus de détails sur la composition des indices de prix pour chacune des catégories de produits, voir Source.

Source : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Indices des prix alimentaires, <http://www.fao.org/worldfoodsituation/foodpricesindex/fr/>, consulté le 1er août 2008

En juin 2008, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture des Nations Unies avait noté 22 pays en développement qui se trouvaient dans une situation particulièrement vulnérable face à la crise alimentaire. Cette évaluation reposait sur une combinaison de trois facteurs de risque :

- un taux de prévalence de l'insuffisance pondérale de 30 % ou plus dans la population
- une forte dépendance vis-à-vis des importations d'aliments de base comme le riz, le blé et le maïs
- une forte dépendance vis-à-vis des importations de produits pétroliers.

Les Comores, l'Érythrée, Haïti, le Libéria et le Niger font partie des pays où ces trois facteurs ont atteint un niveau inquiétant. On ne s'étonnera pas que la plupart de ces nations fassent partie des pays les moins avancés et aux revenus les plus bas. Mais même dans ces pays, ce sont les couches les plus démunies de la popu-

lation, celles qui dépensent la majorité de leurs revenus disponibles en nourriture, qui seront vraisemblablement le plus éprouvées par la crise alimentaire.

Répondre aux besoins nutritifs particuliers des mères et des nouveau-nés

Lors des situations d'urgence comme une crise alimentaire, les femmes enceintes ou qui allaitent, ainsi que leurs nourrissons, font partie de ceux pour qui le risque de dénutrition est le plus élevé, à cause de leurs besoins caloriques plus élevés. Ainsi, les femmes enceintes doivent ingérer près de 285 calories de plus par jour, et celles qui allaitent ont besoin de 500 calories supplémentaires. Leurs besoins en micronutriments sont également plus élevés, et elles doivent prendre suffisamment de fer, de folate, de vitamine A et d'iode pour se maintenir en bonne santé, elles et leur bébé.

Face à la crise alimentaire, la FAO a demandé une intervention rapide au niveau de l'approvisionnement, afin de revenir à un meilleur équilibre entre l'offre et la demande de nourriture, surtout dans les pays les plus éprouvés. De plus, dans les pays recevant une aide alimentaire, des politiques doivent être mises en place pour rééquilibrer des schémas de répartition de la nourriture entre différents membres de la famille qui pourraient avoir pour résultat que les femmes enceintes ou qui allaitent consomment moins que ce dont elles ont besoin. Quand on offre une aide alimentaire aux personnes qui risquent le plus de manquer de nourriture ou de souffrir de dénutrition, il faut prévoir un supplément pour les femmes enceintes, en général sous forme de rations à emporter, soit lors de la distribution générale, soit par le biais de programmes d'alimentation supplémentaire. Les femmes enceintes ou qui allaitent auront peut-être aussi besoin d'autres interventions complémentaires liées à la nutrition, comme l'enrichissement des aliments, une supplémentation en micronutriments, des rations supplémentaires d'eau potable, une prise en charge du paludisme en cours de grossesse, une gestion prophylactique des parasites internes ainsi que des conseils de sensibilisation à la nutrition.

Les campagnes de communication et de sensibilisation sur l'aide alimentaire devraient insister sur les besoins nutritifs spécifiques des femmes enceintes ou qui allaitent et inclure des messages aux familles et aux communautés expliquant pourquoi celles-ci reçoivent un supplément de nourriture. Les messages d'information devraient rappeler l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, avec une alimentation complémentaire pour les nourrissons plus âgés. Comme le VIH peut être transmis par le lait maternel, en ce qui concerne les mères séropositives, les pratiques en matière d'allaitement peuvent différer en fonction de la disponibilité d'aliments de substitution sans danger.

L'information et les mécanismes d'alerte rapide continuent de jouer un rôle crucial car ils permettent de prendre en temps utile des mesures appropriées et d'éviter bien des souffrances. Le Système mondial d'information et d'alerte rapide de la FAO est en train de prouver sa capacité à alerter le monde entier dès le début d'une pénurie alimentaire. Il faudra en faire plus, cependant, pour créer des mécanismes fiables de réaction aux crises alimentaires et pour élaborer des politiques nationales et internationales qui donnent la priorité à une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable – et tiennent compte des besoins spécifiques des femmes et des jeunes enfants.

Voir Références, page 107.

2 Instaurer des conditions favorables à la santé maternelle et néonatale



L'amélioration de la santé maternelle et néonatale passe par la mise en place de services essentiels à des moments critiques et en des lieux clés où ils peuvent être facilement accessibles aux femmes et aux enfants. Il ne suffit pas, pour établir et consolider ce continuum des soins de santé, d'améliorer les interventions de soins de santé primaires; il faut encore créer un environnement favorable aux mères et aux enfants, susceptible de protéger et de promouvoir leurs droits. Le deuxième chapitre de La Situation des enfants dans le monde 2009 étudie les éléments fondamentaux de cet environnement favorable et la façon dont il renforce l'action menée pour améliorer les soins de santé primaires.

En octobre 2008, plus de 500 responsables de la santé venus de 65 pays différents se sont réunis à Almaty (Kazakhstan) pour une conférence internationale qui marquait le 30^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Les délégués ont échangé les expériences acquises au cours des trois décennies passées et renouvelé leur engagement en faveur des principes de soins de santé primaires pour renforcer les systèmes de santé. L'Organisation mondiale de la Santé a lancé le Rapport sur la santé dans le monde 2008, qui abordait également le thème des soins de santé primaires, à la veille de la conférence.

La déclaration d'Alma-Ata, aboutissement d'une réunion semblable organisée par l'UNICEF et l'OMS en 1978 dans la même ville, fixait de fait une nouvelle orientation à la santé publique. Elle proposait d'élargir les soins de santé au-delà des interventions médicales pour aborder les problèmes sociaux, culturels et d'infrastructure qui entravaient la prestation de services de santé de qualité à tous leurs citoyens. Un axe essentiel de l'approche des soins de santé primaires qui

s'est dégagée d'Alma-Ata coïncide avec l'objet du présent rapport : les soins maternels et infantiles. Parmi les autres priorités essentielles figuraient la lutte contre les maladies, l'accès à la planification familiale, l'approvisionnement en eau salubre et l'assainissement. Il s'agissait d'encourager les citoyens à participer à leurs propres soins de santé, notamment en ce qui concerne la prévention et l'adoption de comportements et de pratiques sanitaires¹. (Voir Encadré page 29)

Des progrès considérables ont été réalisés dans le monde en développement au cours des 30 dernières années, grâce à la lutte contre plusieurs grandes maladies, notamment la poliomyélite et la rougeole, et à la réduction de la mortalité infantile, en particulier au cours de la période post-néonatale (entre 29 jours et 5 ans). Toutefois, compte tenu de l'aggravation des inégalités en matière de soins de santé au sein des pays et entre les pays dans le monde en développement, le programme de soins de santé primaires complets établi à Alma-Ata – qui souligne l'importance d'un environnement favorable et des interventions préventives et curatives pour déterminer les résultats dans le domaine sanitaire –

est peut-être aussi pertinent aujourd'hui qu'il l'était en 1978.

Les responsables des politiques en matière de santé et les professionnels de la santé reconnaissent de plus en plus que les besoins interdépendants des femmes, des nouveau-nés et des enfants exigent le type de solutions préconisées dans la Déclaration d'Alma-Ata. Cette reconnaissance a abouti à un regain d'intérêt pour l'intégration des cadres de prestations de services de santé et à un soutien renouvelé. L'amélioration régulière de ces cadres, notamment par la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, introduite par l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé en 1992, et la collaboration entre les partenaires nationaux et internationaux au cours des deux dernières décennies ont été regroupés récemment en un modèle global qui intègre les programmes pour la santé maternelle et infantile, jusqu'ici souvent disparates : *le continuum des soins de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant*.

Le continuum des soins

Le continuum des soins vise à intégrer les soins de santé pour la mère, le

Les besoins interdépendants des femmes et des nouveau-nés exigent des solutions intégrées de soins de santé primaires.

nouveau-né et l'enfant. L'idée maîtresse est que les services essentiels aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants sont plus efficaces lorsqu'ils sont fournis sous forme de modules intégrés, aux étapes critiques du cycle de la vie de la mère et de l'enfant, au sein d'un système dynamique de soins de santé recouvrant des lieux clés et s'appuyant sur un environnement favorable aux droits des femmes et des enfants.

Les *points critiques* de la prestation de services sont l'adolescence, la pré-grossesse, la naissance, les phases postpartum et néonatale, la petite enfance et l'enfance.

Les *services essentiels pour la mère, le nouveau-né et l'enfant* comprennent les soins de santé de base, des soins de santé maternelle, néonatale et infantile de bonne qualité, une nutrition adéquate et l'amélioration des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ainsi que de bonnes pratiques d'hygiène.

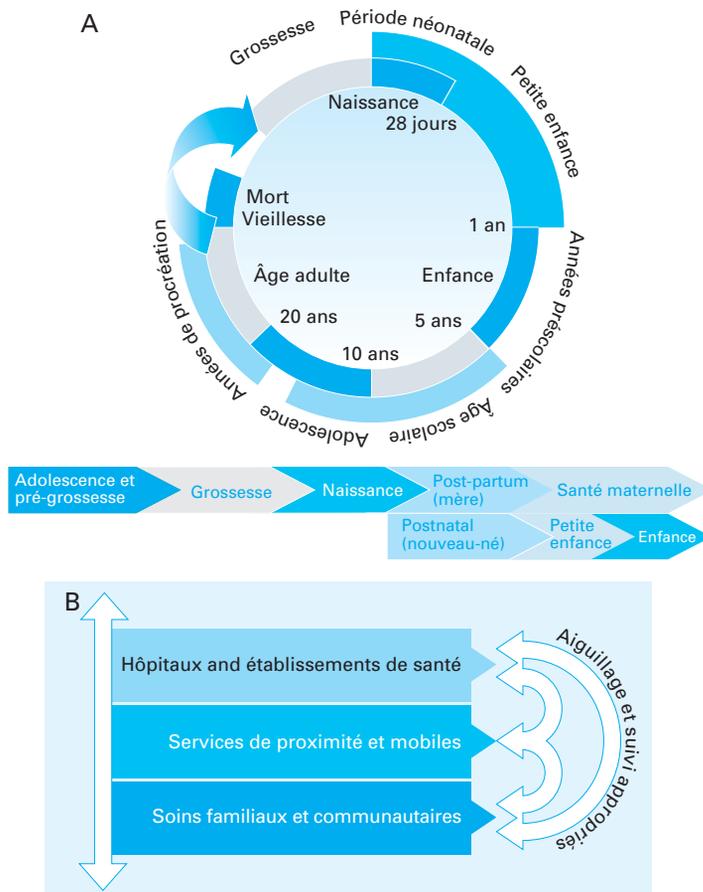
Les *principaux modes de prestation de services* sont le foyer et la communauté, les soins de proximité, les centres de soins externes et les établissements de santé².

Un *environnement favorable* est synonyme de respect des droits des femmes et des enfants; éducation de qualité; niveau de vie décent; protection contre les mauvais traitements, l'exploitation, la discrimination et la violence; participation des femmes, sur un pied d'égalité avec les hommes, à la vie familiale, communautaire, sociale et politique; autonomisation des femmes; et participation plus active des hommes aux soins maternels et infantiles.

Figure 2.1

Le continuum des soins de santé

Lier les soins durant le cycle de vie (A) et aux lieux de soins (B). Adapté avec l'autorisation de Partnership for Maternal, Newborn and Child Health.



Source : Kevbes, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, p.1360.

Le continuum des soins de santé reflète largement un ensemble de principes stratégiques reposant sur les enseignements tirés d'un siècle d'évolution des systèmes de soins de santé et des pratiques médicales. Ces principes, qui ont fait l'objet d'une étude approfondie dans *La Situation des enfants dans le monde 2008*, sont résumés ci-après.

- Les actions visant à améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés

et des enfants sont plus efficaces et durables lorsqu'elles sont intégrées et offrent aux communautés et aux familles un ensemble d'interventions appropriées et au coût abordable.

- Les systèmes de santé sont plus utiles lorsqu'ils intègrent de façon dynamique les différents modes de soins – en institution, les services de proximité et mobiles, dans les foyers et les communautés.



La plupart des problèmes de santé que connaissent les femmes durant la grossesse peuvent être évités, dépistés et traités lors des visites prénatales. Cet agent de santé se prépare à mesurer la tension artérielle d'une femme enceinte dans un dispensaire, Bangladesh.

- Le renforcement des services de santé visant à améliorer les résultats pour les mères et les enfants consiste à conjuguer et à intégrer les atouts des approches verticale et horizontale dans les prestations, plutôt qu'à choisir une des deux approches particulière.
- Une approche fondée sur les résultats pour développer les systèmes de santé, axée sur des interventions efficaces et éprouvées, contribue à l'établissement des programmes et des politiques, et au suivi et à l'évaluation des progrès.
- L'obtention de résultats est facilitée par une action englobant les programmes, les politiques et les partenariats qui ont pour but d'améliorer les soins de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant³.

Ces préceptes forment la base des programmes, des politiques et des partenariats visant à établir et élargir le continuum de soins de qualité de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant. Toutefois, pour être véritablement efficace et pour tenter de relever le défi posé par la réunion d'Alma-Ata – offrir des soins de santé primaires à tous – les services essentiels aux mères et aux enfants doivent s'inscrire dans un environnement favorable, susceptible de protéger et de promouvoir leurs droits. Faute de mesures de lutte contre la

discrimination entre les sexes, les inégalités et les mauvais traitements infligés en particulier aux femmes et aux filles, toute action en faveur de l'amélioration des soins de santé primaires risque d'être beaucoup moins efficace, durable, voire impossible.

Prenons, par exemple, le problème de l'insuffisance pondérale à la naissance, qui représente un facteur déterminant dans 70 % des décès néonataux. La plupart des nouveau-nés ayant un poids insuffisant à la naissance ont connu un retard de croissance intra-utérine, généralement dû à la malnutrition ou à l'état de santé de la mère avant et pendant la grossesse. La majorité de ces cas se produisent en Asie du Sud, la région présentant les taux les plus élevés de dénutrition chez les filles et les femmes, et la seule présentant des preuves évidentes de discrimination entre les sexes en matière de nutrition chez les enfants de moins de cinq ans et les adolescents⁴.

Réduire la mortalité néonatale exige non seulement que les femmes aient accès à des soins prénatals et à la présence d'un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement, mais également que les filles et les femmes bénéficient d'une nutrition adéquate et de soins de santé dès la naissance, et tout au long de l'enfance, de l'adolescence, de leur vie de femme et de leurs années de procréation.

Mais ce n'est là qu'un exemple – d'autres cas pertinents seront étudiés dans ce chapitre – révélant la corrélation entre la survie et la santé des nouveau-nés et des enfants et la réalisation des droits des femmes. C'est la raison pour laquelle nous commençons notre étude du continuum des soins de santé aux mères et aux nouveau-nés par l'examen des différentes composantes d'un environnement favorable à la réalisation des droits des femmes et des filles.

Créer un environnement favorable aux femmes et aux enfants

Améliorer la santé maternelle et néonatale ne consiste pas simplement à améliorer la qualité et la couverture des services de maternité. Encore faut-il s'attaquer aux tendances telles que la méconnaissance des droits des femmes, ainsi que la discrimination structurelle et les mauvais traitements dont sont souvent victimes les filles et les femmes, et les inverser.

La discrimination fondée sur le sexe – souvent transmise de génération en génération par la tradition culturelle et des normes économiques, sociales et politiques – a de nombreux effets pervers. Elle peut priver les filles et les femmes de l'accès à l'éducation qui, comme le démontre plusieurs études, peut réduire leur exposition aux risques de mortalité maternelle et infantile⁵. Elle peut aussi les empêcher de chercher à obtenir ou de bénéficier de soins de santé adéquats et d'une préparation à la vie active, essentielle pour les protéger contre les infections sexuellement transmissibles – y compris le VIH – un espacement insuffisant des naissances, la violence,

Encourager des comportements sains pour les mères, les nouveau-nés et les enfants : le guide *Savoir pour Sauver*

Pour créer un environnement favorable à la santé de la mère et du nouveau-né, il faut modifier les comportements discriminatoires à l'encontre des femmes et des filles et adopter des pratiques sanitaires qui les protègent des maladies et des blessures. Des pratiques sanitaires, comme l'allaitement du nouveau-né exclusivement au sein pendant les six premiers mois de sa vie ou le lavage des mains avec du savon, doivent se fonder sur des données factuelles et établies par des spécialistes de la médecine.

Pour permettre aux femmes et aux filles de se prendre en charge, et pour soutenir la santé des mères et des nouveau-nés, il est essentiel de décrire ces pratiques aux parents et autres dispensateurs de soins en termes non techniques. Il y a vingt ans, huit institutions des Nations Unies – l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, le Programme des Nations Unies pour le développement, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, le Programme alimentaire mondial et la Banque mondiale – ont publié ensemble un guide destiné à transmettre à tout le monde ces connaissances vitales. Le guide, appelé *Savoir pour Sauver*, s'adressait aux communicateurs – agents de santé, médias, fonctionnaires gouvernementaux, médias, organisations non gouvernementales, enseignants, autorités religieuses, employeurs, syndicats, associations féminines, organisations communautaires et autres. Sa troisième édition, publiée en 2002, abordait toute une gamme de sujets :

- L'espacement des naissances
- La maternité sans risques
- Le développement et l'apprentissage du jeune enfant
- L'allaitement maternel
- La nutrition et la croissance
- La vaccination
- La diarrhée
- La toux, les rhumes et autres maladies plus graves
- Le paludisme
- Le VIH/SIDA
- La prévention des accidents
- Les catastrophes et les situations d'urgence

Des messages clés, concis et pratiques, y expliquaient en termes clairs les actions recommandées et offraient des informations supplémentaires sur tel ou tel problème.

Le guide se fondait sur un principe de base : une bonne communication va au-delà de la simple information. Cela nécessite également la présentation de l'information de manière simple et intéressante et une aide aux personnes pour qu'elles comprennent sa pertinence. Le guide examine aussi diverses manières d'intervenir et d'éliminer les obstacles et autres goulets d'étranglement.

Savoir pour Sauver a été diffusé un peu partout dans le monde : en 2002, plus de 15 millions d'exemplaires étaient en circulation, en 215 langues différentes. Une nouvelle édition du guide est en cours d'élaboration.



L'égalité des sexes offre un double dividende en améliorant la qualité de vie tant des femmes que des enfants.

les mauvais traitements et l'exploitation. La discrimination peut encore restreindre leur capacité de gagner leur vie quand elles deviennent adultes et les soumettre à une vie de servitude et d'asservissement lorsqu'elles se marient – souvent avant l'âge de 18 ans.

En outre, les femmes ont une charge de travail considérable, travaillent généralement de plus longues heures que les hommes, et n'ont souvent pas le temps de se reposer et de se distraire.

Créer un environnement favorable à la santé de la mère et du nouveau-né passe par l'élimination des obstacles sociaux, économiques et culturels qui perpétuent les inégalités et la

discrimination entre les sexes. Il s'agit d'intervenir sur plusieurs fronts : éduquer les filles et les femmes, et réduire la pauvreté; protéger les filles et les femmes contre la maltraitance, l'exploitation, la discrimination et la violence; encourager leur participation et leur mobilisation dans les décisions liées à la vie familiale, économique et politique; et leur donner les moyens d'exiger le respect de leurs droits et l'accès aux services essentiels. Un environnement favorable passe aussi par une plus forte participation des hommes aux soins à la mère et au nouveau-né et à la lutte contre la discrimination et les inégalités entre les sexes. La suite de ce chapitre examine brièvement chacun de ces défis.

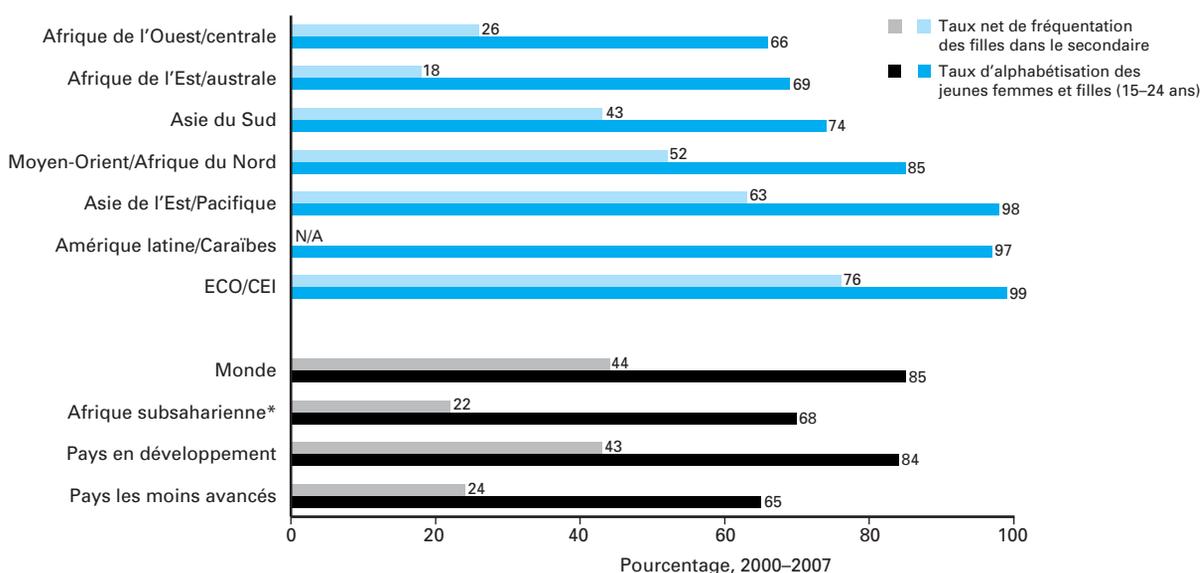
Une éducation de qualité et un niveau de vie décent

Garantir un enseignement de qualité

L'éducation est un droit pour les enfants et les adolescents en vertu de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, de la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 et d'autres instruments relatifs aux droits de l'homme⁶. Elle joue également un rôle central dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale, la réduction de l'incidence des mariages d'enfants – avec leurs conséquences largement inévitables de grossesses et de maternités précoces – l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim, et

Figure 2.2

Bien qu'il s'améliore, le niveau d'instruction des jeunes femmes reste faible dans plusieurs régions en développement



* L'Afrique subsaharienne comprend les régions de l'Afrique de l'Est/australe et de l'Afrique de l'Ouest/centrale.

Sources: Taux d'alphabétisation des adolescentes — Institut de la statistique de l'UNESCO. Taux net de fréquentation des filles dans le secondaire — Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et Enquêtes démographiques et sanitaires.

Soins de santé primaires : il y a 30 ans, Alma-Ata

La Déclaration d'Alma-Ata de 1978 a été révolutionnaire en ce sens qu'elle a relié l'approche de la santé fondée sur les droits à une stratégie viable pour y parvenir. La déclaration issue des travaux de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires a identifié les soins de santé primaires comme étant la clé de la réduction des inégalités en matière de santé entre les pays et en leur sein, ce qui contribue à la réalisation de l'objectif ambitieux mais non encore atteint de « La santé pour tous » à l'horizon 2000. Les soins de santé primaires ont été définis dans ce document comme étant « des soins de santé essentiels », fondés sur des interventions scientifiquement éprouvées. Ces services devaient être rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles à un coût que la communauté et le pays puissent assumer. Les soins de santé primaires devaient comprendre huit éléments : une éducation concernant les problèmes de santé; une nutrition adéquate; des soins de santé maternelle et infantile; des mesures d'assainissement de base; un approvisionnement suffisant en eau salubre; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales; le traitement des maladies et blessures courantes; et la fourniture de médicaments essentiels.

La Déclaration d'Alma-Ata appelle les gouvernements à élaborer des politiques nationales visant à introduire les soins de santé primaires dans leur système national de santé. Elle insiste sur l'importance des soins de santé communautaires qui reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays. Ce modèle permettrait de « rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent » en leur permettant de se faire traiter par des agents de santé communautaires, des infirmières et des médecins dûment préparés. Un tel modèle devrait également favoriser l'autosuffisance des individus au sein d'une communauté et leur participation à la planification et au fonctionnement des programmes de soins. Des systèmes d'aiguillage viendraient compléter la gamme de soins en offrant des services complets aux personnes qui en ont le plus besoin – les plus pauvres et les plus marginalisées.

La Conférence d'Alma-Ata est animée du même esprit que le mouvement pour la justice sociale qui a abouti à la Déclaration de 1974 sur la création d'un nouvel ordre économique international. Tous deux soulignent l'interdépendance de l'économie mondiale et préconisent des transferts d'aide et de connaissances pour inverser la tendance à l'accroissement du clivage économique et technologique entre pays industrialisés et pays en développement dont la croissance a, dans de nombreux cas, été entravée par la colonisation. Alma-Ata s'est aussi inspiré des exemples d'innovations communautaires dans les pays pauvres après la seconde guerre mondiale. Les dispensaires pour les enfants de moins de cinq ans au Nigéria, les médecins aux pieds nus en

Chine et les systèmes de santé cubain et vietnamien ont démontré que la santé pouvait progresser sans l'infrastructure dont disposent les pays industrialisés.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata a elle-même marqué une étape importante. Elle fut à l'époque la plus grande conférence internationale jamais organisée sur un thème unique de la santé et du développement international – 134 pays et 67 organisations non gouvernementales y ont participé. Pourtant, elle a dû faire face à nombre d'obstacles pour tenir sa promesse. D'une part, la déclaration était non contraignante. Il y eut, dès le départ, des désaccords conceptuels sur la manière de définir des termes fondamentaux tels que « l'accès universel », qui persistent aujourd'hui. Dans le contexte de la guerre froide, ces termes ont révélé les divergences idéologiques marquées entre les mondes capitaliste et communiste, une discordance peut-être accentuée par le fait que la Conférence d'Alma-Ata a eu lieu dans un pays qui était alors l'Union soviétique.

Avec la décennie qui a suivi les années 1970, un environnement économique tumultueux a contribué à détourner l'attention des soins de santé primaires en faveur du modèle plus abordable des soins de santé sélectifs, axé sur des maladies et des conditions particulières. Néanmoins, malgré les résultats mitigés des soins de santé primaires dans les pays où ce modèle a été mis en œuvre, les progrès réalisés en matière de santé publique illustrent la flexibilité et l'applicabilité du modèle communautaire.

Les progrès insuffisants pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement, auxquels s'ajoutent les menaces que les changements climatiques, la pandémie de grippe et la crise alimentaire mondiale font peser sur la santé et la sécurité mondiale, ont conduit à un regain d'intérêt pour les soins de santé primaires d'ensemble. Pourtant, les nombreux problèmes qui ont entravé la mise en œuvre de la Déclaration d'Alma-Ata persistent et doivent être résolus pour atteindre ce but aujourd'hui. En s'appuyant sur les éléments de plus en plus nombreux qui montrent l'efficacité d'initiatives d'un bon rapport coût-efficacité et en intégrant les soins au niveau des foyers et des communautés, avec des services fournis par des centres de santé et des services de proximité – tels que les services de santé maternelle et infantile décrits au Chapitre 3 – on permettra aux gouvernements, aux partenaires internationaux et aux organisations de la société civile de revitaliser les soins de santé primaire.

Voir Références, page 108.



© UNICEF/HO05-2374/Anita Khemka

Les prestataires de soins de proximité offrent des services essentiels aux communautés et aux familles. Un agent de santé communautaire consulte la courbe de croissance des nouveau-nés lors d'une séance d'enseignement destinée aux jeunes mères, en Inde.

l'amélioration de la prise de conscience des risques sanitaires et de la préparation à la vie active. On sait que la discrimination à l'égard des filles et des femmes commence très tôt, aussi conviendrait-il, dès l'enseignement préscolaire, de promouvoir l'égalité des sexes, le respect des droits des femmes, et la participation plus active des pères à l'éducation des enfants.

Garantir un enseignement de qualité aux filles et aux jeunes femmes est un grand défi des Objectifs du Millénaire pour le développement, qui visent à instaurer l'éducation primaire universelle (OMD 2) et à éliminer les inégalités entre filles et garçons à tous les niveaux de l'enseignement, à l'horizon 2015, dans le cadre des efforts menés pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3).

Bien que des progrès considérables aient été accomplis vers la parité des

sexes dans l'enseignement primaire – toutes les régions sont actuellement considérées comme étant sur la bonne voie pour atteindre cet objectif – il existe encore des lacunes importantes dans plusieurs pays, en particulier en Afrique centrale et de l'Ouest. En outre, ces lacunes sont plus lentes à combler dans le secondaire⁷.

La recherche a confirmé depuis longtemps les mérites de l'éducation, non seulement pour les femmes et les filles, mais aussi pour les familles et les sociétés. Des études montrent que les adolescentes instruites sont plus susceptibles d'attendre d'avoir dépassé l'adolescence – période où les risques de la grossesse sont les plus élevés – avant de fonder une famille, et ont également plus de chances d'avoir un bébé sain⁸. Les avantages de retarder la grossesse jusqu'à la période qui suit l'adolescence sont considérables, comme en témoignent les faits suivants :

- Les décès maternels liés à la grossesse et l'accouchement sont la principale cause de mortalité chez les filles de 15-19 ans dans le monde entier, soit 70 000 décès par an⁹.
- Plus une fille est jeune au moment où elle est enceinte, plus les risques en matière de santé sont élevés. Les filles qui ont un enfant avant l'âge de 15 ans courent cinq fois plus de risques de mourir pendant l'accouchement que les femmes qui ont plus de 20 ans¹⁰.
- Si une mère a moins de 18 ans, le risque que son enfant meure avant d'avoir atteint l'âge d'un an est de 60 % supérieur à celui d'un enfant dont la mère a plus de 19 ans¹¹.
- Même si l'enfant survit, il court plus de risques de souffrir d'une insuffisance pondérale à la naissance, de malnutrition et d'un

Pour créer un environnement favorable à la santé de la mère et du nouveau-né, il faut lever les obstacles sociaux, culturels et économiques qui perpétuent les inégalités entre les sexes.

retard du développement physique et cognitif¹².

Les avantages de l'éducation vont au-delà de la réduction des risques de décès maternel et néonatal et des problèmes de santé. La recherche montre que les femmes instruites sont plus susceptibles de retarder le moment du mariage, de faire vacciner leurs enfants, d'être mieux informées sur la nutrition pour elles-mêmes et leurs enfants, et d'adopter des pratiques plus efficaces d'espace-temps des naissances. À leur tour, leurs enfants affichent un taux de survie plus élevé que ceux des femmes sans instruction et sont généralement mieux nourris¹³.

L'éducation est également essentielle à la réalisation des droits des femmes. Elle renforce l'influence des femmes dans les décisions du ménage et accroît leurs chances de participer à la vie économique et politique.

La protection contre les mauvais traitements, l'exploitation, la discrimination et la violence

Prévenir le mariage des enfants

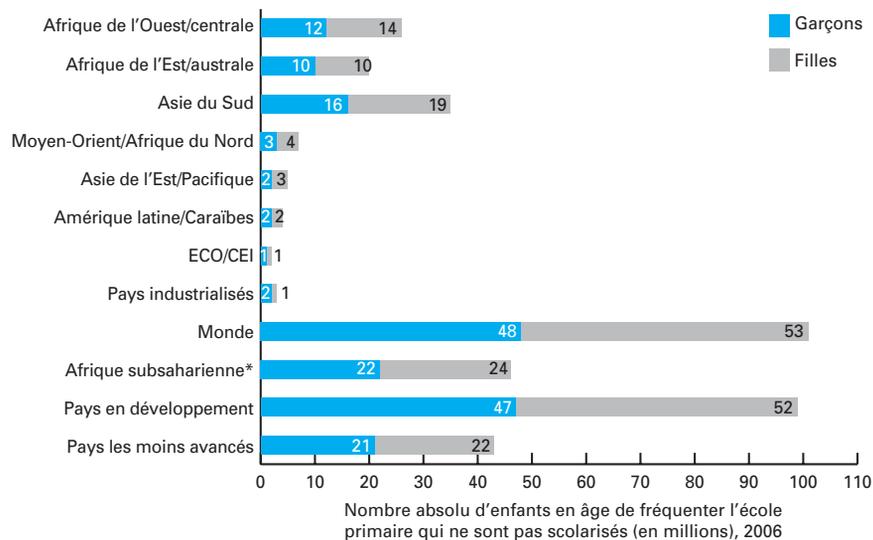
Le mariage des enfants constitue une violation des droits de l'enfant, compromet le développement des filles et aboutit souvent à des grossesses précoces et à un isolement social. Bien

que la question du mariage des enfants ne soit pas abordée directement dans la Convention relative aux droits de l'enfant, elle est liée à d'autres droits et est reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme qui stipule que « le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux » (article 16). La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes stipule que « les fiançailles et les mariages d'enfants n'ont pas d'effet juridique » et demande aux États de fixer un âge minimal pour le mariage et de rendre obligatoire l'inscription du mariage sur un registre officiel (article 16). En dépit de l'engagement international de faire évoluer les choses, de nombreuses sociétés et communautés, soumises à de fortes pressions sociales au niveau de la communauté, continuent à pratiquer le mariage de leurs jeunes filles et fils. Dans le monde entier, plus de 60 millions de femmes âgées de 20-24 ans se marient avant d'avoir 18 ans¹⁴. Dans le monde en développement, à l'exclusion de la Chine, les estimations internationales les plus récentes indiquent que 36 % des femmes de 20-24 ans sont mariées ou vivent en concubinage avant l'âge de 18 ans. Dans certaines régions, l'incidence du mariage des enfants est particulièrement élevée, soit 49 % en Asie du Sud, et 44 % en Afrique de l'Ouest et centrale, selon les dernières estimations¹⁵.

Outre un risque accru de mortalité maternelle due à la grossesse et à l'accouchement, les épouses adolescentes sont également plus exposées à la violence, aux mauvais traitements et à l'exploitation. Les mariages d'enfants augmentent également les risques

Figure 2.3

Malgré des progrès considérables, les filles en âge de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas scolarisées restent un peu plus nombreuses que les garçons



* L'Afrique subsaharienne comprend les régions de l'Afrique de l'Est/australe et de l'Afrique de l'Ouest/centrale.

Source : estimations obtenues par la Section de l'information statistique, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, en utilisant les données sur la fréquentation scolaire des enquêtes effectuées auprès des ménages (Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et Enquêtes démographiques et sanitaires) et l'Institut de la statistique de l'UNESCO.

d'abandon scolaire pour les jeunes filles – avec les conséquences que l'on sait pour la santé maternelle et néonatale et leur capacité de gagner leur vie. Cette situation favorise à son tour l'engrenage de la discrimination fondée sur le sexe, les familles les plus pauvres étant plus disposées à permettre le mariage précoce de leurs filles pour des raisons économiques¹⁶.

Étant donné les risques sanitaires liés à la grossesse et à l'accouchement chez les adolescentes (voir page 34), la plus forte probabilité de grossesse précoce inhérente au mariage des enfants, et l'incidence élevée de cette pratique dans plusieurs régions en développement, il est évident que l'amélioration de la santé maternelle exige que l'on mette fin au mariage des enfants.

Il s'agira, notamment, de renforcer la législation gouvernementale afin de fixer et de faire appliquer l'âge de 18 ans comme âge minimum légal du mariage, et de promouvoir l'enregistrement des mariages et des naissances afin d'établir l'âge des enfants.

Bien que le mariage d'enfants soit une pratique de moins en moins courante, globalement, le rythme du changement est lent. Pour faire évoluer les mentalités qui sont favorables à cette pratique, il faudra aussi s'attaquer aux inégalités entre les sexes. L'action de parties prenantes autres que les gouvernements, y compris les chefs religieux et communautaires, est essentielle, de même que la promotion de l'éducation, en particulier au niveau secondaire. Pour leur part,

la société civile et les médias peuvent encourager un dialogue ouvert pour faire évoluer les pressions économiques et les traditions sociétales qui perpétuent le mariage des enfants.

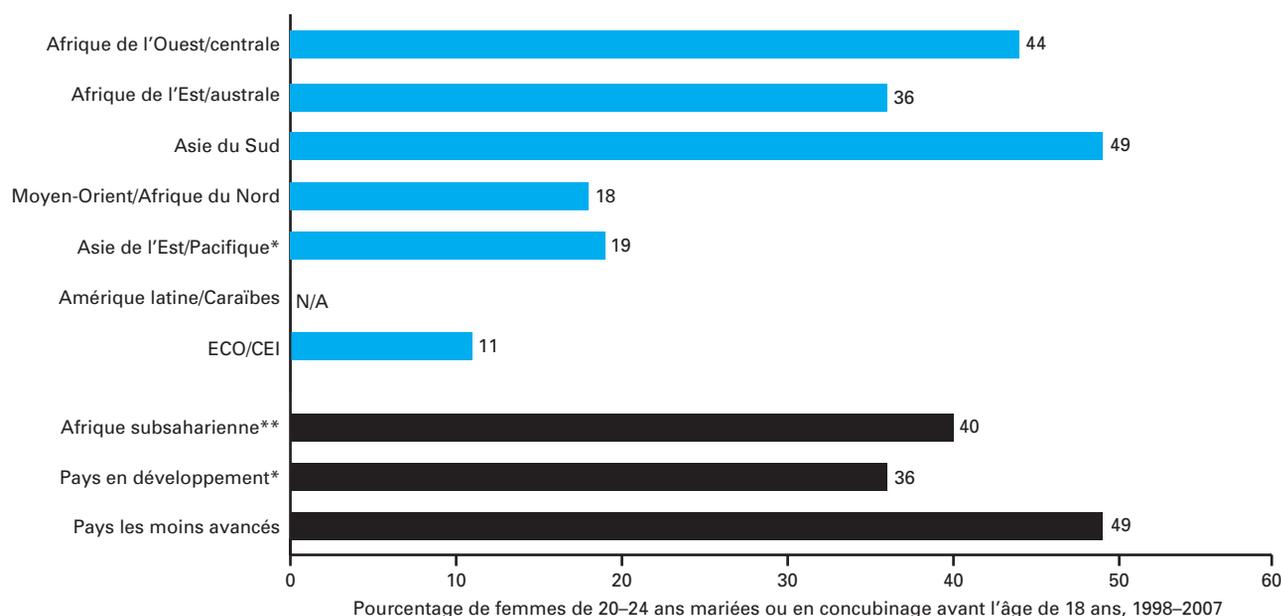
Abandonner les pratiques de mutilations génitales féminines/excision

La pratique des mutilations génitales féminines/excisions viole les droits fondamentaux des filles et des femmes, constitue une atteinte à leur intégrité mentale et physique, les prive de leur liberté de vivre à l'abri de la violence et de la discrimination et, dans les cas extrêmes, leur coûte la vie.

On estime qu'environ 70 millions de filles et de femmes de 15 à 49 ans, vivant dans 27 pays d'Afrique et du

Figure 2.4

Le mariage des enfants est une pratique très courante en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne



* À l'exception de la Chine. ** L'Afrique subsaharienne comprend les régions de l'Afrique de l'Est/australe et de l'Afrique de l'Ouest/centrale.

Source : enquêtes en grappes à indicateurs multiples, enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales.

Pallier la pénurie de personnel de santé : une tâche prioritaire pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né

La pénurie de personnel de santé qualifié représente l'un des principaux obstacles à la santé maternelle et néonatale. Une enquête menée en 2006 par l'Organisation mondiale de la Santé révèle que si l'Afrique représente plus de 24 % de la charge mondiale de morbidité, elle ne possède que 3 % des agents sanitaires et moins de 1 % des ressources consacrées à la santé, même en tenant compte des prêts et des dons de l'étranger. En revanche, la région des Amériques, qui couvre l'Amérique latine, les Caraïbes et l'Amérique du Nord, représente 10 % de la charge mondiale de morbidité, mais regroupe 37 % des agents sanitaires et plus de 50 % du montant total des ressources consacrées à la santé dans le monde.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, il manque près de 4,3 millions d'agents de santé dans toutes les régions du monde, sauf l'Europe. Plus précisément, il n'y a pas assez de personnel de santé qualifié – médecins, personnel infirmier ou sages-femmes – pour assurer un accompagnement des accouchements. Selon une étude de la Joint Learning Initiative, un pays a besoin en moyenne de 2,28 professionnels de la santé pour 1 000 habitants pour assurer le taux de couverture souhaité pour un accompagnement qualifié des accouchements. Sur les 57 pays qui se trouvent en dessous de ce seuil, 36 sont situés en Afrique subsaharienne. Bien qu'en valeur absolue, la pénurie la plus forte s'observe en Asie – surtout au Bangladesh, en Inde et en Indonésie – en valeur relative, c'est en Afrique subsaharienne qu'elle est la plus importante. Cette région devrait augmenter ses effectifs d'agents de santé de près de 140 % pour atteindre le seuil requis. Selon une estimation antérieure de l'OMS, il faudrait former 334 000 accoucheurs/ses qualifié(e)s dans l'ensemble du monde pour assurer une couverture de 73 % de tous les accouchements.

La pénurie de personnel de santé qualifié résulte de nombreux facteurs, y compris le manque d'investissements dans la formation et le recrutement, la faiblesse des incitations proposées aux agents de santé, le faible niveau de rémunération et le stress lié à ces professions. La forte migration des professionnels de la santé qualifiés des pays en développement vers les pays industrialisés – stimulée par l'essor de la demande de personnel sanitaire des pays industrialisés en raison du vieillissement de leur population – joue également un rôle à cet égard. Une enquête portant sur 10 pays africains a montré que la proportion de médecins formés sur place et qui exercent dans huit pays de l'OCDE représente 23 % de l'effectif des médecins restés au pays pour y travailler.

Moyen-Orient, ont subi cette pratique. Bien qu'en régression, elle reste très répandue dans plusieurs pays et communautés¹⁷.

Les mutilations génitales féminines et l'excision, outre le fait qu'elles constituent une violation des droits, font peser des risques graves sur les femmes lors de l'accouchement, accroissant les risques de complications telles que les dystocies et hémorragies post-partum en dehors du contexte hospitalier.

Une étude de l'Organisation mondiale de la Santé a montré que non seulement les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) portent atteinte à la santé procréative des femmes et causent de profondes souffrances, mais qu'elles peuvent aussi entraîner des saignements prolongés, des infections, divers troubles génésiques allant jusqu'à la stérilité, voire la mort. Ces pratiques affectent non seulement les mères mais aussi les nouveau-nés. Cette étude fournit des

Les tendances démographiques à l'intérieur des pays influencent également fortement la pénurie de personnel de santé.

L'urbanisation rapide des pays en développement accentue cette pénurie dans les zones rurales, les professionnels qualifiés préférant trouver du travail dans les agglomérations urbaines plus riches. Les agents de santé, qui sont généralement formés en milieu urbain, sont souvent réticents à s'établir en milieu rural estimant que le travail y est plus difficile, les conditions de vie plus élémentaires et l'accès aux équipements collectifs et de loisirs plus limité. Une enquête menée en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est montre, par exemple, que des postes ont été dédaignés en zones rurales pour trois raisons : revenus moins élevés, prestige plus faible et plus grand isolement social.

Le SIDA a, lui aussi, des conséquences dévastatrices sur les systèmes de santé dans les pays où il atteint des proportions épidémiques. Dans ces pays, les agents de santé sont confrontés aux mêmes risques dans leur vie privée que les autres habitants mais ils sont également exposés à des risques significatifs car ils travaillent dans des conditions où les équipements de protection et la prophylaxie sont souvent déficients. Une étude réalisée en 2004 en Afrique du Sud a révélé un taux de prévalence du VIH de 25 % chez les jeunes agents de santé. Ces professionnels méritent un niveau plus élevé de protection et de soins, notamment un renforcement de la dotation en équipements de protection, des protocoles de sécurité pour éviter les piqûres accidentelles d'aiguilles contaminées, une prophylaxie en cas d'exposition au virus, et des traitements antirétroviraux en cas d'infection par le VIH.

La mise en place d'un continuum de soins de qualité pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales exige des stratégies visant à réduire les déficits en personnel de santé. Si une partie de ce déficit peut être comblée par le recrutement et la formation d'agents de santé communautaires – qui ont révélé qu'ils avaient suffisamment d'ingéniosité pour fournir des services de base – il reste encore beaucoup à faire pour former des agents de santé qualifiés et les fidéliser, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

Voir Références, page 108.

preuves évidentes que les complications lors de l'accouchement sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes ayant subi des mutilations génitales. Elle révèle également que les mutilations génitales féminines et l'excision sont préjudiciables à la santé du bébé et entraînent un à deux décès périnataux supplémentaires pour 100 naissances¹⁸.

Les risques pour les mères et les nouveau-nés augmentent en fonction



Le renforcement des établissements de santé et des systèmes d'aiguillage constitue un moyen efficace d'améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. Une mère assiste à la pesée de son bébé dans un centre de santé maternelle et infantile en Côte d'Ivoire.

de la gravité de la mutilation, mais peuvent comprendre le choc, l'hémorragie, l'infection et l'ulcération de la zone génitale – facteurs qui accroissent les risques de mortalité maternelle et de souffrance néonatale¹⁹.

L'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision est indispensable pour une maternité sans risque et la réduction du nombre de décès néonataux. Les initiatives couronnées de succès au Sénégal et dans d'autres pays où les mutilations génitales féminines et l'excision sont très répandues reposent sur l'abandon collectif de cette pratique par le biais d'une responsabilisation de la communauté, d'un dialogue ouvert et d'un consensus collectif²⁰.

Éliminer la violence, les mauvais traitements et l'exploitation des femmes et des filles

La violence est répandue dans toutes les sociétés. Elle compromet la santé physique et psychologique et le bien-être psychologique de ses victimes. Les inégalités entre les sexes dans la

famille, sur le lieu de travail ou dans la société peuvent favoriser un contexte où la violence est tolérée.

On connaît depuis longtemps l'ampleur de la violence à l'égard des femmes et des filles et son impact sur celles-ci. Toutefois, jusqu'à une date relativement récente, la mesure de la violence se limitait dans une large mesure à des études spécifiques. Les études à grande échelle menées par l'Organisation mondiale de la Santé et les études récentes des Nations Unies sur la violence contre les femmes et les enfants ont révélé des niveaux étonnants de violence contre les femmes et les enfants, mais aussi des différences importantes à l'intérieur des pays et des régions²¹. La violence accroît les risques que courent les femmes de souffrir de problèmes de santé physique et procréative. Bien que nombre de ces études soient plutôt indicatives que démonstratives, elles révèlent une corrélation entre la violence contre les femmes et les jeunes filles et un risque accru de mortalité et de morbidité maternelles.

- Une étude portant sur 400 villages de l'Inde rurale a révélé que 16 % des décès de femmes enceintes étaient liés à des situations de violence conjugale²².
- La violence sexuelle, en particulier le viol, peut entraîner des grossesses involontaires, en particulier lorsqu'elle est utilisée comme arme de guerre dans des conflits tels que ceux de Bosnie-Herzégovine et du Rwanda, où les femmes étaient violées de façon répétée jusqu'à ce qu'elles soient enceintes²³.
- Les données disponibles semblent indiquer que les grossesses involontaires présentent davantage de risques que les grossesses désirées et que les femmes qui ont une grossesse non désirée ont moins de chances de bénéficier de soins prénatals précoces ou d'accoucher sous supervision médicale. Ces grossesses peuvent également présenter un risque plus élevé d'avortement non médicalisé – une cause importante de mortalité maternelle – de dépres-

Il est essentiel de lutter contre la violence à l'égard des femmes et des enfants pour améliorer la santé maternelle et néonatale.

sion, de suicide et de réactions hostiles de la part de la famille²⁴.

- La violence avant ou durant la grossesse peut accroître les risques que courent les mères et les enfants de souffrir de problèmes de santé tels que fausses couches, travail prématuré et souffrance fœtale. Elle peut aussi les empêcher de bénéficier de soins médicaux. Une étude menée en 2002 au Nicaragua, par exemple, a révélé que 16 % des cas de faible poids à la naissance chez les nourrissons étaient attribuables à la violence physique de la part d'un partenaire durant la grossesse²⁵.
- La violence à l'égard des femmes a aussi des conséquences sur leur santé procréative, notamment des douleurs chroniques, des meurtrissures et des cicatrices génitales, et des pertes de poids préjudiciables à leur santé²⁶.
- Les effets psychologiques de la violence à l'égard des femmes peuvent être dévastateurs, et comprennent la dépression, le stress et les troubles d'anxiété, le stress post-traumatique et parfois, le suicide²⁷.
- Les mères qui ont été victimes d'actes de violence ont souvent des difficultés à prodiguer à leurs bébés des soins et une alimentation appropriés. En outre, des données factuelles de plus en plus nombreuses laissent penser que les nourrissons et les jeunes enfants sont également exposés à la violence, et que le nombre de décès dus à la violence physique est sous-estimé²⁸.

La lutte contre la violence et la maltraitance à l'égard des femmes et des

filles comporte de multiples facettes et exige une action vigoureuse de la part des gouvernements, de la société civile, des partenaires internationaux et des communautés pour en combattre les causes et faire face à leurs conséquences directes et sous-jacentes. L'établissement de mécanismes complets portant sur la législation et son application, la recherche, les programmes et les budgets, l'écoute du point de vue des femmes et la vigi-

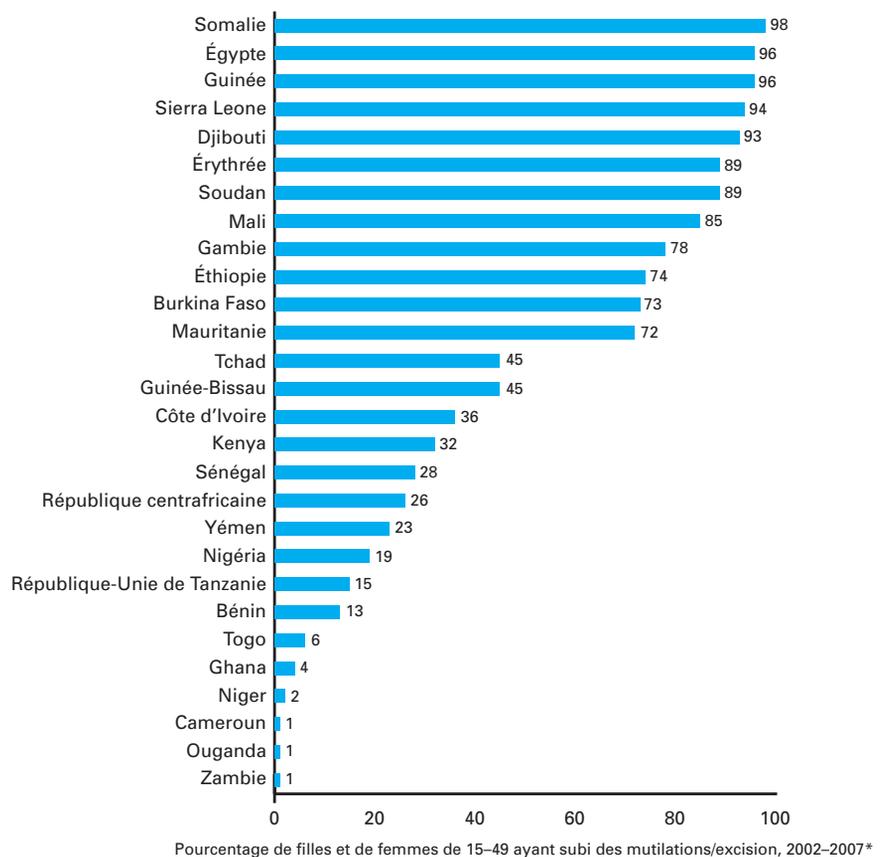
lance sont autant d'impératifs pour réduire le niveau actuel de violence.

La participation à la vie familiale, communautaire, économique, sociale et politique

La discrimination fondée sur le sexe peut empêcher les femmes – les principaux dispensateurs de soins aux enfants dans toutes les sociétés – de

Figure 2.5

Quoiqu'en déclin, les pratiques de mutilation génitale féminine/excision sont encore très répandues dans plusieurs régions en développement



* Les données concernent l'année la plus récente de la période considérée pour laquelle des données sont disponibles.

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et autres enquêtes nationales.

Vers une plus grande équité en matière de santé maternelle et néonatale

Par Cesar G. Victora, Professeur d'épidémiologie, Universidade Federal de Pelotas, Brésil

La question de l'égalité sur le plan de la santé et de l'accès aux soins de santé primaires bénéficie d'une attention accrue dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile. Des éléments nouveaux et des recherches récentes sur l'ampleur des disparités en matière de santé et dans d'autres domaines du développement corroborent cette tendance. Les inégalités sont définies comme étant des différences systématiques, injustes et évitables entre des groupes de population, qui incluent généralement des disparités liées à des facteurs tels que la situation socio-économique, le sexe, l'origine ethnique et le lieu de résidence.

La présence de soignants qualifiés lors de l'accouchement – une intervention essentielle pour améliorer la santé et la survie maternelles et néonatales – figure parmi les interventions sanitaires les plus inégalement réparties. La Figure 2.6 montre la proportion moyenne d'accouchements assistés par un personnel qualifié, sur la base des résultats des enquêtes nationales effectuées récemment dans des pays à revenu faible et intermédiaire. On constate des inégalités flagrantes entre les régions, l'Europe et l'Asie centrale présentant le niveau de couverture le plus élevé pour tous les groupes de revenus, et l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud étant les régions les plus à la traîne.

Outre les variations entre les régions, il existe dans chaque région d'importantes disparités socio-économiques – comme on l'a constaté en comparant la présence de soignants qualifiés lors de l'accouchement dans tous les quintiles de revenu. Parmi les 20 % plus pauvres des mères d'Asie du Sud, moins de 10 % des naissances se font en présence de personnel qualifié, contre 56 % pour les mères du quintile le plus riche de cette région. Les autres régions en développement présentent des disparités similaires;

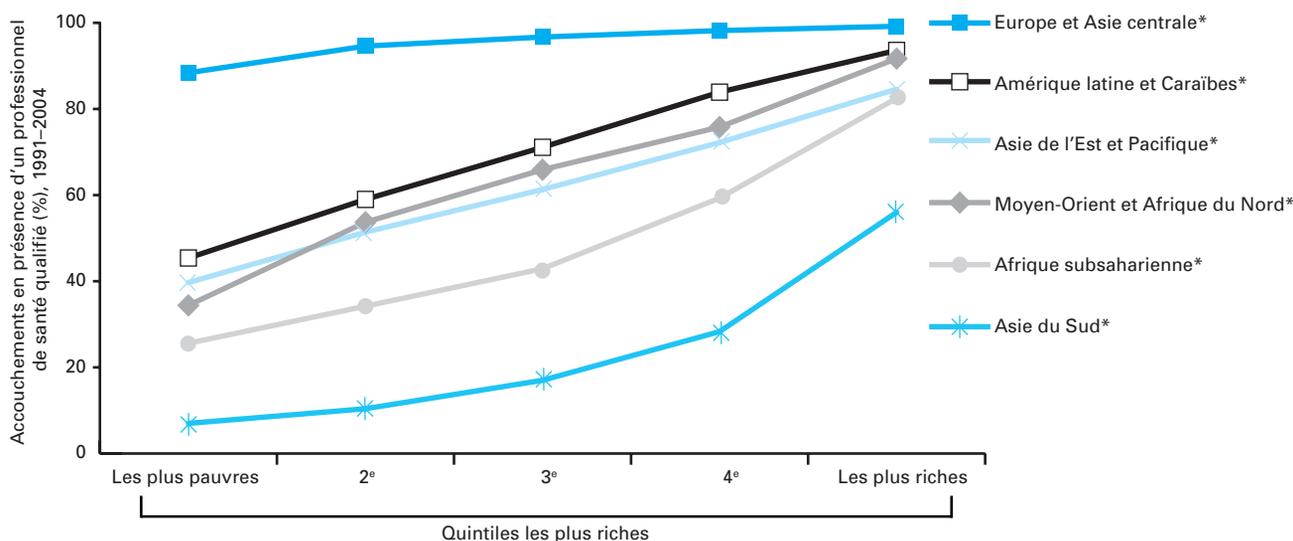
même en Europe et en Asie centrale – où la plupart des pays ayant fourni des données d'enquête sont d'anciennes républiques socialistes – la proportion d'accouchements assistés par des soignants qualifiés est nettement plus faible pour les femmes les plus pauvres que pour les plus riches.

D'autres mesures des disparités dans la prestation des soins de santé font apparaître des différences tout aussi marquées. Dans les pays en développement, les mères et les enfants vivant en milieu urbain ont généralement un meilleur accès aux soins de santé et un meilleur état de santé que ceux qui vivent en zone rurale. Les inégalités socio-économiques sont également marquées en milieu urbain, où les conditions sanitaires des habitants de taudis sont particulièrement mauvaises. À l'intérieur des pays, on relève également des différences considérables entre les États et les provinces en matière de santé maternelle et infantile, comme en témoignent les fortes variations des indicateurs de santé entre les États prospères du Sud du Brésil et les régions les plus pauvres du Nord-Est.

Les mères et les enfants pauvres sont mal desservis tout au long du continuum de soins. Des données provenant de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont été utilisées pour documenter la proportion de mères et d'enfants ayant bénéficié d'un ensemble de quatre interventions essentielles : soins prénatals, présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, soins postnatals et vaccination des enfants. La couverture pour ces quatre interventions était deux à six fois plus étendue – selon le pays – parmi les groupes les plus riches que parmi les groupes les plus pauvres. Cette structure inéquitable des soins de santé reflète et contribue à perpétuer l'exclusion sociale à laquelle sont confrontés les pays les

Figure 2.6

Mères ayant bénéficié de la présence d'un personnel sanitaire qualifié lors de l'accouchement, par quintile de richesse et région



* Voir Références page 108.

Source : Gwatkin, D. R., et al., *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: An overview*, Health, Nutrition and Population, Banque mondiale, Washington, D.C., septembre 2007, pp. 123–124.

plus pauvres et les groupes les plus marginalisés, et explique en partie pourquoi la mortalité maternelle, néonatale et infantile présente des variations socio-économique aussi marquées.

Les systèmes de santé ont un rôle important à jouer pour corriger ces disparités. Des exemples de l'ensemble du monde en développement montrent que des efforts considérables peuvent être déployés, et le sont, pour faire face aux disparités dans l'accès aux services essentiels et les atténuer.

- En République-Unie de Tanzanie, qui a privilégié les interventions visant à lutter contre les maladies qui affectent les mères et les enfants pauvres, et leur a accordé la priorité dans les budgets de santé des districts, la mortalité a reculé.
- Au Pérou, les départements (provinces) plus pauvres sont les premiers à recevoir les nouveaux vaccins, et ce n'est qu'une fois qu'ils ont atteint un taux de couverture élevé que la distribution de vaccins se fait dans le reste du pays.
- Au Bangladesh, la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) a été systématiquement déployée dans les zones les plus pauvres du pays; une stratégie similaire est appliquée par le Programme de santé familiale (PSF) du Brésil.

Sachant que les pauvres sont plus susceptibles de vivre dans des zones rurales et reculées, utiliser des voies appropriées pour leur permettre d'avoir accès aux services essentiels devrait être une préoccupation dominante du secteur de la santé. La Figure 2.7 montre comment la mise en œuvre de la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) a permis de réduire les

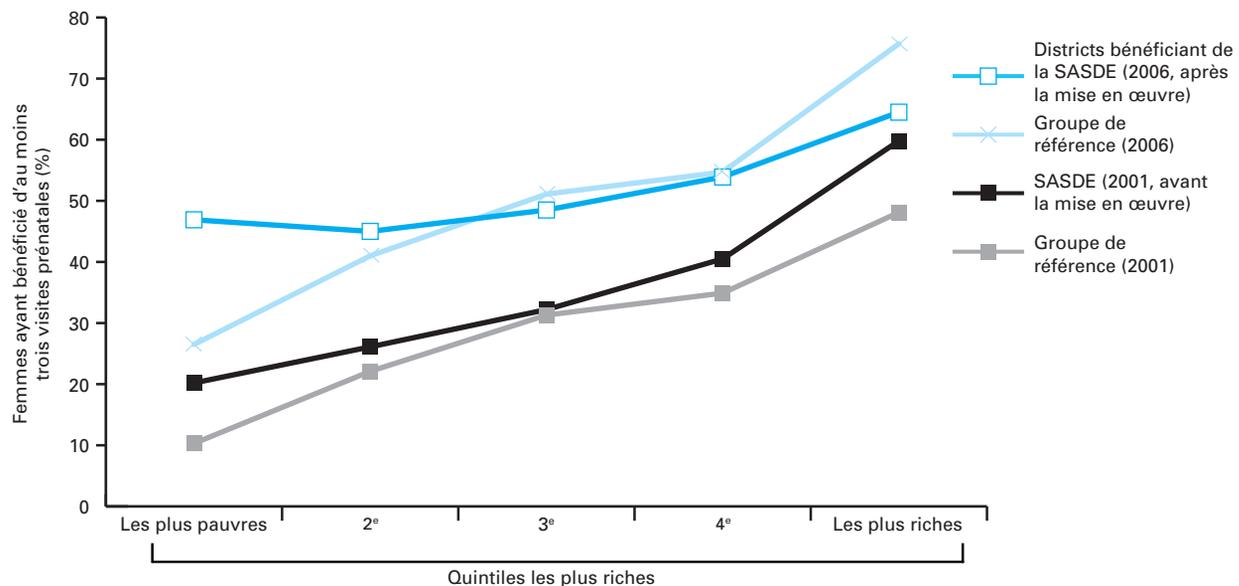
inégalités dans l'accès aux soins prénatals au Mali. Tandis que les districts bénéficiant de la SASDE et les districts de référence affichaient des disparités sociales marquées avant la mise en route du programme en 2001, cinq ans plus tard, l'accès aux soins prénatals étaient nettement plus équitables dans les districts appliquant un programme de type SASDE que dans les zones de référence. La SASDE reposait largement sur des initiatives de sensibilisation visant à améliorer l'accès des mères rurales vivant dans des zones reculées. Ce constat n'a toutefois pas été confirmé dans les autres pays menant des programmes de type SASDE où les activités de sensibilisation n'étaient pas systématiquement déployées.

La réduction des inégalités en matière de santé est essentielle pour assurer la pleine réalisation des droits de l'homme. Sachant que les lacunes dans les prestations de soins de santé favorisent ces inégalités, les systèmes de santé sont eux aussi appelés à jouer un rôle dans leur élimination. Cette affirmation est d'autant plus vraie que c'est en s'adressant directement aux plus pauvres et aux plus marginalisés, qui sont confrontés à la charge de morbidité la plus forte, que l'on a le plus de chances de faire progresser la survie maternelle, néonatale et infantile. Il existe de nombreux exemples d'initiatives couronnées de succès qui, lorsqu'elles ont été mises en œuvre avec suffisamment de soutien politique et des ressources adéquates, ont abouti à des réductions substantielles des inégalités dans le domaine de la santé. Les pays et les sociétés doivent, avant tout, faire connaître leurs exemples de réussite, adopter les meilleures pratiques et mobiliser sur le long terme la volonté politique de placer l'équité au premier rang des priorités en matière de santé.

Voir Références, page 108.

Figure 2.7

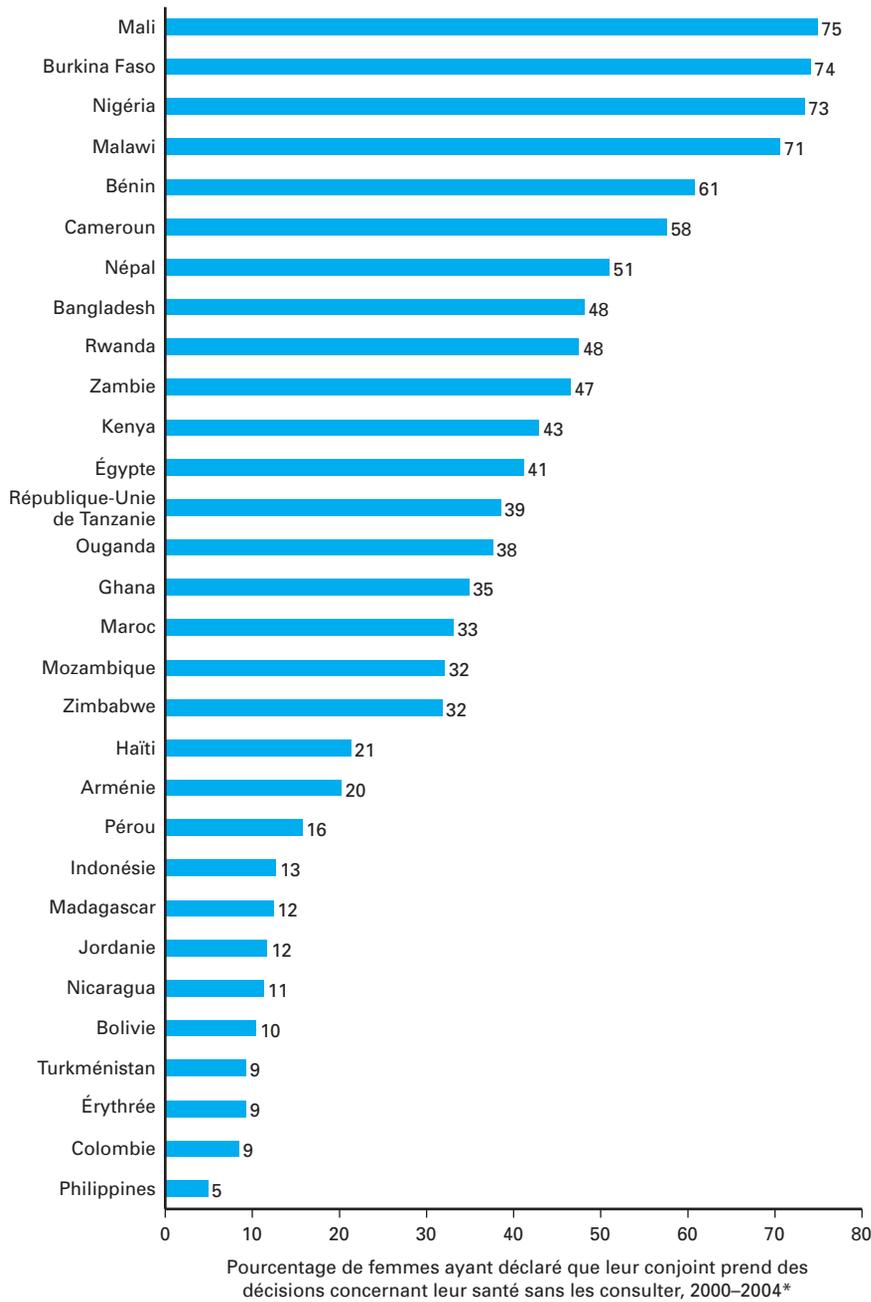
Femmes du Mali ayant bénéficié d'au moins trois visites prénatales, avant et après la mise en œuvre de la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE)



Source : Johns Hopkins University 2008.

Figure 2.8

Dans les pays en développement, nombre de femmes n'ont pas leur mot à dire dans les décisions relatives à leurs propres besoins de santé



* Les données concernent l'année la plus récente de la période considérée pour laquelle des données sont disponibles.

Source : calculs de l'UNICEF fondés sur des données extraites d'Enquêtes démographiques et sanitaires.

participer pleinement aux décisions et aux mesures prises dans les ménages et les communautés qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la santé maternelle et infantile. Cette question a été examinée en détail dans *La Situation des enfants dans le monde 2007 : Femmes et enfants, le double dividende de l'égalité des sexes*, qui a révélé que, dans un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, plus d'un tiers des femmes interrogées ont déclaré que leur conjoint prenait seul les décisions relatives à leur santé. Une proportion importante de femmes interrogées dans 30 pays à travers six régions ont indiqué qu'elles ne participaient pas pleinement aux processus de prises de décisions dans la famille²⁹.

Il est essentiel de donner aux femmes les moyens de participer plus équitablement aux prises de décisions cruciales et ordinaires qui affectent leur vie et celle de leurs enfants, pour créer un environnement favorable à la santé de la mère et du nouveau-né. Des études ont montré que les femmes qui sont en mesure de participer aux décisions importantes sont plus à même de veiller à la bonne alimentation de leurs enfants, et de recourir à des services de santé appropriés pour elles-mêmes et leurs enfants³⁰.

Renforcer la capacité des femmes de participer aux décisions du ménage n'est qu'une partie de la solution. Des enquêtes démographiques et sanitaires ont démontré que l'essentiel du pouvoir de décision des femmes s'exerce au niveau communautaire³¹. Lorsque les femmes sont habilitées à participer au sein de leur communauté, elles peuvent contester

Encourager les femmes à participer plus pleinement aux prises de décisions est essentiel à la création d'un environnement favorable aux mères et aux nouveau-nés.

les attitudes et les pratiques qui perpétuent la discrimination entre les sexes, partager les tâches, mettre en commun les ressources, et concevoir et mettre en œuvre collectivement des initiatives visant à améliorer la santé maternelle et néonatale. La perspicacité des femmes agissant collectivement est l'une des principales raisons expliquant que la plupart des mères et des nouveau-nés survivent à la grossesse et à l'accouchement.

Il est également essentiel d'accroître la participation des femmes aux processus de décisions importants sur le marché du travail et dans la vie politique pour améliorer le bien-être des mères et des nouveau-nés. L'amélioration de la situation économique peut jouer un rôle crucial dans le renforcement de la participation des femmes aux processus décisionnels et avoir des effets sur la santé de leurs enfants. Lorsque les femmes ont une plus grande influence dans la gestion des décisions du foyer, elles sont mieux à même que les hommes de veiller à ce que leurs enfants mangent bien et bénéficient de soins médicaux³². Le fait de posséder des biens peut également accroître l'influence des femmes dans les décisions du ménage; une étude réalisée dans les ménages ruraux au Bangladesh a montré que quand la part des biens qui appartenaient aux femmes avant le mariage est plus importante que celle de leur conjoint, leur avis compte davantage dans les prises de décisions au sein du foyer³³.

Bien que la représentation des femmes dans les assemblées législatives nationales ait progressé, en mai 2008, les femmes représentaient encore moins de 19 % des parlemen-

taires dans le monde³⁴. Selon Cités et Gouvernements Locaux Unis (CGLI), un organisme qui publie des données sur les femmes dans la prise de décision locale depuis 2003, elles sont aussi sous-représentées dans les gouvernements municipaux, occupant seulement 9 % des postes de maires dans 60 pays étudiés, et 21 % des postes de conseillers municipaux dans 67 pays étudiés³⁵. Compte tenu de leur engagement limité et relativement récent dans la politique parlementaire, l'influence des femmes parlementaires en matière de santé maternelle et néonatale n'est pas encore clairement établie. Il semble toutefois que les femmes parlementaires soutiennent et encouragent énergiquement les mesures en faveur des femmes et des enfants – en accordant la priorité aux initiatives destinées à améliorer les soins apportés aux enfants et à renforcer les droits des femmes³⁶.

Les groupes de femmes peuvent aussi faire la différence au niveau local. En 2004, les activités de plaidoyer menées par les militantes qui œuvrent pour les droits des femmes ont réussi à convaincre le Gouvernement du Maroc d'appuyer une loi sur la famille dont on a beaucoup parlé et qui a pour but de lutter contre les inégalités entre les sexes et de protéger les droits des enfants. La même année, des groupes de femmes du Mozambique ont fait campagne avec succès pour relever l'âge légal du mariage de deux ans, le portant à 16 ans avec le consentement des parents et à 18 ans sans celui-ci³⁷.

Donner aux femmes les moyens de participer plus pleinement aux décisions de la famille, de l'économie et

de la vie politique est essentiel pour créer un environnement favorable aux mères et aux nouveau-nés. Mais les avantages de la participation des femmes vont bien au-delà de leur impact sur la santé. Ils permettent aux communautés et aux sociétés d'attirer l'attention sur les questions essentielles qui concernent les deux tiers de leurs citoyens – les femmes et les enfants – et de parvenir à des décisions en s'appuyant sur une base d'influences et de considérations plus solide.

Donner aux femmes et aux filles les moyens de se prendre en charge

Il existe un ensemble considérable de preuves attestant de l'effet multiplicateur de l'investissement dans l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

Des investissements ciblant l'éducation, la santé de la procréation, et les droits économiques et politiques des femmes peuvent faire progresser la réduction de la pauvreté, le développement durable et la paix.

L'accent que les rapports internationaux mettent sur les avantages économiques et sociaux au sens large est compréhensible – ils plaident souvent en faveur d'un investissement qui concurrence d'autres priorités du développement pour des fonds limités. Mais il est facile de perdre de vue les avantages de l'autonomisation des femmes en tant que telle. Les femmes qui disposent de moyens d'action sont mieux à même de prendre le contrôle de leur propre existence, d'agir comme des agents du changement dans leur communauté et de faire respecter activement l'intérêt

Adapter les services de maternité aux cultures du Pérou rural

Le Pérou, un pays à revenu moyen inférieur, où 73 % de la population vit en zone urbaine, a fait d'énormes progrès dans la réduction de la mortalité infantile, qui est passée de 1 pour 6 enfants en 1970 à 1 pour 50 en 2006. Entre 1990 et 2007, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué de 74 % dans ce pays – la diminution la plus rapide de toute la région Amérique latine et Caraïbes pour cette période. Les résultats sont toutefois moins encourageants dans le domaine de la santé maternelle. Le taux de mortalité maternelle, estimé à 240 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005, est parmi les plus élevés de la région. En outre, les femmes péruviennes doivent faire face à un risque de mortalité maternelle estimé à 1 pour 140 en 2005, soit deux fois la moyenne régionale qui est de 1 pour 280.

La progression relativement faible de ce pays dans la réduction de la mortalité maternelle a conduit à son inscription sur la liste élargie des pays prioritaires pour l'initiative du Compte à rebours 2015, dont les critères ont été élargis pour inclure les seuils de mortalité maternelle en plus de ceux de mortalité infantile établis en 2005. Selon le Ministère de la santé, les femmes rurales courent deux fois plus de risques que les habitantes des zones urbaines de mourir de causes liées à la grossesse. En 2000, 20 % seulement des accouchements se faisaient en présence de soignants qualifiés dans les communautés rurales, contre 69 % dans les zones urbaines.

À l'instar des autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes, le défi que doit relever le Pérou pour améliorer la santé maternelle et néonatale – et le domaine où il a le plus de chances de progresser – consiste à remédier aux disparités liées à l'appartenance ethnique, à la géographie et à l'extrême pauvreté. Il lui faudra pour cela fournir des services de qualité aux femmes et aux enfants, dans leur lieu de résidence ou à proximité, et assurer des services intégrés de soins courants et d'urgence à la mère et au nouveau-né.

Une partie du défi consiste à adapter les services de santé existants, souvent en établissements de soins ou ambulatoires, aux coutumes des populations qui sont actuellement mal desservies par le système de santé. Par exemple, conformément à la tradition et aux pratiques culturelles, les femmes rurales préfèrent souvent accoucher à domicile dans la position verticale, sous la supervision d'une accoucheuse traditionnelle, plutôt que dans un centre de santé en salle d'accouchement. En outre, même lorsque ces mères décident de faire appel à des structures officielles de santé, la distance jusqu'à l'établissement de soins, le coût des services, les barrières linguistiques et d'autres obstacles risquent de les en dissuader.

Veiller à ce que les mères aient la possibilité d'accoucher chez elles, avec l'aide d'accoucheuses qualifiées et un système d'aiguillage solide vers les soins obstétricaux d'urgence en cas de nécessité, peut être un bon moyen d'intégrer les services officiels de santé avec les pratiques traditionnelles. À cette fin, le Ministère de la santé, en collaboration avec l'UNICEF Pérou, a mis au point un projet de santé maternelle qui comprend quatre grandes stratégies :

- Mettre en place des maisons d'attente pour les mères afin de résoudre la difficulté posée par l'éloignement géographique des services de santé.
- Favoriser le soutien familial et communautaire pour que la maternité et l'état de la mère devienne une priorité.
- Améliorer l'accès au Service de santé intégral, qui couvre le coût des soins prénatals, périnatals et post-natals pour les familles pauvres.
- Adapter les services de maternité afin d'éliminer les barrières entre le personnel des établissements de santé et les mères qui ont en matière d'accouchement des traditions culturelles profondément enracinées.

Les maisons d'attente pour les mères, baptisées « Mamawasi », sont construites de manière à encourager les femmes rurales à accoucher dans un centre de santé plutôt qu'à la maison. Actuellement, on compte près de 400 maisons d'attente pour les mères, rattachées à des centres de santé ou des hôpitaux, ainsi que des bâtiments loués dans les régions d'Apurimac, de Cuzco et d'Ayacucho. Les femmes enceintes venant de communautés proches et éloignées peuvent rester dans ces maisons jusqu'à ce qu'elles accouchent. Les femmes des villages éloignés peuvent y rester plusieurs semaines, voire plusieurs mois. La Mamawasi est conçue pour ressembler à une maison de village traditionnelle. Les femmes enceintes sont autorisées à venir s'y installer avec des membres de leur famille afin d'accroître leur confiance et d'améliorer leur confort.

Les centres de santé ont également modifié leurs habitudes. Par exemple, la position verticale est acceptée pour l'accouchement, un membre de la famille ou une sage-femme traditionnelle est autorisé à accompagner les femmes durant l'accouchement, et les locaux sont chauffés.

Ce programme a transformé le quotidien des services de santé en encourageant la sensibilité culturelle dans les soins de santé. C'est dans le district de Huancarani, situé dans la province andine de Paucartambo, dans la région de Cuzco, que la mise en œuvre de la nouvelle stratégie a été la plus fructueuse. Aujourd'hui, près de 3 femmes enceintes sur 4 consultent des centres de santé dans les régions desservies, en particulier pour l'accouchement, contre 1 femme sur 4 autrefois. Le programme a été intégré dans les politiques sanitaires des districts et des provinces, et a été adopté en 2004 par le Ministère de la santé en tant que norme nationale à mettre en œuvre dans tout le pays. Le Ministère de la santé a également créé des modules de formation pour apprendre au personnel de santé à adapter les services aux diverses cultures.

Voir Références, page 108.

Sud-Soudan : après la paix, une nouvelle bataille s'engage contre la mortalité maternelle

À l'issue de 21 ans de conflit, la guerre civile entre le nord et le sud du Soudan a pris fin en 2005. Alors que les combats ont pratiquement cessé, le Sud-Soudan doit mener une autre bataille - contre la mortalité maternelle et néonatale. Selon une enquête sur la santé effectuée auprès des ménages au Soudan en 2006, le taux de mortalité maternelle de l'Équatoria occidentale, une province du Sud-Soudan, était de 2 327 décès pour 100 000 naissances vivantes, l'un des plus élevés du monde. En 2006, le taux de mortalité néonatale était de 51 décès pour 1 000 naissances vivantes, c'est-à-dire nettement supérieur au taux national de 41 décès pour 1 000 naissances vivantes.

La couverture globale des soins de santé, gérés pour la plupart par l'intermédiaire d'un petit nombre d'organisations non gouvernementales, est estimée à seulement 25 %. Même lorsque des soins de santé sont disponibles, les services de santé maternelle sont limités et rarement utilisés. L'une des raisons pourrait être le manque d'éducation. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a estimé qu'en 2006, le taux d'alphabétisation des femmes du Sud-Soudan était de 12 % seulement, comparé à 37 % pour les hommes, ce qui explique que les femmes aient un accès limité à l'information en matière de santé.

Autre raison possible, les femmes enceintes doivent parcourir de longues distances à pied pour se rendre aux centres de soins prénatals et, par conséquent, le taux de fréquentation varie fortement d'une région à une autre, allant de 17,4 % dans l'État d'Unity, en 2006, à environ 80 % dans l'Équatoria occidentale. Moins de 15 % des naissances enregistrées au Sud-Soudan se font en présence de personnel de santé qualifié, et 80 % ont lieu à domicile, sous la supervision de parents, d'accoucheuses traditionnelles ou de sages-femmes villageoises (une accoucheuse suit généralement une formation d'environ neuf mois). Pourtant, la plupart des causes de mortalité maternelle – telles que accouchement prolongé/obstrué, hémorragies, septicémie et éclampsie – pourraient être gérées par une meilleure formation du personnel de santé.

La qualité des services prénatals et à l'accouchement est faible faute de personnel techniquement qualifié. Dans les 10 États du Sud-Soudan, les sages-femmes, les accoucheuses traditionnelles et autres personnels de santé maternelle et néonatale n'ont pas la formation requise pour effectuer des gestes simples propres à sauver la vie ou à soigner. Le manque de matériel et de fournitures, des systèmes d'aiguillage insuffisants, une infrastructure physique et des transports inadéquats entravent les prestations. Les services de soins post-

natals sont pratiquement inexistants, bien que la plupart des décès maternels et néonataux enregistrés au Sud-Soudan se produisent durant la période post-natale.

Dans ce contexte, le gouvernement du Sud-Soudan et ses partenaires ont pris des dispositions afin de renforcer les services de santé maternelle. La Politique sanitaire provisoire (*Interim Health Policy*) pour 2006-2011 présente une approche intégrée qui reconnaît la nécessité d'améliorer les services de santé tout en protégeant les droits des femmes. Le Ministère de la santé s'est engagé à créer des nouveaux centres de santé primaire, de la procréation et maternelle, tout en soutenant le recours aux médias et aux services de conseils pour diffuser l'information sur la nutrition, les pratiques traditionnelles préjudiciables et la santé sexuelle. Afin de pouvoir répondre immédiatement aux besoins de santé, les sages-femmes qui possèdent des qualifications de base bénéficient d'une formation accélérée, avec l'appui de l'UNFPA. En juin 2006, le premier centre de réparation des fistules du Sud-Soudan a été créé à l'hôpital universitaire de Juba.

Afin d'accélérer la mise en œuvre de cette stratégie, le gouvernement a déjà mis en place une Direction de la santé de la procréation et recrute des coordonnateurs pour faciliter, coordonner et surveiller les activités de santé maternelle et néonatale dans chaque État. L'UNICEF appuie l'expansion des services prénatals et obstétricaux d'urgence dans plusieurs États et la diffusion des principaux messages de santé à la radio et par le biais des services de proximité.

Il reste encore beaucoup à faire. Le retour des réfugiés et les mouvements de nombreuses populations déplacées, le taux de fécondité élevé (6,7) que connaît le Sud-Soudan et l'augmentation des taux d'infection par le VIH dans certaines populations, exigent un programme de santé systématique. La lutte risque d'être longue, mais ceux qui se sont engagés à gagner cette bataille sont déjà à pied d'œuvre.

Voir *Références*, page 108.

supérieur de leurs enfants et de leur famille. Cette action peut consister à veiller à ce que le revenu du ménage serve à répondre aux besoins essentiels comme une alimentation saine et nutritive, l'éducation et les soins de santé. Elle peut aussi consister à exiger les meilleurs soins possibles pour les femmes au cours de la grossesse et de l'accouchement et pour préserver la santé de leurs bébés.

La coopération entre les femmes au niveau local constitue souvent un encouragement crucial pour leur autonomisation. Les groupes informels de femmes se réunissent généralement pour un motif pratique, par exemple, la création d'un potager pour disposer d'une source de revenu indépendante de leur conjoint – ainsi, la solidarité et le partage des problèmes que favorisent ces groupes peuvent, à leur tour, encourager l'autonomisation des femmes et les inciter à exiger une amélioration des services de santé maternelle, néonatale et infantile.

Faire participer les hommes et les adolescents aux soins à la mère et au nouveau-né

Les hommes brillent souvent par leur absence dans les rapports qui préconisent l'égalité des sexes – sauf dans la mesure où ils représentent le problème. Ils peuvent apparaître sous la forme de personnes qui exercent des

sérvices, ou de tyrans domestiques, de dépensiers gaspillant le précieux revenu familial en dépenses superflues, ou de partenaires sexuels irresponsables n'assumant aucune responsabilité en matière de contraception.

Dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, les hommes sont généralement absents de la documentation consacrée à ce sujet. On pardonnera aux centaines de millions de pères et de partenaires qui s'engagent activement à rechercher les meilleurs soins possibles pour la maternité de leur conjointe et assument pleinement leur responsabilité parentale pour le bien-être de leurs enfants de se sentir injustement critiqués. Ceci dit, le fait de tenir les hommes à l'écart leur permet en quelque sorte de tirer leur épingle du jeu, confortés dans leur attitude irresponsable face à cet aspect essentiel de la vie familiale.

La naissance d'un enfant, en particulier d'un premier enfant, est souvent un moment clé dans la vie d'un homme. Elle peut cristalliser en lui le sentiment d'être une personne compatissante et responsable, dont dépendent d'autres êtres humains. Plus généralement, faire participer les hommes aux soins à leurs partenaires enceintes et aux nouveau-nés peut être une occasion importante de créer une relation positive, empreinte de soutien, qui durera toute la vie. On a

prouvé que les hommes sont plus susceptibles d'être des pères engagés et actifs quand ils croient en eux-mêmes et en leurs relations, et quand leur famille et leurs amis soutiennent leur participation à la vie de leurs enfants. Un homme qui partage les responsabilités parentales est également plus à même de partager les prises de décisions avec sa femme au sein du foyer, contribuant ainsi à son autonomisation³⁸.

Les programmes qui encouragent la participation des hommes aussi bien que des femmes peuvent favoriser ce processus en améliorant la communication entre les sexes et en favorisant une répartition plus égale des obligations de soins aux enfants. Il faut en outre que le rôle joué par les deux parents dans l'éducation des enfants soit reconnu au travail, afin d'encourager les hommes aussi bien que les femmes à concilier leurs responsabilités professionnelles et familiales.

Relier l'environnement favorable au continuum des soins de santé

Créer un environnement favorable à la santé de la mère et du nouveau-né fournit une base solide pour l'extension des interventions essentielles au sein d'un continuum de soins dynamique, qui fait l'objet du Chapitre 3.

3 Le continuum de soins dans le temps et dans l'espace : risques et possibilités



Un continuum de soins efficace apporte des services essentiels aux mères et aux enfants à des stades cruciaux de la vie, y compris à l'adolescence, avant et pendant la grossesse, à la naissance, et pendant les périodes prénatale et néonatale, ainsi qu'à des endroits stratégiques des foyers et des communautés, dans le cadre de services de proximité/consultation externe et dans des centres de soins où les femmes et les enfants ont facilement accès aux interventions. Les partenariats communautaires pour la santé sont l'un des maillons essentiels du continuum de soins. Mais pour faire reculer la mortalité maternelle et néonatale, des soins prénatals de bonne qualité, la présence d'un personnel sanitaire qualifié pendant l'accouchement et l'administration de soins post-natals à la mère et au nouveau-né sont peut-être encore plus importants. L'accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en cas de complications pourrait sauver la vie de nombreuses femmes qui meurent encore à l'heure actuelle pendant l'accouchement ou au début de la période néonatale. Le chapitre 3 de La Situation des enfants dans le monde 2009 examine les services essentiels que doit comprendre un continuum de soins, et la manière dont ces interventions peuvent être élargies et améliorées.

Le continuum de soins : offrir des services à des stades cruciaux de la vie

Des besoins urgents en matière de santé apparaissent à tous les stades de la vie, de la naissance à la vieillesse. Les services offerts pour répondre aux besoins sanitaires interdépendants de la mère et du nouveau-né doivent posséder deux caractéristiques, la continuité et l'intégration – qui n'ont pas toujours été présentes dans les politiques sanitaires, les programmes et les partenariats nationaux et internationaux adoptés pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

Le cadre du continuum de soins cherche à transcender l'approche traditionnelle axée sur des interventions lancées contre telle ou telle maladie spécifique. Il préconise un modèle de soins de santé primaires qui englobe tous les stades de la santé maternelle, néonatale et infantile. Toutefois, pour que ce cadre puisse jouer son rôle, il faut offrir des services essentiels et mettre en œuvre des pratiques améliorées, à des moments clés du cycle de vie, en reliant les mères et les nouveau-nés, ainsi que leurs foyers et leurs communautés, à des services

de santé de base et de soins maternels de bonne qualité¹.

Le Chapitre 3 décrit ces services nécessaires pour le continuum de soins maternels et néonataux. Ce sont, entre autres, l'amélioration de la nutrition; l'accès à de l'eau salubre et des installations et des pratiques d'assainissement et d'hygiène; la prévention et le traitement des maladies; des services de médecine procréative de bonne qualité; des soins prénatals adéquats; la présence de soignants qualifiés pendant les accouchements; des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et complets; des soins postnatals; des soins prénatals; et la prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles.

Ce chapitre examine aussi brièvement les endroits où sont offerts des services de santé : au niveau du foyer et de la communauté, les services de proximité et de consultation externe et les soins fournis en établissement.

Des services de médecine procréative qui soient de bonne qualité

Bien qu'aucune cible en matière de médecine procréative n'ait été initialement fixée dans le cadre des Objectifs

du Millénaire pour le développement (OMD), le Sommet mondial de septembre 2005 a décidé que d'ici à 2015, toutes les femmes devraient avoir accès à la médecine procréative. Par la suite, un nouveau cadre a été adopté et les objectifs modifiés de janvier 2008 ont été assortis d'une cible relative à la santé de la procréation (Voir Encadré page 20 pour des détails supplémentaires sur la nouvelle cible et ses indicateurs).

Cette nouvelle cible reflète en partie le consensus croissant que suscite la nécessité d'une amélioration de la santé procréative. Un autre objectif consiste à freiner la progression des infections sexuellement transmissibles et des organes génitaux, y compris le VIH. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les rapports sexuels non protégés constituent le deuxième facteur de risque de décès ou d'invalidité dans les pays les plus pauvres, et le neuvième facteur dans les pays développés². Près de la moitié de toutes les nouvelles infections au VIH surviennent chez des jeunes, notamment des femmes, et en Afrique subsaharienne, on compte à peu près deux fois plus de femmes séropositives que d'hommes infectés³.

Une nutrition adéquate de la mère, y compris une meilleure alimentation et l'apport de suppléments en micronutriments, est essentielle pour la santé et la survie des mères et des nouveau-nés.

Pour renforcer la capacité des pays à offrir des services de médecine procréative, il faudra identifier les problèmes, fixer des priorités et élaborer des stratégies qui s'appuient sur la participation de toutes les parties prenantes. L'OMS a défini cinq domaines d'intervention prioritaires en matière de médecine procréative. Ce sont : le renforcement des capacités des systèmes de soins; l'amélioration des informations requises pour fixer des priorités; la mobilisation de la volonté politique nécessaire; la mise en place de cadres législatifs et de réglementation favorables; et le renforcement de la surveillance, de l'évaluation et de la transparence⁴.

Améliorer la nutrition des mères et des nouveau-nés

Une nutrition adéquate des adolescentes et des femmes enceintes est essentielle pour la santé et les chances de survie de la mère et du nouveau-

né. La dénutrition des mères jeunes accroît les risques encourus à la fois par la mère et le bébé. Chez les femmes enceintes, un faible indice de masse corporelle (moins de 18,5 kg/m²) accroît le risque de mortalité maternelle et néonatale; il en va de même si une mère souffre d'un retard de croissance. La faiblesse de la masse corporelle peut empêcher le fœtus de se développer normalement, ce qui risque d'entraîner des problèmes néonataux comme l'insuffisance pondérale à la naissance⁵.

Les programmes axés sur la santé maternelle s'attachent de plus en plus à améliorer la nutrition des filles et des femmes pendant tout le cycle de vie. En plus de repas plus copieux, la prise de suppléments d'acide folique et de fer est encouragée pendant et avant la grossesse, ainsi qu'une supplémentation en vitamine A pendant la période post-partum. En outre, la diversifica-

tion de l'alimentation, la consommation de sel iodé et le déparasitage sont des interventions essentielles pour renforcer le statut nutritionnel des femmes enceintes et des mères.

La distribution de suppléments d'acide folique pour prévenir les anomalies du tube neural s'est avérée efficace, et en général, les programmes de soins prénatals devraient aussi offrir d'autres micronutriments, le zinc par exemple. Des liens ont été clairement établis entre la carence en zinc et les retards de croissance, la diarrhée et le paludisme⁶.

En gagnant la confiance des femmes enceintes, ces programmes de supplémentation en micronutriments peuvent s'avérer utiles car ils encouragent le recours à d'autres formes de soins prénatals prodigués par des professionnels. Une meilleure fréquentation des cliniques et des



On doit recruter davantage de soignants qualifiés pour offrir des services aux femmes aux étapes cruciales de leur grossesse. Une femme enceinte est allongée sur une table pendant une consultation de soins prénatals au centre de santé d'Engueila (Djibouti).

Il est essentiel de réduire l'incidence des maladies infectieuses et de prévenir et traiter le VIH et le paludisme pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

hôpitaux permettra aussi de recueillir des données sur la santé des femmes enceintes et des mères là où elles manquent : dans les régions les moins avancées et les pays et les communautés les plus pauvres.

Lutter contre les maladies infectieuses, le VIH et le paludisme

Comme l'a souligné le Chapitre 1, les infections graves sont l'une des principales causes directes de la mortalité des mères et des nouveau-nés. Elles ont été à l'origine d'environ 36 % des décès néonataux en 2000, année la plus récente pour laquelle nous disposons d'estimations fiables sur les causes de décès. Il est donc essentiel de

réduire l'incidence des maladies infectieuses comme la septicémie/pneumonie, le tétanos et les infections sexuellement transmissibles, et de prévenir et traiter le VIH et le paludisme pour améliorer la santé des mères et des nouveau-nés (voir *Encadré sur l'élimination du tétanos maternel et néonatal*, page 49).

En évitant que les femmes en âge d'avoir des enfants soient infectées par le VIH et en traitant les femmes enceintes séropositives au VIH à l'aide des posologies combinées disponibles, on peut réduire considérablement le risque que le virus soit transmis aux enfants. Il est fondamental d'améliorer le niveau de

connaissances du VIH des femmes et des hommes de 15 à 24 ans afin qu'ils puissent se protéger de l'infection. Dans 11 des 15 pays pour lesquels on dispose de données suffisantes, les taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans ont chuté depuis 2000/20017. Cette tendance est encourageante, mais il faut redoubler d'efforts pour soutenir les activités de prévention du VIH et pour s'attaquer aux facteurs sociaux, économiques et politiques de l'épidémie de SIDA.

Obéissant à la logique de la nouvelle focalisation de l'OMD sur la médecine procréative, les programmes qui visent à améliorer la survie maternelle doivent prévoir des interventions propres à réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles et à fournir des traitements.

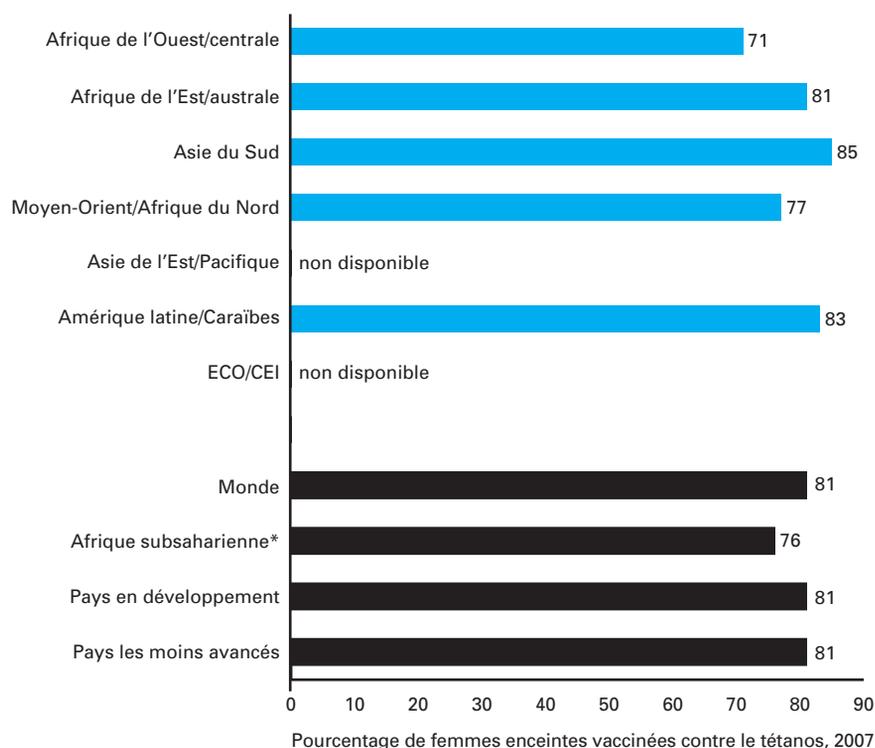
La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes enceintes dans les régions où le paludisme est endémique peut réduire l'incidence de cette maladie et améliorer la santé de la femme enceinte et de son enfant à naître. Un traitement préventif intermittent est aussi administré pendant la grossesse pour éviter et traiter le paludisme. Il consiste en une dose unique d'un médicament antipaludéen pris au moins deux fois pendant la grossesse, que la femme enceinte soit malade ou non. Bien que ce traitement soit jugé efficace, la couverture reste limitée dans les zones d'endémie⁸.

Élargir les soins prénatals

La plupart des problèmes de santé dont souffrent les femmes enceintes peuvent être prévenus, détectés ou traités pendant les consultations de

Figure 3.1

Protection contre le tétanos néonatal



* L'Afrique subsaharienne comprend les régions de l'Afrique de l'Est/australe et de l'Afrique de l'Ouest/centrale.

Source : UNICEF et Organisation mondiale de la Santé.

Éliminer le tétanos maternel et néonatal

Le tétanos demeure une cause importante de décès maternel et néonatal : plus de 180 000 nouveau-nés et entre 15 000 et 30 000 mères en sont morts en 2002. La maladie se développe lorsqu'une bactérie, *Clostridium tetani*, infecte l'organisme via une coupure ou une plaie. Le tétanos maternel peut-être attribué à des pratiques insalubres pendant l'accouchement ou un avortement, et le tétanos néonatal, à des soins non hygiéniques du cordon ombilical d'un bébé. Faute de soins intensifs administrés à l'hôpital, le tétanos néonatal est presque toujours mortel. Comme pour d'autres causes de décès maternel et néonatal, c'est en Afrique subsaharienne et en Asie que se déclarent la plupart des cas, notamment dans les communautés pauvres et marginalisées où les femmes ont un accès limité à des soins de santé de bonne qualité et connaissent mal les pratiques de l'accouchement sans risques.

Le tétanos peut être facilement évité en vaccinant les femmes adultes et en réalisant les accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène. Depuis 1980, première année pour laquelle nous disposons de données complètes, la mise en œuvre progressive de ces deux mesures, notamment la vaccination des femmes enceintes, a permis de réduire considérablement le nombre de cas de tétanos maternel et néonatal et des décès qu'il entraîne. En 1988, le tétanos était responsable d'environ 800 000 décès de nouveau-nés, et plus de 90 pays ont déclaré un ou plusieurs cas de tétanos néonatal pour 1 000 naissances vivantes au niveau des districts. À la mi-2008, seulement 46 pays ont signalé un ou plusieurs cas de tétanos maternel et néonatal au niveau des districts.

La vaccination est l'une des interventions les plus remarquables pour neutraliser le tétanos maternel et néonatal. L'efficacité de l'anatoxine tétanique est avérée : deux doses suffisent à fournir une concentration d'antitoxines qui protège de la maladie dans la plupart des cas, et après la troisième dose, l'immunité est acquise dans presque 100 pour 100 des cas. Le taux mondial de vaccination des femmes enceintes contre le tétanos néonatal a fortement augmenté depuis 1980, où il n'était que de 9 %, pour atteindre 81 % en 2007. Néanmoins, cela veut dire que près d'un nouveau-né sur 5 n'est toujours pas protégé. Cela est dû en partie à des occasions manquées de vacciner les femmes enceintes qui se présentent dans les centres de santé pour recevoir des soins prénatals, au fait que les femmes se font vacciner trop tard, ou au manque de vaccins administrés après l'accouchement pour protéger les grossesses suivantes.

Les femmes qui risquent de contracter le tétanos vivent dans des communautés où l'accès aux soins de santé et à la vaccination est limité. Pour les atteindre, une solution innovante – appelée l'« approche à haut risque » – a été mise en place. Cette stratégie consiste à administrer au moins deux doses d'anatoxine tétanique (TT) à toutes les femmes en âge de procréer vivant dans des régions jugées à haut risque. Les facteurs de risque liés au tétanos sont expliqués aux communautés, entre autres, les pratiques d'accouchement non hygiéniques et le fait de ne pas être vacciné. L'amélioration des pratiques d'accouchement est encouragée et la surveillance du tétanos néonatal est renforcée. Des injections de rappel sont administrées aux femmes qui n'ont aucun document prouvant qu'elles ont été vaccinées lorsqu'elles étaient enfants.

L'approche à haut risque a été largement adoptée, ce qui a permis à 64 millions de femmes de recevoir au moins deux doses

d'anatoxine tétanique entre 1999 et 2005. Les résultats obtenus au niveau des pays ont été impressionnants :

- Au Népal, au début des années 1980 et avant le début de la campagne, des enquêtes indiquaient des taux élevés de tétanos néonatal chez les nouveau-nés. En 2005, après la vaccination des femmes adultes et l'adoption de l'approche à haut risque, ces taux sont tombés à moins d'un décès par tétanos néonatal pour 1 000 naissances vivantes dans tous les districts.
- Selon une enquête réalisée en Égypte en 1986, 7 enfants sur 1 000 mouraient de tétanos néonatal peu après leur naissance, cette proportion passant à 10 pour 1 000 dans les zones rurales. Après avoir mis en œuvre l'approche à haut risque, en 2007, ce chiffre avait été ramené à moins d'un décès pour 1 000 naissances vivantes dans tous les districts.
- Au milieu des années 1980, le Bangladesh affichait des taux élevés de tétanos néonatal, à savoir entre 20 et 40 cas pour 1 000 naissances vivantes dans certaines régions du pays. À cette époque, seulement 5 % des femmes en âge de procréer étaient protégées par l'anatoxine tétanique et seulement 5 % des femmes enceintes accouchaient dans de bonnes conditions d'hygiène. En adoptant l'approche à haut risque, le Bangladesh a pu réduire son taux de mortalité due au tétanos néonatal, qui s'est stabilisé à moins d'un décès pour 1 000 naissances vivantes en 2008.

Certaines régions ont profité de l'approche à haut risque pour offrir d'autres services en même temps que la vaccination anti-tétanique, notamment la vaccination contre la rougeole (par ex., Kenya, Sud-Soudan) et la distribution de vitamine A (par ex., République démocratique du Congo). D'autres, comme l'Éthiopie, l'Ouganda et la Zambie, ont intégré cette approche aux mécanismes déjà en place pour lancer des interventions essentielles groupées. Outre le recul du tétanos néonatal, l'un des principaux avantages de l'approche à haut risque est qu'elle réduit les inégalités d'accès aux soins de santé maternelle et néonatale dans les pays, tout en montrant qu'il est possible d'offrir des interventions sanitaires aux populations qui ont été souvent oubliées ou omises.

Voir *Références*, page 109.

Les soins prénatals sont l'occasion d'offrir aux femmes enceintes de multiples interventions, comme la vaccination, la supplémentation en micronutriments et l'amélioration des pratiques d'hygiène.

soins prénatals. Et pendant qu'elles reçoivent ces soins, les femmes peuvent aussi bénéficier de multiples interventions qui pourraient s'avérer cruciales pour leur bien-être et celui de leurs bébés. Les suppléments nutritionnels de protéines, d'acide folique et de fer administrés par des soignants qualifiés ou des agents de santé communautaires peuvent avoir des effets bénéfiques en réduisant les risques de dénutrition et d'anémie chez la mère et d'insuffisance pondérale chez le nouveau-né.

L'UNICEF et l'OMS ont fixé à quatre le nombre minimum de visites de soins prénatals recommandées pen-

dant la grossesse. Ces visites permettent de fournir aux femmes enceintes des services essentiels, y compris le diagnostic et le traitement du paludisme et de l'anémie; la vaccination contre le tétanos; la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et l'administration d'une thérapie antirétrovirale en cas de séropositivité au VIH; et l'offre d'informations essentielles sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement. En raison de l'insuffisance des données, et du fait que dans de nombreux pays, les recommandations interinstitutions minimum fixées par les Nations Unies sont loin d'être suivies, la plupart des données concernent

des femmes qui ont reçu au moins une visite de soins prénatals⁹.

Dans l'ensemble du monde en développement, les trois quarts des femmes enceintes se rendent au moins une fois à une consultation prénatale où les soins sont administrés par un prestataire qualifié, bien que les enquêtes sur les ménages dont sont extraites ces données ne contiennent aucune indication sur la qualité des soins ou des informations qu'elles reçoivent.

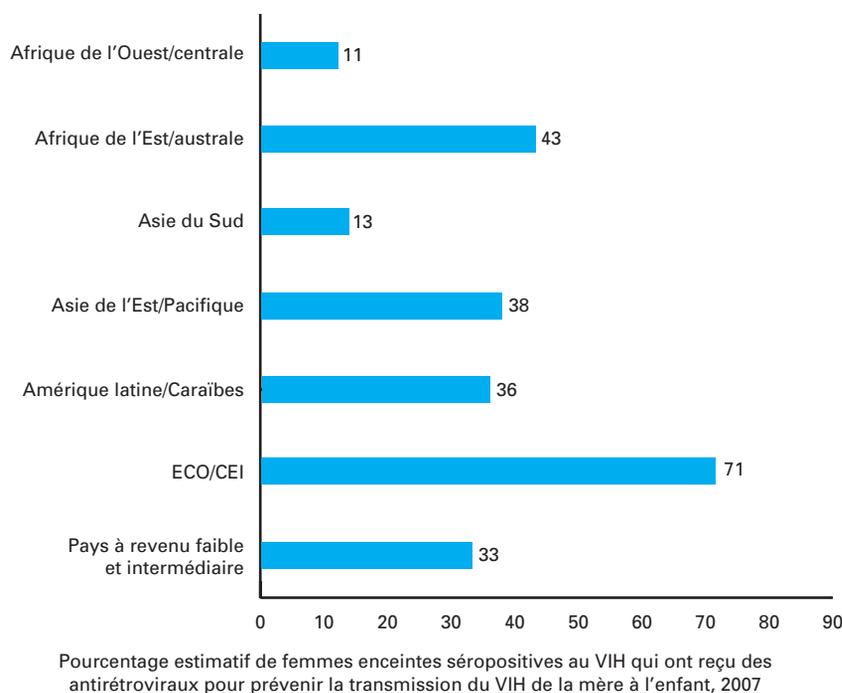
Dans trois régions – Amérique latine et Caraïbes, Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants, et Asie de l'Est et Pacifique – près de 9 femmes enceintes sur 10 bénéficient d'une ou de plusieurs consultations prénatales. Ces pourcentages sont beaucoup plus faibles au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, en Afrique subsaharienne (72 % dans ces deux régions) et en Asie du Sud (68 %).

Mais même lorsque ces taux de couverture sont relativement faibles, les soins prénatals offrent l'occasion de mener des interventions essentielles à même de toucher une forte proportion de femmes enceintes vivant dans ces régions¹⁰.

En regroupant des interventions essentielles, y compris celles qui sont déjà très suivies — comme la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide par exemple — on peut stimuler la demande et l'utilisation des services de soins prénatals. Cette stratégie peut aussi encourager les femmes à se rendre à la clinique ou à profiter de l'offre de services de soins prénatals au début de leur grossesse.

Figure 3.2

Prophylaxie antirétrovirale administrée aux femmes séropositives pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant

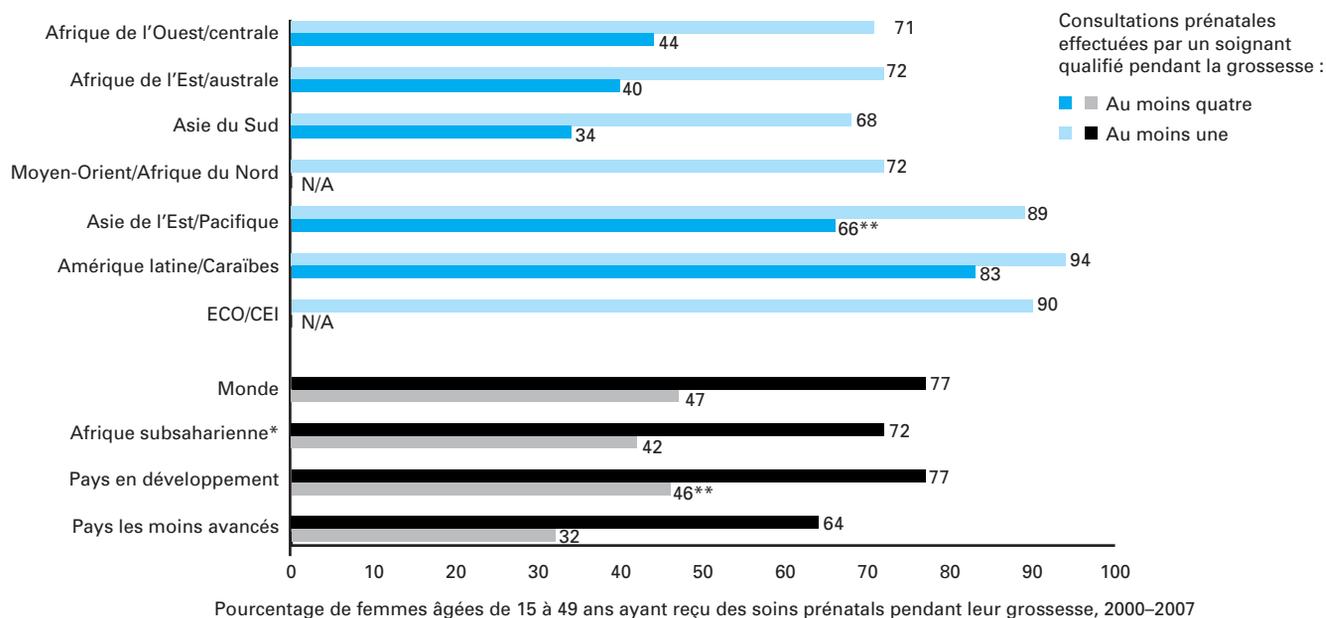


Source : UNICEF, ONUSIDA et OMS, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé, Rapport de situation 2008*, UNICEF, New York, 2008, p.43.

Dans les pays les moins avancés, une femme sur trois ne reçoit pas de soins prénatals pendant sa grossesse, et trois femmes sur cinq accouchent sans être assistées par un soignant qualifié.

Figure 3.3

La couverture des soins prénatals



* L'Afrique subsaharienne comprend les régions de l'Afrique de l'Est/australe et de l'Afrique de l'Ouest/centrale. ** A l'exception de la Chine.

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Assurer la présence de soignants qualifiés pendant l'accouchement

L'accouchement peut présenter des risques non seulement pour le bébé mais aussi pour la mère. Trois quarts de tous les décès de mères sont imputables à des complications qui surviennent soit durant l'accouchement, soit immédiatement après. Ces complications sont, entre autres : l'hémorragie (25 % des décès de mères); les infections (15 %); les complications dues à un avortement (13 %); l'éclampsie ou l'hypertension (12 %); et l'obstruction du travail (8 %)¹¹.

Il est tout à fait possible de réduire le nombre de décès maternels dus à des complications à la naissance en augmentant le nombre d'accouchements qui se déroulent en présence d'un soi-

gnant qualifié – médecin, personnel infirmier ou sage-femme dûment formée. Le personnel sanitaire formé devrait non seulement être capable d'assister les femmes qui accouchent normalement ou qui souffrent de complications modérées, mais aussi de reconnaître l'apparition de complications graves qui requièrent des soins d'urgence plus spécialisés. Toutefois, même un agent de santé qualifié doit avoir accès aux médicaments essentiels, aux fournitures et aux équipements requis pour administrer des soins adéquats – notamment en cas de complications comme l'hémorragie, la septicémie et l'obstruction du travail. Ce personnel doit aussi avoir les compétences et les capacités de jugement nécessaires pour diagnostiquer des complications

sérieuses et aiguiller les femmes vers les services pertinents.

Au cours des dix dernières années, le nombre d'accouchements réalisés sous la supervision de soignants qualifiés a fortement augmenté dans l'ensemble du monde en développement, à l'exception notable de l'Afrique subsaharienne. Entre 2000 et 2007, 61 % de toutes les naissances déclarées dans le monde en développement ont eu lieu en présence de personnel sanitaire qualifié. Cette amélioration a été particulièrement sensible au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, où la couverture est passée de 55 % en 1995 à 81 % en 2000–2007. Les deux régions affichant les plus faibles taux d'accouchements réalisés en présence de

Trois quarts de tous les décès maternels se produisent pendant l'accouchement ou juste après. Pour réduire ce bilan, il est donc essentiel qu'un personnel sanitaire qualifié soit présent lors de l'accouchement.

soignants qualifiés – l'Afrique subsaharienne (45 %) et l'Asie du Sud (41 %) – sont aussi les régions où l'incidence de la mortalité maternelle est la plus élevée¹².

Un quart de tous les accouchements non assistés dans le monde ont lieu en Inde, l'un des 10 pays qui, ensemble, enregistrent les deux tiers des accouchements non surveillés par un personnel sanitaire qualifié. L'Inde s'efforce actuellement de remédier à ce problème en soutenant le recours aux soins en établissement par des incitations financières¹³ (voir Encadré : Intégrer les soins de santé maternelle et néonatale en Inde, page 85).

Partout dans le monde, les femmes qui accouchent en milieu urbain ont deux fois plus de chances de recevoir

l'aide d'un personnel soignant qualifié que celles qui accouchent en milieu rural. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, où les disparités sont les plus fortes, ce chiffre est de deux et demi. On observe aussi des disparités dues à la situation économique; dans l'ensemble du monde en développement, les femmes des foyers les plus pauvres ont environ deux fois moins de chances d'être assistées par un personnel sanitaire qualifié lorsqu'elles accouchent que les femmes des foyers les plus riches¹⁴. (Pour un examen plus détaillé des disparités dans l'accès aux services de maternité, voir Encadré page 40, Vers une plus grande équité en matière de santé maternelle et néonatale).

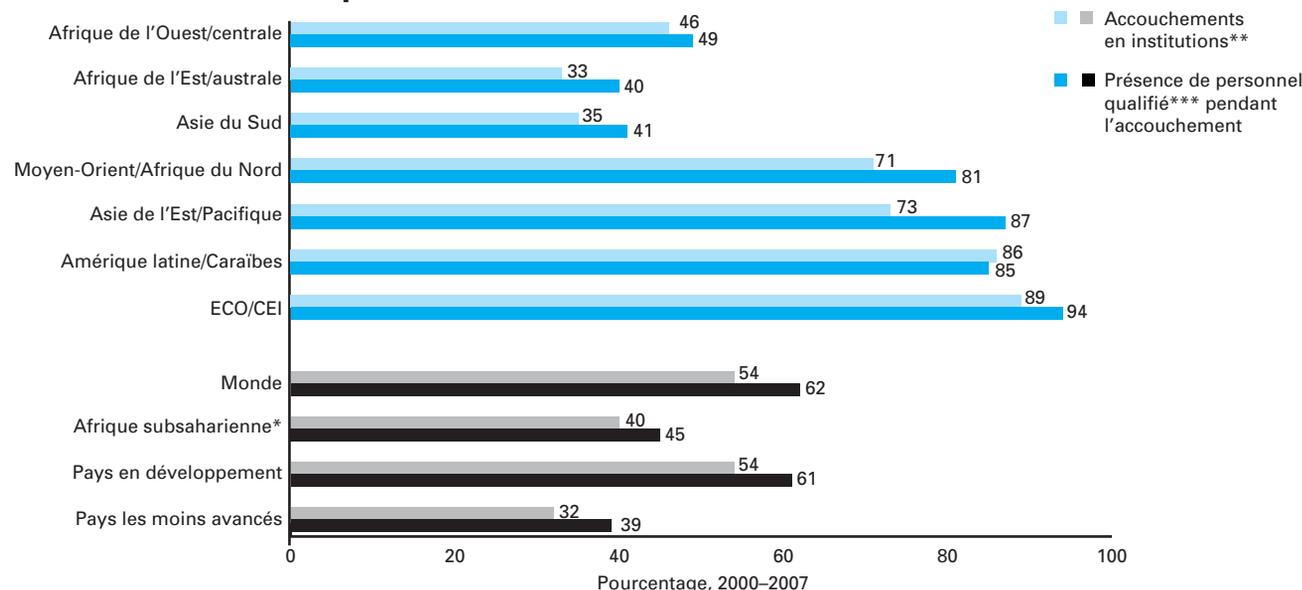
L'OMS a émis plusieurs recommandations pour réduire l'hémorragie

post-partum, qui est l'une des causes principales des décès maternels. Ces saignements excessifs après la naissance sont dus le plus souvent à une atonie de l'utérus, à des déchirures des voies génitales et à la rétention du tissu placentaire. La méthode la plus courante est la prise en charge de la troisième étape du travail, après la naissance de l'enfant, jusqu'à évacuation totale du placenta. Cette méthode consiste à administrer un agent utérotonique pour stimuler les contractions de délivrance du placenta et à retarder le clampage, la section et la traction du cordon ombilical.

L'OMS recommande que toutes les mères bénéficient de cette prise en charge active mais uniquement si celle-ci peut être assurée par un per-

Figure 3.4

Couverture des soins pendant l'accouchement



* L'Afrique subsaharienne comprend les régions de l'Afrique de l'Est/australe et de l'Afrique de l'Ouest/centrale.

** Les accouchements en institutions renvoient à la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu un enfant dans les deux années précédant l'enquête et qui ont accouché dans un centre de soins.

*** La présence de personnel qualifié pendant l'accouchement renvoie au pourcentage d'accouchements assistés par des soignants qualifiés (médecins, infirmières et sages-femmes).

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Organisation mondiale de la Santé et UNICEF.

Il est essentiel d'aborder le problème des disparités pour améliorer la santé maternelle. Les femmes du quintile de foyers les plus pauvres ont deux fois moins de chances d'être assistées par des soignants qualifiés lorsqu'elles accouchent que les femmes des foyers les plus riches.

Hypertension : un problème courant mais complexe

Les troubles liés à l'hypertension sont l'un des problèmes médicaux qui surviennent le plus souvent pendant la grossesse, et sont à l'origine d'une proportion importante – entre 12 et 20 % – des décès de mères dans l'ensemble du monde. Ils affectent les femmes dans toutes les régions et causent près de 10 % des décès maternels en Afrique et en Asie, plus de 16 % dans les pays industrialisés, et plus d'un quart en Amérique latine et dans les Caraïbes. Pendant la grossesse, l'hypertension peut entraîner toute une série de problèmes, allant d'une tension artérielle élevée, qui est le moins grave, à l'hémorragie cérébrale, qui est mortelle. Elle peut causer la mort du fœtus, un accouchement prématuré et une insuffisance pondérale à la naissance chez le nouveau-né.

Les causes de l'hypertension sont encore mal connues, mais la recherche suggère que l'obésité, une forte consommation de sel et des prédispositions génétiques sont au nombre des facteurs. Certaines formes d'hypertension associées à la grossesse peuvent être attribuées à la biologie de la grossesse elle-même. La prééclampsie qui survient après la 20^e semaine est définie comme une hypertension gestationnelle qui s'accompagne d'un excès de protéines dans l'urine. Elle présente un risque grave pour la santé de la mère et du fœtus, notamment lorsque qu'elle se surajoute à l'hypertension chronique, et est une des causes principales des naissances prématurées.

Plusieurs facteurs de risque prédisposent les mères à ces problèmes, y compris la première grossesse, des grossesses multiples, des antécédents d'hypertension chronique, la maternité après 35 ans, le diabète gestationnel, l'obésité et les malformations fœtales. Une étude a montré que des intervalles de 59 mois ou plus entre deux grossesses étaient aussi associés à des taux élevés de prééclampsie et d'éclampsie. Les chercheurs ont aussi avancé au nombre des causes possibles les déséquilibres hormonaux, les carences en calcium et la résistance à l'insuline.

La supplémentation en calcium a donné de bons résultats dans les pays en développement où les femmes enceintes peuvent souffrir de carences calciques, en faisant reculer de 48 % l'incidence de la prééclampsie. Si cette intervention produit un effet similaire sur les décès maternels dus aux troubles hypertensifs, l'apport de suppléments en calcium pourrait prévenir quelque 21 500 décès de mères. L'essai « Magpie », la plus vaste étude réalisée sur les troubles hypertensifs liés à la grossesse de 1998 à 2002 à la fois dans des pays industrialisés et en développement, ainsi que les études de suivi, ont prouvé qu'en administrant du sulfate de magnésium aux femmes au stade de la prééclampsie, le risque de développer l'éclampsie diminuait. Des études ultérieures ont confirmé les résultats de cette intervention essentielle et peu coûteuse.

En théorie, les soins devraient commencer avant même la conception, de sorte que les problèmes médicaux survenus pendant les

grossesses précédentes soient connus et que l'on puisse décider des options disponibles pour traiter l'hypertension chronique. Les femmes souffrant d'hypertension doivent aussi être informées des risques qu'elles courent pendant leur grossesse et des changements que cette maladie pourrait nécessiter dans leur mode de vie. Les femmes enceintes qui souffrent d'hypertension doivent souvent garder le lit. Des examens réguliers effectués par des soignants qualifiés sont requis pour surveiller le début et la progression de la prééclampsie et d'autres troubles liés à l'hypertension.

L'hypertension gestationnelle a longtemps été considérée comme un problème d'obstétrique et les soins étaient davantage axés sur les conséquences qu'elle avait sur la grossesse plutôt que sur la mère à court et à long terme. Mais des recherches récentes ont montré que l'hypertension pendant la grossesse peut aussi affecter la santé d'une femme après la naissance, en accroissant les risques qu'elle contracte une hypertension chronique et une maladie cardiovasculaire. Compte tenu des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles attribuables à ces troubles, les recherches doivent se poursuivre. Le traitement ou la prise en charge de ces problèmes auront des répercussions importantes sur le modèle du continuum de soins de santé de la mère et du nouveau-né.

Voir Références, page 109.

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et la disponibilité des soins prénatals sont à la fois un problème à résoudre et une occasion à saisir pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

sonnel qualifié. L'organisation appelle aussi à poursuivre les recherches pour déterminer plus précisément à quel moment le cordon ombilical doit être clampé, et quels médicaments, le cas échéant, doivent être administrés par un personnel non qualifié.

D'autres risques associés à l'accouchement peuvent aussi être évités par l'offre de soins spécialisés. L'Organisation mondiale de la Santé recommande qu'une femme souffrant d'éclampsie ou de prééclampsie soit hospitalisée quelques jours avant d'accoucher afin de recevoir un traitement à base de sulfate de magnésium. La plupart des infections peuvent être soignées en prescrivant des antibiotiques. D'autres, comme le tétanos, peuvent être facilement évitées en vaccinant les femmes et en

adoptant des pratiques aseptiques de soin du cordon ombilical¹⁵ (Voir Encadré page 53, *Éliminer le tétanos maternel et néonatal*).

Fournir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Pour sauver la vie d'une femme souffrant de complications à la naissance, il est souvent nécessaire de l'aiguiller rapidement vers un établissement sanitaire. La qualité des soins fournis par cet établissement est cruciale : pour que la prise en charge soit adéquate, il doit disposer des médicaments, des fournitures, du matériel et du personnel nécessaires. En outre, il doit aussi être en mesure d'offrir des interventions essentielles, y compris des accouchements par césarienne, des transfusions sanguines et la réanimation des nouveau-nés.

Les données disponibles sur les soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement sont souvent peu nombreuses. Selon certaines études, près de 15 % des naissances vivantes pourraient nécessiter des soins obstétricaux d'urgence, et de 5 à 15 %, un accouchement par césarienne. Il est évident que la couverture comporte des lacunes importantes, notamment dans les zones rurales de l'Afrique subsaharienne, où la proportion de femmes qui accouchent par césarienne est d'environ 2 %¹⁶.

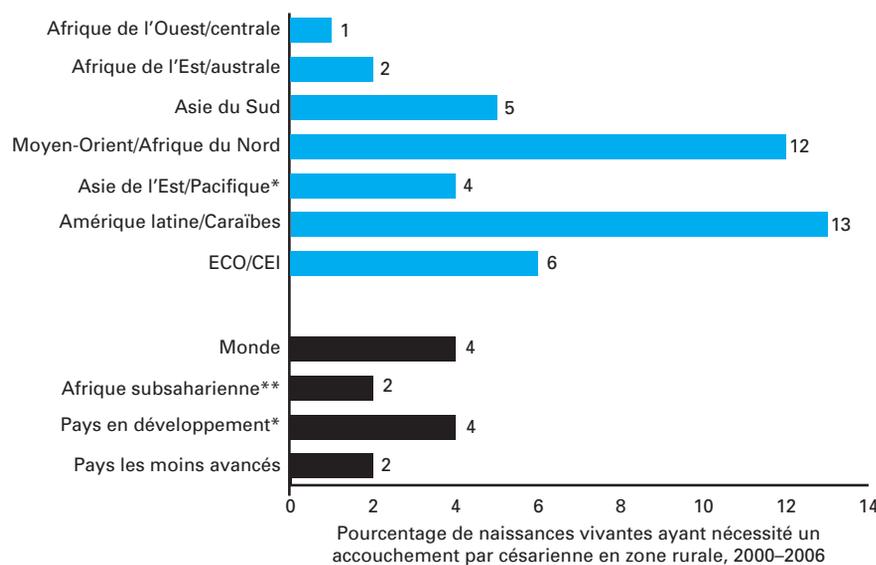
Les facteurs qui entravent la prestation de soins obstétricaux d'urgence sont, entre autres, la distance, les frais directs dont doit s'acquitter la parturiente, le coût du transport et de l'hébergement, le manque de connaissances et les barrières culturelles. En outre, la qualité des soins offerts peut aussi être dissuasive, comme l'a montré une étude réalisée dans le nord de la République-Unie de Tanzanie, selon laquelle la mauvaise qualité des soins fournis en établissement était la principale raison pour laquelle les femmes n'y recouraient pas¹⁷.

Disponibilité des soins post-natals

Il est manifeste que l'on doit attacher plus d'importance aux soins post-natals – qui ont été longtemps négligés dans de nombreux pays en développement et qui représentent un maillon manquant du continuum de soins. Il est urgent d'apporter des soins dans la période post-partum, car nous savons que les risques de mortalité et de morbidité maternelles sont élevés pendant les 48 heures qui suivent la naissance. Les soins post-natals revêtent souvent une importance cruciale pour le nouveau-né, notamment immédiatement après la naissance.

Figure 3.5

Soins obstétricaux d'urgence : accouchements par césarienne en milieu rural



* A l'exception de la Chine. ** l'Afrique subsaharienne comprend les régions de l'Afrique de l'Est/australe et de l'Afrique de l'Ouest/centrale.

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, autres enquêtes nationales sur les ménages et UNICEF.



© UNICEF/HQ07-0387/Dan Thomas

Un continuum de soins maternels et néonataux de bonne qualité nécessitera de recruter et de former un personnel sanitaire spécialisé et des agents de santé communautaires. Une infirmière s'occupe d'un nouveau-né dans un hôpital pédiatrique de République populaire démocratique de Corée.

Près de trois quarts des décès néonataux surviennent au cours de la première semaine, dont la moitié dans les 24 heures qui suivent la naissance.

Dans de nombreux pays en développement, les mères sortent généralement du centre de soins 24 heures après avoir accouché, ou peuvent ne pas avoir accès à des soins professionnels spécialisés. On a constaté que même lorsque la période la plus dangereuse est passée, les risques de mortalité et de morbidité maternelles subsistent pendant au moins 42 jours après la naissance, et durent parfois de six mois à un an. Les principales causes de la mortalité post-partum sont les hémorragies, les infections et l'hypertension. La prise en charge de ces problèmes médicaux nécessitera des soins et la présence de soignants qualifiés pendant l'accouchement, comme nous l'avons mentionné plus haut dans ce chapitre¹⁸.

Pendant la période post-partum à haut risque, les femmes doivent subir régulièrement des visites de soins post-

nataux afin que d'éventuelles complications puissent être rapidement diagnostiquées et qu'elles puissent être aiguillées, le cas échéant, vers des services plus spécialisés. Même en l'absence de complications, ces visites sont l'occasion de leur donner des informations et des conseils essentiels sur la santé de la mère et du nouveau-né – notamment sur les soins et l'alimentation des bébés, les signes de danger en cas de maladie, les processus d'aiguillage et de meilleures pratiques d'hygiène. Des études montrent que le nombre de décès néonataux diminue lorsque la mère et le bébé sont examinés dans les 48 heures qui suivent la naissance. Les mères séropositives au VIH et les bébés prématurés doivent faire l'objet d'une attention spéciale¹⁹. Les nourrissons qui sont d'un faible poids à la naissance doivent être suivis, en particulier pour la gestion de leur température. (Voir Encadré page 62, *L'initiative Maman Kangourou au Ghana*).

Même les mères qui bénéficient de soins post-partum immédiats sont souvent négligées dans les jours et les semaines qui suivent. Six semaines peuvent s'écouler avant qu'elles ne soient de nouveau en contact avec un agent sanitaire, au moment de faire vacciner leur bébé. On a constaté que les mères avaient moins souvent recours aux soins post-nataux qu'aux soins prénataux ou à un accouchement assisté, même si elles souffrent de problèmes ou de troubles comme la fistule et le prolapsus utérin pendant la période post-partum²⁰.

Pour que les soins post-nataux soient efficaces, les femmes doivent bénéficier d'une prise en charge et d'une attention médicale pendant la période post-partum, et se rendre à plusieurs

consultations de suivi. Faire revenir les mères au centre de soins ou les examiner dans le cadre des soins de proximité pendant les jours et les semaines qui suivent la naissance peut présenter des difficultés – il peut y avoir des frais ou des problèmes de transport et de consultation, ou des raisons culturelles qui dissuadent les femmes de revenir à la clinique ou à l'hôpital. C'est pourquoi les soins de proximité peuvent jouer un rôle déterminant pour que la mère et le nouveau-né restent en bonne santé, quel que soit l'endroit où la naissance a eu lieu. (Voir Encadré page 57, *Les 28 premiers jours de vie* et Encadré pages 80-81, *Sauver la vie des mères et des nouveau-nés – les premières journées cruciales après la naissance*).

On connaît mal les effets et l'ampleur de la dépression dont souffrent les femmes pendant la grossesse et la période post-partum dans les pays en développement. La recherche a identifié plusieurs facteurs de déclenchement d'une dépression dans l'année qui suit la naissance, notamment absence de soutien du partenaire et de la société, divers événements qui surviennent dans la vie, l'expérience de la maternité et le tempérament du nourrisson.

Dans les pays industrialisés, on estime que de 10 à 15 % de femmes pourraient souffrir de dépression dans les semaines et les mois qui suivent l'accouchement, mais en ce qui concerne les pays en développement, les informations disponibles à ce sujet sont rares. Des études réalisées à petite échelle au Pakistan et au Vietnam indiquent que les femmes déprimées tendent à avoir des nourrissons de poids insuffisant, et des recherches effectuées en Inde suggè-

Pour réduire les risques sanitaires et la morbidité, il est essentiel d'encourager un comportement sain chez la mère et le nouveau-né, notamment en matière de nutrition et d'hygiène.



© UNICEF/H005-1795/Giacomo Pirozzi

Des soignants qualifiés qui disposent du matériel et du soutien adéquats peuvent intervenir en cas d'urgence pendant le travail ou l'accouchement. Une infirmière surveille un nouveau-né dans un hôpital pour enfants en Ukraine.

rent que les enfants de mères déprimées courent un risque plus élevé de souffrir d'un retard de croissance²¹.

Pratiques saines de soins du nouveau-né

Plus que des moyens technologiques, la prévention des décès néonataux requiert des soins spécialisés et des systèmes d'intervention flexibles et adaptés. L'état du système de santé, le contexte social et les pratiques locales sont des facteurs tout aussi importants que les risques épidémiologiques. Par exemple, on peut améliorer la santé des nouveau-nés en adoptant des pratiques qui n'entraînent pas de coûts élevés, comme le respect des conditions d'hygiène pendant l'accouchement et la promotion

de l'allaitement exclusif au sein dès la naissance, et en s'assurant que la mère est en bonne santé au moment où elle accouche.

On a récemment progressé grâce à des interventions simples, peu coûteuses et qui ont un impact positif sur la santé néonatale, y compris la vaccination contre le tétanos, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme et la supplémentation en micronutriments. Une étude portant sur la couverture des interventions en faveur de la survie maternelle, néonatale et infantile a conclu que la prestation de ce type de services préventifs donnait de meilleurs résultats que les soins curatifs. Les progrès obtenus en ce qui

concerne les mesures destinées à changer les comportements, comme l'allaitement, restaient mitigés²².

Depuis le début des années 1990, on s'est attaché à lutter contre ces menaces multiples à la vie des enfants dans le cadre d'une approche transversale et systématique qui part du principe selon lequel plusieurs causes contribuent à un même problème. Cette approche, lancée par l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé, est appelée la Prise en charge intégrée des maladies infantiles (IMCI) et a donné des résultats très positifs. Plus récemment, ce modèle intégré est devenu l'un des volets du continuum de soins de santé pour les mères, les nouveau-nés et les enfants.

Les 28 premiers jours de la vie

par Zulfiqar A. Bhutta, professeur et président, Département de pédiatrie et de santé de l'enfant, Aga Khan University, Karachi, Pakistan

Nous savons aujourd'hui qu'une vaste proportion des décès d'enfants ont lieu dans la période qui suit immédiatement la naissance, ou les 28 premiers jours de la vie. Sur un nombre estimé à 9,2 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde en 2007, près de 40 % se sont produits dans ce laps de temps. Dans de nombreux pays en développement, les décès néonataux comptent pour plus de la moitié de tous les décès de nourrissons, et la vaste majorité d'entre eux se produisent dans les premiers jours de la vie. Les principales causes de ces décès sont des infections graves (36 %), la prématurité (27 %), l'asphyxie à la naissance (23 %) et les malformations congénitales (7 %). Ces chiffres ne comprennent pas les près de 3 millions d'enfants qui sont mort-nés tous les ans. Dans 30 à 40 pour cent des cas, ces décès sont dus à des problèmes survenus pendant le travail et l'accouchement, qui peuvent quant à eux résulter de problèmes intra-utérins ou de l'asphyxie.

Plusieurs raisons expliquent l'absence relative de progrès accomplis pour réduire la mortalité néonatale. La plus importante est que, contrairement à la santé du bébé pendant la période post-natale (29 jours à 59 mois), la santé du nouveau-né est étroitement liée à la santé de sa mère. Pour obtenir des améliorations, les interventions doivent aborder des questions complexes telles que l'autonomisation de la mère, les tabous socioculturels et la capacité d'adaptation des systèmes de santé.

Les facteurs spécifiques qui contribuent à la mortalité néonatale sont les suivants :

- Une attention insuffisante portée à la santé de la mère et l'accès limité à des prestataires de soins qualifiés.
- La mauvaise qualité des soins de santé maternelle, notamment lorsque la femme accouche à la maison. La moitié au moins de tous les décès de nouveau-nés survient à la maison.
- Une mauvaise détection des maladies néonatales et le recours insuffisant aux soins dans les familles et les communautés.
- Une gamme limitée d'interventions en cas de problèmes néonataux, comme l'asphyxie à la naissance et les complications liées à une naissance prématurée.
- Un manque de consensus au sujet des interventions et de la prestation des soins de prévention et de traitement des infections graves chez le nouveau-né – autres que le tétanos néonatal – dans les dispensaires communautaires.

Ces dernières années, notre compréhension des maladies et de la mortalité des nouveau-nés s'est considérablement étoffée. La répartition inégale de la mortalité maternelle et néonatale montre que la plupart de ces décès se produisent dans les zones rurales pauvres et dans les zones urbaines d'habitat spontané souvent mal desservies. De nombreux pays réalisent aussi que l'objectif du Millénaire pour le développement qui vise à réduire la mortalité infantile ne sera pas atteint si les soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés ne s'améliorent pas, notamment pour prévenir la mortalité dans les 28 premiers jours de la vie.

On connaît mieux aussi les résultats des stratégies et des interventions dont l'action s'appuie sur des partenariats communautaires. Plusieurs programmes, notamment en Asie du Sud, ont tenté de faire reculer la morbidité et la mortalité néonatales dans les communautés en mettant en œuvre des approches originales. Au cours d'une étude notoire réalisée dans les zones rurales du Maharashtra en Inde, le Dr Abhay Bang et ses collègues ont collaboré avec des accoucheuses traditionnelles pour former des agents sanitaires communautaires à l'identification des problèmes néonataux graves comme l'asphyxie à la naissance ou de potentielles infections bactériennes, et à l'administration d'un traitement, en ranimant le bébé à la maison par exemple, ou en administrant des antibiotiques pris par voie orale ou par injection.

En appliquant ces stratégies de soins à domicile du nouveau-né, ce programme a réussi à réduire considérablement la mortalité néonatale. Plus récemment, les chercheurs de l'université Johns Hopkins se sont appuyés sur l'exemple du Sylhet, une région rurale du Bangladesh, pour démontrer l'efficacité des approches qui recourent à des agents sanitaires communautaires formés pour offrir aux nouveau-nés un ensemble de soins préventifs et curatifs intégrés. Bien que les soins fournis à domicile soient importants dans ces études, il est possible que des progrès notables soient également dus à l'amélioration des pratiques familiales et des soins au nouveau-né. Selon une étude réalisée dans la zone rurale de Makwanpur au Népal, la création de groupes de soutien aux femmes, dirigés par des animateurs formés, a permis d'obtenir un net recul de la mortalité néonatale. Et d'autres études ont montré qu'une stratégie concertée d'éducation sur les soins au nouveau-né au niveau des communautés peut apporter des changements importants dans les pratiques et faire chuter la mortalité néonatale.

Toutes ces études récentes prouvent que l'on peut considérablement améliorer la survie du nouveau-né en offrant aux communautés une formation sur les soins de santé maternelle et néonatale améliorés, ainsi qu'une prise en charge à domicile des infections néonatales. Pour avoir un impact sur les systèmes de santé publique dans un avenir prévisible, ces stratégies doivent être reproduites à plus grande échelle, en motivant et en formant dans toute la mesure du possible les agents sanitaires disponibles. Ce type d'expansion a déjà été mené dans les régions rurales du Pakistan, où des travailleuses sanitaires communautaires (*Lady Health Workers*) collaborent avec des comités de santé et des groupes de soutien aux femmes dans les villages. Une évaluation récente de l'initiative du Pakistan a permis de constater un recul important de la mortalité périnatale et néonatale, ainsi qu'une demande accrue de soins de santé maternelle spécialisés.

Ces nouvelles observations viennent à l'appui des stratégies qui visent à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né dans les communautés et les familles qui portent le plus lourd fardeau de mortalité et qui ont le moins accès à des soins de santé de bonne qualité. La difficulté consiste à intégrer des stratégies et des interventions efficaces tout au long du continuum de soins maternels et néonataux à la fois dans les communautés elles-mêmes et dans les établissements de soins. Selon des estimations récentes, des interventions préventives et curatives de base offertes aux mères et aux nouveau-nés en centres de soins de santé primaires pourraient faire reculer la mortalité maternelle et néonatale de 20 à 40 %.

Malgré ces mesures prometteuses, notamment lorsque plusieurs interventions complémentaires sont regroupées et fournies par tout un ensemble de prestataires de soins de santé, d'importants goulots d'étranglement, y compris le mauvais fonctionnement d'établissements du système sanitaire et le nombre limité de prestataires de soins spécialisés, continuent d'entraver l'offre des services dans de nombreux pays en développement. Ces goulots d'étranglement peuvent et doivent être éliminés en adoptant des stratégies qui visent expressément à atteindre les familles, les communautés et les districts qui risquent le plus de ne pas avoir accès aux soins de santé de base et aux services de maternité. Malgré ces difficultés, et des lacunes importantes dans nos connaissances sur la meilleure façon de traiter, au niveau des communautés, certains problèmes néonataux comme l'asphyxie à la naissance, la fragilité des enfants nés prématurés et de graves infections bactériennes, une chose est claire : nous en savons assez pour faire bouger les choses. Il est essentiel d'appliquer nos connaissances et d'établir un cadre d'interventions qui permette d'apporter des soins de santé maternelle et néonatale à ceux qui en ont le plus besoin : les populations rurales et urbaines pauvres.

Voir *Références*, page 109.



© UNICEF/H007-1494/Anita Khemka

Les partenariats communautaires pour la santé peuvent contribuer à étendre la couverture des services essentiels et à améliorer les pratiques sanitaires et nutritionnelles. *Un agent de santé communautaire bénévole qui a aussi reçu une formation sur l'accouchement se rend chez une femme enceinte dans un village du Népal.*

Le continuum de soins : établir un lien entre communautés et services

On reconnaît à présent qu'en regroupant des interventions interdépendantes, on peut aussi améliorer leur efficacité et diminuer leur coût. En outre, lorsque les services sont intégrés, les gens sont davantage incités à les utiliser, ce qui permet alors d'accroître et d'améliorer la couverture. L'objectif est d'élaborer un système général de soins de santé primaires qui offre des interventions essentielles aux femmes et aux enfants tout en renforçant les liens entre les foyers et les centres de soins, des liens qui ont si souvent fait défaut dans le passé.

Pratiques et comportements des foyers

Lorsque les enfants tombent malades, le premier point d'intervention est inévitablement la famille, et cette res-

ponsabilité incombe en particulier à la mère, au père, ou à d'autres parents proches et tuteurs. Dans la plupart des cas, les maladies infantiles sont diagnostiquées non pas par un médecin ou une infirmière, mais par la mère qui évalue les symptômes, détermine leur gravité et décide soit de traiter l'enfant à la maison, soit de le faire examiner par un agent sanitaire compétent. Mais qu'un soignant soit consulté ou non, ce sont les membres de la famille qui s'occupent des enfants malades et qui leur administrent leurs médicaments ou remèdes.

On observe un processus similaire, bien que moins marqué, dans le cas des femmes enceintes ou qui ont récemment accouché. La femme elle-même aura une opinion sur la gravité des problèmes qui surviennent avant, pendant et après la naissance, mais la famille joue inévitablement un rôle

clé, notamment pour décider s'il faut recourir à des soins médicaux externes et souvent onéreux. En outre, en raison de facteurs socioculturels, les femmes peuvent être obligées de demander la permission de leurs maris ou d'autres membres de la famille pour recevoir des soins pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum.

Naturellement, la compétence des membres de la famille en ce qui concerne l'évaluation de la gravité d'un problème médical est extrêmement variable, mais aucun système de santé ne peut se permettre d'ignorer le rôle crucial que jouent les familles ou les membres du foyer pour dépister et soigner les maladies des enfants ou des mères. En outre, bien que dans l'ensemble du monde en développement, une petite majorité (54 %) de bébés naissent à la clinique ou à l'hôpital,

Les partenariats communautaires pour la santé peuvent encourager l'allaitement exclusif au sein dès la naissance, qui offre au nouveau-né une protection essentielle contre les infections et les maladies.

en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud – régions où le fardeau de la mortalité maternelle et néonatale est le plus lourd – plus de 60 % des femmes accouchent à la maison²³. Même les femmes qui se rendent dans un centre de soins pour accoucher rentrent généralement chez elles dans les 24 heures qui suivent la naissance, et la responsabilité des soins post-natals et post-partum, ainsi que la surveillance de la mère et du nouveau-né, incombe aux membres de la famille.

À un niveau plus fondamental, la nutrition et les pratiques d'hygiène à la maison sont d'importants déterminants des risques sanitaires auxquels sont exposés les mères et les nouveau-nés. Une mauvaise nutrition de la mère, des pratiques non hygiéniques d'accouchement et de soins du cordon

ombilical, le non-respect des pratiques d'hygiène, comme le fait de se laver les mains au savon ou avec de la cendre après avoir utilisé les latrines et avant de préparer les repas ou de manger, et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations peuvent encourager la propagation des infections et des maladies telles que le tétanos, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës. La sensibilisation à de meilleurs comportements et pratiques individuels au sein du foyer, par exemple, l'allaitement exclusif au sein des nouveau-nés et des bébés jusqu'à six mois, offre un potentiel considérable pour améliorer la santé et le bien-être des familles.

Des messages simples sur les pratiques d'hygiène de base à respecter dans la préparation des repas – entre autres, conserver les aliments dans

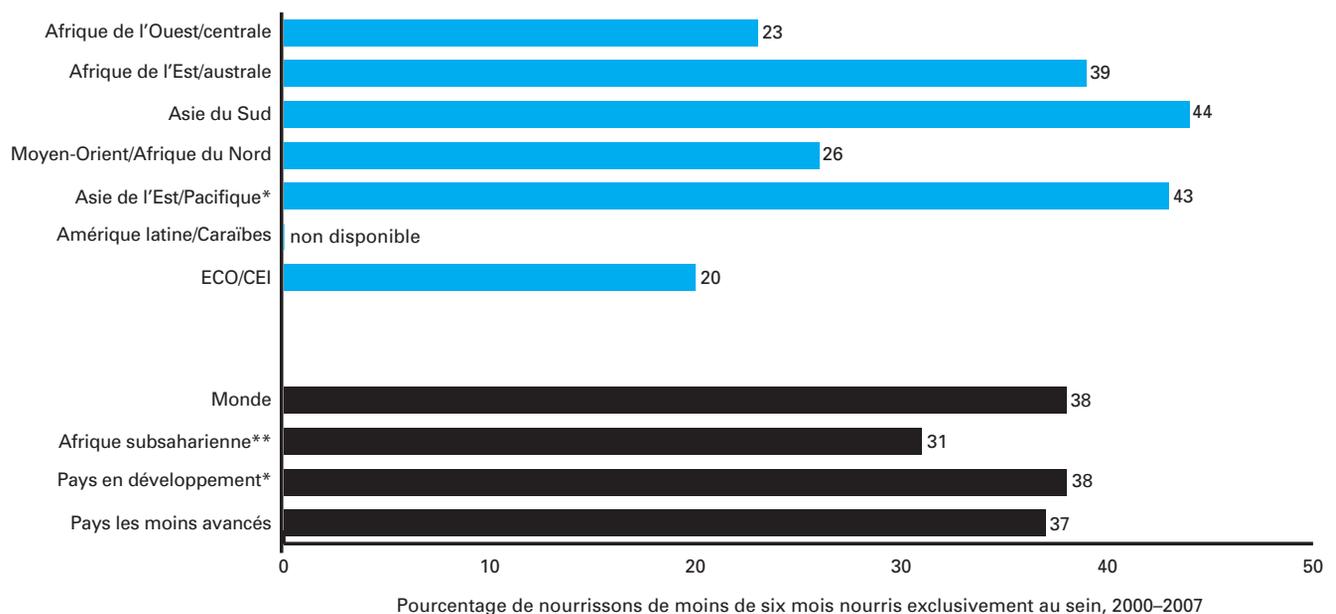
des récipients couverts pour les protéger des insectes et faire sécher au soleil les torchons utilisés pour laver les assiettes et les casseroles – peuvent avoir des résultats bénéfiques. L'information des ménages sur des interventions élémentaires en matière de santé, de nutrition et de protection de l'environnement, et l'accès des femmes aux prises de décisions concernant leur santé et celle de leurs enfants, auraient un impact très positif sur la santé des enfants, des mères et des femmes enceintes.

Partenariats communautaires pour fournir des soins de santé primaires

Les communautés ont un rôle essentiel à jouer en matière de soins de santé et de nutrition de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. La notion

Figure 3.6

Allaitement exclusif au sein dès la naissance



* A l'exception de la Chine. ** L'Afrique subsaharienne comprend les régions de l'Afrique de l'Est/australe et l'Afrique de l'Ouest/centrale.

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, autres enquêtes nationales sur les ménages et UNICEF.

Les soins obstétricaux en Afghanistan

En Afghanistan, des décennies de conflit et d'instabilité ont porté un coup au fonctionnement des infrastructures de soins de santé de base. Les femmes, en particulier, ont souffert d'un accès insuffisant aux services de soins. Par conséquent, le taux de mortalité maternelle est extrêmement élevé et, selon les dernières estimations interinstitutions, il s'élevait à 1 800 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005.

Pour une femme afghane, le risque sur la vie entière de mourir de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement est de 1 sur 8, cette proportion étant la deuxième plus élevée du monde. Un plus grand nombre de femmes meurent de ces causes en Afghanistan, dont la majorité à la suite d'une hémorragie ou d'une obstruction du travail, que dans tout autre pays. Le nombre de décès maternels varie entre 16 % de tous les décès de femmes en âge de procréer à Kaboul (le centre urbain le plus peuplé d'Afghanistan) à 64 % dans le district de Ragh de la province du Badakhshan.

Ces taux élevés de décès maternels reflètent plusieurs facteurs, y compris un accès limité à des soins de santé maternelle de bonne qualité, notamment dans les zones rurales d'Afghanistan; des connaissances insuffisantes sur la santé maternelle et l'accouchement sans risque; et le manque de prestataires de soins de santé qualifiés de sexe féminin, étant donné la forte préférence culturelle qui dicte que les femmes doivent être prises en charge par d'autres femmes. On estime que 9 femmes rurales sur 10 accouchent à la maison, sans l'aide d'un personnel qualifié et sans accès aux soins obstétricaux d'urgence. Des facteurs socioculturels qui empêchent les femmes de se déplacer sans permission ou sans être accompagnées par un parent de sexe masculin peuvent aussi limiter leur accès aux services essentiels. D'autres facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle sont la condition inférieure des femmes et des filles dans la société, la pauvreté, une mauvaise nutrition et l'insécurité.

L'amélioration du taux de survie des mères en Afghanistan revêt une importance extrême. Les sages-femmes peuvent fournir des soins essentiels. L'Organisation mondiale de la Santé recommande qu'il y ait une sage-femme ou un autre soignant qualifié pour 175 femmes qui recevront des soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. En se fondant sur cette estimation et sur le nombre estimatif de naissances en Afghanistan, ce pays devrait disposer de 4 546 sages-femmes pour obtenir une couverture de 90 % des grossesses. Or il ne recensait que 467 sages-femmes formées en 2002. Moins de la moitié des centres de soins étaient dotés d'effectifs féminins. Dans le district rural du Nooristan, le personnel sanitaire comptait 43 hommes pour une femme.

Bien qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né en Afghanistan, de nombreux efforts entrepris à ce jour ont réussi à élargir et à renforcer les prestations de soins obstétricaux.

Le Gouvernement afghan s'est associé à des partenaires locaux et internationaux, y compris l'UNICEF, pour élaborer une stratégie globale consistant, notamment, à étoffer et à étendre la formation des sages-femmes, à formuler des politiques qui confèrent un rôle crucial aux sages-femmes pour fournir des soins obstétricaux essentiels et des soins au nouveau-né, à soutenir la création d'une association professionnelle de sages-femmes, et à développer des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins spécialisés pendant l'accouchement.

Le Programme communautaire de formation des sages-femmes (CME), qui offre pendant 18 mois une formation axée sur l'acquisition de connaissances pratiques et dont les critères d'admission sont plus souples que les programmes précédents, est considéré comme une approche bien conçue pour intensifier la formation et le déploiement d'accoucheuses formées. En 2008, 19 programmes CME chargés de former chacun de 20 à 25 femmes ont démarré. Cela représente un net progrès de la capacité de formation par rapport à 2002, époque où il n'y avait que six programmes formant des infirmières/sages-femmes administrés par l'Institut des sciences de la santé dans des centres régionaux, et un programme communautaire de formation de sages-femmes offert dans la province de Nangahar. Le nombre de sages-femmes disponibles dans le pays a rapidement augmenté, passant de 467 en 2002 à 2 167 en 2008.

Les femmes des districts qui souffrent d'une pénurie de sages-femmes sont encouragées à s'inscrire à ces programmes, étant entendu qu'elles y resteront pour travailler une fois qu'elles seront formées. Suite à cette politique, le nombre d'établissements de santé disposant d'un personnel féminin qualifié (médecins, personnel infirmier ou sages-femmes) a fortement augmenté, passant de 39 % en 2004 à 76 % en 2006. Les répercussions sont également tangibles sur les soins maternels : le nombre d'accouchements se déroulant sous la surveillance de soignants qualifiés est passé d'environ 6 % en 2003 à 19,9 % en 2006. Le succès de cette méthode axée sur l'acquisition de connaissances pratiques a incité les programmes de formation des sages-femmes à adopter le système d'enseignement et le processus de certification des programmes CME.

Voir Références, page 109.

Les services de proximité et de consultation externes peuvent servir de passerelle entre le foyer et les centres de soins en offrant des soins de santé procréative ainsi que des soins prénatals, périnataux et post-natals.



© UNICEF Pérou/2005

La prise en compte des barrières culturelles, sociales et géographiques qui font obstacle à la prestation de soins de santé contribue à améliorer l'accès aux services dans les communautés rurales. Une mère et son nouveau-né sont pris en charge par un agent sanitaire dans un dispensaire au Pérou.

de la communauté en tant que pilier sur lequel s'appuie la prestation de soins de santé primaire a été affirmée dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, et il est clair que l'objectif des soins universels ne pourra pas être atteint si l'on ne mobilise pas les communautés, en particulier dans les régions les plus pauvres et les plus isolées. Il est utile que les communautés prennent une part active à l'amélioration des soins de santé, des pratiques d'hygiène, de la nutrition et des

services d'eau et d'assainissement. Loin de constituer un moyen auquel on a recours faute d'alternatives plus coûteuses, leur contribution doit plutôt être considérée comme une option souhaitable pour encourager l'autonomisation et la participation²⁴.

Les partenariats communautaires sont un outil particulièrement utile pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. Il existe presque autant de formes différentes de

partenariats communautaires que de communautés. Certains sont modestes et locaux, alors que d'autres font partie de réseaux nationaux. Certains dépendent entièrement de l'action de bénévoles, alors que d'autres rémunèrent leurs membres d'une façon ou d'une autre. Certains fonctionnent indépendamment du système de santé national, alors que d'autres y sont pleinement intégrés. Les programmes qui souhaitent recourir à des partenariats communautaires dans leur

approche doivent être soigneusement adaptés au contexte local particulier.

Les exemples les plus réussis de partenariats communautaires pour la santé et la nutrition améliorent non seulement l'accès aux services et facilitent un contact plus étroit entre soignants et individus ou foyers, mais ils encouragent aussi les changements de comportements et la mobilisation sociale. Les partenariats les plus fragiles sont ceux qui manquent d'effectifs, de financements et de matériel. Comme en témoignent les succès remportés par plusieurs partenariats communautaires pour

la santé dans l'ensemble du monde en développement, le bilan est globalement positif²⁵.

Le rôle des agents sanitaires communautaires pour protéger la santé de la mère et du nouveau-né

Les partenariats communautaires pour la santé requièrent souvent que l'on forme des agents sanitaires communautaires. Ces personnes sont chargées d'administrer des soins de santé de base et d'offrir un soutien à la nutrition – soit à domicile, soit dans un lieu préétabli. Les agents sanitaires communautaires mènent aussi des campagnes pour améliorer

les soins et les pratiques d'hygiène. L'allaitement exclusivement au sein, le lavage des mains au savon ou à la cendre et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme sont trois des interventions qu'ils recommandent le plus souvent. En outre, de nombreux partenariats communautaires pour la santé emploient aussi des personnes chargées de donner des conseils sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et de participer à la prise en charge de maladies infantiles comme le paludisme, la pneumonie et la septicémie néonatale.

L'initiative Maman Kangourou au Ghana

L'initiative Maman Kangourou, qui aide les nourrissons souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance, a d'abord été lancée en Colombie en 1979 par les Dr Hector Martinez et Edgar Rey pour réduire, entre autres, les taux élevés d'infection et de mortalité enregistrés dans des hôpitaux bondés. Depuis, elle a été adoptée dans de nombreux pays en développement et est devenue un volet essentiel du continuum de soins prénatals dans le monde.

Les quatre composantes de ce programme sont toutes essentielles pour que les nourrissons, notamment ceux qui ont un poids insuffisant à la naissance, bénéficient des meilleurs soins possibles. Elles comprennent le positionnement du bébé peau contre peau sur la poitrine de sa mère; une nutrition adéquate assurée par l'allaitement maternel; des soins ambulatoires suivant la sortie rapide de l'hôpital; et un soutien à la mère et à sa famille pour s'occuper du bébé.

La méthode la plus efficace pour élargir l'initiative Maman Kangourou a consisté à offrir des programmes de formation. Souvent, cette formation reste confinée au milieu hospitalier. Au Ghana, une nouvelle approche a été adoptée dans le cadre d'un projet, Maman Kangourou (KMC Ghana), lancé dans quatre régions avec l'appui de l'UNICEF et de l'Unité des stratégies de soins de la mère et du nourrisson du South African Medical Research Council. Plutôt que d'offrir une simple formation, ce programme a choisi une approche longitudinale de type « porte ouverte » qui s'appuie sur le soutien continu de divers établissements de soins.

Dans le cadre du programme, Maman Kangourou fait l'objet d'une attention spéciale pendant deux à trois ans. Les partici-

pants doivent choisir un aspect des soins au nouveau-né, le mettre en œuvre le mieux possible et, au cours du processus, intégrer ces mesures à la gamme ordinaire des pratiques de soins néonatales.

Le modèle de mise en œuvre prévoit des rôles spécifiques pour les districts et les régions, en fonction de la façon dont le pouvoir est délégué dans un pays donné. Au Ghana, la région est le centre névralgique et les districts sont chargés des interventions concrètes. Bien que la moitié de toutes les femmes continuent d'accoucher à la maison, l'un des piliers du projet Maman Kangourou au Ghana est la création de centres d'excellence dans les hôpitaux régionaux et la prestation continue de soins Maman Kangourou 24 heures sur 24 dans chaque hôpital de district.

Dans chaque région, la mise en œuvre est supervisée par un Comité directeur KMC qui comprend un membre par district. Ces représentants constituent à leur tour des comités directeurs au niveau des districts. Bien que l'objectif principal soit d'introduire l'initiative Maman Kangourou dans les hôpitaux de district, d'autres centres de santé et organisations communautaires sont aussi sollicités en tant que partenaires.

Bien qu'une évaluation complète de l'initiative Maman Kangourou au Ghana reste à faire, les résultats préliminaires suggèrent qu'elle est efficace pour améliorer la survie des bébés souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance et pour renforcer le lien entre la mère et son nouveau-né.

Voir *Références*, page 109.

La co-infection VIH et paludisme pendant la grossesse

La co-infection VIH et paludisme présente des complications spécifiques pour les femmes enceintes et le développement du fœtus. Le VIH compromet l'immunité au paludisme qu'une femme enceinte acquiert normalement pendant ses première et deuxième grossesses. Le paludisme placentaire est associé à un risque accru d'anémie et d'infection au VIH chez les femmes, notamment les plus jeunes et celles qui attendent leur premier enfant. On ne connaît pas bien le rôle que joue la co-infection dans la transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui augmente ou qui reste inchangée, selon les études. Les risques potentiels d'interactions médicamenteuses ont des conséquences vitales sur la prise en charge efficace de la co-infection, et la recherche doit se poursuivre.

Le paludisme sévit en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes, et en Afrique subsaharienne, mais le fardeau de plus lourd de la co-infection est supporté par l'Afrique, où vivent plus des trois quarts de toutes les femmes séropositives au VIH du monde. Des variations existent au sein du continent africain. Les pays les plus durement touchés sont le Malawi, le Mozambique, la République centrafricaine, la Zambie et le Zimbabwe, où quelque 90 % des adultes sont exposés au paludisme et où le taux moyen de prévalence du VIH chez les adultes excède 10 %. Dans certaines régions les plus méridionales de l'Afrique australe, où l'épidémie de VIH est la plus grave, on enregistre des taux plus faibles de paludisme, bien que des épidémies flambent parfois dans des zones spécifiques comme le Kwazulu-Natal, en Afrique du Sud.

Les données disponibles pour d'autres régions ne sont pas aussi limpides, mais le paludisme et le VIH pourraient co-exister dans les populations de Belize, d'El Salvador, du Guatemala, du Guyana et du Honduras – et, dans une moindre mesure, du Brésil. La recherche a révélé que certains groupes de population, comme les migrants employés dans les mines d'or au Brésil et au Guyana, pourraient être plus susceptibles à la co-infection. L'épidémie de VIH est généralisée dans certains pays d'Asie, dont la Birmanie et la Thaïlande, mais la transmission du paludisme est instable et hétérogène dans l'ensemble de la région, comme en Amérique latine et dans les Caraïbes. Différentes souches de paludisme affectent des régions différentes – *P. falciparum* en Afrique, *P. vivax* en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes – et les effets de la maladie peuvent varier en fonction du degré d'immunité auquel une femme est parvenue au moment où elle devient enceinte. En Asie, les femmes sont moins exposées à une transmission intense et elles ont donc moins l'occasion de développer une immunité acquise. Cela est vrai également pour les zones instables de transmission de paludisme dans certaines parties d'Afrique australe. La plupart des études du paludisme chez les femmes enceintes proviennent d'Afrique et il faudrait en réaliser dans d'autres régions, sur des vecteurs autres que le *P. falciparum*.

Les personnes atteintes de paludisme et souffrant d'anémie sévère qui reçoivent des transfusions sanguines, notamment les enfants, courent aussi un risque accru de contracter le VIH. Chaque année, entre 5 300 et 8 500 enfants vivant dans des régions où le paludisme est endémique en Afrique sont infectés par le VIH au cours d'une transfusion sanguine nécessitée par le traitement du paludisme sévère.

Quelles que soient les différences régionales, la co-infection affecte toutes les femmes enceintes de manière similaire. Le VIH

et le paludisme contractés pendant la grossesse augmentent le risque d'anémie sévère et réduisent l'immunité acquise que des femmes vivant dans des zones de transmission stable du paludisme auraient pu développer – ce qui revient à dire que les femmes séropositives qui attendent leur deuxième, troisième et quatrième enfant ont la même déficience immunitaire face au paludisme que les femmes dont c'est la première grossesse. Les femmes enceintes séropositives deviennent deux fois plus exposées au paludisme clinique, indépendamment de leur gravidité. Chez ces femmes, le paludisme peut retarder la croissance du fœtus et provoquer un accouchement avant terme. Les nouveau-nés risquent d'avoir un poids insuffisant à la naissance et ne pas bénéficier d'un transfert de l'immunité et des réactions cellulaires de la mère à des maladies infectieuses comme le streptocoque, la pneumonie, le tétanos et la rougeole. Des résultats récents suggèrent que les mères séropositives atteintes de paludisme risquent davantage de donner naissance à des nourrissons d'un poids insuffisant; et que les bébés souffrant d'une insuffisance pondérale à la naissance courent un risque beaucoup plus élevé que ceux qui pèsent un poids normal de contracter le VIH par transmission par leur mère.

Les effets du paludisme sur le VIH sont moins évidents, bien que les épisodes de paludisme aigu puissent accroître la charge virale et accélérer la progression de la maladie. Le paludisme contracté pendant la grossesse peut augmenter le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant *in utero* et pendant l'accouchement, et une charge virale élevée peut aggraver le risque de transmission pendant l'allaitement du bébé. Certaines recherches montrent que la charge virale peut retomber à son niveau d'avant l'épisode à la suite du traitement du paludisme, ce qui suggère que la prise en charge du paludisme pourrait jouer un rôle essentiel pour ralentir la propagation du VIH et sa progression au stade du SIDA.

L'une des questions les plus pressantes soulevées par la co-infection a trait aux pharmacothérapies. L'Organisation mondiale de la Santé recommande que toutes les femmes enceintes vivant dans des zones à forte prévalence du VIH (>10 %) reçoivent au moins trois doses de sulfadoxine-pyriméthamine à titre de traitement préventif intermittent (TPI), même si elles sont asymptomatiques, à moins qu'elles ne prennent déjà du cotrimoxazole pour traiter des infections opportunistes provoquées par le VIH.

De nombreux gouvernements africains utilisent une thérapie de combinaison à base d'artémisinine pour la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes; compte tenu des limites de la recherche actuelle, l'OMS continue de recommander que ce traitement soit administré dans des cas sans complications pendant les trois premiers mois de la grossesse, si aucun autre traitement efficace n'est disponible. Dans les cas d'anémie sévère, une thérapie à base d'artémisinine ou de quinine doit être administrée, bien que le premier médicament soit préférable au second ou au troisième trimestre. Très peu d'informations ont été publiées sur les risques de la prise simultanée d'antirétroviraux et d'antipaludéens, y compris les dérivés de l'artémisinine, mais on n'a observé à ce jour aucune toxicité importante lorsque l'artémisinine est administrée en même temps que des antirétroviraux ou à un stade précoce de la grossesse.

Voir Références, page 109.

Les difficultés des adolescentes au Libéria

par l'Honorable Vabah Gayflor, Ministre de l'égalité des sexes et du développement au Libéria

Garantir que les adolescentes puissent grandir et se développer dans un environnement qui les soutienne, qu'elles soient protégées des mauvais traitements, de l'exploitation et de la violence, et qu'elles ne soient pas obligées d'assumer prématurément des rôles d'adultes, comme le mariage et le travail, est particulièrement ardu dans mon pays, le Libéria.

Une adolescente qui vit au Libéria :

- *n'a probablement pas fréquenté l'école primaire*; le taux net de scolarisation des filles dans le primaire n'est que de 39 %, d'après les dernières estimations internationales.
- *a peu de chance de faire des études secondaires*; seulement 13 % des filles en âge d'aller à l'école secondaire sont scolarisées.
- *court un risque élevé d'être analphabète*, comme 24 % des adolescentes et des femmes âgées de 15 à 24 ans qui vivent dans le pays.
- *court un risque élevé d'être victime d'un viol* – le crime le plus souvent dénoncé et fréquemment perpétré contre des fillettes de 10 à 14 ans.
- *a probablement des connaissances limitées sur le VIH et le SIDA*; seulement 21 % des femmes âgées de 15 à 24 ans sont bien informées sur le VIH/SIDA.
- *a très probablement contracté un mariage ou une union*; 40 % des femmes de 20 à 24 ans au Libéria ont été mariées avant l'âge de 18 ans.
- *a de fortes chances d'être enceinte*; le taux de natalité des adolescentes de 15 à 19 ans est de 221 pour 1 000 – le deuxième taux le plus élevé du monde.
- *a peu de chances d'accoucher dans un hôpital ou un centre de soins*, puisque seulement 37 % des accouchements ont lieu en établissement.
- *donnera peut-être naissance à son enfant sans l'aide d'un soignant qualifié*, ce personnel n'étant présent que durant 51 % des accouchements.
- *court un risque élevé de mourir pendant la grossesse et l'accouchement*; le taux de mortalité maternelle est de 1 200 pour 100 000 naissances vivantes.
- *court un risque encore plus élevé de mourir de causes liées à la maternité si elle a moins de 15 ans*; les filles de 10 à 14 ans

couront cinq fois plus de risques de mourir de causes liées à la grossesse et à l'accouchement que les femmes de 20 à 24 ans.

- *peut souffrir de problèmes liés à l'accouchement*, comme la fistule ou le prolapsus utérin si elle survit à sa grossesse.
- *court pendant toute sa vie un risque élevé de mourir pendant sa première grossesse et les grossesses suivantes*; le risque de mortalité maternelle sur la vie entière est de 1 sur 12.
- *risque de voir son enfant mourir dans la première année de sa vie*, puisque près d'un nourrisson sur 10 meurt avant son premier anniversaire.
- *ne pourra probablement pas compter sur le soutien de son partenaire, même si elle est mariée*.
- *n'a pas ou peu de recours pour se protéger des mauvais traitements, de l'exploitation et de la perte de son autonomie*.

Pour instaurer un environnement où les adolescentes seront aidées au Libéria, il faut d'abord les protéger de la violence et de la maltraitance, et leur donner accès à une éducation de bonne qualité.

Il faudra aussi s'assurer que les familles n'autorisent pas le mariage de leurs filles avant 18 ans, ou ne les laissent pas travailler dans des conditions où elles se font exploiter.

Les jeunes devront être encouragés à s'informer sur le VIH/SIDA, et les victimes de la violence sexuelle doivent pouvoir saisir la justice.

Des investissements devront être réalisés pour offrir des soins de santé de base, de maternité et une médecine procréative à des millions d'adolescentes.

Et surtout, il faut que les communautés et la société respectent les droits des femmes et des filles, et aient le courage de remettre en question des coutumes et des pratiques préjudiciables et discriminatoires à leur égard.

Sous l'impulsion de la Présidente Ellen Johnson-Sirleaf, le Gouvernement du Libéria s'efforce d'offrir aux adolescentes la protection dont elles ont besoin et les aide à acquérir les connaissances pratiques qui leur permettront de se protéger. Nous remercions la communauté de développement internationale du soutien qu'elle apporte à la prise de mesures rapides et efficaces.

Voir Références, page 110.

Les soins en établissement sont essentiels pour aiguiller les patients et offrir un ensemble de services ordinaires et d'urgence aux mères et aux nouveau-nés.

Le Népal en est un bon exemple. Des agents sanitaires communautaires formés travaillent avec un personnel qualifié pour offrir des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Selon une étude randomisée effectuée en zone rurale au Népal, ces partenariats ont permis de faire reculer de 30 % la mortalité néonatale. Ces conclusions ont été étayées par une étude réalisée en milieu rural en Inde, qui montre que le taux de mortalité néonatale a chuté de 62 % lorsque des agents sanitaires communautaires ont fourni des soins à domicile aux nouveau-nés, y compris la réanimation en cas d'asphyxie à la naissance et le traitement de la septicémie à l'aide d'antibiotiques²⁶.

Les partenariats communautaires pour la santé peuvent contribuer à élargir la couverture des services essentiels et des pratiques améliorées de soins de santé et de nutrition. Et ce qui est peut-être encore plus important, ces partenariats peuvent aussi permettre aux systèmes de santé d'atteindre les communautés, quelque pauvres et marginalisées qu'elles soient.

Les services de proximité et de consultation externe

Les services de proximité et de consultation externe, comme les soins prénatals et la vaccination, sont généralement fournis de deux façons : soit dans des cliniques où se rendent les femmes enceintes et leurs enfants, soit dans le cadre de services mobiles, lorsque des agents sanitaires se déplacent dans les communautés pour offrir des interventions essentielles aux mères et aux enfants. Dans presque tous les cas, les bénéficiaires de ces soins ne sont pas examinés en tant que cas cliniques, mais reçoivent un

service standardisé. Un grand nombre de ces interventions ne requièrent pas la présence d'un personnel médical qualifié pour être efficaces, mais peuvent être dispensées par des soignants qui ont certaines qualifications et par des agents sanitaires communautaires qui ont été partiellement formés. Ainsi, il est plus facile et plus rentable d'accroître la couverture des services de proximité à des segments plus importants de la population²⁷.

Les services de proximité et de consultation externe peuvent servir de passerelle entre les soins prodigués à domicile et dans la communauté et les soins fournis en établissement. Ce sont des mécanismes cruciaux pour offrir des soins prénatals et post-natals, ainsi que pour promouvoir des programmes sur la santé sexuelle et procréative. Par exemple, les soins prénatals qui peuvent évidemment être dispensés dans les cliniques et les hôpitaux sont aussi parfaitement adaptés en tant que service de proximité.

Les services de soins prénatals de proximité devraient permettre de diagnostiquer et traiter des problèmes tels que l'anémie, l'hypertension, le diabète, la syphilis, la tuberculose et le paludisme, et de vérifier la position du bébé. Ils devraient aussi fournir des vaccins contre le tétanos, distribuer des moustiquaires imprégnées d'insecticide et offrir un traitement préventif intermittent du paludisme dans les zones endémiques, ainsi que des conseils en matière d'alimentation, d'hygiène, de symptômes dangereux pendant la grossesse et d'allaitement maternel. Il importe toutefois de ne pas surcharger ces services de proximité ou de consultation externe afin d'éviter qu'ils ne soient

débordés²⁸. Les services de proximité peuvent aussi être adaptés pour fournir des soins post-natals, comme nous l'avons indiqué plus haut dans ce chapitre. Les principaux services comprennent la reconnaissance et la détection des signes de danger chez la mère et le nouveau-né, des conseils sur l'alimentation – notamment l'allaitement maternel exclusif et précoce – et les soins au nouveau-né, l'aiguillage de la mère ou du bébé en cas de besoin, et un soutien et des conseils sur les pratiques sanitaires²⁹.

La médecine procréative est un autre domaine dans lequel les services de proximité ou de consultation externe sont appropriés. Ils peuvent sensibiliser les gens aux soins et aux pratiques qui ont trait à la médecine procréative, y compris l'espacement des naissances. Ils peuvent aussi dépister des infections sexuellement transmissibles et les traiter rapidement. Toutefois, de nombreux services de proximité ou de consultation externe qui offrent des soins de santé procréative ne proposent actuellement que des interventions de mauvaise qualité, ce qui n'incite guère à les utiliser³⁰.

Les soins en établissement

En général, les centres de santé fournissent la plus large gamme de soins préventifs et curatifs de santé maternelle et infantile, et offrent potentiellement le plus vaste réservoir de personnel médical qualifié. Ces établissements se classent habituellement en deux grandes catégories : les dispensaires et les hôpitaux. Le centre le plus proche de la communauté est dans la plupart des cas un dispensaire qui fournit des soins immédiats et généralisés, parfois sous la supervision d'un infirmier ou d'une infir-

mière. Le personnel des dispensaires peut souvent assurer la surveillance d'accouchements qui se déroulent sans complications et offrir un soutien et des conseils sur les soins à apporter au nouveau-né. Il doit aussi être capable de faire face à certaines complications – par exemple, évacuer manuellement le placenta ou réanimer un nouveau-né. Étant donné les risques potentiels associés au travail et à l'accouchement, toutefois, le personnel des dispensaires, ainsi que celui des services de proximité, doit avoir les connaissances nécessaires pour se rendre compte rapidement que les complications qui surviennent pendant l'accouchement, ou la gravité de l'état du nouveau-né, dépassent leurs compétences et doivent être prises en charge au niveau supérieur.

Ce niveau supérieur est dans la plupart des cas un hôpital de district où des médecins peuvent offrir un diagnostic, un traitement, des soins, des conseils et des services de réadaptation. Certains systèmes de santé disposent d'un hôpital de recours qui fournit des soins cliniques complexes, mais dans de nombreuses communautés du monde en développement, ce sont les dispensaires et les hôpitaux de district, au mieux, qui répondent aux besoins de santé des mères et des nourrissons admis dans des établissements de soins³¹.

L'accès aux soins obstétricaux d'urgence peut poser un grave problème aux femmes enceintes vivant en zone rurale, en raison de la distance à par-

courir pour arriver à un établissement convenable et du manque de moyens de transport ou de routes adéquates. Même si des infrastructures de transport et des véhicules étaient disponibles, le coût du voyage et de l'hébergement, ajoutés à des frais indirects comme la perte du revenu des membres de la famille qui accompagnent la femme, pourraient être prohibitifs. Les familles qui vivent dans des communautés géographiquement isolées courent donc un risque accru que la mère ou le nouveau-né décèdent en cas de complications à la naissance. Une étude récente sur la mortalité maternelle en Afghanistan, par exemple, a montré que l'isolement physique venait encore s'ajouter aux risques épidémiologiques encourus par les femmes³².

Toutefois, la distance géographique n'est pas le seul obstacle qui entrave l'accès aux établissements de soins; dans certains cas, les femmes habitent à proximité d'un centre de soins mais ne s'y rendront que pour recevoir des soins prénatals, et pas pour accoucher. Des réserves d'ordre culturel sur la présence d'étrangers pendant l'accouchement, ainsi que les coûts économiques des soins spécialisés, par exemple, peuvent dissuader les femmes d'avoir recours aux services des établissements de santé. Les pénuries de personnel médical, l'état inadéquat du matériel et le manque de médicaments peuvent aussi dissuader les familles d'opter pour un accouchement en milieu institutionnel. Il est

essentiel, en particulier, de réduire l'incidence des maladies nosocomiales – un réel danger en Afrique subsaharienne – qui peuvent accroître le risque d'infection à la suite d'une transfusion sanguine, ou lorsque des seringues sont réutilisées³³. Malgré ces difficultés, il est évident que la remise à niveau des maternités, des centres de santé et des hôpitaux afin qu'ils puissent fournir, au minimum, des soins obstétricaux d'urgence, serait une avancée importante pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Le continuum de soins : étapes concrètes vers les soins de santé primaire pour la mère et le nouveau-né

Les services de soins de santé fonctionnent aux mieux de leurs capacités lorsqu'ils relient les soins à domicile aux services de proximité fournis dans la communauté et, au-delà, aux dispensaires et aux hôpitaux. Cette idée n'est pas nouvelle : les résultats et les connaissances sont disponibles depuis des décennies. Son application permettrait de réduire considérablement le nombre de décès évitables de mères et de nouveau-nés. La difficulté consiste à présent à investir dans des services de santé qui garantiront un continuum de soins. Le Chapitre 4 propose un cadre pour élaborer des stratégies et affecter les ressources nécessaires afin d'apporter les améliorations de la santé maternelle et néonatale dont le monde en développement a un besoin urgent.

4 Renforcer les systèmes de santé pour améliorer la santé maternelle et néonatale



La mise en place de continuums de soins efficaces oblige à prendre des mesures concrètes destinées à renforcer les systèmes de santé. Les éléments clés du développement des systèmes de santé – approfondir la base de connaissances, augmenter les effectifs du personnel sanitaire et améliorer ses compétences, moderniser et élargir les infrastructures et la logistique, trouver des solutions de financement équitables et stimuler la demande de soins par le biais de la mobilisation sociale, garantir la qualité des soins et encourager l’engagement et la prise d’initiatives politiques concertées – sont de mieux en mieux acceptés par les gouvernements nationaux et les institutions locales et internationales. Le Chapitre 4 de La Situation des enfants dans le monde 2009 examine chacune des six premières mesures et illustre leur application concrète à l’aide d’exemples de pays. La septième mesure – la prise d’initiatives et l’engagement au niveau politique – est abordée dans le dernier chapitre du rapport.

Atteindre l’Objectif 5 du Millénaire pour le développement sera difficile. Dans l’ensemble du monde, un retard trop important a été accumulé pour améliorer la santé maternelle, et l’Afrique subsaharienne, en particulier, a très peu progressé dans ce domaine depuis 1990. Même dans les pays et les régions en développement où des gains ont été réalisés, des poches de pauvreté et la marginalisation continuent d’exclure un grand nombre de personnes des services essentiels de soins de santé de base et de maternité. (Voir le Chapitre 1 pour une description complète des tendances de la mortalité maternelle.)

On peut obtenir des progrès plus rapides et considérablement améliorer la survie et la santé maternelle et néonatale en regroupant et en intensifiant des interventions éprouvées et peu coûteuses, offertes dans le cadre d’un continuum de soins et bénéficiant d’un environnement où les droits des femmes et des enfants sont respectés.

Les recommandations de politiques portant sur les cadres de travail nécessaires pour accélérer les progrès

sont constamment enrichies par la collecte de données, la recherche et l’analyse, le suivi et l’évaluation, et par des actions concertées. Le Chapitre 4 contribue à cet effort en résumant une série de mesures concrètes visant à renforcer les systèmes de santé et à soutenir le continuum de soins décrit au Chapitre 3. Ces mesures sont les suivantes :

- Améliorer la collecte de données et l’analyse des tendances, des niveaux, des risques, des causes de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, et des interventions dans ce domaine.
- Augmenter les effectifs du personnel sanitaire chargé de fournir des services de santé primaires dans les pays en développement et améliorer son niveau de compétences.
- Mobiliser la société pour stimuler la demande de soins de santé maternelle et néonatale de meilleure qualité, ainsi que d’un environnement où les droits des femmes et des enfants seront protégés.
- Créer des mécanismes de financement pratiques, équitables et dura-

bles pour offrir des soins de santé de base et des services de maternité.

- Investir dans les infrastructures, la logistique, les technologies de l’information et de la communication, les établissements et la capacité de gestion pour garantir des soins de qualité et un aiguillage efficace.
- Améliorer la qualité des soins à l’échelle du système de santé.
- Encourager la prise d’initiatives et d’engagement politiques en renforçant la collaboration entre les partenaires.

Ce chapitre examine les six premières mesures et illustre leur application concrète grâce à des exemples de pays. La septième mesure sera abordée dans le Chapitre 5.

Mesure 1 : améliorer la collecte et l’analyse des données

L’orientation et le suivi des programmes doivent s’appuyer sur un vaste éventail d’indicateurs, car aucun ne suffit à lui seul à rendre compte de toutes les dimensions de la santé

Des données de bonne qualité sur la santé et la survie des mères et des nouveau-nés sont le fondement de politiques et de programmes viables et efficaces, et de partenariats concertés.

maternelle et néonatale. Parmi les informations capitales pour l'élaboration des politiques et des programmes, on peut citer les données démographiques, le statut nutritionnel, le statut socioéconomique, la prestation de soins de santé, la demande de soins et l'application de pratiques sanitaires et nutritionnelles améliorées.

Ces mesures aident à mieux comprendre le fardeau, les tendances, les risques et les causes de la mortalité et de la morbidité des mères et des nouveau-nés. Mais elles sont loin d'être suffisantes. Sur de nombreux aspects de la santé maternelle et néonatale – dont l'estimation des taux de mortalité et les risques posés par le VIH/SIDA pendant la grossesse, pour n'en citer que deux – nos connaissances restent lacunaires. Les systèmes d'information sanitaire sont incomplets dans de nombreux pays en développement, ce qui complique les efforts entrepris pour déterminer le statut de la santé maternelle et néonatale et appliquer les stratégies et les interventions les plus pertinentes¹.

Il est donc essentiel d'étoffer la base des connaissances sur lesquelles se fondent les politiques, les programmes et les partenariats pour développer les systèmes de santé. Le processus d'enrichissement de la collecte de données a déjà commencé. L'Organisation mondiale de la Santé a émis des directives pour aider les gouvernements et d'autres organismes à compiler davantage de données et à améliorer la qualité des données sur la santé maternelle. L'OMS recommande que les systèmes d'information sanitaire s'efforcent d'obtenir des informations dans



En offrant aux femmes enceintes des soins essentiels comme la vaccination et la supplémentation en micronutriments, on les protège des maladies et de la dénutrition. Un agent sanitaire se charge de peser les femmes, de mesurer leur tension artérielle, de les vacciner contre le tétanos et de leur administrer des suppléments de fer en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

© UNICEF/H004-1257/Giuseppe Pirozzi

On se sert d'un vaste ensemble de méthodes pour améliorer la collecte des données sur la survie maternelle et néonatale, y compris les recensements, les enquêtes sur les ménages, et le recueil d'informations provenant des établissements de soins.

Figure 4.1

Soins obstétricaux d'urgence : indicateurs de processus de l'ONU et niveaux recommandés

Indicateur de processus ONU	Définition	Niveau recommandé
1. Quantité des soins obstétricaux d'urgence disponibles	Nombre d'établissements offrant des soins obstétricaux d'urgence	Minimum : 1 établissement de soins obstétricaux d'urgence complets et 4 établissements de soins essentiels pour 500 000 personnes
2. Répartition géographique des établissements de soins obstétricaux d'urgence	Établissements de soins obstétricaux d'urgence bien répartis au niveau infranational	Minimum : 100 % des zones infranationales ont le nombre minimum acceptable d'établissements de soins obstétricaux d'urgence complets et de soins essentiels
3. Proportion de toutes les naissances dans des établissements de soins obstétricaux d'urgence	Proportion de toutes les naissances dans des établissements de soins obstétricaux d'urgence	Minimum : 15 %
4. Besoin satisfait en matière de services obstétricaux d'urgence	Proportion de femmes souffrant de complications obstétriques traitées dans des centres de soins obstétricaux d'urgence	Minimum : 100 % (estimé à 15 % des naissances attendues)
5. Accouchements par césarienne en pourcentage de toutes les naissances	Accouchements par césarienne en proportion de toutes les naissances dans la population	Minimum : 5 % Maximum : 15 %
6. Taux de létalité	Proportion de femmes souffrant de complications obstétriques qui meurent en établissement	Maximum : 1 %

Source : Nations Unies

cinq domaines clés de la santé maternelle et infantile :

- Les taux de mortalité maternelle et néonatale.
- Les facteurs ou déterminants qui contribuent à la morbidité et à la mortalité.
- La façon dont les communautés perçoivent ces problèmes de santé et les mesures pertinentes, y compris le type de services et les attitudes en matière de demande de soins.
- La disponibilité et l'accès à des services de soins de santé de bonne qualité.

- La qualité des soins².

Nous disposons de plusieurs outils pour recueillir ces informations, y compris les recensements, l'autopsie verbale, l'enregistrement des décès, les enquêtes ou les études, et les données provenant des établissements de santé et de la surveillance médicale. Étant donné que chaque méthode présente des avantages et des inconvénients, il convient d'utiliser plusieurs mécanismes pour évaluer la santé maternelle et néonatale.

Recensements, questionnaires et enquêtes sur les ménages

Les recensements nationaux sont l'une des principales sources des données et des renseignements qui ont

trait à la santé maternelle. Souvent, ils constituent la seule enquête sur les ménages qui ait un rayon suffisant pour mesurer les variations géographiques et socioéconomiques de la mortalité maternelle. Un recensement peut s'accompagner de questions de suivi qui visent à situer le décès des femmes en âge de procréer dans un foyer au sein des 12 derniers mois. Il faut toutefois noter que certains pays n'utilisent pas leurs recensements pour recueillir ces informations, et perdent ainsi l'occasion de compiler des données précieuses sur la santé maternelle.

L'autopsie verbale offre un autre moyen de recueillir des informations sur la mortalité et la morbidité. À

Les enquêtes sur les ménages comme les Enquêtes démographiques et sanitaires et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples offrent des données essentielles sur un vaste ensemble d'indicateurs de résultats et de couverture.

cette fin, l'Organisation mondiale de la Santé a préparé trois questionnaires – un pour les décès de nourrissons dans les quatre premières semaines de la vie, un autre pour les décès d'enfants de quatre semaines à 14 ans, et un troisième pour les décès de personnes de 15 ans et plus – qui visent à standardiser les critères et les méthodes de mesure. Ce degré de précision tient compte de la question fondamentale du moment du décès, qui n'avait pas fait l'objet d'une attention suffisante dans le passé³.

Il peut s'avérer difficile d'obtenir des renseignements sur ce qui a provoqué le décès. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 31 seulement de ses 193 États membres compilent des statistiques de bonne qualité sur les causes de décès. Dans des zones géographiques plus petites, plusieurs pays utilisent à présent des outils de surveillance tels que les Systèmes de surveillance démographique afin de déterminer les causes de la mort. Ces systèmes emploient plusieurs méthodes, dont une enquête complémentaire qui s'appuie sur une autopsie verbale, pour demander aux membres de la famille, aux prestataires de soins et aux membres de la communauté d'expliquer les circonstances du décès. Ils sont appelés systèmes d'enregistrement par sondage des faits d'état civil ayant donné lieu à une autopsie verbale. Il est essentiel d'adopter une politique de non-responsabilité en vertu de laquelle les répondants n'ont pas à rendre compte de ce qu'ils ont déclaré dans les enquêtes, ainsi que pour mobiliser et conserver l'appui des communautés dans cette entreprise⁴.

Plusieurs facteurs ont une influence sur les progrès de la santé maternelle et néonatale, y compris des facteurs bio-

logiques tels que le statut nutritionnel; des déterminants socioéconomiques tels que le revenu et le niveau d'instruction; les comportements de recherche des soins et l'adoption de pratiques saines; les obstacles qui limitent l'accès aux services de santé; et des facteurs de risque comportementaux tels que la violence familiale et le tabagisme. Les enquêtes et les études sur les ménages sont les principales méthodes utilisées pour évaluer la fréquence de ces types de déterminants, qui peuvent ensuite être analysés pour mieux comprendre les groupes de population auxquels sont destinés les programmes de santé.

Des enquêtes transversales importantes sont effectuées régulièrement auprès des ménages, parmi lesquelles on peut citer les Enquêtes démographiques et sanitaires (Agency for International

Développement des États-Unis), les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF) et les Enquêtes sur la santé de la procréation (Centers for Disease Control). Ces enquêtes internationales fournissent des données quantitatives complètes sur des questions qui ont trait à la santé. Depuis 1995, près de 200 Enquêtes en grappes à indicateurs multiples ont été réalisées dans 100 pays.

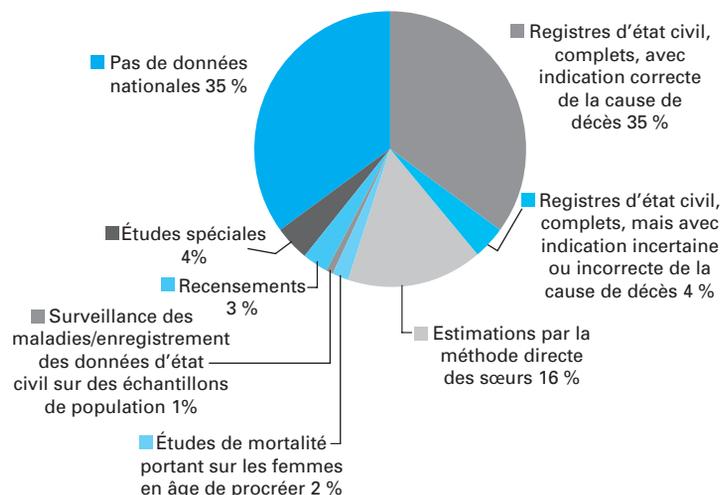
Collecte de données dans les établissements et les communautés

Les données obtenues auprès d'un vaste ensemble d'établissements de soins tant publics que privés sont également utiles pour évaluer l'état de la santé maternelle et néonatale. Il est facile de consigner le nombre de décès qui se produisent en centre de

Figure 4.2

Répartition des principales sources de données utilisées pour estimer les taux de mortalité maternelle en 2005

Nombre total de pays : 171



Source : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005 : Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève, 2007, p. 9.



© UNICEF/H006-0650/Shehzad Noorani

Un plus grand nombre d'accouchements pratiqués sous surveillance de soignants qualifiés permettra de faire reculer la mortalité maternelle causée par des complications à la naissance. Deux animatrices expliquent les procédures à suivre pour tenir un bébé après la naissance lors d'une formation de sages-femmes offerte au Soudan.

soins et d'en déduire les améliorations à apporter pour éviter d'autres décès, notamment en milieu institutionnel, en mettant en œuvre un processus d'« examen ou d'audit des décès maternels ». Ce type de données permet aussi de recueillir des informations sur les « échappées belles » – des complications dangereuses qui accroissent le risque de mortalité mais qui, finalement, n'entraînent pas la mort – qui sont importantes pour améliorer la qualité des services⁵.

Les gouvernements, les instituts de recherche et d'autres organismes effectuent aussi une surveillance épidémiologique, définie par les Centers for Disease Control comme « la col-

lecte constante et systématique, l'analyse, l'interprétation et la diffusion de données sur un événement lié à la santé aux fins de la prise de mesures de santé publique visant à réduire la morbidité et la mortalité et à améliorer la santé⁶ ». Cette méthode de collecte de données peut être combinée avec d'autres pour évaluer la santé d'une population dans le temps et par zone géographique.

D'autres aspects des soins de santé maternelle sont également mesurés avec le ferme soutien des institutions internationales. Des données recueillies auprès d'établissements de santé sont compilées par l'UNICEF et ses partenaires afin d'établir des indica-

teurs relatifs aux soins obstétricaux d'urgence. Une évaluation des besoins en soins obstétricaux d'urgence a aussi été effectuée par l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population et l'université Columbia dans le cadre du projet Averting Maternal Deaths and Disability Project⁷.

Le Réseau de Métrologie Sanitaire, un partenariat international qui aide les pays à renforcer leurs systèmes de gestion de l'information sanitaire, a créé un outil pour évaluer la globalité et la qualité de ces systèmes (voir *Encadré intitulé : Améliorer les systèmes d'information sanitaire : le Réseau de Métrologie Sanitaire*, page 104).

Utiliser la méthodologie du lien essentiel dans les systèmes de soins pour prévenir les décès maternels

par Rosa Maria Nuñez-Urquiza, Institut national de la santé publique, Mexique

La méthodologie du lien essentiel (CLM) traite chaque décès maternel comme un événement sentinelle. Elle passe en revue toutes les interactions entre une femme et le personnel soignant avant le décès de la patiente, et établit la progression dans le temps de la demande de soins et de l'offre d'interventions correspondantes à l'échelle du système de santé.

Cette méthodologie évalue les soins de santé à travers trois dimensions :

- la performance clinique (retards, omissions et respect des normes de qualité par rapport aux directives établies).
- l'organisation interne de l'hôpital.
- la continuité des soins d'un établissement de santé à l'autre.

Au cours de ce processus d'examen, la méthodologie du lien essentiel identifie les interventions cruciales qui, si elles sont prodiguées à temps, éviteront de futurs décès maternels. Cela permet aux comités sur la maternité sans risque d'aborder le problème non plus sous l'angle des causes médicales, mais en tant qu'occasion manquée de prévenir ces décès. Ce changement de perspective est illustré par les champs d'enquête suivants :

- *Durant quelles interactions entre la femme et le système de santé aurait-on pu mieux traiter le problème qui a causé son décès ?*
- *Sur la foi de cette analyse, quelles mesures spécifiques peut-on prendre à l'avenir pour éviter que des femmes meurent dans des circonstances similaires ?*
- *Pour que ces changements spécifiques durent, quels processus doivent être modifiés dans chaque unité de soins pour garantir la qualité des services, et quels facteurs du système de santé doivent être conçus différemment pour garantir la continuité des soins en cas d'urgence obstétricale ?*

En outre, la comparaison des cas d'échappée belle (des complications entraînant une morbidité sévère mais qui n'ont pas été fatales) et des cas de mortalité maternelle souligne qu'il est impératif d'administrer les soins en temps voulu. C'est ainsi qu'une nouvelle catégorie d'analyse a été créée : l'intervalle thérapeutique, ou période de temps, à déterminer par la recherche clinique, pendant laquelle les interventions sont efficaces. L'intervalle thérapeutique contribue à prouver que même lorsqu'un traitement adéquat est fourni, la femme ne survivra pas s'il n'est pas prodigué à temps.

Des cas individuels d'alerte rouge à des recherches plus approfondies

Une communication franche et régulière entre les personnes chargées de la surveillance de la méthodologie sur le terrain et les autorités fédérales a permis d'assurer que les alertes détectées par des études de cas individuels entraînent une analyse approfondie des systèmes de données de routine (registres hospitaliers de 1 029 000 patientes ayant reçu des soins obstétricaux dans

617 hôpitaux publics) pour explorer l'ampleur et la répartition des lacunes de la prestation de soins de santé maternelle à l'échelle du système de santé.

On peut citer en exemple une étude utilisant la méthodologie du lien essentiel portant sur des femmes décédées à la suite d'une hémorragie post-partum pendant leur transfert d'un hôpital communautaire à un hôpital de recours. Cet examen a identifié une omission fatale : ces femmes n'avaient pas été suffisamment stabilisées avant le transport. Dans les sept États où le pourcentage des décès maternels dus à une hémorragie post-partum se situait au-dessus de la moyenne nationale, jusqu'à 60 % des mères décédaient pendant qu'elles étaient transportées dans des hôpitaux plus importants. Lorsque des ambulances et un personnel formé ont été mis à la disposition d'un de ces districts sanitaires, le taux de mortalité maternelle due aux hémorragies post-partum a chuté de 30 % l'année suivante.

La méthodologie du lien essentiel contribue à revoir la mise en réseau des établissements de soins dans un même district sanitaire. En outre, son application requiert un plus grand nombre de participants que pour les travaux des comités pour la maternité sans risque menés dans le passé, entre autres, des directeurs de laboratoires cliniques et de banques du sang, ainsi que les administrateurs des districts sanitaires.

L'un des résultats obtenus par la méthodologie du lien essentiel est que les divisions de la santé de la procréation du Ministère de la santé et de l'Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS, le système de sécurité sociale mexicain) stipulent à présent non seulement les causes médicales des décès maternels, comme « prééclampsie, septicémie, etc. », mais aussi les insuffisances identifiées dans la prestation de soins. Par exemple, le rapport sur la mortalité maternelle d'un district ou d'un système public de soins indiquera : « Quinze pour cent de décès maternels dus à l'absence de solution intraveineuse dans les centres de santé ayant entraîné un échec à stabiliser la femme avant son transfert », ou « dix pour cent de décès maternels dus à des retards dans le transport d'un chirurgien de service dans un hôpital de district pendant le week-end ». En regardant au-delà des causes médicales, il est possible de diagnostiquer les insuffisances des systèmes de soins et de réduire le nombre des décès maternels, à condition d'y remédier immédiatement.

Voir *Références*, page 111.

De nouvelles technologies pourraient aussi faciliter la collecte de données sur la santé maternelle et néonatale.

Dans un guide intitulé *Au-delà des nombres*, l'Organisation mondiale de la Santé décrit les méthodes à utiliser pour consigner les circonstances des décès de femmes en vue de réduire la mortalité maternelle. Ces méthodes comprennent des autopsies verbales effectuées dans les communautés, des examens des décès maternels ou des « échappées belles » dans les établissements de soins, des audits cliniques, ainsi que des enquêtes confidentielles régionales et nationales de plus grande envergure⁸. Au Mozambique, un examen réalisé dans des établissements de soins a permis de recueillir des informations précieuses sur les facteurs évitables des décès maternels. Grâce à cet examen, on a pu prendre des mesures pour les prévenir, tant au niveau politique que systémique⁹.

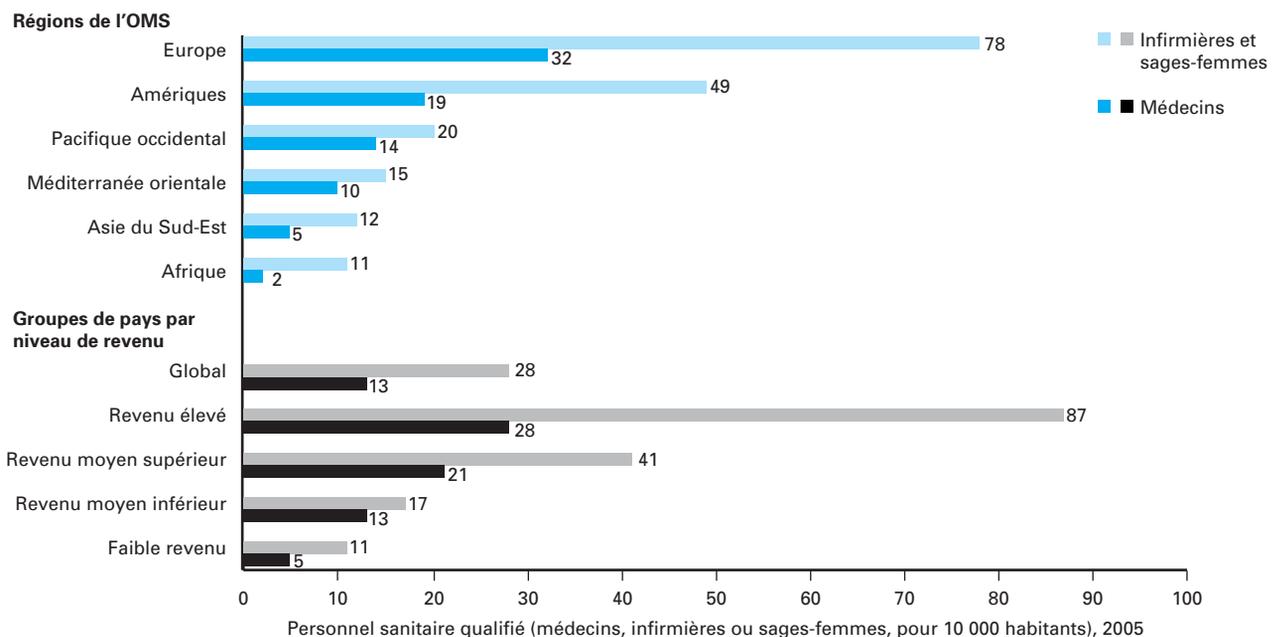
Des méthodes ont aussi été mises au point pour évaluer la qualité des soins fournis par les prestataires de services. Parmi ces cadres de travail, on peut citer le processus d'amélioration de la qualité de la performance élaboré par l'Agency for International Development des États-Unis, et la méthodologie (COPE) conçue par EngenderHealth pour mesurer la qualité des services du prestataire en se fondant sur les résultats obtenus pour les clients¹⁰.

En plus de nouveaux outils de mesure, de nouvelles technologies sont aussi mises à profit pour appuyer la recherche de renseignements. Les enquêtes qui utilisent une technologie numérique, par exemple, peuvent faciliter la collecte

de données dans les régions isolées. À l'occasion d'une étude de l'Initiative d'évaluation programmée de la santé maternelle (IMMPACT) menée dans l'est du Burkina Faso, 127 interviewers munis d'assistants numériques personnels (PDA) ont pu saisir des données sur 86 376 foyers en l'espace d'un peu plus de trois mois. Étant donné que chaque appareil revient à environ 350 dollars des É.-U., le coût total du matériel s'est élevé à 60 000 dollars. Aucune analyse de rentabilité n'a été effectuée, mais une étude sur papier aurait nécessité plus d'1 million de pages imprimées, 100 récepteurs de signaux de satellites de positionnement mondial et 20 ordinateurs de bureau, et aurait coûté plus cher. Ces assistants numériques

Figure 4.3

Les soignants qualifiés sont trop peu nombreux, notamment en Afrique et en Asie du Sud-Est



Source : Organisation mondiale de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2008*, OMS, Genève, 2008, pp. 82–83.

Nouvelles directions en matière de santé maternelle

par Mario Meriardi, Organisation mondiale de la Santé, et Jennifer Harris Requejo, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

Il y a vingt-et-un ans, la communauté mondiale de la santé se réunissait sous l'égide de l'Initiative de la maternité sans risques pour examiner la question de la mortalité maternelle, dont les variations reflètent des disparités considérables en matière de santé publique internationale. Pourtant en 1990, année de départ des Objectifs du Millénaire pour le développement, plus d'un demi-million de femmes, dont 99 % dans des pays en développement, mouraient encore tous les ans de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Les estimations de la mortalité maternelle pour 2005 indiquent qu'environ 536 000 femmes continuent de mourir chaque année durant la grossesse et l'accouchement, ce qui équivaut à peu près à un décès de femme par minute, de causes qui pourraient pour la plupart être évitées. Ces décès, qui se concentrent dans les groupes de population les plus désavantagés dans les pays pauvres en ressources, reflètent une inégalité sociale persistante et injuste trop longtemps négligée. Ils se produisent de façon disproportionnée en Afrique subsaharienne, qui enregistre la moitié de tous les décès maternels annuels, et en Asie du Sud (35 %), en éloignant le monde de la cible fixée pour réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 (Objectif du Millénaire pour le développement 5, Cible A).

S'il est vrai que les progrès accomplis pour réduire la mortalité maternelle depuis le lancement de l'Initiative de la maternité sans risques ont été décevants, des gains importants ont toutefois été obtenus sur plusieurs fronts en matière de santé maternelle. Le montant sans précédent des ressources internationales affectées à la santé, combiné à un engagement politique renouvelé en matière de soins de santé primaires et de nouvelles initiatives complémentaires spécifiquement axées sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, montre que la question de la mortalité maternelle, trop longtemps oubliée, fait à présent l'objet d'une attention croissante. D'autres progrès dans cette direction sont l'adoption du continuum de soins en tant que principal cadre de travail des programmes de santé publique; la création du Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile en 2005 pour guider et promouvoir ce continuum; la ratification du Plan d'action de Maputo pour mettre en œuvre le cadre stratégique continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique; l'ajout d'une nouvelle cible à l'OMD 5 (5.B) qui vise l'accès universel à la santé de la procréation d'ici à 2015; et la prise en compte de la survie maternelle dans les évaluations du Compte à rebours 2015. Ces progrès attestent de l'intérêt renouvelé que la communauté mondiale de la santé porte à la survie et au bien-être des mères et des nouveau-nés.

L'amélioration des procédures d'estimation de la mortalité maternelle, les nouvelles estimations de l'incidence des avortements et les efforts accrus pour dresser une carte du fardeau mondial des problèmes liés à la maternité sont des avancées épidémiologiques importantes qui permettront aux gouvernements et à leurs partenaires de prendre des décisions mieux informées. On se rend de plus en plus compte que la dénutrition est l'une des causes de la mortalité maternelle et cela a suscité un nouvel intérêt pour la supplémentation en micronutriments pendant la grossesse, et a mis en avant la nécessité de s'attaquer à des facteurs sous-jacents et fondamentaux comme la pauvreté, la discrimination sexiste et le manque d'autonomie – y compris l'accès limité de nombreuses filles et femmes à l'éducation, ainsi que leur risque élevé d'exposition aux infections. Un vaste consensus s'est aussi dégagé autour des principales stratégies à adopter dans le secteur de la santé pour réduire la mortalité maternelle. On considère désormais que des soins complets de santé de la procréation comprennent la planification familiale, des soins spécialisés pour toutes les femmes enceintes pendant la grossesse et l'accouchement, et des soins d'urgence pour toutes les femmes et tous

les nourrissons présentant des complications dangereuses. Les indicateurs de couverture de plusieurs interventions et approches éprouvées dans chacun de ces trois domaines clés – y compris les soins prénatals, la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence, la proportion d'accouchements par césarienne, la prévalence de la contraception, les accouchements sous surveillance de soignants qualifiés, les soins post-natals et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale – sont actuellement surveillés par les gouvernements, des institutions des Nations Unies, des partenariats internationaux pour la santé et des organisations non gouvernementales dans le cadre de l'Initiative du compte à rebours 2015.

Les progrès réalisés pour établir la répartition de la mortalité et de la morbidité maternelles dans le monde, ainsi que pour identifier et surveiller les interventions efficaces, ont été complétés par les découvertes d'importants travaux de recherche sur les moyens d'atténuer les risques de santé des mères. Plusieurs interventions dont la capacité à améliorer la survie maternelle a été démontrée par des études épidémiologiques et dont l'application peut être universelle, sont désormais prêtes à être lancées à grande échelle. Ce sont, entre autres, la supplémentation en sulfate de magnésium et en calcium pour prévenir les troubles hypertensifs de la grossesse, des stratégies efficaces de diffusion des principes de prévention et de traitement de l'hémorragie post-partum, et l'offre recommandée d'au moins quatre visites de soins prénatals aux femmes enceintes et d'une visite de soins post-partum aux nouvelles mères. Du fait de la reconnaissance croissante du lien inextricable entre la santé de la mère et celle du nouveau-né, des programmes efficaces ont aussi été mis en œuvre pour prévenir et traiter le paludisme et le VIH, notamment en améliorant la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et en offrant un traitement préventif intermittent du paludisme durant la grossesse, pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, pour éviter les infections par le VIH – en particulier chez les jeunes – et pour offrir des traitements antirétroviraux aux femmes et aux enfants séropositifs.

Les principaux domaines auxquels s'intéressent les nouvelles recherches comprennent l'élaboration de stratégies destinées à garantir la prestation d'une gamme complète de services de santé maternelle et néonatale tout au long du continuum de soins. Un élément clé de ces stratégies consiste à disposer de mécanismes permettant d'intégrer des services auparavant offerts dans le cadre d'approches verticales – comme la vaccination et la supplémentation en micronutriments – aux soins prénatals et post-natals pour renforcer les systèmes de santé. Ces dernières années, nous avons aussi pu observer une tendance encourageante : la création de partenariats entre des organisations internationales, des organismes gouvernementaux, des instituts de recherche, des organisations non gouvernementales et le secteur privé pour soutenir des projets de recherches multi-pays sur les principales complications qui surviennent durant la grossesse et l'accouchement – y compris les accouchements prématurés, les enfants mort-nés, les problèmes de croissance du fœtus, les troubles hypertensifs, les hémorragies post-partum, l'obstruction du travail et la fistule obstétricale.

Le soutien politique et financier croissant accordé aux programmes et aux recherches qui visent à améliorer la santé maternelle et néonatale, ainsi que l'abandon d'approches sectorielles traitant d'un problème unique au profit de modes de prestation de soins de santé primaires fondés sur la collaboration au sein d'un continuum de soins, permettent d'espérer que les progrès si longtemps attendus en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, progrès qui sont si essentiels au bien-être et au développement des populations, se concrétiseront dans un avenir proche.

Voir Références, page 111.

Renforcer le système de santé en République démocratique populaire lao

La République démocratique populaire lao est un pays d'Asie du Sud-Est au relief montagneux et en grande partie rural où le revenu national brut par habitant s'élevait en moyenne à moins de 600 dollars des É.-U. en 2007. Près de 40 % de la population de cette nation composée d'une cinquantaine de groupes ethniques différents vivent en dessous du seuil de pauvreté. Bien que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ait reculé de 57 % entre 1990 et 2007 et que le pays soit en bonne voie d'atteindre l'Objectif 4 du Millénaire pour le développement, des problèmes importants compromettent encore la santé des mères et des nouveau-nés.

Il faut par exemple lutter contre la dénutrition et favoriser l'amélioration des pratiques d'alimentation et d'hygiène, la vaccination, la santé environnementale et l'offre de services de soins de bonne qualité par un personnel qualifié. Plus d'un nouveau-né sur 7 souffre d'insuffisance pondérale à la naissance, un problème souvent associé à la mauvaise nutrition de la mère. La proportion de bébés nourris exclusivement au sein, qui est de 23 % selon les dernières estimations, est bien en dessous de la moyenne régionale de 43 % pour l'ensemble de l'Asie de l'Est et du Pacifique. Seulement 60 % de la population ont accès à des sources d'eau de boisson améliorée, et seulement 48 % à des installations d'assainissement adéquates. L'accès à ces deux services essentiels est encore plus limité en milieu rural. En 2007, seulement 40 % des nourrissons de moins d'un an ont été vaccinés contre la rougeole et seulement 47 % des femmes enceintes ont reçu le vaccin contre le tétanos néonatal. Avec 660 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005, la République démocratique populaire lao affiche le taux le plus élevé de mortalité maternelle dans la région. Le risque de décès maternel sur la vie entière était de 1 sur 33 en 2005.

Malgré ces difficultés, on progresse régulièrement et l'on élargit peu à peu les services de santé à la vaste population rurale du pays. Un de ces programmes, lancé par Save the Children Australie en collaboration avec le Bureau provincial de la santé et d'autres partenaires à Sayaboury, consiste à élargir et à améliorer les infrastructures de soins de santé primaires durant quatre phases de trois ans chacune. Les objectifs sont les suivants :

- **Phase I** : renforcer l'équipe de gestion provinciale chargée de former les équipes de district, les agents sanitaires bénévoles et les accoucheuses traditionnelles dans les villages, installer des cliniques fixes et mobiles de soins de santé maternelle et infantile, et fournir les équipements nécessaires.
- **Phase II** : intégrer les soins de santé primaires à tous les niveaux – provinces, districts et villages.
- **Phase III** : élargir les programmes dans quatre districts isolés.
- **Phase IV** : renforcer les compétences des agents sanitaires en adoptant le cadre de prise en charge intégrée des maladies infantiles.

Le programme s'attache aussi en priorité à sensibiliser les femmes aux pratiques de nutrition améliorée, y compris l'allaitement et l'alimentation d'appoint, depuis que des études ont conclu à des liens étroits entre certaines pratiques d'alimentation inadéquates et la dénutrition des enfants dans le pays. La diffusion d'autres informations sur la santé, y compris les soins cliniques et la vaccination, est aussi un volet important du programme.

Le programme de Sayaboury a obtenu de bons résultats pour un coût très raisonnable d'environ 4 millions de dollars des É.-U. sur 12 ans, c'est-à-dire seulement 1 dollar par habitant et par an. Le taux de mortalité maternelle dans ce district a reculé, passant de 218 pour 100 000 naissances vivantes à 110 pour 100 000 naissances vivantes entre 1998 et 2003. L'âge moyen auquel les nourrissons recevaient une alimentation d'appoint a augmenté de 2,8 mois en 1999 à 3,7 mois en 2001, tandis que le taux d'allaitement exclusif au sein pendant le premier mois progressait de 28 % en 1999 à 66,2 % en 2004. La couverture vaccinale est toutefois restée inadéquate, avec seulement la moitié des enfants de moins d'un an recevant trois doses ou plus du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos – l'indicateur de référence de la couverture vaccinale systématique – en 2007.

En plus des efforts déployés pour améliorer la santé maternelle et néonatale, la campagne de communication Caring Dads (Pères affectueux) encourage les pères à aider les femmes enceintes et les mères à s'occuper d'elles et de leur bébé. Le Ministère de la santé, en collaboration avec l'UNICEF et le Syndicat lao, a élaboré une méthode générale pour inciter les hommes à participer davantage aux soins de la famille. Ces campagnes ciblent principalement les pères salariés, qui ont été identifiés comme le groupe le plus susceptible de recourir au commerce du sexe, à l'origine de l'incidence croissante du VIH dans le pays. Bien que la République démocratique populaire lao affiche un taux de prévalence du VIH chez les adultes qui reste inférieur à celui des pays voisins, la pauvreté et les migrations transfrontières contribuent à la propagation du virus. Des affiches et des brochures sur des thèmes comme celui du Père affectueux pendant la grossesse ont été réimprimées pour satisfaire une demande plus élevée que prévue.

De tels programmes d'initiatives communautaires pour la santé, ainsi que les campagnes de vaccination et de supplémentation élargies soutenues par l'UNICEF en 2007 et la construction d'infrastructures sanitaires, contribuent lentement mais sûrement à alléger le fardeau encore lourd des décès maternels et néonataux en République démocratique populaire lao.

Voir Références, page 111.

Il est essentiel de remédier à la crise des agents sanitaires pour améliorer la santé maternelle et néonatale. C'est en Afrique et en Asie que les pénuries sont les plus graves.



© UNICEF/H007-1307/Anita Khemka

En évitant les décès des mères, on contribue à assurer la survie et la santé des nouveau-nés. Une mère est allongée sur un lit avec sa fille qui vient de naître dans une maternité au Pakistan.

offraient en outre l'avantage de pouvoir saisir immédiatement les données, ce qui est souvent problématique avec des questionnaires sur papier. L'expérience a aussi permis de former et d'employer les écoliers locaux qui avaient les connaissances linguistiques requises et qui savaient se servir d'un téléphone portable¹¹.

On constate que de nombreuses méthodes de collecte de données permettent d'obtenir des informations utiles à l'orientation des programmes et des politiques. Il est essentiel de diffuser et d'analyser ces données aux niveaux local, national et international, afin d'orienter l'affectation des ressources et l'adoption de politiques, et aussi afin d'avoir le plus fort

impact possible sur le recul de la mortalité maternelle.

Mesure 2 : améliorer les ressources humaines, la formation et la supervision

De nombreux pays en développement souffrent d'une pénurie aiguë de soignants qualifiés. Les migrations massives, le SIDA et les conflits armés sont les principaux facteurs de cette perte de personnel sanitaire national, qui, à son tour, freine les progrès qui pourraient faire baisser la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. En outre, la répartition du personnel soignant est inégale : il est davantage concentré dans les pays développés que dans les pays en

développement, et en milieu urbain par rapport aux régions rurales au sein d'un même pays.

En 2006, à l'issue de recherches, l'Organisation mondiale de la Santé a recommandé que les pays disposent en moyenne de 2,28 professionnels de la santé pour 1 000 habitants afin de garantir une couverture adéquate des accouchements assistés par des soignants qualifiés. Sur les 57 pays où ce seuil n'est pas atteint, 36 se situent en Afrique subsaharienne. En chiffres absolus, c'est en Asie, notamment en Inde, en Indonésie et au Bangladesh que l'on observe la plus grande pénurie d'agents sanitaires. Mais les besoins relatifs les plus importants sont ceux de l'Afrique subsaharienne, où le nom-

57 pays – dont 36 en Afrique subsaharienne – n’atteignent pas le seuil minimum de 2,28 agents sanitaires pour 1 000 habitants fixé par l’OMS pour offrir une assistance adéquate, par des soignants qualifiés, lors des accouchements.

bre d’agents sanitaires devrait augmenter de 140 % pour atteindre la densité requise¹². Dans son *Rapport sur la santé dans le monde de 2005*, l’Organisation mondiale de la Santé estime que pour élargir la couverture des soins de santé maternelle d’ici à 2030, les taux de couverture devraient être multipliés par trois, et qu’il faudra disposer de 334 000 accoucheuses qualifiées pour couvrir 73 % des naissances dans le monde d’ici à 2015 – sans compter les milliers de médecins, de chirurgiens, d’anesthésistes, de techniciens et de maternités supplémentaires au sein des établissements de soins¹³.

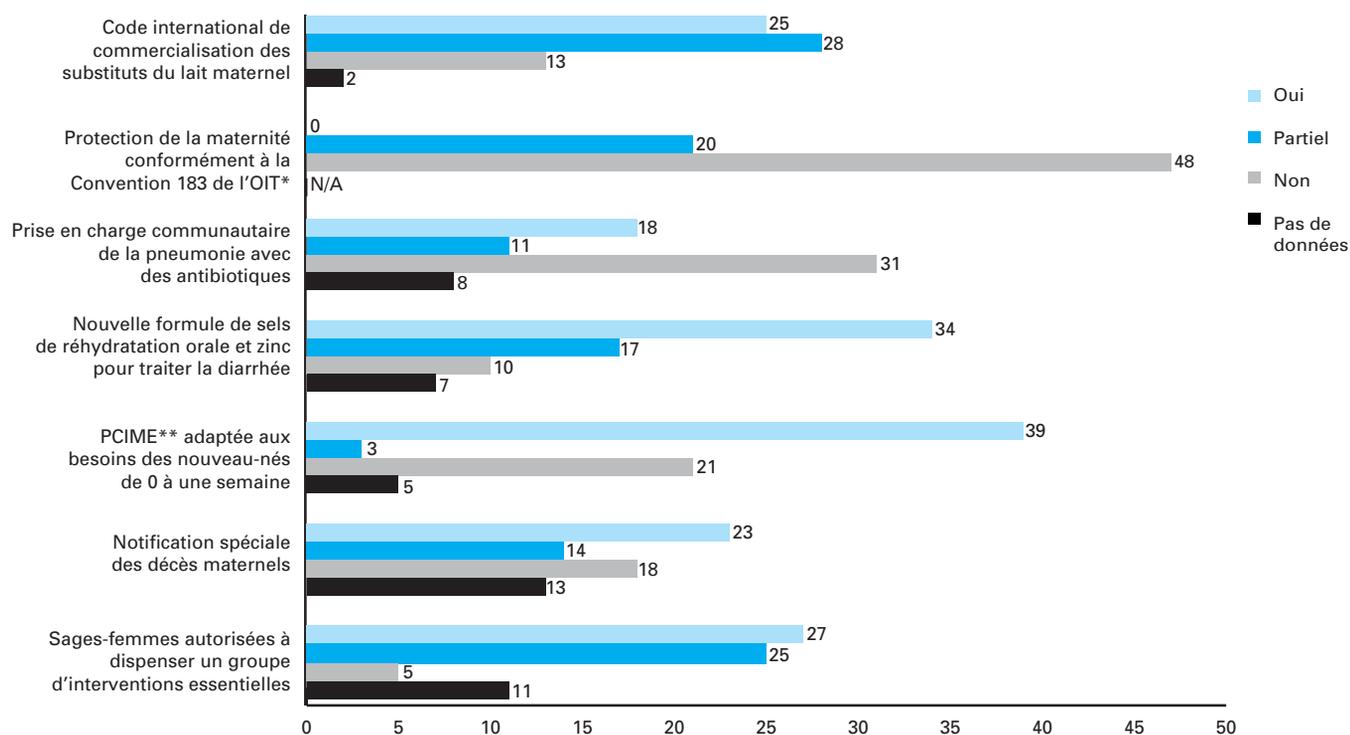
Rien ne remplace la présence de soignants qualifiés pendant l’accouchement. C’est le facteur commun qui a permis à des pays de profils très différents de faire reculer leurs taux de mortalité maternelle. Un accoucheur qualifié est défini par l’Organisation mondiale de la Santé comme « un professionnel de la santé accrédité, par exemple, une sage-femme, un médecin ou un(e) infirmier(ère), qui ont suivi les études ou la formation nécessaires pour prendre en charge des accouchements normaux, dispenser des soins post-natals et identifier, gérer et aiguiller les femmes et les nouveau-nés qui présentent des

complications¹⁴ ». Pourtant, les qualifications des agents sanitaires classés dans cette catégorie varient considérablement d’un pays à l’autre, et tous les agents sanitaires décrits comme des « accoucheurs » n’ont pas les compétences requises.

Les sages-femmes ou autres prestataires de niveau intermédiaire qui ont reçu une formation plus courte et dont le niveau d’études est moins élevé devraient former une équipe sanitaire spéciale capable d’assumer différents rôles, de répartir les tâches, et de constituer un système d’aiguillage pour les femmes enceintes et les nouveau-nés.

Figure 4.4

Mise en œuvre de politiques clés en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile dans les 68 pays prioritaires pour le Compte à rebours 2015



* OIT : Organisation internationale du Travail

** PCIME : Prise en charge intégrée des maladies infantiles

Source : Compte à rebours 2015, *Suivi des progrès dans le domaine de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : rapport de 2008*, UNICEF, New York, 2008, pp. 200–201.



© UNICEF/H007.14/Antia Khemka

Renforcer les effectifs en recrutant, en formant et en retenant des soignants qualifiés et des agents sanitaires communautaires formés est problématique dans de nombreux pays en développement. Un médecin anime un cours de formation de sage-femme dans un hôpital en Afghanistan.

Il est aussi essentiel de s'assurer que les accoucheuses formées travaillent dans des conditions qui leur permettent d'utiliser leurs compétences. Cela sous-entend l'existence d'équipes efficaces, de matériel, d'une surveillance et de systèmes d'aiguillage. Au Mozambique, par exemple, des sages-femmes et des infirmières-sages-femmes ont aidé les médecins à dispenser

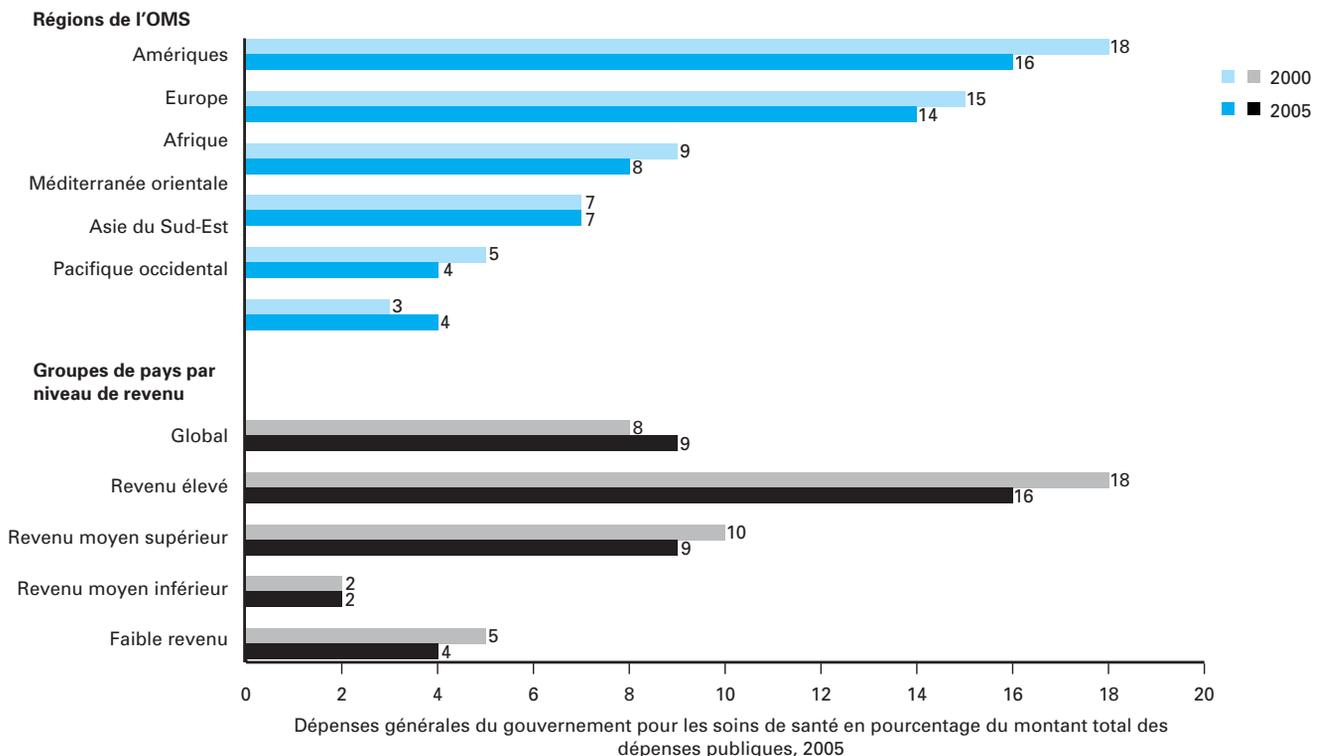
des soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité et peu coûteux dans les régions mal desservies¹⁵. Au Pérou, des agents sanitaires communautaires effectuent des visites dans les foyers à « haut risque » – ceux où vivent des enfants de moins d'un an, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer – et s'occupent des bébés qui ont des difficultés à respirer¹⁶. Cette réparti-

tion des responsabilités peut permettre aux femmes enceintes et aux enfants de recevoir plus de soins sans avoir à dépendre d'un personnel sanitaire peu nombreux et surchargé.

Une autre difficulté à laquelle les pays sont confrontés consiste à élaborer des stratégies propres à retenir le personnel sanitaire, notamment en le rémunérant convenablement et en répondant à ses besoins. Au Mali, par exemple, le Ministère de la santé offre une formation, un logement, du matériel et un moyen de transport aux médecins nouvellement diplômés qui acceptent de s'installer en zone

Figure 4.5

L'Asie affiche les niveaux les plus bas de dépenses publiques consacrées aux soins de santé en pourcentage de toutes les dépenses publiques



Source : Organisation mondiale de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2008*, OMS, Genève, 2008, pp. 90-91.

Sauver la vie des mères et des nouveau-nés – l'importance capitale des premiers jours qui suivent la naissance

par Joy Lawn, conseillère principale en recherche et en politique, *Saving Newborn Lives/Save the Children-États-Unis, Afrique du Sud*

Investir dans les soins post-natals peut être très efficace en matière de survie maternelle et néonatale

Pendant tout le cycle de la vie humaine, c'est à la naissance et dans les 28 jours qui suivent – c'est-à-dire la période néonatale – que le risque de mortalité est le plus élevé. Chaque année, près de 4 millions de nouveau-nés, ou l'équivalent de 10 000 par jour, meurent dans cet intervalle. Les trois quarts de ces décès ont lieu dans la première semaine, et 1 à 2 millions pendant la journée qui suit la naissance. Comme la plupart de ces nourrissons meurent à la maison, leur décès n'est pas enregistré et passe inaperçu au-delà du cercle immédiat de leur famille. Des millions d'autres bébés sont atteints chaque année de graves maladies, et un nombre inconnu d'entre eux souffre de handicaps qui dureront toute la vie. En outre, les risques de mortalité et de morbidité maternelles sont aussi particulièrement élevés pendant l'accouchement et dans la période post-natale qui vient immédiatement après.

Pour les bébés et les mères qui souffrent de complications telles que la septicémie néonatale ou l'hémorragie post-partum, un retard de quelques heures seulement dans la prestation des soins adéquats peut s'avérer fatal ou entraîner des lésions ou des handicaps à long terme. De nouvelles données importantes provenant du Bangladesh montrent qu'une visite à domicile effectuée le premier ou le deuxième jour après la naissance peut réduire de deux tiers le nombre des décès néonataux, mais que les visites ultérieures sont moins efficaces pour faire reculer la mortalité. Le début de la période post-natale – les sept premiers jours de la vie – est aussi le moment où des comportements essentiels de fort impact doivent être adoptés, y compris l'allaitement exclusif au sein. L'alimentation optimale du nourrisson ne commence pas à six semaines, au moment où il reçoit ses premiers vaccins – les résultats montrent qu'un soutien et des conseils efficaces offerts dans les premiers jours de la vie d'un enfant améliorent directement la proportion de bébés nourris exclusivement au sein. D'autres comportements clés pendant la période néonatale, notamment des soins hygiéniques du cordon ombilical et le fait de garder le bébé au chaud, peuvent faire la différence entre la vie et la mort – en particulier pour les prématurés. La période post-natale est aussi un moment crucial pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et pour donner aux femmes des options en matière de planification familiale.

Couverture insuffisante pour les soins dispensés dès le début de la période post-natale

Au début de la période post-natale, des soins efficaces dispensés aux mères et aux nouveau-nés peuvent générer des gains plus importants en matière de survie et de santé qu'à toute autre étape du continuum de soins. Mais malgré ce potentiel, c'est actuellement dans les jours qui suivent immédiatement la naissance que la couverture des services et des comportements adéquats est la plus faible. Dans les 68 pays prioritaires identifiés par l'initiative du Compte à rebours 2015, seulement 21 % des femmes en moyenne bénéficiaient de soins post-natals.

Modifier les paradigmes de soins post-natals

La reconnaissance croissante de l'importance cruciale des soins offerts aux mères et aux nouveau-nés, la couverture insuffisante qui existe à l'heure actuelle et les résultats d'essais réalisés pour la plupart en Asie du Sud ont abouti à une modification des paradigmes. Trois principes se sont dégagés :

- **Pour qui ?** L'intégration des soins post-natals dispensés aux mères et aux nouveau-nés permet d'offrir des services plus efficaces que les approches séparées de prestation de soins post-partum et néonataux.
- **Où ?** Des visites systématiques de soins post-natals doivent être effectuées à la maison ou à proximité de la maison, à la fois pour promouvoir des comportements sains et pour établir un lien avec le système de soins curatifs – au lieu d'espérer que la mère et le bébé seront conduits dans un centre de santé en cas de problème.
- **Quand ?** Il est essentiel d'entrer en contact le plus tôt possible avec la mère et le bébé, au mieux dans les 24 heures ou au plus dans les 48 heures suivant la naissance – au lieu d'attendre six semaines pour effectuer la première visite, ce qui se fait souvent actuellement. L'indicateur de mesure des soins post-natals cité dans le rapport de 2008 du Compte à rebours 2015 s'intéresse particulièrement aux soins prodigués dans les deux jours qui suivent la naissance. Des enquêtes à grande échelle sont actuellement modifiées pour mesurer cet indicateur dans un plus grand nombre de pays et de communautés.

Comblar le fossé entre les politiques et les initiatives

Ajuster les politiques et les indicateurs pour tenir compte de l'importance des soins post-natals est une étape nécessaire, mais qui ne suffit pas à sauver des vies. Les services doivent aussi être élargis pour garantir une bonne couverture et la qualité des soins offerts pendant cette période. Bien que la gamme de soins post-natals soit en elle-même relativement évidente, les mécanismes de prestation les plus efficaces varieront, notamment lorsqu'il s'agit de fournir des services aux mères et aux nouveau-nés dans des zones rurales isolées et immédiatement après la naissance. La Figure 4.5 résume les différentes options de prestation des soins, ainsi que les conditions d'accès aux établissements de santé et la disponibilité des ressources humaines dans les établissements et au niveau de la communauté. Un grand nombre de tâches requises par la prestation de soins post-natals peuvent être déléguées à des assistants qui sont adéquatement surveillés et reliés au système de santé.

La prise en charge des cas d'infections néonatales est une priorité urgente

Bien que les visites de soins post-natals aient un rôle préventif très important, c'est lorsqu'elles sont intégrées aux soins curatifs qu'elles peuvent le mieux contribuer à faire reculer la mortalité. Près d'un tiers des décès de nourrissons sont dus à des infections; dans des environnements pauvres où le taux de mortalité est élevé, cette proportion s'accroît encore. Beaucoup de ces bébés sont nés prématurés.

Une gamme efficace de soins post-natals permettra de détecter rapidement les infections du nouveau-né. Toutefois, dans la plupart des pays, les maladies néonatales ne peuvent être traitées qu'en aiguillant le bébé vers un établissement de soins; et même dans ce cas, seulement un faible pourcentage des patients ira se faire soigner. Une option serait que les agents sanitaires de premier niveau responsables de la Prise en charge intégrée des maladies infantiles (PCIMI) commencent à administrer des antibiotiques. Dans les pays où des agents sanitaires communautaires s'occupent déjà des cas de pneumonie et de paludisme, on pourrait envisager de leur confier aussi la prise en charge des infections néonatales afin de rapprocher les soins de la maison. Plusieurs études effectuées en Asie ont montré comment des stratégies de ce genre parviennent à faire reculer la mortalité néonatale, et la gestion communautaire des cas de septicémie néonatale est actuellement en train d'être étendue au Népal, en association avec la gestion des cas de pneumonie chez l'enfant. Sur les 68 pays prioritaires du Compte à rebours, 39 ont modifié leurs politiques pour inclure la gestion des cas de septicémie néonatale à la Prise en charge intégrée des maladies infantiles. La principale difficulté est maintenant d'identifier les prestataires pertinents pour fournir ces soins dans chaque pays.

Comblent le fossé des connaissances

Presque tous les décès de nourrissons (98 %) se produisent dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Pourtant, la plupart des recherches et des financements ont été absorbés par l'amélioration progressive des soins hautement techniques que reçoivent les 2 % de nourrissons qui meurent dans les pays à revenu élevé. De plus en plus d'études donnent de nouvelles précisions sur le « comment, qui, quand et où » de l'offre d'interventions essentielles là où se produit la majorité des décès néonataux, et en particulier lorsque l'accès aux établissements de santé est limité. Un réseau d'études en cours dans huit pays d'Afrique examine des gammes de soins adaptés au contexte national et l'augmentation potentielle du personnel de santé. L'analyse des vies sauvées et des coûts contribuera à élaborer des politiques et des programmes qui améliorent les soins de santé maternels et néonataux dans les premiers jours de la vie.

Voir Références, page 111.

Figure 4.6

Stratégies de soins post-natals : viabilité et problèmes de mise en œuvre

	Stratégies possibles de contact pour offrir des soins post-natals	Répond aux besoins de la mère	Répond aux besoins du prestataire	Difficultés de mise en œuvre
1	La mère et le bébé se rendent dans un établissement de soins	*	***	La mère doit se rendre dans l'établissement très peu de temps après la naissance. Plus probable si elle a accouché dans cet établissement, mais encore problématique dans les jours qui suivent la naissance.
2	Un prestataire qualifié se rend au domicile pour offrir des soins post-natals à la mère et au bébé	***	*	À condition de disposer de ressources humaines suffisantes, ce qui pose problème. L'offre de soins post-natals peut ne pas être prioritaire là où le nombre d'accouchements sous surveillance de soignants qualifiés est encore faible. Un grand nombre de tâches requises par les soins post-natals peuvent être déléguées. Un prestataire qualifié pourrait effectuer des visites à domicile pendant la période post-natale si les établissements de santé ruraux sont calmes dans l'après-midi.
3	Un agent sanitaire communautaire effectue une visite à domicile pour voir la mère et le bébé	***	*	Un nombre suffisant d'agents sanitaires communautaires doit être formé, surveillé et recevoir les incitations nécessaires.
4	Combinaison : accouchement et premiers soins post-natals en établissement, puis visites à domicile dans les deux ou trois jours suivants, et visites ultérieures de soins post-natals dans un établissement de santé	**	**	Nécessite un travail d'équipe entre le personnel des établissements et les agents sanitaires communautaires, des ressources humaines suffisantes, une gestion et une supervision, des systèmes d'aiguillage efficaces et un bon système d'information sanitaire pour que l'on puisse facilement suivre les progrès de la mère et du bébé.

Note : * Degré faible. ** Degré modéré. *** Degré élevé

Source : Lawn Joy et Kate Kerber, éditrices, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006.

Les initiatives de partenariats communautaires pour soutenir les services de maternité sont prometteuses dans plusieurs pays en développement.

rurale¹⁷. Au Pakistan, l'Initiative pour la maternité sans risques du Punjab fait tourner des médecins post-doctoraux entre les hôpitaux des sous-districts et l'hôpital de district de Sheikhpura, ce qui permet d'offrir des soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité 24 heures sur 24¹⁸. D'autres mesures d'incitation non financières, comme la rotation à court terme des sages-femmes, la possibilité de suivre une formation et la création de groupes de soutien psychosocial, ont été utilisées en Afrique australe et en Afrique de l'Est et ont remporté divers succès. Mais pour que leur impact soit pleinement évalué, elles devront être appliquées à plus grande échelle et les recherches doivent se poursuivre¹⁹.

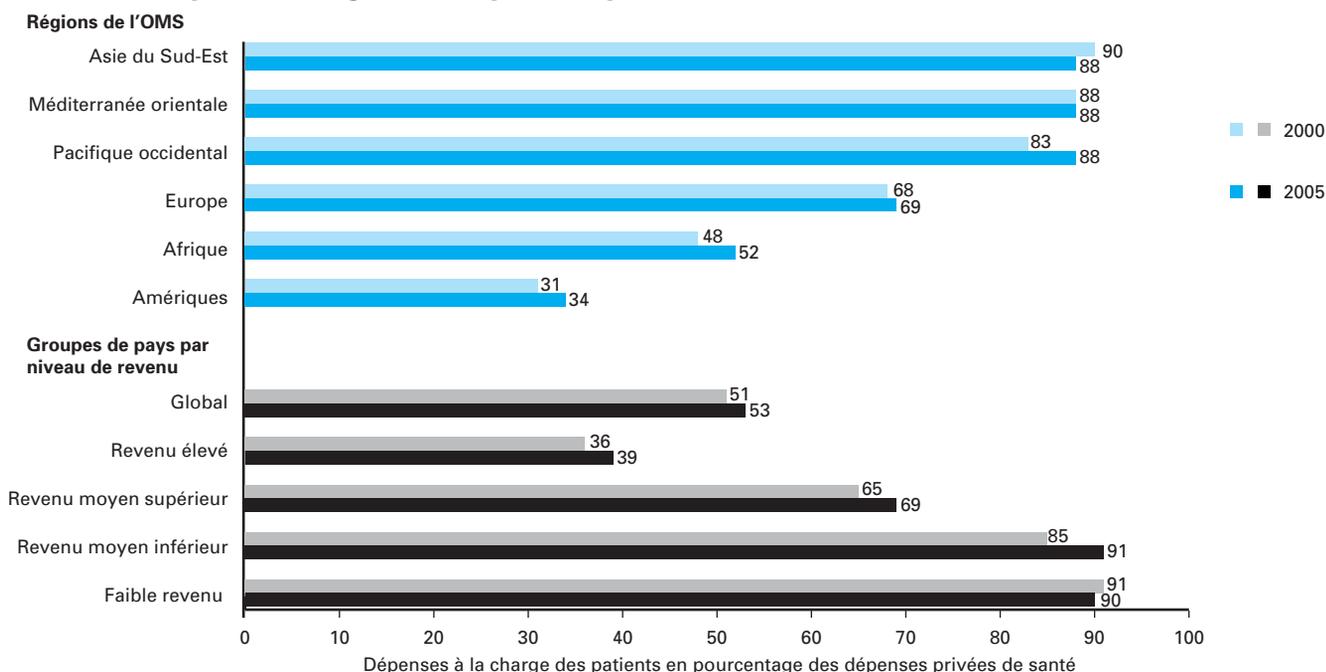
Mesure 3 : encourager la mobilisation sociale

Les mesures prises pour améliorer l'offre ne seront d'aucune utilité si on ne renforce pas en même temps la demande de soins de santé de bonne qualité au niveau des foyers et des communautés. L'inclusion sociale doit revêtir un caractère prioritaire et les familles individuelles – en particulier les femmes – ainsi que les communautés doivent se mobiliser et être traitées en tant que partenaires dans la prestation des soins de santé. De nombreux exemples montrent qu'une expérience malencontreuse dans un établissement de soins officiel peut dissuader les familles, et même des communautés tout entières, de venir s'y faire soigner.

L'une des interventions les plus importantes pour améliorer la santé maternelle et néonatale est la reconnaissance des risques qui peuvent être évités. Des attitudes culturelles et des croyances solidement ancrées entourent souvent la grossesse et l'accouchement, et les femmes elles-mêmes sont parfois rendues responsables de leur maladie, ou lorsque leurs nouveau-nés meurent ou sont en mauvaise santé. Dans les régions où beaucoup d'enfants viennent au monde mort-nés ou décèdent peu de temps après, ces problèmes peuvent être considérés comme inévitables. Si on ne peut pas obliger les communautés à accepter des pratiques de soins alternatives, on peut les associer à titre de partenaires à la promotion de leur propre santé et de leur

Figure 4.7

Dans les pays à faible revenu, les dépenses de santé à la charge des patients sont plus élevées, en pourcentage des dépenses privées de santé



Source : Organisation mondiale de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2008*, OMS, Genève, 2008, pp. 90-91.

Pour renforcer un environnement favorable à la santé maternelle et néonatale, il faut mobiliser les familles, y compris les hommes et d'autres parents, afin qu'elles reconnaissent et prennent en charge les risques sanitaires.

Burundi : l'engagement pris par le gouvernement en faveur des soins de santé maternelle et infantile

Le Burundi fait partie des pays les moins avancés du monde. Une guerre civile prolongée et l'échec de la restructuration politique freinent les progrès économiques et sociaux. La pauvreté a beaucoup augmenté et près de 88 % des Burundais vivent avec seulement 2 dollars des É.-U. par jour. La dénutrition touche 66 % de la population, et plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans souffre d'un retard de croissance sévère ou modéré. Pour les femmes, le risque de décès maternel sur la vie entière était de 1 sur 16 en 2005. Le taux moyen ajusté de mortalité maternelle était de 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005, et le taux de mortalité néonatale se situait à 41 pour 1 000 naissances vivantes en 2004.

L'expérience du Burundi a montré combien il est important de fournir des soins de santé de bonne qualité et d'un coût abordable aux populations pauvres en général, et aux mères et aux enfants en particulier. En février 2002, le gouvernement a lancé un programme de recouvrement des coûts qui obligeait les patients à payer leurs visites médicales, leurs tests et leurs médicaments. Cette initiative, qui devait générer des ressources pour le système de santé nouvellement créé, a été lancée dans 12 des 17 provinces rurales du pays, affectant 5 des 8,5 millions d'habitants du pays. Le résultat a été que le nombre de patients incapables de payer les soins reçus dans des hôpitaux publics a fortement augmenté, et que beaucoup d'entre eux ont été retenus en détention dans ces établissements. Les femmes qui avaient accouché par césarienne représentaient environ 35 % des patients insolubles mentionnés dans un rapport de Human Rights Watch sur les détentions dans les hôpitaux en 2006; et selon cette étude, 10 % des patients insolubles étaient des enfants. En plus du fardeau de la dépense, les services de soins de santé offerts aux femmes et aux enfants étaient souvent de mauvaise qualité.

Le gouvernement actuel du Président Nkurunziza a commencé à prendre des mesures pour remédier à cette crise des soins de santé. En 2005, lorsque le Burundi a adhéré à l'Initiative des pays fortement endettés du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale et obtenu l'allègement provisoire de sa dette, son budget de la santé a triplé. En 2006, le gouvernement a pris la décision essentielle d'annoncer la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants. Une nouvelle « Feuille de route pour la réduction de la mortalité néonatale et maternelle » a été élaborée et lancée cette même année avec l'assistance du Fonds des Nations Unies pour la population, de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial et de l'UNICEF. Une autre mesure importante a été prise en 2007, lorsque le Burundi a été l'un des huit pays à adhérer au Partenariat international pour la santé, un effort de collaboration à l'initiative

des pays et axé sur les résultats entre les gouvernements, des organisations internationales et des organisations non gouvernementales. Ce partenariat vise principalement à identifier une série d'objectifs clés, notamment un meilleur pourcentage d'accouchements pratiqués dans des établissements de santé et l'extension des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

La politique nationale du Burundi sur la santé de la procréation comprend à présent des soins au nouveau-né, qui sont considérés comme une stratégie essentielle pour réduire la mortalité infantile. Un volet central de cette politique consistera à faire passer à plus grande échelle les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le taux moyen de prévalence de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans à Bujumbura était de 16 % en 2005. Les programmes adoptés à l'avenir pourraient solliciter un meilleur soutien des hommes à ces stratégies de prévention.

Le pays a aussi commencé à offrir les soins de santé de base dont la population a cruellement besoin, ce qui aura un impact positif sur les femmes et les enfants. Des campagnes de vaccination ont permis d'administrer le vaccin par l'anatoxine tétanique à près de trois quarts des femmes vivant dans les districts à haut risque. Ces efforts ont galvanisé les parties prenantes aux niveaux national et local. Mais le gouvernement devra continuer à donner la priorité aux soins de santé pour les pauvres pour que les participants internationaux et communautaires à la construction de ses infrastructures sanitaires continuent de soutenir ses efforts.

Voir Références, page 112.

Le financement des soins de santé de bonne qualité est un problème mondial. Près d'un tiers des 68 pays prioritaires pour le Compte à rebours 2015 dépensent moins que le seuil minimum de 45 dollars des É.-U. par personne et par an.

bien-être, ainsi qu'à ceux des mères et des enfants.

Bien qu'une éducation sur la santé soit essentielle pour encourager des pratiques et des comportements sains, ainsi que pour dispenser des connaissances adéquates en matière de recherche de soins, des partenariats qui mobilisent directement les principales parties prenantes pour ces services sont aussi importants. On peut citer l'exemple du Burundi, où des accoucheuses traditionnelles ont assisté à des accouchements en institutions pour venir en aide au personnel sanitaire officiel et aux nouvelles mères, qui leur donnent de la nourriture ou d'autres cadeaux plutôt que de les payer en argent comptant²⁰.

Les systèmes de santé peuvent aussi rallier les communautés par le biais de la participation plutôt que par la coercition. En Équateur, c'est le choix

qu'ont fait les responsables de politiques en intégrant à la législation des approches interculturelles de la santé sexuelle et de la procréation, afin d'encourager la participation d'un plus grand nombre de femmes autochtones au développement de la santé durable. Cette stratégie pourrait contribuer à récuser la croyance, chez certaines femmes autochtones, que leurs pratiques culturelles telles que le positionnement vertical de l'enfant pendant l'accouchement les excluent des services de soins modernes²¹.

Faire participer les hommes et les autres membres de la famille

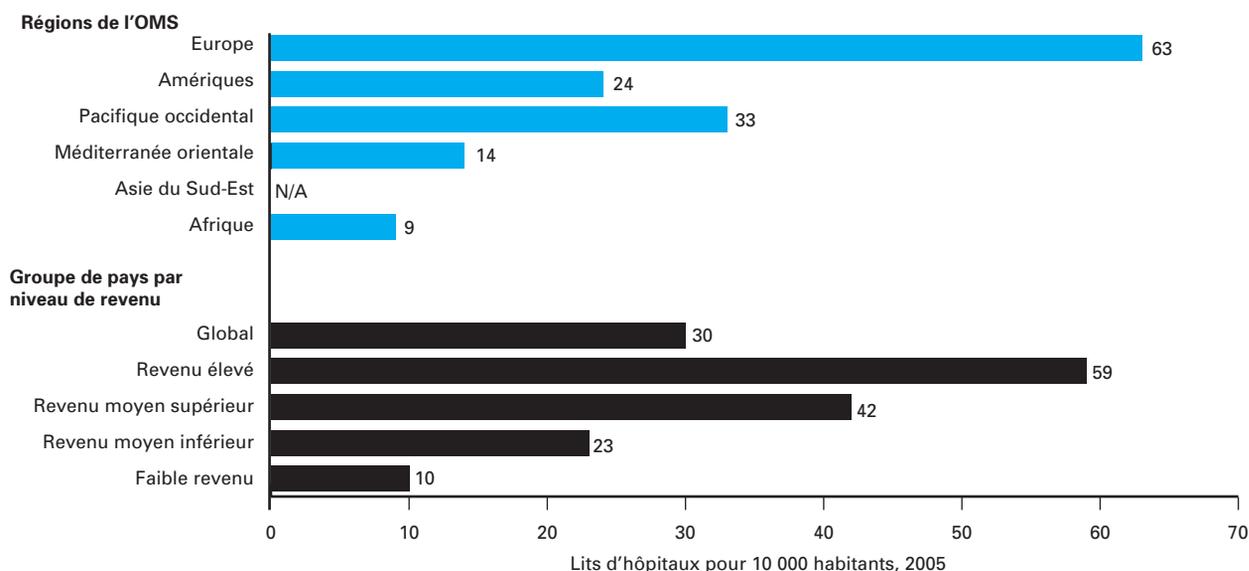
Pour atteindre l'objectif d'une plus grande unité, il faut non seulement impliquer un plus grand nombre de femmes, mais aussi davantage d'hommes. Les études suggèrent que les hommes perçoivent une multitude de complications susceptibles d'entraîner la mort de la mère, mais qu'ils ne

savent pas toujours comment intervenir pour prévenir ces décès. Des recherches plus poussées doivent être menées sur le rôle à jouer par les hommes en matière de survie et de santé des mères et des nouveau-nés, car la plupart des études disponibles à l'heure actuelle s'intéressent surtout à leur contribution économique, et moins aux domaines de la prévention des maladies, des soins, de la nutrition et d'autres déterminants de la santé²².

En plus du père et de la mère, d'autres membres de la famille peuvent aussi être mobilisés. Dans de nombreuses sociétés où les membres de la famille élargie vivent en étroite proximité, les beaux-parents et d'autres parents plus âgés peuvent avoir une influence sur la prise des décisions qui ont trait aux soins de santé. Au Mali, par exemple, la participation communautaire a permis de

Figure 4.8

Les pays à faible revenu n'ont que 10 lits d'hôpitaux pour 10 000 personnes



Source : Organisation mondiale de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2008*, l'OMS, Genève, 2008, pp. 82-83.

Intégrer les soins de santé maternelle et néonatale en Inde

Les progrès réalisés en Inde sont essentiels pour améliorer la santé maternelle et néonatale tant à l'échelle régionale que mondiale. Selon les dernières estimations internationales, le taux de mortalité maternelle en Inde était de 450 pour 100 000 naissances vivantes en 2005, et le taux de mortalité néonatale était de 39 pour 1 000 naissances vivantes en 2004. Ces deux chiffres reflètent une diminution des taux par rapport aux années précédentes. Pourtant, malgré une croissance économique rapide – le produit intérieur brut réel a progressé à un rythme moyen annuel de plus de 9 % en 2007-2008 – les disparités se creusent entre différents groupes de revenus et différentes castes et classes sociales en ce qui concerne la situation sanitaire. Les inégalités croissantes, combinées à une offre insuffisante de soins de santé primaires et à la hausse des prix des soins, compliquent les efforts déployés par le pays pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

En raison de sa population forte de près d'1,1 milliard d'habitants, de sa diversité géographique et socioculturelle et d'un système politique complexe regroupant 28 États et 7 territoires fédéraux, les efforts déployés par l'Inde pour fournir des soins de santé à ses citoyens ont été largement décentralisés. Le gouvernement a privilégié l'expansion des soins de santé primaires dont la responsabilité incombe aux États en vertu de la constitution. Au début de 2000, il a donné une impulsion supplémentaire à la prestation de soins aux femmes et aux enfants dans les zones rurales et dans des États comme le Bihar, l'Orissa et le Rajasthan, où les services fonctionnent mal. Il a aussi encouragé le recours aux soins de santé privés, auxquels n'ont encore accès qu'une minorité de personnes, tandis que les dépenses consacrées à la santé publique ont été ramenées à tout juste 2 % du produit intérieur brut.

Pour lutter contre la montée des inégalités, le Gouvernement indien s'est engagé à soutenir une « croissance d'inclusion ». L'une de ces initiatives, le projet Janani Suraksha Yojana soutenu par les pouvoirs publics dans le cadre de la Mission nationale pour la santé en milieu rural, offre des incitations monétaires aux femmes qui reçoivent des soins prénatals pendant la grossesse, dont l'accouchement est assisté dans un établissement de santé, et qui reçoivent des soins post-partum prodigués par des agents sanitaires mobiles. Toutes les femmes enceintes de 19 ans et plus vivant sous le seuil de pauvreté dans 10 États peuvent toucher ces prestations pendant deux grossesses au maximum. Les femmes qui ne font pas partie du programme mais qui souffrent de complications comme l'obstruction du travail, l'éclampsie et la septicémie y ont également droit. Le programme est aussi doté d'un mécanisme d'accréditation et de compensation des praticiens privés qui y participent.

Selon une étude de suivi effectuée dans certains districts du Rajasthan en 2007-2008, le programme Janani Suraksha Yojana a permis d'améliorer l'accès aux soins prénatals et post-natals. Ce bilan a aussi révélé que 76 des 200 participantes, ou près de 40 %, étaient des filles de moins de 18 ans, l'âge légal du mariage en Inde. Tout en élargissant l'accès aux soins, le programme donne au gouvernement un moyen de surveiller plus étroitement la situation des filles et des femmes.

Certains États ont aussi pris l'initiative de forger des partenariats pour la santé avec le secteur privé. Dans l'État du Gujarat, l'une des provinces indiennes les plus développées, la pénurie de

prestataires de soins de santé qualifiés a poussé les pouvoirs publics à s'associer à des hôpitaux privés pour offrir des soins obstétricaux gratuits aux femmes enceintes vivant en dessous du seuil de pauvreté, en particulier celles des castes et des groupes tribaux déshérités. Le Chiranjeevi Yojana – ou « programme pour une longue vie » – a été inauguré en 2005 à la suite d'un protocole d'entente passé entre le Gouvernement du Gujarat et des obstétriciens privés. Pour chaque accouchement, le gouvernement débourse 1 795 roupies (40 dollars des É.-U.), y compris 200 roupies pour le transport de la patiente et 50 roupies pour la personne qui l'accompagne, afin de compenser sa perte de revenu.

En 2006, une étude du Fonds des Nations Unies pour la population a constaté que le projet Chiranjeevi Yojana avait réussi à convaincre un plus grand nombre de femmes d'accoucher dans un établissement de santé, et que la plupart des praticiens privés qui participaient à l'initiative étaient enthousiastes. Elle a aussi indiqué que les patientes hésitaient à se rendre dans un centre de soins pour accoucher, et que le mari et la belle-famille pesaient beaucoup sur la prise des décisions, ce qui limitait leur capacité à rechercher activement des soins. L'étude a émis plusieurs recommandations, y compris la création d'un organe indépendant chargé de contrôler la qualité et de garantir une mise en œuvre équitable.

L'initiative prise par l'État du Gujarat se démarque des pratiques antérieures en ce que le gouvernement a assumé seul la responsabilité de rembourser les prestataires de soins privés, plutôt que de s'en remettre à des intermédiaires tels que des assureurs. Les pouvoirs publics collaborent avec des organisations professionnelles, entre autres, des associations d'obstétriciens et des instituts académiques, pour planifier et mettre en œuvre ces nouveaux arrangements.

En raison de son succès remarquable, le programme a été élargi, de 5 districts à la totalité des 25 districts du Gujarat. Entre janvier 2006 et mars 2008, 180 médecins ont été recrutés. Près de 100 000 accouchements ont été pratiqués, à savoir 540 en moyenne par médecin. Bien que cette expérience soit prometteuse, le suivi et l'évaluation doivent se poursuivre pour s'assurer que des améliorations seront apportées et que les répercussions souhaitées se sont effectivement produites.

Voir Références, page 112.



Le renforcement et l'intégration des soins maternels et néonataux reposent sur un engagement national et international, et sur des partenariats mondiaux pour la santé passés entre différents organismes et institutions. Une femme tient une tasse contenant une alimentation d'appoint pour son jeune enfant en Sierra Leone.

mieux faire connaître l'importance de la nutrition de la mère et du bébé, ainsi que les effets pernicieux des travaux pénibles sur les mères. Elle a aussi encouragé les pères à se mobiliser davantage pour s'occuper de leurs partenaires et de leurs nouveau-nés. Le programme a également amélioré les relations entre les femmes et leurs belles-mères, en effaçant la honte et la méfiance qui les avaient éloignées²³.

Mesure 4 : garantir un financement équitable et durable

Le financement de soins de santé de bonne qualité est un problème qui concerne à la fois les pays industrialisés et les pays en développement. Bien qu'aucun seuil n'ait été fixé au niveau international pour déterminer le montant minimum des dépenses globales par habitant, l'initiative du Compte à rebours 2015 estime qu'une somme inférieure à 45 dollars des É.-U. par habitant est insuffisante pour offrir des services de soins de santé de base de bonne qualité. Parmi les 68 pays prioritaires pour la santé maternelle, néonatale et infantile

ciblés dans l'initiative du Compte à rebours 2015, 21 dépensent moins de 45 dollars de É.-U. par habitant²⁴.

Les dépenses publiques affectées à la santé peuvent être un déterminant capital de la capacité des systèmes de soins. Les pays affichant des taux peu élevés de dépenses par habitant sont parfois associés à des résultats médiocres, à des pénuries de personnel, et à des investissements insuffisants dans les infrastructures de soins et dans la logistique²⁵. Des données recueillies par l'Organisation panaméricaine de la santé ont montré qu'en 2004, les dépenses moyennes de santé publique ne représentaient que 2,6 % du produit intérieur brut dans l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire, alors qu'elles atteignaient presque 7 % dans les pays à revenu élevé. L'Asie du Sud est l'un des pays où le taux de dépenses est le plus faible, à savoir 1,1 % du PIB. Bien que l'Afrique subsaharienne consacre une part légèrement supérieure de son produit intérieur brut aux soins de santé (2,4 % en 2004), seuls quelques pays de cette région respectent la clause de la Déclaration d'Abuja de 2001 qui recommande que 15 %

des budgets nationaux soient affectés aux dépenses de santé²⁶.

Les pays et les donateurs reconnaissent de plus en plus l'importance cruciale des soins de santé maternelle et néonatale pour parvenir à un développement social et économique équitable. De nombreux gouvernements, même dans les régions pauvres en ressources, explorent différentes stratégies pour aider les familles à assumer le coût des soins réguliers et des soins obstétricaux d'urgence, ainsi que des soins aux nouveau-nés. Plusieurs options sont possibles, y compris la diminution ou la suppression des frais payés directement par l'utilisateur; l'adoption de mesures de protection sociale comme les transferts en espèces ou les bons, assortis ou non de conditions; et l'offre de régimes d'assurance-maladie nationaux ou communautaires ou de subventions aux foyers les plus pauvres pour avoir accès à des services de soins privés²⁷.

Les frais payés directement par l'utilisateur

L'un des points importants du débat sur le financement de la santé est la question des frais payés directement

Les options disponibles pour rendre les soins de santé maternelle et néonatale plus équitables consistent à augmenter les budgets de la santé, à supprimer les frais payés directement par l'utilisateur, et à mettre en œuvre des programmes d'assurance et de transferts en espèces.

par l'utilisateur, qui entravent considérablement l'accès aux soins, notamment pour les pauvres. La suppression de ces frais d'utilisation pourrait donc contribuer à élargir l'accès aux services, en particulier pour les pauvres. Plusieurs pays du monde en développement ont déjà aboli ou sont en train de supprimer ces frais directs, en tout ou en partie – ce qui leur permet de faire des progrès encourageants pour accroître l'accès aux services de soins de santé. Ces pays sont, entre autres, le Burundi en Afrique de l'Est (*voir Encadré à la page 83*) et le Ghana en Afrique de l'Ouest, ainsi que plusieurs districts du Népal²⁸.

À ce jour, aucune évaluation systématique de la suppression des frais d'utilisation dans les pays en développement n'a été faite. Les résultats préliminaires suggèrent que dans les pays où l'abolition de ces frais n'a pas été soutenue par d'autres mesures, entre autres, une augmentation des budgets nationaux affectés aux soins de santé, une planification judicieuse, ou des stratégies délibérées de mise en œuvre, les problèmes ont eu tendance à s'aggraver et le fonctionnement du système de santé s'est détérioré. Dans les pays où la suppression des frais d'utilisation a été bien planifiée et gérée, toutefois, il semble que l'utilisation des services soit en hausse, et que les personnes pauvres en aient été les principaux bénéficiaires, bien que l'incidence des dépenses catastrophiques sur les foyers pauvres n'ait pas diminué²⁹.

Si l'on en croit l'expérience de l'Ouganda et de l'Afrique du Sud, la suppression des frais d'utilisation n'est

efficace que si elle s'inscrit dans le cadre d'un ensemble plus vaste de réformes, notamment une augmentation des budgets afin de compenser la perte de revenus, maintenir la qualité et répondre à la demande accrue de services. Elle requiert aussi une bonne communication et le vaste ralliement des parties prenantes, un suivi attentif pour s'assurer que les frais officiels ne sont pas remplacés par des frais informels, ainsi qu'une gestion adéquate des mécanismes de financement alternatifs qui remplacent les frais d'utilisation³⁰.

Il faut souligner que les frais d'utilisation ne sont pas le seul obstacle auquel se heurtent les pauvres. Il y a aussi les frais informels; le coût des médicaments, des analyses de laboratoire et des tests de radiologie qui ne sont pas fournis par les hôpitaux publics; le transport, l'alimentation et l'hébergement; et les frais à payer dans les établissements de soins privés. Ces coûts représentent en général une part importante des dépenses globales des foyers et affectent les personnes pauvres d'une manière disproportionnée³¹.

En outre, plusieurs autres obstacles qui ont trait à la qualité, à l'information et aux pratiques culturelles doivent aussi être éliminés avant que les pauvres puissent avoir accès à des services de soins adéquats. Il est avéré que les personnes pauvres sont affectées de manière disproportionnée par ces obstacles non monétaires.

Bien que les frais d'utilisation ne soient qu'un obstacle parmi d'autres pour les catégories pauvres, ce problème est l'un de ceux qui se prêtent le mieux à l'intervention des responsables de politiques. Comme le montre l'expérience récente de l'Ouganda,

le processus politique de suppression de ces frais peut avoir un effet catalyseur en donnant aux gouvernements la possibilité de s'attaquer à d'autres problèmes, comme les achats et les réserves de médicaments, les allocations budgétaires ou la gestion financière, qui constituent des obstacles plus sérieux aux progrès³².

Manifestement, supprimer les frais d'utilisation n'est pas une simple opération. Les pays qui souhaitent s'engager dans cette voie ont besoin d'un appui pour planifier et exécuter ce changement de politique, et doivent lier l'élimination des frais payés directement par l'utilisateur à des mesures plus générales visant à renforcer les systèmes de santé.

Il convient de noter que le contexte dans lequel s'effectue la suppression des frais d'utilisation est très important, et qu'aucune politique générale ne pourra vraisemblablement répondre aux besoins spécifiques de chaque pays. Pour décider de la marche à suivre, il sera nécessaire d'analyser en détail la situation du pays, les implications des stratégies alternatives de financement et de prestation des soins en matière d'équité, et les multiples obstacles autres que financiers qui bloquent l'accès aux soins.

Assurance et transferts

Des régimes nationaux d'assurance-maladie comme l'assurance sociale qui couvre les services de soins de santé maternelle et infantile en Bolivie peuvent améliorer l'accès des femmes pauvres aux soins prénatals et pendant l'accouchement³³. Toutefois, cette forme de financement est difficile à étendre dans les pays où l'emploi dans le secteur formel est limité, où les

Les stratégies de financement et de développement doivent tenir compte du contexte national et local, ainsi que des obstacles indirects qui entravent l'accès, comme les frais de transport et les infrastructures.

revenus sont faibles, les foyers dispersés et les infrastructures minimales.

Les régimes communautaires d'assurance-maladie, qui fonctionnent de manière plus informelle et à une échelle plus modeste que les systèmes d'assurance sociale, ont permis de faire progresser le nombre d'accouchements pratiqués dans des établissements de soins de 45 % au Rwanda et de 12 % en Gambie³⁴. Grâce à un plan de partage des coûts mis en œuvre dans un district urbain du Burkina Faso, le nombre de femmes aiguillées vers les services d'urgence est passé de 84 à 683 en un an³⁵. Il peut toutefois être difficile de reproduire ce type de plans pour étendre la couverture, car s'ils ne sont pas autofinancés, ils doivent dépendre de l'aide du gouvernement ou de donateurs, ainsi que d'une forte mobilisation de la communauté.

Des programmes pilotes de transferts en espèces conditionnels et de coupons sont actuellement mis en œuvre pour générer une demande de services spécifiques au sein des populations pauvres. Au Mexique, les transferts en espèces ont amélioré de 8 % l'accès aux soins prénatals des femmes pauvres pendant le premier trimestre de la grossesse, et au Honduras, cette progression a été de 15 à 20 %³⁶. L'Inde a distribué des incitations financières aux femmes des groupes marginalisés vivant dans des districts prioritaires afin de les encourager à accoucher dans un centre de soins. Bien que ces initiatives aient élargi l'accès aux services, il ne sera pas possible d'améliorer concrètement la santé maternelle sans améliorer en même temps la qualité des prestations. Ces innovations financières devront faire l'objet d'un

suiti et d'une évaluation continue afin d'informer les décisions qui visent à les étendre.

Prestataires du secteur privé

Le secteur privé est devenu un important prestataire de soins de santé, notamment en Asie, mais nous ne disposons que de preuves partielles pour juger de son efficacité, car la plupart des évaluations effectuées mesurent des changements à court terme dans le comportement du prestataire et non les résultats ou autres répercussions sur la santé des bénéficiaires. Le secteur privé est d'une nature hétérogène et regroupe des prestataires très divers, y compris des guérisseurs et des accoucheuses traditionnels, des hôpitaux confessionnels, des centres de mise en forme et des entités commerciales mondiales dont les opérations échappent à toute réglementation ou surveillance. Dans un grand nombre de pays à faible revenu, les prestataires privés travaillent dans des environnements où les contrôles réglementaires officiels, que ce soit sous forme d'associations professionnelles ou de cadres législatifs et fiscaux, sont peu rigoureux³⁷.

Il faut de toute urgence appeler l'attention sur cette nouvelle association public-privé au sein des systèmes de santé, car les profils de financement inéquitables et la dérégulation qui caractérisent le secteur privé peuvent affecter les engagements pris par les gouvernements en matière de soins de santé, la confiance du public et les disparités socioéconomiques. Plusieurs études sur les services privés en Inde, en Indonésie et au Mexique montrent qu'il est difficile d'évaluer la qualité des soins dans les secteurs public et privé, et qu'il est important de tenir compte

du contexte national avant de tirer des conclusions définitives concernant l'un ou l'autre de ces secteurs³⁸. Pour les gouvernements, le défi consiste à réglementer la prestation des soins de santé privés tout en utilisant des principes internationaux pour concevoir des politiques nationales qui fixent des normes minima pour des services tels que les soins prénatals, la prise en charge du VIH/SIDA, le pourcentage maximum acceptable d'accouchements par césarienne, ainsi que pour d'autres questions essentielles liées aux soins de santé maternelle et néonatale.

Mesure 5 : renforcer les infrastructures, les transports, la logistique, les fournitures et le processus d'aiguillage

Pour renforcer les systèmes de santé afin d'offrir des soins aux mères et aux nouveau-nés, il est nécessaire d'investir dans des secteurs qui soutiennent la prestation de services essentiels de maternité et de soins de santé de base. En plus d'optimiser les systèmes d'information, il est aussi impératif de renforcer les ressources humaines, d'encourager la mobilisation sociale et de créer des financements équitables, et de développer les infrastructures, les fournitures, la logistique, les transports et le processus d'aiguillage. Il faut investir davantage et de toute urgence pour accroître le nombre des établissements de soins, en particulier dans les pays à faible revenu. Selon les dernières estimations de l'OMS, ces pays ne disposent que de 10 lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants, contre six fois plus dans les pays à fort revenu³⁹.

Lorsque ces établissements existent, le gouvernement et d'autres organismes de surveillance doivent s'assurer qu'ils

Améliorer la qualité des soins est nécessaire à la fois pour garantir la sécurité et le bien-être, mais aussi pour encourager l'utilisation des services de santé.

fonctionnent et qu'ils sont maintenus de manière adéquate. En Ouganda, où les taux de mortalité maternelle ont reculé, une enquête sur les centres de soins obstétricaux d'urgence a révélé que dans 54 des 56 districts du pays, plus de 97 % des établissements équipés en principe pour offrir des services d'urgence de base étaient en réalité incapables de le faire. L'absence d'eau courante, d'électricité et de salles d'opérations en bon état était une des raisons pour lesquelles ces services ne pouvaient pas être fournis⁴⁰. Il faut de toute urgence mener d'autres enquêtes pour s'assurer que les établissements existants sont mis à niveau et que ceux qui sont de construction récente fonctionnent de manière durable. Le financement des équipements médicaux, y compris les médicaments essentiels, revêt également un caractère prioritaire. La liste inter-institutions des médicaments essentiels pour la santé procréative établie par l'ONU est un guide utile pour déterminer la quantité minimum de médicaments efficaces et rentables qui devrait être disponible⁴¹.

Lors de l'élaboration des projets de développement des infrastructures sanitaires, il convient de réfléchir aux meilleurs moyens d'améliorer les systèmes de transport pour que les femmes et les enfants puissent avoir accès aux soins ordinaires et aux soins d'urgence fournis dans des établissements et, dans certains environnements, pour mettre en place des équipes sanitaires mobiles. Des programmes adoptés en Inde (*voir Encadré à la page 85*) et dans les zones rurales du Népal montrent comment des incitations peuvent être offertes pour financer le transport des femmes enceintes⁴².

L'amélioration des infrastructures de transport permettra aussi d'optimiser le processus d'aiguillage, qui continue d'être un aspect négligé et insuffisamment examiné des services de santé maternelle et néonatale d'urgence et des systèmes de santé en général. Pourtant, il est souvent essentiel à la survie des mères et des nouveau-nés.

Réduire le temps qui s'écoule entre le moment où une femme est aiguillée vers un centre de soins et celui où elle y arrive est souvent crucial à sa survie. Une étude réalisée dans l'ouest rural de l'État du Maharashtra, en Inde, a montré que les femmes qui mouraient de complications étaient séparées des services de soins généraux par environ 3 km, alors que celles qui survivaient se trouvaient à seulement 2,5 km. Dans le cas de services spécialisés dans le traitement des complications à naissance, toutefois, cette distance était de 63,5 km pour les femmes qui mouraient et de 39,3 km pour celles qui survivaient. Une étude effectuée à Karnataka, en Inde, a révélé que l'aiguillage des femmes vers les services de soins obstétricaux d'urgence se bornait à une série de tentatives désordonnées et souvent futiles pour obtenir des soins auprès de services publics inefficaces et de prestataires informels et privés. S'il existait des réseaux informels reliant entre eux les prestataires privés, il n'y avait aucun mécanisme de suivi ou d'apprentissage pour les aiguillages vers les services gouvernementaux⁴³.

Pour être mieux adaptés et plus efficaces, les systèmes d'aiguillage doivent garantir au minimum : la communication entre les établissements pour préparer l'accueil des cas

urgents, le transport et la stabilisation clinique des patientes, un accompagnement pendant l'aiguillage, le suivi de chaque cas et la possibilité de déplacer les soins si la patiente elle-même ne peut pas être transportée. D'une manière plus générale, les systèmes d'aiguillage doivent évaluer les besoins de la population et les capacités des systèmes de santé, encourager une collaboration active entre les niveaux d'aiguillage et les différents secteurs, officialiser les arrangements passés en matière de communication et de transport, établir des protocoles entre l'aiguilleur et le destinataire, tenir les prestataires responsables de leurs performances et superviser leurs activités, offrir une protection contre les coûts financiers, et développer des indicateurs pour surveiller l'efficacité.

Mesure 6 : améliorer la qualité des soins

La définition des soins maternels et néonataux de bonne qualité ne se confine plus exclusivement à des résultats biomédicaux, mais a évolué pour prendre en compte les droits et la satisfaction de la patiente, les normes et l'équité des soins, ainsi que les responsabilités et les droits des institutions de santé et de leur personnel. Des soins de bonne qualité garantissent à la fois un niveau minimum de soins dispensés à toutes les femmes enceintes et qui accouchent et à tous les nouveau-nés, et la prise en charge des patientes qui requièrent des services d'urgence ou plus spécialisés. Ces soins devraient viser les meilleurs résultats médicaux possibles; satisfaire les prestataires, les patientes et les familles; avoir une gestion saine et un financement viable; et développer les services existants pour

La création d'un environnement propice et une forte volonté politique seront essentielles pour renforcer les systèmes de santé.

relever les normes de soins offerts à toutes les femmes⁴⁴.

Si les systèmes de santé des pays industrialisés et à revenu intermédiaire nécessitent parfois l'adoption de réformes pour offrir des services de maternité et de soins au nouveau-né plus accessibles et plus performants, les systèmes de santé créés plus récemment peuvent assortir leurs nouveaux programmes de mécanismes de contrôle de la qualité des soins. En Côte d'Ivoire, par exemple, un programme national a été lancé en 2000 pour intégrer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aux services existants de santé maternelle. Une étude récente a montré que ce programme avait amélioré la qualité globale des soins dans de nombreux domaines, y compris l'administration d'ocytocine durant la troisième phase du travail et l'examen post-partum de l'utérus⁴⁵. Ces programmes offrent au personnel de nouvelles possibilités de formation et l'occasion de s'investir davantage dans leur métier, outre qu'ils peuvent sauver des vies.

Diverses organisations ont montré l'importance qu'elles accordaient aux soins obstétricaux d'urgence en s'associant à des mesures prises pour améliorer la qualité des soins dans plusieurs pays, dont le Mali, le Pérou et le Viet Nam. En posant les fondations des soins obstétricaux d'urgence, ces mesures ont amélioré et simplifié les mécanismes d'établissement de rapports et de surveillance, établi des protocoles et des normes d'une manière ouverte et participative et encouragé l'acquisition de compétences de base à travers la formation et une supervision et un sou-

tien continu. Le travail d'équipe a été facilité par une meilleure communication et par les systèmes d'aiguillage. Les préoccupations et les droits des femmes ont été pris en compte, des partenariats ont été forgés avec les communautés et les prestataires ont eu la possibilité de mettre en œuvre des innovations à même de résoudre les problèmes⁴⁶.

Pour que ces mesures réussissent, elles doivent bénéficier du soutien et de la participation des administrateurs. Les évaluations effectuées dans le cadre du projet Health Workers for Change ont révélé que des changements introduits au niveau local n'étaient pas systématiquement appuyés par des mesures concomitantes à un plus haut niveau⁴⁷. Des problèmes qui requièrent l'intervention de hauts responsables ou des changements de politique – les postes vacants et les transferts de personnel, le pouvoir discrétionnaire du personnel en matière de financement, les modèles de rapport, la disponibilité d'intrants essentiels comme le sang – peuvent limiter l'impact des processus locaux d'amélioration de la qualité sur les soins de santé maternelle. Les agents sanitaires ne peuvent pas apporter de changements, ou être tenus responsables de l'absence de changement, si leur cadre de travail ne bénéficie pas du soutien des administrateurs sanitaires ou des dirigeants élus qui se trouvent à leur tête.

Développer les systèmes de santé : l'argument en faveur de l'action concertée

Les principaux éléments du développement des systèmes de santé – réunir davantage d'informations

probantes, augmenter et améliorer les effectifs sanitaires, mettre à jour et élargir les infrastructures et la logistique, offrir des solutions de financement équitables et stimuler la demande de soins de bonne qualité à travers la mobilisation sociale – sont de mieux en mieux acceptés par les gouvernements nationaux et par les institutions locales et internationales.

De plus, on s'accorde à reconnaître les mérites de l'élargissement de services essentiels groupés, ainsi que le rôle des partenariats communautaires pour dispenser des soins de santé maternelle et néonatale. Enfin, l'engagement a été pris, comme nous l'avons indiqué dans ce rapport et celui de l'an dernier, d'instaurer un environnement propice à la santé et la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants qui respecte et promeut les droits des femmes et des enfants.

Mais les beaux discours et les engagements fermes ne suffiront pas à traduire cette promesse en action concrète. Les gouvernements nationaux, la communauté internationale du développement, les organisations de la société civile, le secteur privé, les foyers et les communautés elles-mêmes devront assumer ensemble la responsabilité d'améliorer la santé maternelle et néonatale, qui est un véritable baromètre du respect des droits de l'homme et du progrès humain aux niveaux national et international. Le Chapitre 5 examine certains des partenariats derrière ce processus et suggère comment cette collaboration pourrait être renforcée dans les années à venir.

5 Travailler ensemble pour la santé de la mère et du nouveau-né



L'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né passe par la collaboration, l'engagement et la créativité. Les initiatives internationales et nationales qui visent à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs internationaux sont de plus en plus souvent menées de concert. Il faut aujourd'hui conjuguer la détermination, les éléments de preuve, les idées novatrices et les ressources qui ont permis de réaliser des progrès rapides et durables en faveur de la survie de l'enfant et les appliquer à la santé maternelle et néonatale. Ce dernier chapitre de La Situation des enfants dans le monde 2009 examine les partenariats et les programmes de collaboration visant à instaurer des conditions favorables, à établir des continuums de soins et à renforcer les systèmes de santé aux fins d'améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. Il examine également les moyens de renforcer la collaboration, d'améliorer l'efficacité de l'aide et de mobiliser les ressources et l'engagement nécessaires pour parvenir à des résultats concrets.

Nous sommes déjà plus qu'à mi-chemin de la date butoir fixée pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement et le bilan est mitigé. Beaucoup d'efforts ont été accomplis ces dernières années pour accélérer les progrès en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, pour coordonner les actions et pour élargir les interventions essentielles. Des résultats concrets ont été obtenus, par exemple, la réduction du nombre de décès d'enfants entre 29 jours et 5 ans (la période post-néonatale) dans nombre de pays en développement. L'aide internationale en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile s'est accrue, ce qui a encouragé l'augmentation des flux d'aide, renforcé les partenariats et consolidé les cadres stratégiques.

Il s'agit maintenant de poursuivre sur cette lancée d'ici à 2015 et au-delà. Nous devons accorder une attention particulière aux besoins de l'Afrique et de l'Asie, les deux continents qui affichent les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés. Parmi les régions en développement, y compris celles qui sont largement sur la bonne voie pour atteindre la totalité ou une

partie des OMD liés à la santé, un certain nombre de pays, de communautés et de groupes socio-économiques sont à la traîne par rapport à ces objectifs et devraient bénéficier de mesures plus nombreuses en faveur de la santé maternelle et néonatale.

La collaboration est primordiale. Si nous voulons relever le défi que représente l'amélioration de la santé maternelle et néonatale, nous devons agir avec créativité, consistance et concertation à l'échelle mondiale afin de créer un environnement favorable aux femmes et aux filles, d'établir des continuums de soins et de renforcer les systèmes de santé.

Le présent rapport rappelle une vérité bien connue : la mortalité maternelle et néonatale n'a rien de mystérieux. Nous savons parfaitement pourquoi des femmes et des bébés meurent pendant la grossesse et la naissance – et pourquoi des millions d'enfants ne vivent pas au-delà de 28 jours. Pour s'attaquer à ces causes, il faut pouvoir s'appuyer sur des données et des analyses fiables, des stratégies rationnelles, des ressources suffisantes, une volonté politique et des partenariats. Comme nous l'avons indiqué dans les chapitres

précédents, les lacunes des systèmes de santé de certains pays appellent des actions spécifiques dans lesquelles la combinaison de mesures correctives dépend du profil du pays, de ses choix politiques, des fonctions de coûts et de la création d'un environnement favorable à la santé maternelle et néonatale, reposant sur le respect des droits des femmes et des enfants.

À cette fin, le dernier chapitre de *La Situation des enfants dans le monde 2009* se concentre sur l'évolution récente des partenariats mondiaux en faveur de la santé et étudie brièvement trois questions clés : la collaboration; l'efficacité de l'aide; les ressources et l'engagement nécessaires pour obtenir des résultats.

Renforcer la collaboration

Nous assistons depuis quelques années à une multiplication des partenariats mondiaux en faveur de la santé, encouragée notamment par l'accent mis sur la collaboration dans l'OMD 8 – lequel privilégie un partenariat mondial au service du développement – et par le Consensus de Monterrey de 2002 sur le financement du développement. Ces initiati-

ves ont un impact déterminant dans plusieurs domaines, notamment la recherche, l'évaluation, la prévention et le traitement de maladies contagieuses telles que le SIDA, la tuberculose, la rougeole et le paludisme.

On peut citer en exemple le cas de la rougeole : en 2007, l'Afrique a été en mesure d'annoncer que la mortalité par rougeole avait reculé de 91 % entre 2000 et 2006 – un succès sans précédent qui résulte d'une action concertée des gouvernements nationaux et des partenaires internationaux pour promouvoir la vaccination contre la rougeole¹.

Les efforts menés contre le paludisme se poursuivent, avec la distribution, souvent gratuite maintenant, de moustiquaires imprégnées d'insecticide lors de campagnes massives. La

lutte contre le VIH/SIDA a, quant à elle, progressé sur plusieurs fronts. En 2007, 33 % des quelque 1,5 million de femmes séropositives enceintes vivant dans des pays à revenu faible et moyen ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission du VIH à leurs enfants, contre 15 % en 2005. En outre, le nombre d'enfants ayant eu accès à une thérapie antirétrovirale a presque triplé, passant de 75 000 en 2005 à 200 000 en 2007².

Ce ne sont là que trois des exemples prouvant qu'une action coordonnée entre les gouvernements nationaux et les partenaires internationaux permet d'améliorer concrètement la vie des mères, des nouveau-nés et des enfants.

Depuis quelques années, la santé maternelle et néonatale est devenue

une préoccupation centrale des initiatives et partenariats mondiaux pour la santé. C'est ainsi que plusieurs nouveaux programmes de collaboration viennent compléter les efforts déployés dans le cadre de partenariats établis de longue date pour accélérer les progrès vers la réalisation de l'OMD 5.

Cependant, la multiplication des partenariats mondiaux pour la santé maternelle, néonatale et infantile comporte aussi des inconvénients. Les partenariats mondiaux pour la santé se chiffrent à plus de 100, selon certaines définitions du partenariat, et le fait d'avoir à traiter avec un si grand nombre d'initiatives ne va pas sans poser des problèmes aux pays en développement³. En outre, malgré l'existence d'un consensus sur la nécessité de créer un continuum de soins efficace pour les mères, les nouveau-nés et les enfants, il reste encore à compléter des flux d'aide verticaux en faveur d'interventions portant sur des maladies précises, tout en renforçant les approches intégrées et en développant les systèmes de santé.

L'intégration des actions des partenariats mondiaux pour la santé qui œuvrent à la mise en place de continums de soins à l'échelle nationale restera un défi majeur pour les années à venir. Plusieurs donateurs bilatéraux se sont déjà attachés à harmoniser leur collaboration et à améliorer l'efficacité de leurs contributions par le biais de partenariats. Il s'agit notamment de la Campagne mondiale en faveur des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, dirigée par le Gouvernement norvégien; de l'Initiative pour la santé (*Providing for Health*), menée par



© UNICEF/H007-13/14/Anita Khemka

Un ensemble complet de soins de santé procréative; l'accompagnement d'un personnel de santé qualifié durant la grossesse; la présence d'une sage-femme, d'une infirmière ou d'un médecin dûment formés à l'accouchement; et des soins obstétricaux d'urgence pour les complications mettant la vie en danger devraient être disponibles pour les femmes enceintes et les nouveau-nés. Un médecin dirige un cours de formation pour des étudiants en soins infirmiers dans le cadre de l'Initiative Woman's Right to Life and Health, au Pakistan.

Travailler ensemble pour la santé de la mère et du nouveau-né

par Sarah Brown, épouse de Gordon Brown, Premier ministre du Royaume-Uni, qui apporte son patronage à la *White Ribbon Alliance for Safe Motherhood*.

Ces dernières années, j'ai surtout concentré mon action sur les programmes de prévention visant à améliorer la santé des nourrissons nés prématurément ou à la suite de grossesses difficiles. En unissant ses efforts, la communauté médicale du monde développé améliore régulièrement la qualité des interventions afin que chaque nouveau-né qui vient au monde dans des conditions difficiles bénéficie, pendant les premières étapes cruciales de son développement, des soins nécessaires pour survivre et jouir d'une qualité de vie satisfaisante.

Toutefois, la situation des nourrissons qui survivent dans le monde en développement contraste fortement avec la situation dans les pays industrialisés tels que le Royaume-Uni. En tant que représentante du Comité consultatif international du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)*, j'ai eu l'occasion d'observer moi-même les programmes de formation que le RCOG mène dans nombre de pays d'Afrique et d'Asie. Cette expérience pratique m'a permis de constater qu'on ne pouvait pas assurer la survie des nourrissons et des enfants les plus vulnérables sans s'occuper d'abord de la santé de leurs mères.

La raison en est simple : c'est la mère qui se charge d'éduquer les enfants, de les nourrir, de les amener à l'école et de les faire vacciner. Or, les enfants orphelins de mère courent pratiquement cinq fois plus de risques de mourir dans la petite enfance que ceux qui ont encore leur mère, et les nouveau-nés qui ont perdu leur mère sont exposés à un risque de mortalité dix fois plus élevé.

L'ampleur de ce problème saute aux yeux quand on s'intéresse aux nombres annuels de décès maternels, qui n'ont guère évolué ces 20 dernières années. En 2008, à travers le monde, plus d'un demi-million de mères mourront durant leur grossesse et leur accouchement, et la quasi-totalité de ces décès se produira dans les pays les plus pauvres. En outre, pour chaque mère qui meurt, 20 femmes souffrent de lésions ou d'incapacités permanentes à la suite d'un accouchement difficile.

Il est essentiel que nous tous – gouvernements, organisations non gouvernementales, organismes à caractère confessionnel, entreprises du secteur privé et particuliers engagés – unissions nos efforts afin que dans chaque pays et dans chaque communauté les femmes aient accès à des soins de santé primaires et à des agents de santé qualifiés. C'est ainsi que nous sauverons la vie des mères – et que nous améliorerons l'espérance de vie des nouveau-nés et des enfants les plus vulnérables.

Si nous y parvenons, nous sauverons des vies à chaque étape du cycle de vie. L'OMD 5, qui vise à améliorer la santé maternelle, est au cœur de tous les Objectifs du Millénaire pour le développement. L'accès à un personnel de santé qualifié va dans le sens du continuum de soins, indispensable aux femmes et aux enfants. Les mères accouchent sans risque quand elles ont accès à un soutien prénatal et à des soins de qualité durant l'accouchement et les phases critiques qui suivent. Et un centre de santé doté d'un personnel compétent et du matériel nécessaire permet de garantir que les jeunes enfants auront accès aux vaccins et aux médicaments indispensables à la prévention de maladies mortelles comme le paludisme et la pneumonie.

Nous ne devons pas nous contenter de solutions verticales. Tous les organismes qui travaillent activement à l'éradication de la pauvreté et de la maladie, ainsi qu'à l'amélioration des soins de santé et de l'éducation, doivent s'attacher à intégrer leurs efforts. Nous devons utiliser de manière optimale les ressources précieuses dont nous disposons et répondre aux besoins réels au niveau local.

Nous avons constaté que des services de santé efficaces peuvent faire toute la différence. Les preuves sont là.

Le Japon a réduit de deux tiers son taux de mortalité maternelle au cours de la décennie qui a suivi 1945. Il y est parvenu en introduisant des agents de santé communautaires qui ont assuré des soins de santé ininterrompus allant de la grossesse à l'entrée des enfants à l'école. Les mères ont été sensibilisées à leurs droits et à l'importance de la qualité des soins de santé grâce à un manuel « mère et enfant » dont les Japonais sont fiers à juste titre. Autre facteur important de cette réussite, l'injection essentielle d'une volonté politique et d'un élan qui perdurent aujourd'hui. Les initiatives internationales jouent un rôle essentiel en attirant l'attention sur la santé maternelle et en mobilisant des ressources en faveur de cette cause.

Aujourd'hui, alors que nous entamons le compte à rebours qui nous conduira à 2015 – date butoir pour la réalisation des OMD –, nous devons profiter de l'élan donné à planète entière. Nous pouvons dès à présent opérer des changements à l'échelle mondiale. Jamais cette question n'a joui d'une telle visibilité et d'un tel soutien de sources aussi différentes à travers le monde. Lors du Sommet du G8 tenu cette année au Japon, la santé maternelle a, pour la première fois, figuré à l'ordre du jour.

Nous devons toutefois comprendre que les gouvernements ne peuvent, à eux seuls, réduire de façon spectaculaire la mortalité maternelle. De plus en plus, les organisations non gouvernementales accordent la priorité à la santé maternelle et travaillent de concert. Elles collaborent avec des organisations de base comme la *White Ribbon Alliance for Safe Motherhood*, dont les membres font campagne pour le progrès dans plus de 90 pays. La communauté des sages-femmes, des obstétriciens et des gynécologues a pris un départ impressionnant. Leurs organismes professionnels, dirigés par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique et la Confédération internationale des sages-femmes, se sont engagés à unir leurs efforts pour aider les pays en développement à former des agents de santé dans des domaines tels que les soins prénatals, obstétricaux et infantiles.

Chacun de nous a un rôle à jouer dans la réduction de la mortalité maternelle. Les particuliers peuvent faire campagne pour le changement, les collectivités peuvent sensibiliser les hommes et les femmes, et les organisations non gouvernementales, les organismes du secteur privé et les gouvernements peuvent travailler main dans la main pour trouver des solutions pratiques.

Nous devons mettre nos compétences individuelle en commun et agir de concert de manière à placer la barre plus haut en matière de santé maternelle et infantile dans le monde entier.

Nous devons travailler ensemble afin de garantir l'accès à des agents de santé qualifiés dans chaque pays et dans chaque communauté, et afin que chaque gouvernement soit disposé à mettre en œuvre de tels services.

Nous le devons aux millions de mères qui ont perdu la vie ces 20 dernières années. Nous le devons aux milliers de femmes enceintes du monde entier qui, chaque jour, accouchent dans la crainte de perdre la vie.

Nous le devons à la génération future d'enfants qui ont vu le jour dans les pays les plus pauvres de la planète – des enfants qui ont besoin de leur mère et qui méritent que tout soit fait pour qu'elle reste en vie.

l'Allemagne et la France, de l'Initiative pour sauver un million de vies, sous l'égide du Canada; et du Renforcement des systèmes de santé de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

Les activités des huit principaux organismes internationaux à vocation sanitaire, à savoir, l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF, la Banque mondiale, GAVI, le Fonds des Nations Unies pour la population, le Fonds commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et la Fondation Bill et Melinda Gates, sont enrichies par un dialogue élargi au sein du groupe dénommé H8 (Health-Eight). Le H8, qui a tenu sa séance inaugurale en juillet 2007, se réunit deux fois par an pour discuter des défis que pose l'amélioration des services de santé et des progrès relatifs aux OMD liés à la santé⁴.

Le Partenariat international pour la santé (IHP), mis en œuvre en septembre 2007, est une initiative de coordination qui rassemble les gouvernements, les donateurs et les organismes internationaux attachés à harmoniser leurs efforts et à soutenir des plans nationaux de développement en matière de santé. Les accords nationaux et mondiaux sont les principaux mécanismes par lesquels le Partenariat entend appuyer ce processus. En août 2008, l'Éthiopie est devenue le premier pays dans lequel le gouvernement et des partenaires ont signé un accord national avec le HIP. Le Mozambique a également adhéré à un accord national en septembre 2008, et d'autres pays d'Afrique et d'Asie sont disposés



© UNICEF/ALBA000331/Giacomo Pirozzi

Un investissement public solide dans le système de santé d'ensemble, assorti d'une action et d'un engagement coordonnés, à l'échelle nationale et internationale, permettront d'améliorer la santé et la survie de la mère et du nouveau-né. Une infirmière s'occupe d'un nouveau-né dans un centre de santé maternelle et néonatale soutenu par l'UNICEF en Albanie.

à agir dans le même sens au cours des prochains mois⁵.

Améliorer l'efficacité de l'aide internationale

Plusieurs forums de haut niveau sont prêts à s'attaquer au problème de l'efficacité de l'aide. Sur la base de la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide, un ensemble de meilleures pratiques destinées aux partenariats mondiaux pour la santé a été établi; il préconise l'harmonisation des efforts, l'alignement de l'appui aux stratégies et systèmes nationaux, l'appropriation par les pays, la responsabilité mutuelle et la gestion des résultats. Le Comité d'aide au

développement de l'OCDE a également compris la nécessité de mettre en place des nouvelles pratiques. En septembre 2008, un troisième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide a eu lieu à Accra, au Ghana. Le Programme d'action d'Accra, appuyé par les participants au Forum, a permis d'approfondir et de renforcer cet engagement. Il a souligné la nécessité d'accélérer l'efficacité de l'aide dans trois domaines clés : renforcer l'appropriation par les pays du processus de développement; bâtir des partenariats plus efficaces et plus ouverts à tous au service du développement; obtenir des résultats sur la voie du développement et rendre compte de ces résultats.

Principaux partenariats mondiaux en faveur de la santé maternelle et néonatale

Ces dernières années, différents partenariats mondiaux en faveur de la santé ont vu le jour pour faire bénéficier le secteur de la santé maternelle et néonatale de l'attention et des ressources voulues. Les principaux partenariats agissant dans ce sens sont décrits ci-après.

- **Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant**, est une initiative mondiale lancée en septembre 2005 qui réunit des organisations de santé maternelle, néonatale et infantile au sein d'une alliance comportant quelque 240 groupes. Le Partenariat, hébergé et administré par l'Organisation mondiale de la Santé à Genève, milite pour une augmentation des investissements et de l'engagement en faveur de la survie des mères et des enfants. En juillet 2008, il a lancé un Appel mondial demandant aux dirigeants du G8 de financer les services essentiels pour les mères, les nouveau-nés et les enfants, et exhortant les organisations et les particuliers à accorder l'attention politique qui convient et à consentir les investissements nécessaires.
- **Deliver Now for Women + Children Campaign** est une campagne de sensibilisation lancée récemment qui vise à éliminer la mortalité maternelle et infantile et à améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans le monde entier. Elle est coordonnée par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Elle a été mise en place pour répondre à la préoccupation suscitée par le fait que de nombreux pays sont la traîne dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité maternelle et infantile.
- **La Campagne mondiale pour les OMD liés à la santé** a été annoncée le 26 septembre 2007 par le Premier ministre norvégien Jens Stoltenberg à la conférence de la Clinton Global Initiative à New York. La Campagne mondiale est soutenue par plusieurs gouvernements, y compris le Royaume-Uni, la Norvège, le Canada, la France et l'Allemagne, ainsi que par plusieurs organismes mondiaux de premier plan dans le domaine de la santé et de la sensibilisation. Elle attache une importance particulière à la santé des femmes et des enfants, « dont les besoins sont les plus négligés ». La Campagne mondiale rassemble plusieurs initiatives connexes, notamment :
 - **The International Health Partnership**, lancé à Londres par le Premier ministre britannique Gordon Brown en septembre 2007, qui vise à contribuer à l'édification des systèmes de santé nationaux dans certains des pays les plus pauvres du monde.
 - **L'Initiative pour sauver un million de vies**, annoncée par le Premier ministre du Canada Stephen Harper en novembre 2007, qui a pour but de renforcer les systèmes de santé en formant des agents de santé de première ligne et en fournissant des services de santé abordables directement aux communautés locales.
 - **Innovative Results-Based Financing**, une initiative lancée par la Norvège et la Banque mondiale en novembre 2007, qui recherche les mesures les plus rentables pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.
- **Providing for Health (Initiative pour la Santé)**, une initiative franco-allemande lancée en 2008, qui vise à renforcer les systèmes de santé par la mise en place de mécanismes de protection sociale appropriés en vue d'assurer la couverture universelle des risques de maladie.
- **Women Deliver** qui a été lancé à Londres en octobre 2007 pour marquer le 20^e anniversaire des efforts mondiaux visant à réduire le taux élevé de mortalité et d'incapacités maternelles et infantiles dans le monde en développement – et à appliquer les connaissances acquises au fil de décennies d'études et d'expériences. Cette initiative aspire à recadrer la santé maternelle en tant que droit fondamental et stratégie intégrale pour parvenir à un développement juste, réduire la pauvreté et assurer un environnement durable. Family Care International est partenaire de cette initiative.
- **Saving Newborn Lives**, un projet de *Save the Children*, qui vise à améliorer la survie des nouveau-nés dans les pays où la mortalité néonatale est élevée. Depuis son lancement en 2000, cette initiative a permis d'offrir à plus de 20 millions de mères et de nouveau-nés des soins de santé cruciaux dans 18 pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine.
- **The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood** qui est une coalition internationale de particuliers et d'organismes visant à permettre à toutes les femmes de vivre leur grossesse et leur accouchement en toute sécurité. Les membres de cette alliance agissent dans leur propre pays afin que cette question devienne prioritaire pour leur gouvernement et d'autres organismes internationaux.
- **The Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment (IMMPACT)** qui est une initiative mondiale axée sur la recherche et qui vise à promouvoir la santé des futures mères dans les pays en développement. En évaluant les stratégies existantes, notamment leur rapport coût-efficacité, IMMPACT ambitionne d'améliorer les méthodes de mesure, en particulier par l'utilisation de preuves et de critères solides, afin de pouvoir déterminer le potentiel de chaque stratégie.
- **Compte à rebours 2015** est une initiative lancée en 2005 par un groupe de scientifiques, de décideurs, de militants et d'institutions afin d'évaluer ce qu'il reste à faire pour atteindre l'OMD 4. Lors d'une conférence, des estimations de couverture ont été présentées pour 60 pays prioritaires concernant les initiatives en faveur de la survie de l'enfant. La deuxième conférence, tenue en avril 2008, a élargi le mandat du Compte à rebours à la survie maternelle et néonatale, et le nombre de pays cibles est passé à 68.
- **Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD)** qui est un programme mondial géré par la Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, qui contribue à réduire la mortalité et la morbidité maternelles par le biais de la recherche, d'activités de sensibilisation, d'analyses des politiques et d'appui aux programmes. Au cours des dernières années, ce programme été mis en œuvre dans une cinquantaine de pays en développement.

Voir Références, page 112.

L'engagement politique et institutionnel croissant en faveur de la santé maternelle et néonatale va de pair avec des apports financiers plus importants dans ces secteurs.

Le Programme d'action d'Accra a recommandé que les partenariats adoptent cinq principes fondamentaux pour améliorer l'efficacité de l'aide, à savoir :

- **Réduire la fragmentation de l'aide** qui représente un coût en améliorant la complémentarité entre les efforts des donateurs et en encourageant la répartition des tâches entre les partenaires. Un dialogue sur la répartition des tâches entre les pays sera instauré d'ici juin 2009.
- **Améliorer le rapport coût-résultats des apports d'aide** en déliant l'aide, en favorisant le recours à des sources locales et régionale d'approvisionnement, et en respectant les accords internationaux sur la responsabilité sociale des entreprises.
- **Collaborer avec tous les acteurs du développement** en reconnaissant l'importance de la coopération Sud-Sud, en encourageant les pays en développement à mobiliser leurs initiatives de coopération internationale dans l'intérêt des autres pays en développement, et en encourageant la poursuite du développement de la coopération triangulaire. Les fonds et programmes mondiaux sont appelés à appuyer l'appropriation par les pays, à aligner et harmoniser leur aide, à garantir une responsabilité mutuelle, tout en continuant à privilégier l'obtention de résultats.
- **Raffermir l'engagement auprès des organisations de la société civile** en les invitant à étudier les moyens d'appliquer les principes de la Déclaration de Paris à leurs propres activités, à s'engager dans un

processus multipartite pour rehausser l'efficacité de leur action en faveur du développement, et à instaurer des conditions propices à une optimisation de leur contribution au développement.

- **Adapter les politiques d'aide visant des pays en situation précaire** en assurant le suivi de la mise en application des Principes pour l'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires, en conduisant des évaluations conjointes des capacités et de la situation, en encourageant les donateurs et les gouvernements nationaux à se concerter et s'entendre sur une série d'objectifs réalistes permettant de s'attaquer aux causes profondes des conflits et de la fragilité des États et d'assurer la participation des femmes, en s'atta-

chant à mettre au point des modalités de financement souples, rapides et s'inscrivant dans la durée⁶.

Si ces mesures intéressent tout particulièrement les partenariats mondiaux pour la santé, c'est que le secteur de la santé a été choisi par les pays donateurs et les partenaires pour suivre les progrès accomplis concernant la mise en œuvre de la Déclaration de Paris. Des dispositions sont actuellement prises pour harmoniser et renforcer l'aide à la santé. Parmi les principales avancées on mentionnera : une priorité plus élevée accordée aux approches harmonisées, au renforcement des capacités et au financement axé sur les résultats; des accords portant sur la responsabilité mutuelle dans plusieurs pays; des progrès dans l'harmonisation et l'alignement de l'aide; l'adoption de principes fondamentaux de

Figure 5.1

Principales initiatives mondiales de santé visant à renforcer les systèmes de santé et à élargir les interventions essentielles



Source : Partenariat international pour la santé, <www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_initiatives.html>, consulté le 1er septembre 2008.

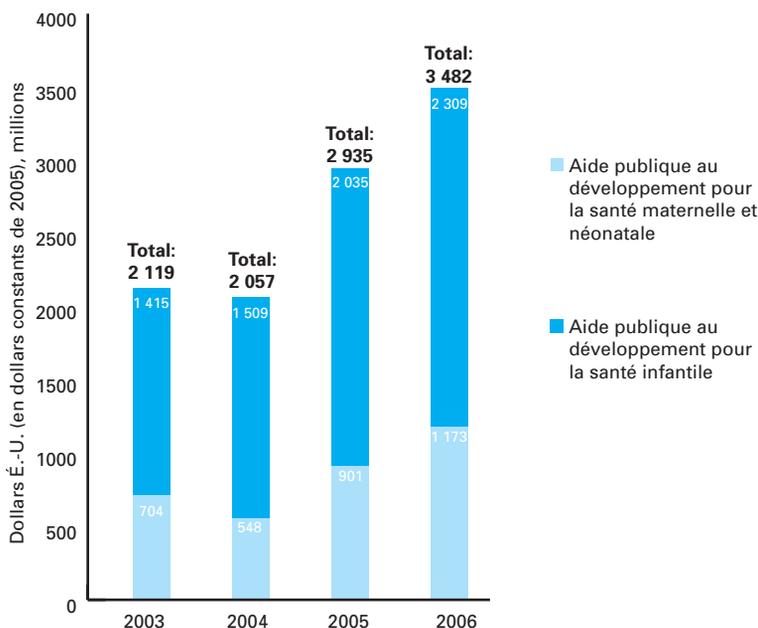


© UNICEF/H007-0346/Christine Nesbitt

Il est essentiel d'investir des ressources à l'échelle nationale et internationale pour former et fidéliser un personnel qualifié pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Un mètre ruban et un stéthoscope obstétrical reposent sur une table d'examen dans une maternité offrant des soins prénatals et néonataux, ainsi que des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, au Nigéria.

Figure 5.2

L'aide publique au développement pour la santé maternelle et néonatale a connu une expansion rapide depuis 2004



Source: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 avril 2008, p. 1269.

partenariats mondiaux dans le domaine de la santé pour des activités au niveau des pays; et l'établissement du H8 et du Partenariat international de la santé en vue de garantir des interventions d'aide mieux concertées et plus complètes⁷.

Un engagement durable et un perfectionnement des principes de meilleures pratiques contribuent à consolider le cadre des actions menées par les partenariats mondiaux dans le domaine de la santé et une série d'indicateurs de progrès et d'objectifs pouvant être mesurés au niveau national et surveillés à l'échelle internationale.

Approfondir les engagements politiques et les ressources pour accroître l'efficacité des interventions sanitaires

Les mesures visant à améliorer la qualité de l'aide sont complétées par un engagement politique grandissant et par des flux financiers de plus en plus importants en faveur de la santé maternelle et néonatale. Il y a quelques années encore, la santé de la mère et de l'enfant était un thème rarement abordé par nos dirigeants. Aujourd'hui, cette question fait partie de leur programme et figure à l'ordre du jour des grandes conférences internationales, y compris le G8.

La question de la mortalité maternelle a été débattue lors de la réunion au sommet du G8, en 2008, et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a demandé aux dirigeants d'accroître de 10,2 milliards de dollars par an leurs dépenses en faveur de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale⁸.

Partenariat pour les mères et les nouveau-nés en République centrafricaine

La République centrafricaine est l'un des pays dont le revenu est le plus faible du monde, avec un revenu national brut par habitant qui ne dépassait pas 360 dollars des États-Unis en 2007. Situé au cœur du continent africain, ce pays a subi une décennie de conflit. Les régions les plus touchées sont situées dans le nord-est et le nord-ouest du pays, où des groupes rebelles s'opposent aux forces gouvernementales. Cette violence incessante s'est soldée par des déplacements massifs de populations et par la perturbation des infrastructures publiques, telles que les services médicaux, surtout dans le nord du pays.

La survie et la santé maternelles et néonatales sont menacées par la pauvreté et le conflit. Le risque de décès maternel sur toute une vie est de 1 sur 25 et, selon les estimations interinstitutions des Nations Unies, le taux de mortalité maternel dans ce pays était de 980 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005. Quant au taux de mortalité néonatale, il était de 52 pour 1 000 naissances vivantes en 2004, soit un taux supérieur à la moyenne pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale de 44 pour 1000 – qui est déjà le taux régional consolidé le plus élevé pour cet indicateur du monde en développement. Les femmes de ce pays ne sont que 53 % à accoucher avec l'aide d'un agent sanitaire compétent.

La faiblesse des mesures prises pour enrayer les maladies contagieuses et l'absence de programmes globaux de santé maternelle prélèvent un lourd tribut sur la santé maternelle et infantile. Parmi les autres maladies infectieuses, le tétanos est une cause importante de décès néonatal. Les cas sont surtout répandus dans les communautés pauvres, isolées et privées de droits, où les prati-

ques obstétricales et postnatales ne sont pas conformes aux normes d'hygiène et l'accès des mères à la vaccination par l'anatoxine tétanique pendant la grossesse est limité.

Malgré les difficultés liées à l'insécurité, les institutions internationales collaborent avec le gouvernement pour lutter contre le tétanos maternel et néonatal dans le cadre de leurs initiatives de soutien à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. En janvier 2008, le Ministère de la santé, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour la population et l'UNICEF, a lancé la Campagne pour la survie de la mère et de l'enfant. La première phase de la campagne a privilégié la vaccination et a permis de vacciner 700 000 femmes en âge d'avoir des enfants contre le tétanos. Une deuxième série d'activités de vaccination s'est déroulée en mars, la campagne ayant pour but d'atteindre 1,5 million de femmes et d'enfants dans l'ensemble du pays. Cette campagne de vaccination contre le tétanos représente une première étape importante de l'initiative visant à faire reculer le nombre de décès maternels et néonataux.

La République centrafricaine et ses partenaires voudraient consolider ces acquis et améliorer le système de santé de façon à ce qu'il offre les services et les interventions de base susceptibles d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, ce qui est loin d'être facile. Le renforcement de la sécurité aura aussi son rôle à jouer dans l'amélioration de l'accès des femmes et des enfants aux soins médicaux.

Voir Références, pages 112.

Parallèlement à cette réunion au sommet, un Groupe d'experts de la santé du G8 a été établi. Ce groupe a formulé des principes d'action, s'engageant à prendre des mesures d'envergure pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, et soulignant l'importance tant des initiatives axées sur des maladies précises que du renforcement des systèmes de santé. Le Groupe a également insisté sur la nécessité d'adopter une perspective à plus long terme allant au-delà de la date butoir de 2015,

et de mobiliser un large éventail de parties prenantes.

Des mesures ont été promises dans cinq domaines principaux : le renforcement des systèmes de santé; la santé maternelle, néonatale et infantile; les maladies infectieuses – y compris le SIDA, la tuberculose, le paludisme, la poliomyélite et les maladies tropicales négligées; la promotion d'une approche multisectorielle – y compris l'autonomisation des femmes, la réduction des inégalités entre les sexes et de la violence à l'égard

des femmes, et la santé; et les ressources. Les pays en développement ont été encouragés à mettre à profit leurs propres ressources pour améliorer les soins de santé, et le G8 a réitéré son engagement à poursuivre l'effort visant à fournir au moins 60 milliards de dollars pour combattre les grandes maladies infectieuses et renforcer les systèmes de santé⁹.

Les fonds de lutte contre des maladies spécifiques, tels que le Fonds de lutte contre la SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'initiative GAVI de



© UNICEF/H007-1493/Anita Khenika

vaccination et le programme du Gouvernement des Etats-Unis de lutte contre le SIDA et le paludisme sont des occasions précieuses de réunir des ressources importantes pour la santé de la mère et du nouveau-né, grâce à des prestations de service et des systèmes de santé plus vigoureux. Ces fonds améliorent la situation à plusieurs niveaux : formation du personnel médical, fiabilité des systèmes d'approvisionnement, amélioration des examens de laboratoire et des diagnostics, ainsi que mise à disposition de services à domicile et communautaires, même s'ils portent uniquement sur la lutte contre des maladies spécifiques.

L'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale ont renouvelé leur engagement

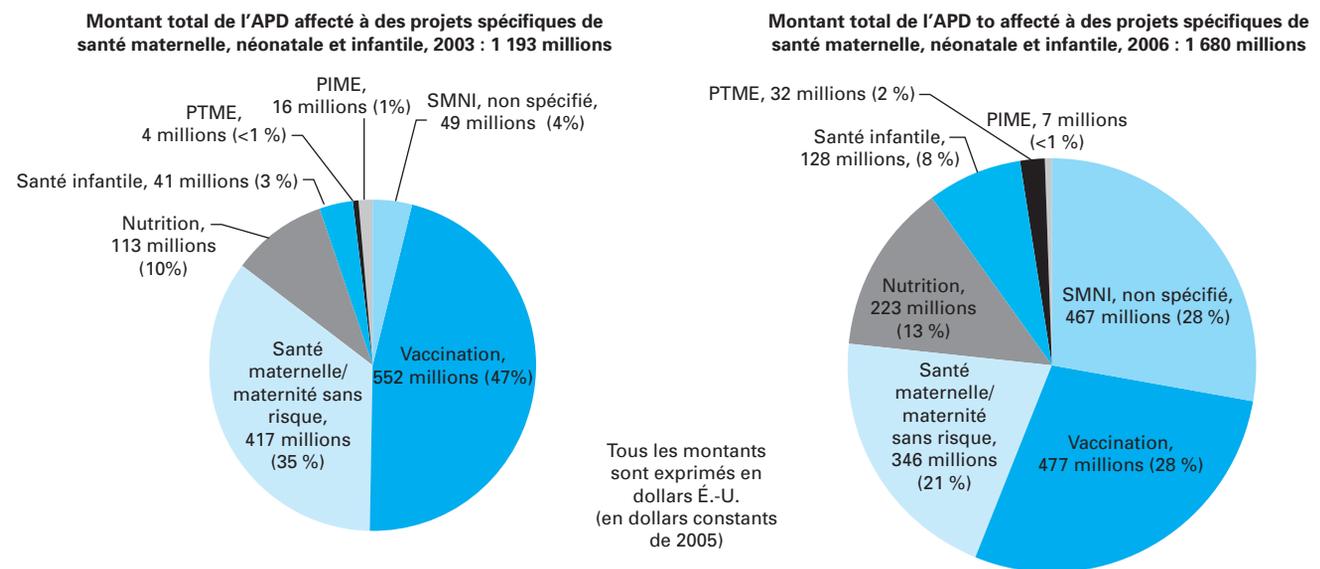
d'améliorer la santé maternelle et néonatale (voir Encadré page 106), et de grands partenariats et programmes mondiaux en faveur de la santé permettent de mobiliser des ressources importantes pour soutenir des programmes spécifiques et des mesures

intégrées de prestations de services. La détermination politique et l'engagement d'accélérer les progrès en faveur de la santé maternelle et infantile que l'on constate récemment tant dans les pays à revenu faible et moyen que dans les pays donateurs, se traduit

Tant les agents communautaires que le personnel médical spécialisé ont un rôle vital à jouer dans le fonctionnement du continuum de soins qui relie les foyers et les communautés aux dispensaires et aux hôpitaux. Un agent de santé bénévole remet des suppléments de vitamine A, de fer et d'acide folique à une femme enceinte lors d'une visite à domicile, au Népal.

Figure 5.3

Augmentation notable des fonds affectés à la nutrition, à la PTME et à la santé infantile



Source: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 avril 2008, p. 1269.

PIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
 SMNI : santé maternelle, néonatale et infantile
 PTME : prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Nous sommes en mesure aujourd'hui de sauver la vie de milliers de femmes et de millions d'enfants.

par un renforcement réel de la collaboration et de la coopération, faisant naître ainsi une entente mondiale.

Flux financiers en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Le renforcement des engagements politiques et institutionnels en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile se traduit par une forte augmentation de l'aide dans ces secteurs. Selon les estimations les plus récentes, l'aide publique au développement dans le monde consacrée à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, aurait progressé de 64 % entre 2003 et 2006. Plus spécifiquement, les fonds affectés à la santé de l'enfant ont augmenté de 63 %, tandis que ceux qui ont été affectés à la santé de la mère et du nouveau-né

ont progressé de 66 %. Les décaissements en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant provenant de l'initiative GAVI et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ont augmenté de 200 % au cours de cette même période.

Il y a toujours largement place pour augmenter les ressources consacrées à la santé de la mère et du nouveau-né. Les analyses récentes des flux d'aide publique au développement (APD) dans ces secteurs indiquent que le soutien aux activités liées à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant représente à peine 3 % du montant total des décaissements au titre de l'APD. Par ailleurs, les fonds affectés aux activités de santé maternelle et néonatale sont bien inférieurs

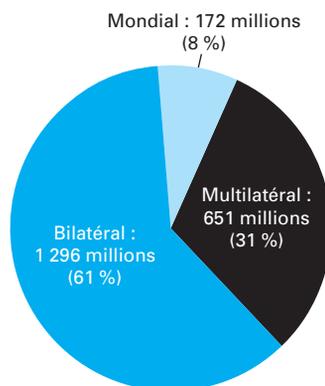
à ceux affectés à la santé infantile. Les chiffres pour 2006 indiquent que l'APD au niveau mondial consacrée à la santé maternelle et néonatale a atteint 1,2 milliard de dollars, soit environ la moitié de la somme affectée à la santé infantile. Certes, cela représente une forte augmentation par rapport à 2003, époque à laquelle l'APD mondiale consacrée à la santé maternelle et néonatale atteignait 704 millions de dollars, mais cela n'équivaut toutefois qu'à 12 dollars par naissance vivante.

Les études révèlent également que certains pays ont enregistré de fortes fluctuations en termes d'apports d'aide à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au fil des années, ce qui complique les efforts d'amélioration de la planification des

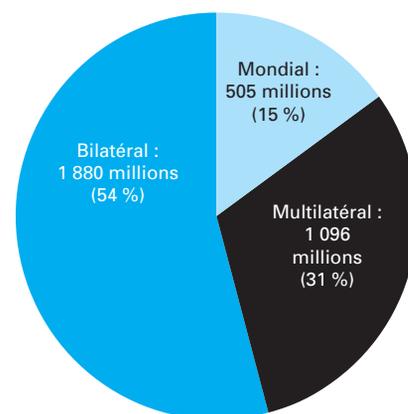
Figure 5.4

Le financement de la santé maternelle, néonatale et infantile par les initiatives de santé mondiales a fortement augmenté au cours des dernières années

Montant total de l'APD affecté à la santé maternelle, néonatale et infantile, 2003 : 2 119 millions



Montant total de l'APD affecté à la santé maternelle, néonatale et infantile, 2006 : 3 482 millions



Tous les montants sont exprimés en dollars É.-U. (en dollars constants de 2005)

Source : Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 avril 2008, p. 1269.

Les institutions des Nations Unies renforcent leur collaboration pour soutenir la santé maternelle et néonatale

Lors de la réunion de haut niveau sur les Objectifs du Millénaire pour le développement qui s'est déroulée en septembre 2008 à l'Assemblée générale des Nations Unies, les quatre grandes institutions dédiées à la santé – l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale – ont fait une déclaration commune exprimant leur intention d'intensifier et d'harmoniser leurs efforts en faveur de la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le développement no. 5, celui qui affiche les progrès les plus faibles. Cet engagement à agir de concert doit permettre de coordonner les initiatives au niveau national et de réunir conjointement les ressources nécessaires.

Les quatre institutions ont promis de renforcer leur appui aux pays affichant les niveaux les plus élevés de mortalité maternelle – en particulier les 25 pays qui enregistrent les taux de mortalité maternelle et le nombre de décès maternels les plus élevés. Sur la base de leurs spécialités, expériences et avantages comparatifs, ainsi que de leur force collective, ces quatre institutions se proposent de contribuer ensemble au renforcement des capacités, au développement des systèmes de santé, ainsi qu'à l'établissement du coût et au financement des plans de santé maternelle, néonatale et infantile.

Renforcement des capacités nationales

Les institutions coopéreront avec les gouvernements et la société civile afin de renforcer les capacités nationales de la manière suivante :

- Procéder à des évaluations des besoins et s'assurer que les plans de santé sont conformes aux OMD et axés sur les résultats;
- Définir les coûts des plans nationaux et mobiliser rapidement les ressources nécessaires;
- Élargir les services de santé de qualité pour assurer l'accès universel à la santé procréative, en particulier à la planification familiale, à un personnel qualifié pendant l'accouchement, à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, en s'assurant que des liens sont établis avec les services de prévention et de traitement du VIH;
- Répondre au besoin urgent de soignants qualifiés, en particulier de sages-femmes;
- Éliminer les obstacles financiers qui limitent l'accès aux soins, notamment des plus pauvres;
- S'attaquer aux causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles, notamment les inégalités liées au sexe, l'accès limité des filles à l'éducation – surtout au niveau du secondaire – le mariage d'enfants et les grossesses chez les adolescentes;
- Renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation.

Principales fonctions et responsabilités des institutions dans le continuum de soins maternels et néonataux

Dans un document antérieur sur le soutien conjoint aux pays à des fins de mise en œuvre accélérée du continuum de soins maternels et néonataux publié en juillet 2008, ces quatre institutions se sont aussi engagées à coopérer avec les gouvernements à cette fin. Compte tenu de leurs avantages et expertise comparatifs, les principales fonctions qu'assumera chacune de ces institutions ont également été définies spécifiquement :

Organisation mondiale de la Santé : orientations, normes, recherche, suivi et évaluation.

Fonds des Nations Unies pour la population : sécurité des approvisionnements en matière de santé procréative, appui à la mise en œuvre, ressources humaines affectées à la santé sexuelle et procréative, notamment à la santé maternelle et néonatale, et assistance technique au renforcement des capacités en matière de suivi et d'évaluation.

UNICEF : financement, appui à la mise en œuvre, logistique et approvisionnement, et suivi et évaluation.

Banque mondiale : financement de la santé, inclusion de la santé maternelle, néonatale et infantile dans les cadres de développement national, planification stratégique, investissement dans les apports aux systèmes de santé, en particulier fonctions fiduciaires et gouvernance, et élargissement des programmes couronnés de succès.

Par ailleurs, des organismes correspondants, ou des organismes correspondants partagés, ont été identifiés pour chaque volet du continuum de soins maternels et néonataux afin d'assurer au mieux l'appui, la transparence et la coordination nécessaires. Les responsabilités des divers organismes, telles qu'elles sont définies à la *Figure 5.5*, n'excluent pas la participation d'autres entités à chaque secteur, mais implique plutôt que l'organisme ou les organismes correspondants coordonneront les initiatives des Nations Unies d'appui au plan de santé national dans ce secteur particulier. En outre, les travaux de chaque organisme seront toujours fonction de la situation qui prévaut dans chaque pays, des atouts et de l'expérience de chaque organisme au sein d'un pays donné et d'autres facteurs contextuels tels que les approches sectorielles et autres plans et contrats nationaux relatifs à la santé. Dans chaque cas, le gouvernement continuera à diriger et coordonner le processus.

Voir Références, page 112.

Figure 5.5

Organismes de coordination et organismes partenaires pour chaque élément du continuum de soins maternels et néonataux et des fonctions associées

Domaine	Organismes de coordination	Partenaires
Continuum de soins maternels et néonataux		
Planification familiale	UNFPA, OMS	UNICEF, Banque mondiale
Soins prénatals	UNICEF, OMS	UNFPA, Banque mondiale
Accompagnement qualifié des accouchements	OMS, UNFPA	UNICEF, Banque mondiale
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base	UNFPA, UNICEF	OMS, Banque mondiale
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence généraux (C-EmONC)	OMS, UNFPA	UNICEF, Banque mondiale
Soins postpartum	OMS, UNFPA	UNICEF, Banque mondiale
Soins néonataux	OMS, UNICEF	UNFPA, Banque mondiale
Nutrition maternelle et néonatale	UNICEF, OMS, Banque mondiale (nutrition maternelle)	UNFPA
Domaines supplémentaires liés à la santé maternelle et néonatale		
Éducation des filles	UNICEF	UNFPA, Banque mondiale
Sexospécificités/culture/participation masculine	UNFPA, UNICEF	OMS, Banque mondiale
Violence sexiste	UNFPA, UNICEF	OMS
Santé sexuelle et procréative chez l'adolescent – jeunes	UNFPA, UNICEF, OMS	Banque mondiale
Communication au service du développement	UNFPA, UNICEF	OMS, Banque mondiale
Fistule obstétricale	UNFPA	OMS
Prévention des avortements non médicalisés/soins après l'avortement	OMS	UNFPA
Mutilations génitales féminines	UNFPA, UNICEF, OMS	Banque mondiale
Santé maternelle et néonatale dans les situations humanitaires	UNFPA, UNICEF, OMS	Banque mondiale
Infections sexuellement transmissibles	OMS	UNFPA, UNICEF
VIH/SIDA et intégration à la planification familiale	Selon <i>soutien technique/Division du travail</i> de l'ONUSIDA	
Formation préalable et en cours d'emploi à la SMN	OMS, UNFPA	UNICEF, Banque mondiale
Réglementations/législation pour les ressources humaines sanitaires	OMS	UNFPA, UNICEF, Banque mondiale
Liste des médicaments essentiels	OMS	UNFPA, UNICEF
Élaboration et mise en œuvre des plans d'action	OMS, UNFPA, Banque mondiale	UNICEF

Source : Appui conjoint OMS-UNFPA-UNICEF-Banque mondiale aux pays pour une mise en œuvre accélérée du continuum de soins maternels et néonataux, 22 juillet 2008.

priorités stratégiques pour les pays en développement – en particulier ceux qui dépendent le plus de l'aide. Et malgré des améliorations récentes apportées aux cadres d'action de l'aide et l'évolution vers un soutien sectoriel et budgétaire, la majeure partie des fonds affectés à la santé maternelle, néonatale et infantile va financer des projets.

Comme la majeure partie des fonds est toujours affectée aux projets, les fonds disponibles pour le développement des systèmes de santé – amélioration de la formation, renforcement des effectifs, de la gestion et de la logistique, choses nécessaires de toute urgence pour accélérer les progrès en matière de santé maternelle et néonatale – restent relativement limités¹⁰. Il conviendrait d'améliorer la prévisibilité et la durabilité des flux d'aide pour que les progrès accomplis dans les secteurs de la santé maternelle, néonatale et infantile soient maintenus et renforcés. La réduction des coûts de transaction qui incombent aux gouvernements dans le cadre de leurs relations avec les partenariats et des programmes de santé au niveau mondial doit aussi être envisagée à des fins de cohésion et d'harmonisation de l'aide et de l'assistance technique.

Il convient aussi de s'assurer que des ressources durables, prévisibles et souples sont disponibles pour couvrir à long terme les dépenses courantes liées à la santé, tels que les salaires, et pour que les gouvernements puissent créer une enveloppe pour la santé dans leurs budgets. Par ailleurs, il faut aussi tenir compte des autres secteurs qui ont un impact direct sur l'accès aux soins de santé maternelle et néonatale – comme les transports –

dans les initiatives qui ont pour but de renforcer les systèmes de santé.

Ces problèmes ne sont pas insurmontables. Mais pour les résoudre, tous les grands partenaires de la santé devront s'engager fermement à coopérer pour s'acquitter de leurs obligations envers les mères, les nouveau-nés et les enfants, en étayant leurs efforts par des éléments de preuve et de résultats. Les Objectifs du Millénaire pour le développement tiendront lieu de référence pour toutes les initiatives entreprises au cours des prochaines années. La réalisation de ces objectifs exigera l'établissement de liens vigoureux entre tous les partenaires – gouvernements, donateurs, partenariats et programmes mondiaux pour la santé, organismes internationaux, organisations de la société civile, secteur privé, communautés et familles. Les progrès considérables accomplis au cours des dernières années en termes de renforcement de la collaboration et de recherche de résultats probants permettent d'espérer que des succès encore plus notables seront remportés d'ici à l'an 2015 et au-delà.

Se mobiliser pour les mères et les nouveau-nés

Lorsqu'on examine la situation des mères et des nouveau-nés partout dans le monde et les tâches multiples et parfois complexes à accomplir pour améliorer leur survie et leur santé, on risque parfois de perdre de vue l'aspect humain du problème : les millions de femmes qui se préparent avec appréhension à accoucher, sachant que leur grossesse risque de se solder par la mort ou des lésions qui les handicaperont pour le restant

de leurs jours, et que sans soins de santé primaires appropriés, leur nouveau-né risque d'être exposé à la mort et à la maladie.

L'examen de la situation des mères depuis 1990 révèle que la mort est une réalité bien présente. Si l'on prend pour hypothèse que 500 000 femmes environ ont trouvé la mort chaque année depuis 1990, près de 10 millions de femmes ont succombé à des causes liées à la grossesse et à l'accouchement pendant cette même période. Selon les estimations les plus récentes concernant les décès de nouveau-nés, près de 4 millions d'entre eux ont péri chaque année. La tragédie est que la plupart de ces vies auraient pu être épargnées grâce à des interventions peu onéreuses dont l'efficacité a été démontrée.

Cette situation ne doit pas perdurer. Nul besoin d'attendre de nouvelles découvertes scientifiques ou un nouveau paradigme pour trouver la voie à suivre. Nous possédons toutes les connaissances nécessaires pour épargner des millions de vies de nouveau-nés et de mères; les données et les analyses s'améliorent rapidement; le cadre d'action est fixé; le défi des Objectifs du Millénaire pour le développement est clair.

Nous sommes en mesure aujourd'hui de sauver la vie de milliers de femmes et de millions d'enfants. Nos efforts doivent porter sur l'assurance que les ressources humaines et financières, la détermination politique, ainsi que l'engagement et la collaboration dont nous sommes témoins au niveau national et international convergent vers la tâche qui consiste à améliorer la santé et la survie des mères et des nouveau-nés.

Renforcement des systèmes d'information sur la santé : le Réseau de métrologie sanitaire

La fiabilité de l'information est essentielle pour prendre des décisions éclairées en matière de santé publique. Elle influence les politiques, les programmes, les budgets et les évaluations, tout en garantissant la transparence des engagements des gouvernements envers les citoyens de leurs pays. Dans de nombreux pays en développement, toutefois, le sous-investissement dans les systèmes d'information sur la santé est responsable de lacunes dans la collecte, la diffusion et l'analyse des données. À une époque où les problèmes relatifs à la santé se compliquent et à l'approche de la date butoir pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, il est impératif de répondre à la demande d'informations fiables.

Le Réseau de métrologie sanitaire est un partenariat international regroupant des pays en développement, institutions internationales, fondations, partenariats mondiaux pour la santé et des experts techniques, qui a pour but de renforcer les systèmes d'information sur la santé. Ces systèmes regroupent les multiples éléments et sources de données qui, ensemble, contribuent à produire des informations vitales sur la santé : enregistrement, recensements et enquêtes, surveillance et prise en charge des maladies, statistiques relatives aux services et informations sur la gestion de la santé, données financières et recensement des ressources. Conformément aux tendances actuelles relatives au développement des systèmes de santé, le Réseau de métrologie sanitaire cherche à élargir la base des informations sur la santé et les systèmes statistiques au-delà de maladies spécifiques et à favoriser la prise d'initiatives en matière de production et d'utilisation d'informations relatives à la santé au niveau national. Ces objectifs exigent un renforcement de la coordination et de la coopération entre les pays et les partenaires internationaux, et l'adoption d'un plan harmonisé de développement des systèmes d'information sur la santé. Le Réseau de métrologie sanitaire a encore pour but de privilégier la participation des donateurs à un plan unifié, par pays, afin d'élaborer des systèmes d'information sur la santé et de réduire ainsi le double emploi, la fragmentation et les chevauchements.

Le plan harmonisé dépend de l'élaboration d'un Cadre et de Normes à appliquer aux systèmes d'information sur la santé de

chaque pays – encore appelé Cadre Réseau de métrologie sanitaire – que le partenariat adopterait comme paradigme universel pour la collecte de données, l'établissement de rapports et l'utilisation d'ici à 2011. Au centre du cadre se trouve l'outil du Réseau de métrologie sanitaire, un questionnaire standard qui permet aux acteurs nationaux d'évaluer l'état actuel de l'information sur la santé en appliquant des critères spécifiques. L'outil fournit un indicateur de l'état de base, des lacunes les plus importantes en matière de résultats de l'information sur la santé, de mécanismes, contexte et ressources, et une évaluation des résultats et des succès. Les pays qui reçoivent une assistance technique de la part du partenariat doivent se soumettre à une évaluation en utilisant l'outil du Réseau de métrologie sanitaire.

Le but du Cadre Réseau de métrologie sanitaire est double : cibler l'investissement relatif à la normalisation de l'information sur la santé, et améliorer l'accès et, partant, l'utilisation d'informations plus complètes sur la santé aux niveaux national et international. Plutôt que de chercher à remplacer les orientations actuelles relatives à l'information sur les systèmes de santé, le Cadre Réseau de métrologie sanitaire s'efforce plutôt d'élaborer des normes appropriées et de promouvoir les meilleures pratiques. Le processus est censé être dynamique, évoluant donc avec l'intégration d'éléments plus solides et d'expériences plus larges.

En plus d'élaborer un cadre dynamique, le Réseau de métrologie sanitaire poursuit encore deux objectifs : approfondir les systèmes d'information sur la santé grâce à un soutien technique et financier catalytique pour mettre en œuvre le Cadre Réseau de métrologie sanitaire; et élargir l'accès, la diffusion et l'utilisation d'informations sur la santé pour les acteurs à tous les niveaux. Le partenariat s'appuie sur un principe simple et solide : ce n'est pas parce que les pays sont pauvres qu'ils ne peuvent pas se payer une bonne information sur la santé; c'est justement parce qu'ils sont pauvres qu'ils n'ont pas les moyens de s'en passer.

Voir Références, page 112.

Références

CHAPITRE 1

- 1 Wessel, Hans, et al., 'Deaths among Women of Reproductive Age in Cape Verde: Causes and avoidability', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 78, no. 3, mars 1999, pp. 225-232; Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5-11 mars 2005, pp. 864-870; Kilpatrick, Sarah J., et al., 'Preventability of Maternal Deaths: Comparison between Zambian and American referral hospitals', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, 2002, pp. 321-326.
- 2 Organisation mondiale de la Santé, *Mortalité néonatale et périnatale : estimations nationales régionales et mondiales 2004*, OMS, Genève, 2006, p. 4.
- 3 Sur la base des données mondiales de l'UNICEF, 2008; Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève, 2007, p. 35.
- 4 Nanda, Geeta, Kimberly Switlick et Elizabeth Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A collection of promising approaches*, Banque mondiale, Washington, D.C., Avril 2005, p. 4.
- 5 Fishman, Steven M., et al., 'Childhood and maternal underweight', Chapter 2 in *Comparative Quantification of Health Risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, édité par Majid Ezzati et al., Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004, pp. 84-86.
- 6 Bartlett, Linda A. et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5-11 mars 2005, p. 868.
- 7 Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève, 2007, pp. 3-8, 35.
- 8 Chiffres calculés sur la base de *Progrès pour les enfants : santé maternelle, bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008, pp. 42-45; Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève, 2007, pp. 23-27, 35.
- 9 Organisation mondiale de la Santé, *Mortalité néonatale et périnatale : estimations nationales régionales et mondiales 2004*, OMS, Genève, 2006, p. 2.
- 10 Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 mars 2005, pp. 891-892.
- 11 Estimations de l'UNICEF sur la base des données de l'Organisation mondiale de la Santé, *Mortalité néonatale et périnatale : estimations nationales régionales et mondiales 2004*, OMS, Genève, 2006.
- 12 Ronsmans, Carine, et Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: OMS, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 septembre 2006, p. 1193; Li, X.F., et al., 'The Postpartum Period: The key to maternal mortality', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 54, no. 1, 1996, pp. 1-10; Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS Genève, 2005, pp. 10, 62.
- 13 Ronsmans, Carine, et Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: OMS, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 septembre 2006, p. 1195.
- 14 Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 Janvier 2008, pp. 243-244; Organisation mondiale de la Santé, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds - A review of the literature and programmes*, OMS, Genève, 2007, pp. 19-20.
- 15 Center for Disease Control and Prevention, 'Trends in Wheat-Flour Fortification with Folic Acid and Iron - Worldwide, 2004 and 2007', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, no. 1, 11 janvier 2008, pp. 8-10.
- 16 Allen, Lindsay H., et Stuart R. Gillespie, 'What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions', ACC/SCN Nutrition Policy Paper No. 19/ADB Nutrition and Development Series No. 5, Asian Development Bank with the UN Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN), Manille, 2001, pp. 56, 59.
- 17 Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, p. 44; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : santé maternelle, bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008, p. 6.
- 18 Ronsmans, Carine, et Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: OMS, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 septembre 2006, pp. 1194-1195.
- 19 Brahmabhatt, Heena, et al., 'Association of HIV and Malaria with Mother-to-Child Transmission, Birth Outcomes, and Child Mortality', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, no. 4, 1 avril 2008, p. 475.
- 20 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : santé maternelle, bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008, p. 6; Organisation mondiale de la Santé, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds - A review of literature and programmes*, OMS, Genève, 2007, pp. 19-20; Gunasekera, Prasanna, Junko Sazaki et Godfrey Walker, 'Pelvic Organ Prolapse: Don't forget developing countries', *The Lancet*, vol. 369, no. 9575, 26 mai 2007, pp. 1789-1790.
- 21 Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 mars 2005, pp. 894-895; Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, Février 2007, pp. 96-97.
- 22 Bang, Abhay, M. H. Reddy et M. D. Deshmukh, 'Child Mortality in Maharashtra', *Economic and Political Weekly*, vol. 37, no. 49, 7 décembre 2002, pp. 4947-4965; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 Janvier 2008, pp. 243-244.
- 23 Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, février 2007, pp. 96-97.
- 24 Setty-Venugopal, Vidya, et Ushma D. Upadhyay, 'Birth Spacing: Three to five saves lives', *Population Reports, Series L*, no. 13, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Baltimore, 2002, p. 1.
- 25 Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, p. 10; JHPIEGO, Best Practices: Detecting and treating newborn asphyxia, JHPIEGO, 2004, <<http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>>, consulté le 31 août 2008.
- 26 Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 mars 2005, p. 896.
- 27 Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Chapter 27 in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., édité par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et la Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, p. 534.
- 28 Adapté du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : santé maternelle, bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008, pp. 37-38; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 Octobre 2007, pp. 1358-1369; Bryce, Jennifer, et J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Countdown to 2015, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2008, pp. 41-48.
- 29 La Banque mondiale définit les Etats fragiles comme les pays à faible revenu auxquels l'Évaluation de la politique et des institutions nationales (EPIN) attribue une note inférieure ou égale à 3,2. La liste des Etats fragiles est mise à jour chaque année sur la base des calculs de l'EPIN individuelle de chaque pays. Pour de plus amples informations sur la définition, veuillez consulter le *Rapport de suivi mondial 2007 : Faire face aux défis posés par l'égalité des sexes et la situation des Etats fragiles*, Banque mondiale, Washington D.C., 2007, p. 40. Pour les pays et territoires sur la liste de l'Association internationale de développement de la Banque mondiale pour l'année fiscale 2007, voir le site <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA/0,,contentMDK:21389974~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:73154,00.html>>, consulté le 30 août 2008.

³⁰ Projet des Nations Unies Objectifs du Millénaire, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, Earthscan, London/Sterling, VA, 2005, pp. 113, 188.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 1

Comment mesurer les décès maternels ?

Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève, 2007, OMS, Genève, 2007, pp. 1-10.

Créer un environnement favorable à la santé des mères et des nouveau-nés

Gill, Kirrin, Rohini Pande et Anju Malhotra, 'Women Deliver for Development: Executive Summary', Family Care International, New York, 2007, p. 1; Nations Unies, *Le Rapport 2007 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement*, ONU, 2007, p. 17.

Santé maternelle et néonatale au Nigéria : élaboration de stratégies pour accélérer les progrès

Fonds des Nations Unies pour la population/Engender Health, *Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from nine African countries*, UNFPA/Engender Health, New York, 2003, p. 57-58; Organisation mondiale de la Santé, *Mortalité néonatale et périnatale : estimations nationales régionales et mondiales 2004*, OMS, Genève, 2006, p. 11; Wall, L. Lewis, 'Dead Mothers and Injured Wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria', *Studies in Family Planning*, vol. 29, no. 4, décembre 1998, p. 350.

Élargir l'Objectif du Millénaire pour le développement 5 : accès universel à la médecine procréative d'ici à 2015

Glasier, A., et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death', *The Lancet*, vol. 368, no. 9547, 4 novembre 2006, p. 1595; calculé à partir des informations publiées par le Fonds des Nations Unies pour la population dans *L'état de la population mondiale 2004 : Le consensus du Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, UNFPA, New York, 2004, pp. 4-7, 12.

La priorité à la santé maternelle au Sri Lanka

Rapport annuel 2007 d'UNICEF Sri Lanka, Colombo, 2008, pp.7-8; Padmanathan, Indra, et al., 'Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka', Washington, D.C., Banque mondiale, 2003, pp. 1-3, 107, 110, 114, 116-117, 122, 131.

La crise alimentaire mondiale et son impact potentiel sur la santé maternelle et néonatale

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, *Soaring Food Prices: Facts, perspectives, impacts and actions required*, FAO, Rome, juin 2008, pp. 2-4, 17; Young, Helen, et al., 'Public Nutrition in Complex Emergencies', *The Lancet*, vol. 364, no. 9448, 20 novembre 2004, p. 1899; Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme alimentaire mondial et Organisation mondiale de la Santé, *Besoins alimentaires et nutritionnels en situation d'urgence*, HCR/UNICEF/ PAM/OMS, p. 21; Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, *The Global Information and Early*

Warning System on Food and Agriculture, <http://www.fao.org/giews/english/giews_en.pdf>, consulté le 1er août 2008.

CHAPITRE 2

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire*, OMS, Genève, avril 2008, p.1.

² Kerber, Kate, et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, pp. 1358-1369.

³ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2008*, UNICEF, New York, janvier 2008, pp. 39-41, 63-64.

⁴ Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 mars 2005, pp. 894-895; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 janvier 2008, pp. 245-248.

⁵ Banque mondiale, *Éducation et développement*, Banque mondiale, Washington, D.C., 2002, p. 20.

⁶ Nations Unies, Déclaration universelle des droits de l'homme, Article 26, ONU, New York, 1948; Nations Unies, Convention relative aux droits de l'enfant, Article 28, ONU, New York, 1989.

⁷ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : un monde digne des enfants, bilan statistique*, Numéro 6, UNICEF, New York, décembre 2007, pp. 16, 35.

⁸ Lloyd, Cynthia B., 'Schooling and Adolescent Reproductive Behavior in Developing Countries', *background paper to Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, Projet des Nations Unies : Objectifs du Millénaire, New York, 2006.

⁹ Rowbottom, Sara, *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy*, Fonds des Nations Unies pour la population, New York, 2007, p. 2.

¹⁰ *Ibid.*, p. 5.

¹¹ Fonds des Nations Unies pour la population, *Etat de la population mondiale 2005, La promesse d'égalité : égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du Millénaire pour le développement*, UNFPA, New York, 2005, pp. 34-38.

¹² *Ibid.*

¹³ Banque mondiale, *Éducation et développement*, Banque mondiale, Washington D.C., 2002, p. 5.

¹⁴ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : un monde digne des enfants, bilan statistique*, Numéro 6, UNICEF, New York, décembre 2007, p. 45.

¹⁵ Calculé à partir du Tableau statistique 9, pp.150-154.

¹⁶ Fédération internationale pour la planification familiale et le Forum on Marriage and the Rights of

Women and Girls, *Ending Child Marriage: A guide for global policy action*, IPPF, Londres, septembre 2006, pp. 7, 11, 15.

¹⁷ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : un monde digne des enfants, bilan statistique*, Numéro 6, UNICEF, New York, décembre 2007, p. 44.

¹⁸ Organisation mondiale de la Santé, *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africain*, OMS, Genève, 2006, p. 6.

¹⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines, Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM*, Genève, 2008, p. 11.

²⁰ TOSTAN, *Rapport annuel 2006*, pp. 12-16.

²¹ Organisation mondiale de la Santé, résumé de rapport, *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*, OMS, Genève, 2005, p. 22.

²² Ganatra, B.R., K.J. Coyaji et V.N. Rao, 'Too far, too little, too late: A community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 76, no. 6, 1998, pp. 591-598.

²³ Vlachova, Marie, et Lea Biason, "Les femmes dans un monde d'insécurité : Violence contre les femmes - faits, chiffres et analyses, Le Centre pour le contrôle démocratique des forces armées - Genève, Genève, 2005, pp. 15-16.

²⁴ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : santé maternelle, bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008 p. 12; et Nations Unies, *Etude approfondie sur toutes les formes de violence à l'égard des femmes : rapport du Secrétaire général*, ONU, New York, 2006, p. 49.

²⁵ Leung W.C., et al., 'Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 72, no. 1, Janvier 2001, pp. 79-80; et Valladares, Eliette M., et al., 'Physical Partner Abuse During Pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, no. 4, octobre 2002, pp. 700-705.

²⁶ Nations Unies, *Etude approfondie sur toutes les formes de violence à l'égard des femmes : rapport du Secrétaire général*, ONU, New York, 2006, p. 49.

²⁷ Campbell, Jacquelyn C., 'Health consequences of intimate partner violence', *The Lancet*, vol. 359, no. 9314, avril 2002, pp. 1331-1336.

²⁸ Åsling-Monemi, Kajsa, et al., 'Violence against Women Increases the Risk of Infant and Child Mortality: A case-referent study from Nicaragua', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 81, no. 1, 2003, pp. 10-16.

²⁹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2007*, UNICEF, New York, 2006, pp. 17-18.

- ³⁰ Ibid, pp. 23–28.
- ³¹ Desai, Sonalde, et Kiersten Johnson, 'Women's Decisionmaking and Child Health: Familial and social hierarchies', in Sunitor Kishor, ed., *A Focus on Gender: Collected papers on gender using DHS data*, ORC Macro and Measure DHS, Maryland, USA, 2005, p. 66.
- ³² Smith, Lisa C., et al., *The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries*, research report 131, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2003, pp. xi–xii, 8–14.
- ³³ Quisumbing, Agnes R., ed., *Household Decisions, Gender, and Development: A synthesis of recent research*, Johns Hopkins University Press for International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2004, p. 118.
- ³⁴ Données tirées de la base de données de l'Union interparlementaire sur « Les femmes dans les parlements nationaux », <www.ipu.org/wmn-e/world.htm>, consultée en juillet 2008.
- ³⁵ Données tirées de la base de données United Cities and Local Governments database on women in local decision making, <www.cities-localgovernments.org/uclg/index.asp?pag=vldmstatistics.asp&type=&L=EN&pon=1>, consultée en juillet 2008.
- ³⁶ Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, *Progrès des femmes arabes 2004*, Bureau régional des Etats arabes, Amman, 2004, p. 62.
- ³⁷ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'National Situational Analysis of Children and Women', UNICEF Mozambique, 2006; Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, *Progrès des femmes arabes 2004*, Bureau régional des Etats arabes, Amman, 2004, p. 62.
- ³⁸ Cowan, Carolyn Pape, et al., 'Encouraging strong relationships between fathers and children', *Working Strategies*, vol. 8, no. 4, Summer 2005, p. 2.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 2

Soins de santé primaires : il y a 30 ans, Alma Ata
 Chan, Margaret, 'Discours prononcé à la 61^e Assemblée mondiale de la santé », OMS, Genève, 19 mai 2008; Déclaration internationale d'Alma-Ata, 1978; Nations Unies, « Résolutions adoptées par l'Assemblée générale au cours de sa sixième Session extraordinaire », 9 avril-12 mai 1974, Supplément No. 1 (A/9559), pp. 3–5; Thieren, Michel, 'Background paper on the concept of universal access', préparé pour la Réunion technique du Développement d'un cadre pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé', OMS, Genève, 18–20 octobre 2005; Haines, Andy, Richard Horton et Zulfiqar Bhutta, 'Primary Health Care Comes of Age: Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata – A call for papers,' *The Lancet*, vol. 370, no. 9591, 15 septembre 2007, pp. 911–913.

Pallier la pénurie de personnel de santé : une tâche prioritaire pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né

Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève, 2006, pp. 8–12, 24,

99–101; Koblinsky, Marge, et al., 'Going to scale with professional skilled care', *The Lancet*, vol. 368, no. 9544, pp. 1377–1386; Tawfik, Linda, 'The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries', document de base préparé pour *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève, 2006, p. 8; Physicians for Human Rights, *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa*, PHR, Boston, 2004; Shisana, Olive, et al., 'HIV/AIDS Prevalence Among South African Health Workers', *South African Medical Journal*, vol. 94, no. 10, 2004, pp. 846–850, cité dans Freedman, Lynn P., et al., *Child Health and Maternal Health: OMS's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Équipe du Projet Objectifs du Millénaire sur la santé maternelle et infantile, Projet des Nations Unies Objectifs du Millénaire, PNUD, 2005, p. 122.

Vers une plus grande équité en matière de santé maternelle et néonatale

Gwatkin, Davidson R., et al., *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An overview, Health, Nutrition and Population*, Banque mondiale, Washington, D.C., septembre 2007, pp. 123–124; Fotso, Jean-Christophe, 'Child Health Inequities in Developing Countries: Differences across urban and rural areas', *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, no. 9, 2006; Countdown 2008 Equity Analysis Group et al., 'Mind the Gap: Equity and trends in coverage of maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 avril 2008, pp. 1259–1269; Victora, Cesar G., et al., 'Explaining Trends in Inequities: Evidence from Brazilian child health studies', *The Lancet*, vol. 356, no. 9235, pp. 1093–1098; Kerber, Kate J., 'The Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: Coverage, co-coverage and equity analysis from Demographic and Health Surveys', Faculty of Health Sciences, Université de Cape Town (non publié), 2007, pp. 16, 23–40.

Adapter les services de maternité aux cultures du Pérou rural

Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 avril 2008, pp. 1254–1255; Organisation mondiale de la Santé, Mortalité maternelle en 2005 : estimations développées par l'OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale, OMS, Genève, 2007, p. 26; Organisation panaméricaine de la santé, *Gender, Health and Development in the Americas 2003*, PAHO and Population Reference Bureau, 2003; et information fournie par le Bureau de l'UNICEF au Pérou.

Sud du Soudan : après la paix, une nouvelle bataille s'engage contre la mortalité maternelle

Central Bureau of Statistics et Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation, *Sudan Household Health Survey 2006*, CBS et SSCSE, Khartoum, pp. 43, 161, 164, 178; Fonds des Nations Unies pour la population, Bureau de pays du Soudan, Rapport annuel 2006, UNFPA Soudan, pp. 3–4; et information fournie par le Bureau de l'UNICEF au Soudan.

CHAPITRE 3

- ¹ Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, pp. 1358–1369.
- ² Glasier, Anna, et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death', *The Lancet*, vol. 368, no. 9547, 4 novembre 2006, p. 1602.
- ³ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*, ONUSIDA, Genève, 2008, p. 33.
- ⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux*, OMS, Genève, 2004, pp. 26–30.
- ⁵ Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 janvier 2008, p. 244.
- ⁶ Ibid., p. 249.
- ⁷ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*, ONUSIDA, Genève, 2008, p. 30.
- ⁸ Briand, Valérie, et al., 'Intermittent preventive treatment for the prevention of malaria during pregnancy in high transmission areas', *Malaria Journal*, vol. 6, no. 1, 2007, p. 160.
- ⁹ Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, achievements and missed opportunities – An analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001*, OMS, Genève, 2003, p. 2.
- ¹⁰ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : mortalité maternelle, un bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008, p. 44.
- ¹¹ Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, pp. 10, 62.
- ¹² Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : mortalité maternelle, un bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008, p. 44.
- ¹³ Paul, Vinod K., 'Meeting MDG 5: Good news from India', *The Lancet*, vol. 369, no. 9561, 17 Février 2007, p. 558; Chatterjee, Patralekha, 'India addresses maternal deaths in rural areas', *The Lancet*, vol. 370, no. 9592, 22 Septembre 2007, pp. 1023–1024.
- ¹⁴ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : mortalité maternelle, un bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008, p. 9.
- ¹⁵ Organisation mondiale de la Santé, *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique* OMS, Genève, 1998, p. 17.
- ¹⁶ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : mortalité maternelle, un bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008, pp. 11, 44.

- ¹⁷ Olsen, Øystein Evjen, Sidney Ndeki et Ole Frithjof Norheim, 'Availability, distribution and use of emergency obstetric care in northern Tanzania', *Health Policy and Planning*, vol. 20, no. 3, 2005, pp. 171–173.
- ¹⁸ Organisation mondiale de la Santé, *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique*, OMS, Genève, 1998, p. 2; Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, pp. 62, 73–74.
- ¹⁹ Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, p. 1366.
- ²⁰ Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, pp. 73–74.
- ²¹ Prince, Martin, et al., 'No health without mental health', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 8 septembre 2007, p. 867–8.
- ²² Knippenberg, R., et al., 'Systematic scaling up of neonatal care in countries', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 mars 2005, pp. 1088–1089; Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 avril 2008, p. 1256.
- ²³ Dérivé du tableau statistique 8, page 146.
- ²⁴ Déclaration de Alma-Ata, articles 6–8, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 1978; Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 juin 2007, p. 2121.
- ²⁵ Haines, Andy, et al., 'Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 juin 2007, p. 2123.
- ²⁶ Freedman, Lynn P., et al., Child Health and Maternal Health: OMS's got the power? Transforming health systems for women and children, Equipe du Projet Objectifs du Millénaire pour la santé de l'enfant et la santé de la mère, Nations Unies : Projet Objectifs du Millénaire, PNUD, 2005, p. 65.
- ²⁷ Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, p. 1361.
- ²⁸ Lawn, Joy, et Kate Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 32.
- ²⁹ Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, p. 1364.
- ³⁰ Ibid.

- ³¹ Lawn, Joy, et Kate Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 33.
- ³² Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth Is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 Mars 2005; pp. 864–870. 33 Paxton, A., et al., 'Global patterns in availability of emergency obstetric care', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 93, no. 3, 2006, pp. 300–307.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 3

Éliminer le tétanos maternel et néonatal

Organisation mondiale de la Santé, *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, OMS, Genève: nos. 20, 19 mai 2006, pp. 198–208; 81, 31 mars 2006, pp. 120–127; 44, 30 octobre 1987, pp. 332–335; 82, 29 juin 2007, pp. 237–242; and 34, 22 août 2008, pp. 301–307; Roper, Martha H., Jos H. Vandelaer et François L. Gasse, 'Maternal and neonatal tetanus', *The Lancet*, vol. 370, no. 9603, 8 décembre 2007, pp. 1947–1959.

Hypertension : un problème courant mais complexe

Khan, Khalid S., et al., 'OMS Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, no. 9516, 1 avril 2006, p. 1073; Podymow, Tiina, et Phyllis Aouf, 'Hypertension in pregnancy', *Advances in Chronic Kidney Disease*, vol. 14, no. 2, avril 2007, pp. 178–179, 181; Hofmeyr, G.J., A.N. Attalah et L. Duley, 'Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems', *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, vol. 3, article no. CD001059; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 février 2008, p. 431; Dolea, Carmen, et Carla Abouzahr, 'Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000', *Global Burden of Disease 2000*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2003.

Les 28 premiers jours de la vie

Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 mars 2005, pp. 891–900; Lawn, Joy E., Kenji Shibuya et Claudia Stein, 'No Cry at Birth: Global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 83, no. 6, juin 2005, pp. 409–17; Bang, Abhay T., et al., 'Effect of Home-based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India', *The Lancet*, vol. 354, no. 9194, 4 décembre 1999, pp. 1955–1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Service-delivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9628, 7 juin 2008, pp. 1936–1944; Manandhar, D.S., et al., 'Effect of a Participatory Intervention with Women's Groups on Birth Outcomes in Nepal: Cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 364, no. 9438, 11 septembre 2004, pp. 970–979; Kumar, V., et al., 'Effect of

Community-based Behaviour Change Management on Neonatal Mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 372, no. 9644, 27 septembre 2008, pp. 1151–1162; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Implementing Community-based Perinatal Care: Results from a pilot study in rural Pakistan', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 86, no. 6, juin 2008, pp. 452–459; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, pp. 1358–1369; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Interventions to Address Maternal, Newborn and Child Survival: What difference can integrated primary health care strategies make?', *The Lancet*, vol. 372, no. 9642, 13 septembre 2008, pp. 972–989; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Communitybased Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A review of the evidence', *Pediatrics*, vol. 115, no. 2, février 2005, pp. 519–617; Haws, Rachel A., et al., 'Impact of Packaged Interventions on Neonatal Health: A review of the evidence', *Health Policy and Planning*, vol. 22, no. 4, 25 mai 2007, pp. 193–215.

Les soins obstétricaux en Afghanistan

Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale, Mortalité maternelle en 2005 : estimations développées par l'OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale, OMS, Genève, 2007, p. 23; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : mortalité maternelle, un bilan statistique*, Numéro 7, UNICEF, New York, septembre 2008, pp. 10, 43; Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud, *Maternal and Neonatal Health Review in South Asia Region*, 25 juin 2008, pp. 67–68; Currie, Sheena, Pashtoon Azfar et Rebecca C. Fowler, 'A bold new beginning for midwifery in Afghanistan', *Midwifery*, vol. 23, no. 3, septembre 2007, pp. 226–234; Maternal Mortality in Afghanistan: *Magnitude, causes, risk factors and preventability*, Ministère afghan de la santé publique, Centers for Disease Control and Prevention et l'UNICEF, 6 novembre 2002, p. 4; et informations fournies par le Bureau de l'UNICEF en Afghanistan.

L'initiative Maman Kangourou au Ghana

Whitelaw, A., et K. Sleath, 'Myth of the Marsupial Mother: Home care of very low birthweight babies in Bogota, Colombia', *The Lancet*, vol. 1, no. 8439, 25 mai 1985, pp. 1206–1208; Pattinson, Robert C., et al., 'Implementation of Kangaroo Mother Care: A randomized trial of two outreach strategies', *Acta Paediatrica*, vol. 94, no. 7, 2005, pp. 924–927; Bergh, A.-M., et Robert C. Pattinson, 'Development of a Conceptual Tool for the Implementation of Kangaroo Mother Care', *Acta Paediatrica*, vol. 92, no. 6, pp. 709–714; et informations fournies par le Bureau de l'UNICEF au Ghana.

La co-infection VIH et paludisme pendant la grossesse

Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, février 2007, pp. 93–104; Ter Kuile, F.O., et al., 'The Burden of Co-infection with HIV Type I and Malaria in Pregnant Women in Sub-Saharan Africa', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 71, supplement 2, 2004,

pp. 41–54; Organisation mondiale de la Santé, 'Malaria and HIV Interactions and their Implications for Public Health Policy', OMS, Genève, 2005, pp. 10–11; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fiche d'information sur le paludisme et le VIH, Note technique de l'UNICEF no. 6, février 2003, p. 2; Organisation mondiale de la Santé, 'Technical Expert Group Meeting on Intermittent Preventive Treatment in pregnancy (IPTp)', Genève, 2008, p. 4; Organisation mondiale de la Santé, 'Assessment of the Safety of Artemisinin Compounds in Pregnancy', Genève, 2003, p. 2.

Les difficultés des adolescentes au Libéria

Informations fournies par le Bureau de l'UNICEF au Libéria.

CHAPITRE 4

- 1 Hill, K., et al., 'Interim Measures for Meeting Needs for Health Sector Data: Births, deaths and causes of death', *The Lancet*, vol. 370, no. 9600, 17 novembre 2007, pp. 1726–1735.
- 2 Organisation mondiale de la Santé, *Au-delà des nombres, Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, OMS, Genève, 2004, pp. 1–2.
- 3 Measure Evaluation, 'Measuring Maternal Mortality from a Census: Guidelines for potential users', <www.cpc.unc.edu/measure/publications>, consulté le 30 septembre 2008; Organisation mondiale de la Santé, *Verbal Autopsy: Ascertaining and attributing causes of death*, OMS, Genève, 2007, p. 6.
- 4 Setel, P.W., et al., 'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy: A renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 83, no. 8, 2005, pp. 611–617; Measure Evaluation, 'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy', <www.cpc.unc.edu/measure/tools/monitoring-evaluation-systems/savvy>, site consulté le 30 septembre 2008.
- 5 Organisation mondiale de la Santé, *Au-delà des nombres, Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, OMS, Genève, 2004, pp. 106–107
- 6 US Centers for Disease Control and Prevention, 'Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems', *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, vol. 50, no. RR13, CDC, Washington, D.C., 27 juillet 2001, pp. 1–35.
- 7 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la population, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, août 1997; *Averting Maternal Death and Disability Program, Averting Maternal Death and Disability Program Report, 1999–2005*, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, octobre 2006, pp. 2–4.
- 8 Organisation mondiale de la Santé, *Au-delà des nombres, Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, OMS, Genève, 2004, p. 4.
- 9 Granja, A.C., F. Machungo et S. Bergstrom, 'Avoidability of Maternal Death in Mozambique: Audit and retrospective risk assessment in 106 consecutive cases', *African Journal of Health Sciences*, vol. 7, no. 3–4, juillet–Décembre 2000, pp. 83–7.
- 10 Blouse, A., P. Gomez et B. Kinzie, *Site Assessment and Strengthening for Maternal and Newborn Health Programmes*, JHPIEGO, Baltimore, 2004, pp. 1–42; EngenderHealth, *COPE for Maternal Health Services: A process and tools for improving the quality of maternal health services*, New York, 2001.
- 11 Byass, Peter, et al., 'Direct Data Capture Using Hand-held Computers in Rural Burkina Faso: Experiences, benefits and lessons learnt', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 13, numéro spécial 1, juillet 2008, p. 29.
- 12 Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève, 2006, p. 12.
- 13 Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, p. 96.
- 14 Fonds des Nations Unies pour la population, *Investir dans la population, Progrès réalisés au niveau national dans la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD*, UNFPA, New York, 2004, p. 45; Organisation mondiale de la Santé, Confédération internationale des sages-femmes et International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Pour une grossesse à moindre risque : Le rôle capital de l'accoucheur qualifié Une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO*, OMS, Genève, 2004, p. 1; Organisation mondiale de la Santé, Département de la santé et recherche génésiques, « Proportion de naissances assistées par des agents soignants qualifiés », 2008 updates, OMS, Genève, p. 3.
- 15 Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, *Management of Sick Children by Community Health Workers*, UNICEF/OMS, New York, janvier 2006, p. 7.
- 16 Ibid.
- 17 Sur la base du rapport du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2008 : la survie de l'enfant*, UNICEF, New York, janvier 2008, p. 77.
- 18 Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud, *Maternal and Neonatal Health Review in the South Asia Region*, 25 juin 2008, p. 152.
- 19 Dambisya, Ysowa, 'A Review of Non-financial Incentives for Health Worker Retention in Eastern and Southern Africa', Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, Discussion Paper no. 44, mai 2007, p. 49.
- 20 Lawn, Joy E., et Kate J. Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 73.
- 21 Vivar, Susana Camacho, 'Ecuador Addresses Cultural Issues for Pregnant Women', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 Octobre 2007, p. 1302.
- 22 Lawoyin, Taiwo, O, O.C Olushevi, and David A. Adewole, 'Men's Perception of Maternal Mortality in Nigeria', *Journal of Public Health Policy*, vol. 28, no. 3, 2007, pp. 299–318.
- 23 Lawn, Joy E., and Kate J. Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 87.
- 24 Bryce, Jennifer, and J.H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Countdown to 2015, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2008, p. 44.
- 25 Données préparées par l'Unité du développement des politiques et systèmes de santé, Health Systems Strengthening Area, Organisation panaméricaine de la Santé.
- 26 Commission sociale et économique des Nations Unies, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, Commission de l'Union africaine, 'Meeting Africa's New Development Challenges in the 21st Century: Issues paper', Addis-Abeba, 21 mars 2008, p. 13.
- 27 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, octobre 2006, pp. 1457–1465.
- 28 Witter, Sophie, et al., 'The Experience of Ghana in Implementing a User Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, 2007, pp. 61–71; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, octobre 2006, pp. 1457–1465.
- 29 Gilson, Lucy, et Di McIntyre, 'Removing Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 2005, pp. 331, 762–765.
- 30 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, octobre 2006, pp. 1457–1465; Deininger, K., and P. Mpuga, *Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda*, Banque mondiale document de travail no. 3276, Washington, D.C., 2004; Nabyonga, J., et al., 'Abolition of Cost-sharing Is Pro-poor: Evidence from Uganda', *Health Policy Plan*, vol. 20, pp. 100–108.
- 31 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, octobre 2006, pp. 1457–1465; Gilson, Lucy, et Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 1 octobre 2005, pp. 762–765.
- 32 Gilson, Lucy, et Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 1 octobre 2005, pp. 762–765.
- 33 Dmytraczenko, T., et al., *Evaluacion del Seguro Nacional de Maternidad y Ninez en Bolivia*, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland, 1998; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 9545, 21 octobre 2006, pp. 1457–1465.

- ³⁴ Schneider, P., et al., *Utilization, Cost and Financing of District Health Services in Rwanda*, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland, mars 2001; Fox-Rushby, J.A., 'Cost-effectiveness Analysis of a Mobile Maternal Health Care Service in West Kiang, The Gambia', *World Health Stat Quarterly*, vol. 48, no. 1, 1995; pp. 23–27.
- ³⁵ Richard, F., et al., 'Reducing Financial Barriers to Emergency Obstetric Care: Experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 12, no. 8, août 2007, pp. 972–981.
- ³⁶ Gertler, P., et S. Boyce, *An Experiment in Incentive-based Welfare: The impact of Progresa on health in Mexico*, University of California, Berkeley, 2001; Morris, S.S., et al., 'Monetary Incentives in Primary Health Care and Effects on Use and Coverage of Preventive Health Care Interventions in Rural Honduras: A cluster randomized trial', *The Lancet*, vol. 364, no. 9450, 4 décembre 2004; pp. 30–37.
- ³⁷ Peters, David H., Gita G. Mirchandani et Peter M. Hansen, 'Strategies for Engaging the Private Sector in Sexual and Reproductive Health: How effective are they?', *Health Policy and Planning*, vol. 19, supplément 1, pp. 5–21.
- ³⁸ Bhatia, Jagdish, et John Cleland, 'Health Care of Female Outpatients in South-central India: Comparing public and private sector provision', *Health Policy and Planning*, vol. 19, no. 6, pp. 402–409; Barber, Sarah L., 'Public and Private Prenatal Care Providers in Urban Mexico: How does their quality compare?', *International Journal for Quality in Health Care*, 4 mai 2006, pp. 1–8; Barber, S.L., P.J. Gertler, et P. Hasrimumurti, 'Differences in access to high-quality outpatient care in Indonesia', *Health Affairs*, vol. 26, no. 3 mai-juin 2007, pp. 352–366.
- ³⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales*, OMS, Genève, 2008, pp. 82–83.
- ⁴⁰ Mbonye, A.K., et al., 'Declining Maternal Mortality Ratio in Uganda: Priority interventions to achieve the MDG', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 98, no. 3, septembre 2007, p. 287.
- ⁴¹ Organisation mondiale de la Santé, Fondation internationale pour la planification familiale, John Snow, Inc., PATH, Population Services International, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale, *La liste interinstitutions des médicaments essentiels pour la santé génésique*, OMS, Genève, 2006.
- ⁴² Barker, Carol, et al., 'Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: An integrated approach', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, novembre 2007, p. 5.
- ⁴³ Ganatra, B.R., K.J. Coyaji et V.N. Rao, 'Too Far, Too Little, Too Late: A community-based, case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1988, vol. 76, no. 6, pp. 591–598; George, Asha, 'Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed service delivery constraints', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, 2007, pp. 91–102; Murray, Susan F., et Stephen C. Pearson, 'Maternity Referral Systems in Developing Countries: Current knowledge and future research needs', *Social Science and Medicine*, vol. 62, 2006, pp. 2205–2215.
- ⁴⁴ Pittrof, Rudiger, Oona Campbell et Veronique Filippi, 'What Is Quality in Maternity Care? An international perspective', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 81, no. 4, avril 2002, p. 278.
- ⁴⁵ Delvaux, Therese, et al., 'Quality of Antenatal and Delivery Care Before and After the Implementation of a Prevention of Mother-to-child HIV Transmission Programme in Cote d'Ivoire', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 13, no. 8, août 2008, p. 974.
- ⁴⁶ Kayongo, M., et al., 'Strengthening Emergency Obstetric Care in Ayacucho, Peru', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 92, no. 3, mars 2006, pp. 299–307; Otchere, S.A., et H.T. Binh, 'Strengthening Emergency Obstetrics in Thanh Hoah and Quang Tri provinces in Vietnam', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, no. 3, septembre 2007, pp. 165–172; Otchere, S.A., et A. Kayo, 'The Challenges of Improving Emergency Obstetric Care in Two Rural Districts in Mali', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, août 2007, pp. 173–182.
- ⁴⁷ Thomas, Lena Susan, et al., 'Making Systems Work: The hard part of improving maternal health services in South Africa', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, Septembre 2007, pp. 45–48.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 4

Utiliser la méthodologie du lien essentiel dans les systèmes de soins pour prévenir les décès maternels

Núñez Urquiza, Rosa María, et al., 'Más Allá de las Cifras: Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas', *Género y Salud en Cifras*, vol. 3, nos. 2/3, mai-décembre 2005, pp. 5–15.

Nouvelles directions en matière de santé maternelle

Starrs, Ann M., 'Delivering for Women', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 Octobre 2007, p. 1285; Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève, 2005; Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005; Braveman, Paula, and Eleuther Tarimo, 'Social Inequalities in Health within Countries: Not only an issue for affluent nations', *Social Science & Medicine*, vol. 54, no. 11, 2002, pp. 1621–1635; Marmot, Michael, 'Social Determinants of Health Inequalities', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 mars 2005, pp. 1099–1104; Hill, Kenneth, et al., 'Estimates of Maternal Mortality Worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data', *Obstetric Anesthesia Digest*, vol. 28, no. 2, juin 2008, pp. 94–95; Bryce, Jennifer, et J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Compte à rebours 2015, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2008; Sedgh, Gilda, et al., 'Induced Abortion: Rates and trends worldwide', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, pp. 1338–1345; Gülmezoglu, A. Metin, et al., 'OMS Systematic Review of Maternal Mortality and Morbidity: Methodological issues and challenges', *BMC Medical Research Methodology*, vol. 4, no. 16, 2004, p. 16; Filippi, V., et al., 'Health of Women after Severe Obstetric Complications in Burkina Faso: A longitudinal study', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, pp. 1329–1337; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 février 2008, pp. 417–440; Shankar, A.H., et al., 'Effect of Maternal Multiple Micronutrient Supplementation on Fetal Loss and Infant Death in Indonesia: A double-blind cluster-randomized trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 janvier 2008, pp. 215–227; Campbell, O.M., et W.J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', *The Lancet*, vol. 368, no. 9543, 7 octobre 2006, pp. 1284–1299; Villar, J., et al., 'World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women', *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 193, no. 6S2, février 2006, pp. 639–649; Altman, D., et al., 'Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Maggie Trial: A randomized placebo-controlled trial', *The Lancet*, vol. 359, no. 9321, 1 juin 2002, pp. 1877–1890; Althabe, Fernando, et al., 'A behavioral intervention to improve obstetrical care', *New England Journal of Medicine*, vol. 358, no. 18, 1 mai 2008, pp. 1929–1940; Villar, J., et al., 'OMS Antenatal Care Randomized Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care', *The Lancet*, vol. 357, no. 9268, 19 Mai 2001, pp. 1551–1564; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Malaria & Children: Progress in intervention coverage, UNICEF, New York, 2007; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, pp. 1358–1369.

Renforcer le système de santé en République démocratique populaire lao

Economist Intelligence Unit, Country Report Laos, janvier 2008, EIU, Londres, 2008, pp. 7, 12; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The State of Asia-Pacific's Children 2008*, UNICEF, New York, mai 2008, p. 38; Fonds des Nations Unies pour la population, *Maternal and Neonatal Health in East and Southeast Asia*, UNFPA, New York, 18 mai 2008, p. 1; Perks, Carol, Michael J. Toole and Khama Phouthonsy, 'District Health Programmes and Health-sector Reform: Case study in the Lao People's Democratic Republic', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 84, no. 2, février 2006, p. 133–135; République démocratique populaire lao, rapport annuel 2007, pp.3–4, 9.

Sauver la vie des mères et des nouveau-nés – l'importance capitale des premiers jours qui suivent la naissance

Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 mars 2005, pp. 891–900; Baqui, A.H., et al., 'Effect of Timing of First Postnatal Care Home Visit on Neonatal Mortality in Bangladesh: An observational study', 2008 (non publié); Darmstadt, G.L., et al., 'Evidence-based, Cost-effective

Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9463, 12 mars 2005, pp. 977-988; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 février 2008, pp. 417-440; Dearden, Kirk, et al., 'The Impact of Mother-to-mother Support on Optimal Breast-feeding: A controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala', *Pan American Journal of Public Health*, vol. 12, no. 3, septembre 2002, pp. 193-201; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 octobre 2007, pp. 1358-1369; Bryce, J., et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 avril 2008, pp. 1247-1258; Tinker, Anne, et al., 'A Continuum of Care to Save Newborn Lives', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 mars 2005, pp. 822-825; Lawn, Joy E., et Kerber, Kate J., eds., 'Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa, Partnership on Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p.84; Peterson, S., et al., 'Coping with Paediatric Referral: Ugandan parents' experience', *The Lancet*, vol. 363, no. 9425, 12 juin 2004, pp. 1955-1956; Bang, A.T., et al., 'Effect of Homebased Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India', *The Lancet*, vol. 354, no. 9194, 4 décembre 1999, pp. 1955-1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Servicedelivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9628, 7 juin 2008, pp. 1936-1944.

Burundi : l'engagement du gouvernement en faveur des soins de santé maternelle et infantile

Economist Intelligence Unit, *Country Report Burundi, Mai 2008*, EIU, Londres, 2008; Programme des Nations Unies pour le développement, *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008, La lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé*, PNUD, New York, 2007, p. 240; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2008 : la survie de l'enfant*, UNICEF, New York, janvier 2008, pp. 114, 118, 126, 142; Philips, Mit, et al., 'Burundi: A population deprived of basic health care', *British Journal of General Practice*, vol. 54, no. 505, 1 août 2004, p. 634; *Human Rights Watch*, 'A High Price to Pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals', *Human Rights Watch*, vol. 18, no. 8(A), septembre 2006, pp. 7, 21, 27; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Rapport annuel 2007*, UNICEF, New York, 2008, pp. 11, 25-26; International Health Partnership; Scaling-Up for Better Health (IHP+) Update, no. 1, OMS, 1 novembre 2007, p. 1, <www.OMS.int/healthsystems/ihp/en/index.html>, consulté le 30 juillet 2008.

Intégrer les soins de santé maternelle et néonatale en Inde

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The State of Asia-Pacific's Children 2008*, UNICEF, New York, mai 2008, pp. 20, 53; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2008 : la survie de l'enfant*, UNICEF, New York, janvier 2008, pp. 115, 143; Maternal and Neonatal Health Review in the South Asian Region, 25 juin

2008, pp. 16, 103; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Rapport annuel 2007*, UNICEF, New York, 2008, p. 4; Gouverneement de l'Inde, Ministère de la santé et du bien-être de la famille, Janani Suraksha Yojana: Guidelines for implementation, septembre 2006, p. 5; Sharma, Ramakant, 'Janani Suraksha Yojana: A study of the implementation status in selected districts of Rajasthan', Population Research Centre, Mohanlal Sukhadia University, 2007-2008; Fonds des Nations Unies pour la population, 'Rapid Assessment of Chiranjeevi Yojana in Gujarat 2006', UNFPA Inde, pp. v, 23; Bhat, Ramesh, Dale Huntington et Sunil Maheshwari, 'Public-Private Partnerships: Managing contracting arrangements to strengthen the Reproductive and Child Health Programme in India - Lessons and implications from three case studies', Organisation mondiale de la Santé, 2007, p. 12-13; Bureau de l'UNICEF en Inde, 'Assessment of Chiranjeevi Performance', février 2008, <http://gujhealth.gov.in/Chiranjeevi%20Yojana/M_index.htm>, consulté le 4 août, 2008.

CHAPITRE 5

- 1 Organisation mondiale de la Santé, Progrès accomplis dans la lutte contre la rougeole et la réduction de la mortalité rougeoleuse au niveau mondial, 2000-2006, *Bulletin Hebdomadaire de Morbidité et de Mortalité*, vol. 82, no. 48, 30 novembre 2007, p. 422.
- 2 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, *Sur la voie de l'accès universel : élargir les services VIH pour les femmes et les enfants dans le secteur de la santé* - Rapport de progrès 2008, ONUSIDA/UNICEF/OMS, pp. 88-89,98.
- 3 Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper no. 15, ODI, Londres, janvier 2007, p. 1
- 4 International Health Partnership, 'Informal Meeting of Global Health Leaders', Outcome Document, juillet 2007, <www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_agencies.html>, consulté le 30 septembre 2008.
- 5 International Health Partnership, <<http://www.internationalhealthpartnership.net>>, consulté le 15 septembre 2008.
- 6 Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide : « Déclaration de Paris, Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle », Paris, 28 février-2 mars 2005; 3^e Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide, « Programme d'action d'Accra », Accra, 2-4 septembre 2008.
- 7 Agence canadienne pour le développement international, Organisation de la coopération et du développement économiques et la Banque mondiale, *Renforcer ensemble l'efficacité de l'aide au développement : la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide*, 3^{ème} Forum de haut-niveau sur l'efficacité de l'aide, Accra, 2-4 septembre 2008, p. 26.
- 8 Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 'A Global Call for G8 Leaders and Other Donors to Champion Maternal, Newborn and

Child Health', Organisation mondiale de la Santé, Genève, Avril 2008, pp. 1-4.

- 9 Toyako Framework for Action on Global Health: Rapport des experts de la santé du G8, Tokyo, 8 juillet 2008, pp. 1-10.
- 10 Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015 : Assessment of donor assistance to maternal, newborn and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 avril 2008, pp. 1268-1275.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 5

Travailler ensemble pour la santé de la mère et du nouveau-né

Organisation mondiale de la Santé: La santé des populations : Rapport sur la santé dans la Région africaine 2006, OMS Bureau régional pour l'Afrique, Brazzaville, 2006, p. 19; The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, *Annual Report 2007*; Graham, Wendy J., 'How Japan Reduced Maternal Mortality in One Generation', brief published by the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, <www.OMS.int/pmnch/topics/maternal/japanexample/en/print.html>, consulté le 30 septembre 2008.

Principaux partenariats mondiaux en faveur de la santé maternelle et néonatale

Informations obtenues sur les sites Internet des partenaires, consultés le 30 août 2008.

Partenariat pour les mères et les nouveau-nés en République centrafricaine

Informations fournies par le Bureau de l'UNICEF en République centrafricaine.

Les institutions des Nations Unies renforcent leur collaboration pour soutenir la santé maternelle et néonatale

Organisation mondiale de la Santé, Intensification des efforts pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés, Déclaration conjointe de l'OMS, l'UNICEF, du Fonds des Nations Unies pour la Population et de la Banque mondiale, 25 Septembre 2008; *Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care*, OMS-UNFPA-UNICEF-Banque mondiale <www.OMS.int/mediacentre/news/statements/2008/OMS_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf>, consulté le 28 octobre 2008.

Renforcement des systèmes d'information sur la santé : le Réseau de métrologie sanitaire

Organisation mondiale de la Santé, *Réseau de métrologie sanitaire, Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2^e édition, OMS, Genève, 2008, pp. 5-8; Site Internet du Réseau de métrologie sanitaire, <www.OMS.int/healthmetric/about/en>, consulté le 30 septembre 2008.

TABLEAUX STATISTIQUES

Statistiques économiques et sociales sur les pays et territoires du monde, en rapport avec le bien-être des enfants.

Note générale sur les données	page 114
Explication des signes	page 116
Classement des pays et territoires selon leur taux de mortalité des moins de 5 ans	page 117
Index des pays par régions et catégories.....	page 152
Mesurer le développement humain :	
Introduction au tableau 10	page 153

TABLEAUX	1 Indicateurs de base	page 118
	2 Nutrition	page 122
	3 Santé	page 126
	4 VIH/SIDA	page 130
	5 Éducation	page 134
	6 Indicateurs démographiques	page 138
	7 Indicateurs économiques	page 142
	8 Femmes	page 146
	9 Protection de l'enfant	page 150
	10 Le taux du progrès	page 154

Note générale sur les données

Les données rassemblées dans les tableaux statistiques ci-après sont extraites des Bases de données mondiales de l'UNICEF, qui regroupent uniquement des informations comparables au plan international et statistiquement fiables; ces données s'accompagnent de définitions, de sources et d'explications des signes. Les données provenant des organismes compétents des Nations Unies ont été utilisées dans la mesure du possible, par exemple pour les indicateurs économiques et démographiques. Lorsqu'il n'existe pas d'estimations normalisées au niveau international, les données des tableaux proviennent d'autres sources, notamment d'enquêtes sur les ménages représentatives au niveau national. Les données figurant dans le présent rapport sont extraites des informations disponibles au 1^{er} juillet 2008. Des informations plus détaillées sur la méthodologie employée et les sources des données sont disponibles sur le site < www.childinfo.org >.

Plusieurs des indicateurs relatifs, notamment, à l'espérance de vie, au taux global de fécondité, ou aux taux bruts de natalité et de mortalité ont été établis dans le cadre des travaux ordinaires d'estimations et de projections de la Division de la population (ONU). Ces estimations comme les estimations internationales, font l'objet de mises à jour périodiques, ce qui explique que certaines données diffèrent de celles qui figurent dans des documents publiés antérieurement par l'UNICEF. Le présent rapport se fonde sur les estimations et les projections les plus récentes extraites des *Perspectives de la population mondiale 2006*.

La qualité des données peut se ressentir des catastrophes naturelles ou causées par l'homme dont ont été victimes certains pays récemment, notamment dans les cas où l'infrastructure de base du pays a été atteinte ou lorsque d'importants mouvements de population sont intervenus.

Estimation des taux de mortalité

Chaque année, l'UNICEF inclut des estimations des taux de mortalité dans *La Situation des enfants dans le monde*, comme les taux de mortalité infantile, les taux de mortalité des moins de 5 ans et les décès d'enfants de moins de 5 ans, pour au moins deux années de référence, dans la mesure du possible. Ces statistiques représentent les meilleures estimations possibles au moment de la préparation du rapport et se fondent sur les travaux du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité

infantile, un groupe qui réunit l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et la Division de la population (ONU). Chaque année, le Groupe met à jour ces estimations, en révisant soigneusement toutes les nouvelles données disponibles. Quelquefois, cette révision se traduit par l'ajustement de données publiées précédemment. Ainsi, les estimations publiées dans des numéros consécutifs de *La Situation des enfants dans le monde* ne sont pas toujours comparables et ne doivent pas être utilisées pour analyser les tendances en matière de mortalité sur plusieurs années. Il faut noter que des estimations comparables des taux de mortalité des moins de cinq ans pour les années 1970, 1990, et pour l'année la plus récente sont disponibles au Tableau 10. Pour tous les pays, la série complète est disponible sur les sites www.childinfo.org et www.childmortality.org, le site Internet du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile. Ces statistiques se fondent sur les estimations les plus récentes fournies par le Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile.

Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS)

Depuis plus de 10 ans, l'UNICEF aide les pays à réunir des données comparables au plan international et statistiquement fiables grâce aux Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). Depuis 1995, près de 200 enquêtes ont été réalisées dans une centaine de pays, et la série la plus récente de MICS a couvert une bonne cinquantaine de pays pendant la période 2005–2006, ce qui a permis de procéder à une nouvelle évaluation plus complète de la situation des enfants et des femmes dans le monde. Une nouvelle série de MICS est prévue pour la période 2009-2010.

Avec les enquêtes démographiques et sanitaires, les MICS, soutenues par l'UNICEF, sont la source principale d'informations sur laquelle baser le suivi des progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD); elles peuvent être utilisées pour établir des rapports sur 21 des 53 indicateurs des OMD. Ces données permettent également de faire le point sur d'autres engagements pris au niveau international, comme le Plan d'action de « Un monde digne des enfants », ainsi que sur les objectifs mondiaux de lutte contre le SIDA et le paludisme. Ces données ont été incluses dans les tableaux sta-

tistiques figurant dans le présent rapport, et elles ont étayé les analyses présentées ici. Pour plus d'informations sur ces données, consulter le site <www.childinfo.org>.

Révisions

Plusieurs révisions ont été apportées aux indicateurs figurant dans les tableaux statistiques présentés cette année.

Tableau 1. Indicateurs de base : le Tableau 1 présente des estimations de la mortalité infantile établies par le Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile. Il convient de noter que les taux de mortalité néonatale pour l'année 2004 qui figurent dans ce tableau ont été produits par l'OMS et n'ont pas été évalués officiellement par le Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile. Ces estimations pourraient ne pas coïncider avec la structure d'âge implicite dans les estimations des taux de mortalité infantile et des moins de 5 ans pour 2007. Par ailleurs, les estimations de la mortalité infantile pour 12 pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) ont été révisées compte tenu des estimations de l'ONUSIDA sur les décès d'enfants dus au SIDA. Les estimations de l'ONUSIDA sont fondées non seulement sur des informations relatives à la prévalence du VIH, mais elles tiennent aussi compte des mesures récentes de prévention et de traitement du VIH et du SIDA. Pour des informations plus détaillées sur les méthodes d'évaluation utilisées, consulter www.childmortality.org.

Tableau 2. Nutrition : la prévalence de l'insuffisance pondérale, du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans est estimée en comparant les chiffres réels à des normes internationales de référence relatives à la population. En avril 2006, l'Organisation mondiale de la Santé a publié de nouvelles « Normes de croissance de l'enfant », pour remplacer l'échantillonnage limité d'enfants des États-Unis, établi par le National Center for Health Statistics, qui était largement utilisé comme population de référence par l'OMS. Les nouvelles normes sont le résultat d'une grande étude qui a porté sur plus de 8 000 enfants dans divers pays : Brésil, États-Unis, Ghana, Inde, Norvège et Oman. En éliminant les déficiences techniques et biologiques de l'ancienne référence,

les nouvelles normes confirment que les enfants, quel que soit leur lieu de naissance, s'ils ont le meilleur départ possible dans la vie, ont la potentialité de se développer dans une même fourchette de taille et de poids, ce qui signifie que les différences de croissance chez les enfants de 5 ans s'expliquent davantage par la nutrition, les pratiques alimentaires, l'environnement et les soins de santé que par des caractéristiques génétiques ou l'origine ethnique.

C'est la première année que le Tableau 2 comprend des estimations sur l'insuffisance pondérale conformément aux nouvelles « Normes de croissance de l'enfant » de l'OMS. Il faut noter qu'en raison des différences entre l'ancienne population de référence et les nouvelles normes, il n'est pas facile de comparer les estimations de prévalence des indicateurs anthropométriques de l'enfant fondées sur ces deux références.

Tableau 4. VIH et SIDA : en août 2008, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'OMS ont publié de nouvelles estimations mondiales sur le VIH et le SIDA pour 2007 calculées grâce à une nouvelle technologie plus sophistiquée et reflétant la disponibilité de données plus fiables provenant d'enquêtes sur la population et de systèmes nationaux élargis de surveillance sentinelle établis dans un certain nombre de pays.

Les différences entre les nouvelles estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS pour 2007 concernant la prévalence du VIH chez les adultes, les adultes et les enfants vivant avec le VIH et les enfants orphelins parce que leurs parents ont succombé au SIDA sont, dans la majorité des cas, moins marquées que les estimations publiées dans des rapports antérieurs. Les chiffres publiés dans le présent rapport ne sont pas comparables aux estimations antérieures et ne reflètent donc pas les tendances à long terme. L'ONUSIDA a publié des estimations comparables en appliquant les nouvelles méthodes à des estimations antérieures du VIH et du SIDA, qui sont disponibles sur www.unaids.org.

Tableau 5. Éducation : le taux de survie à l'entrée en cinquième année (pourcentage d'enfants qui sont entrés à l'école primaire et qui atteignent la cinquième année d'école) a été remplacé par le taux de survie en dernière année de l'école primaire (pourcentage d'enfants qui entrent en première année d'école primaire et qui devraient

Note générale sur les données (suite)

atteindre la dernière année d'école primaire). Le taux de survie en dernière année d'école primaire a remplacé le taux de survie en cinquième année et est devenu un indicateur officiel de l'Objectif 2 du Millénaire pour le développement (éducation primaire universelle) en janvier 2008.

Tableau 7. Indicateurs économiques : la Banque mondiale a annoncé récemment un nouveau seuil de pauvreté fondé sur des estimations révisées du niveau des prix au titre de la parité du pouvoir d'achat (PPA) de par le monde. Le Tableau 7 reflète ce nouveau seuil de pauvreté et donne donc des informations sur la proportion de la population vivant avec moins de 1,25 dollar des É.-U. par jour. Pour de plus amples informations sur ce nouveau seuil de pauvreté, consulter le site www.worldbank.org.

Tableau 8. Femmes : outre la proportion de femmes examinées au moins une fois pendant leur grossesse par un personnel soignant qualifié, cette année, le tableau présente aussi la proportion de femmes ayant été suivies au moins quatre fois par un soignant. Ces deux indicateurs de soins

prénatals font partie du cadre révisé de suivi de l'OMD 5, appliqué à partir du mois de janvier 2008 dans le cadre d'une nouvelle cible : atteindre l'accès universel en matière de médecine procréative.

Tableau 9. Protection de l'enfant : les données relatives aux handicaps chez l'enfant sont extraites des enquêtes sur les ménages, et l'indicateur est défini comme étant la proportion d'enfants âgés de 2-9 ans qui ont obtenu au moins un résultat positif lors des tests relatifs aux différents types de handicaps (par ex: cognitif, moteur, visuel, auditif, crise). Les questions relatives aux handicaps chez l'enfant sont posées à l'un des parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant, qui doit faire une évaluation du développement et du fonctionnement physique et mental de l'enfant. En juin 2008, la méthodologie utilisée pour calculer ces estimations à partir des données extraites des MICS a changé. Auparavant, les estimations étaient calculées sur la base des réponses à 9 questions sur les 10 que comportent les MICS sur les handicaps. À partir de cette année, les données porteront sur les réponses aux dix questions.

Explication des signes

L'objectif de ces tableaux de statistiques étant de fournir un aperçu aussi large que possible de la situation des enfants et des femmes dans le monde entier, il est apparu que le détail des données et notes de bas de page n'avait pas sa place dans cette section. Les sources et les années des points de données spécifiques figurant dans les tableaux statistiques peuvent être consultées à l'adresse www.childinfo.org.

Les signes s'appliquant à un tableau particulier sont expliqués dans les notes de bas de page. Les signes suivants s'appliquent à tous les tableaux :

- Données non disponibles.
- x Données se rapportant à une année ou une période différente de celle indiquée en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard, ou ne portant pas sur l'ensemble du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.
- y Données se rapportant à une année ou une période différente de celle indiquée en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard, ou ne portant pas sur l'ensemble du pays. Ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- * Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- § Comprend les territoires ainsi que les pays de chaque catégorie ou groupe régional. Les pays et territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional figurent sur la liste page 152.

Classement des pays et territoires selon leur taux de mortalité des moins de 5 ans

Les pays et territoires sont énumérés par ordre décroissant de leur taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5), évalué pour 2007. Ce taux est l'un des indicateurs les plus importants du bien-être des enfants. Dans les tableaux suivants, les pays sont classés par ordre alphabétique.

TMM5 2007			TMM5 2007			TMM5 2007		
Taux	Classement		Taux	Classement		Taux	Classement	
Sierra Leone	262	1	Iraq	44	66	Viet Nam	15	126
Afghanistan	257	2	Mongolie	43	67	Bosnie-Herzégovine	14	132
Tchad	209	3	Ouzbékistan	41	68	Uruguay	14	132
Guinée équatoriale	206	4	Botswana	40	69	Bahamas	13	134
Guinée-Bissau	198	5	Micronésie, Etats fédérés de	40	69	Bélarus	13	134
Mali	196	6	Azerbaïdjan	39	71	Seychelles	13	134
Burkina Faso	191	7	Guatemala	39	71	Barbade	12	137
Nigéria	189	8	République dominicaine	38	73	Bulgarie	12	137
Rwanda	181	9	Kirghizistan	38	73	Oman	12	137
Burundi	180	10	Algérie	37	75	Antigua-et-Barbuda	11	140
Niger	176	11	Tuvalu	37	75	Costa Rica	11	140
République centrafricaine	172	12	Egypte	36	77	Dominique	11	140
Zambie	170	13	Mexique	35	78	Koweït	11	140
Mozambique	168	14	Nicaragua	35	78	Malaisie	11	140
République démocratique du Congo	161	15	Trinité-et-Tobago	35	78	Bahreïn	10	145
Angola	158	16	Maroc	34	81	Monténégro	10	145
Guinée	150	17	Vanuatu	34	81	Palaos	10	145
Cameroun	148	18	Iran, République islamique d'	33	83	Brunéi Darussalam	9	148
Somalie	142	19	Cap-Vert	32	84	Chili	9	148
Libéria	133	20	Kazakhstan	32	84	Lettonie	9	148
Ouganda	130	21	Indonésie	31	86	Lituanie	8	151
Côte d'Ivoire	127	22	Jamaïque	31	86	Serbie	8	151
Djibouti	127	22	Géorgie	30	88	Slovaquie	8	151
Congo	125	24	Maldives	30	88	Emirats arabes unis	8	151
Bénin	123	25	Nauru	30	88	Etats-Unis	8	151
Kenya	121	26	Liban	29	91	Cuba	7	156
Ethiopie	119	27	Paraguay	29	91	Hongrie	7	156
Mauritanie	119	27	Suriname	29	91	Pologne	7	156
République-Unie de Tanzanie	116	29	Philippines	28	94	Thaïlande	7	156
Ghana	115	30	Territoire palestinien occupé	27	95	Australie	6	160
Sénégal	114	31	Samoa	27	95	Canada	6	160
Madagascar	112	32	Belize	25	97	Croatie	6	160
Malawi	111	33	Arabie saoudite	25	97	Estonie	6	160
Gambie	109	34	Arménie	24	99	Nouvelle-Zélande	6	160
Soudan	109	34	El Salvador	24	99	Royaume-Uni	6	160
Myanmar	103	36	Honduras	24	99	Belgique	5	166
Togo	100	37	Jordanie	24	99	Chypre	5	166
Sao Tomé-et-Principe	99	38	Ukraine	24	99	Israël	5	166
Timor-Leste	97	39	Panama	23	104	République de Corée	5	166
Cambodge	91	40	Tonga	23	104	Malte	5	166
Gabon	91	40	Turquie	23	104	Pays-Bas	5	166
Swaziland	91	40	Brésil	22	107	Suisse	5	166
Pakistan	90	43	Chine	22	107	Autriche	4	173
Zimbabwe	90	43	Equateur	22	107	République tchèque	4	173
Bhoutan	84	45	Sri Lanka	21	110	Danemark	4	173
Lesotho	84	45	Tunisie	21	110	Finlande	4	173
Haïti	76	47	Colombie	20	112	France	4	173
Yémen	73	48	Pérou	20	112	Allemagne	4	173
Inde	72	49	Grenade	19	114	Grèce	4	173
Erythrée	70	50	Saint-Vincent-et-Grenadines	19	114	Irlande	4	173
Rép. démocratique populaire lao	70	50	Venezuela, République bolivarienne du	19	114	Italie	4	173
Iles Salomon	70	50	Iles Cook	18	117	Japon	4	173
Namibie	68	53	Fidji	18	117	Monaco	4	173
Tadjikistan	67	54	Jamahiriya arabe libyenne	18	117	Norvège	4	173
Comores	66	55	Moldova	18	117	Portugal	4	173
Papouasie-Nouvelle-Guinée	65	56	Saint-Kitts-et-Nevis	18	117	Saint-Marin	4	173
Kiribati	63	57	Sainte-Lucie	18	117	Slovénie	4	173
Bangladesh	61	58	Syrie, République arabe de	17	123	Espagne	4	173
Guyana	60	59	Ex-République yougoslave de Macédoine	17	123	Andorre	3	189
Afrique du Sud	59	60	Argentine	16	125	Islande	3	189
Bolivie	57	61	Albanie	15	126	Liechtenstein	3	189
République populaire démocratique de Corée	55	62	Maurice	15	126	Luxembourg	3	189
Népal	55	62	Qatar	15	126	Singapour	3	189
Iles Marshall	54	64	Roumanie	15	126	Suède	3	189
Turkménistan	50	65	Russie, Fédération de	15	126	Saint-Siège	–	–
						Nioué	–	–

TABLEAU 1 : INDICATEURS DE BASE

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2004	Population totale (milliers) 2007	Nombre annuel de naissances (milliers) 2007	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2007	RNB par habitant (€) 2007	Espérance de vie à la naissance (années) 2007	Taux d'alphabétisation des adultes 2000-2007*	Taux nets de scolarisation/fréquentation à l'école primaire (%) 2000-2007*	Part du revenu des ménages (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Afghanistan	2	260	257	168	165	60	27145	1314	338	250x	44	28	61	-	-
Afrique du Sud	60	64	59	49	46	17	48577	1092	64	5760	50	88	88	10	62
Albanie	126	46	15	37	13	9	3190	52	1	3290	76	99	94	21	40
Algérie	75	69	37	54	33	22	33858	704	26	3620	72	75	95	19	43
Allemagne	173	9	4	7	4	3	82599	678	3	38860	79	-	98	22	37
Andorre	189	6	3	5	3	2	75	0	0	d	-	-	83	-	-
Angola	16	258	158	150	116	54	17024	810	128	2560	42	67	58s	-	-
Antigua-et-Barbuda	140	-	11	-	10	8	85	0	0	11520	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	97	44	25	35	20	11	24735	618	15	15440	73	85	-	-	-
Argentine	125	29	16	25	15	10	39531	693	11	6050	75	98	99	11	55
Arménie	99	56	24	48	22	18	3002	37	1	2640	72	100	99s	21	43
Australie	160	9	6	8	5	3	20743	256	2	35960	81	-	96	18x	41x
Autriche	173	9	4	8	4	3	8361	77	0	42700	80	-	97	22	38
Azerbaïdjan	71	98	39	78	34	35	8467	134	5	2550	67	99	73s	19	45
Bahamas	134	29	13	22	12	5	331	6	0	15730x	73	-	88	-	-
Bahreïn	145	19	10	15	9	4	753	13	0	19350	76	89	98	-	-
Bangladesh	58	151	61	105	47	36	158665	3998	244	470	64	54	81s	21	43
Barbade	137	17	12	15	11	8	294	3	0	d	77	-	96	-	-
Bélarus	134	24	13	20	12	3	9689	91	1	4220	69	100	89	23	37
Belgique	166	10	5	9	4	2	10457	109	1	40710	79	-	97	22	41
Belize	97	43	25	35	22	17	288	7	0	3800	76	-	97	-	-
Bénin	25	184	123	111	78	36	9033	365	45	570	56	41	67s	19	45
Bhoutan	45	148	84	91	56	30	658	12	1	1770	66	56	70s	-	-
Bolivie	61	125	57	89	48	24	9525	263	15	1260	65	90	78s	7	63
Bosnie-Herzégovine	132	22	14	18	13	10	3935	34	0	3580	75	97	91s	19	43
Botswana	69	57	40	45	33	46	1882	47	2	5840	50	83	84	9x	65x
Brésil	107	58	22	49	20	13	191791	3706	82	5910	72	91	94	9	61
Brunei Darussalam	148	11	9	10	8	4	390	8	0	26930x	77	95	94	-	-
Bulgarie	137	18	12	15	10	7	7639	68	1	4590	73	98	92	22	38
Burkina Faso	7	206	191	112	104	32	14784	654	125	430	52	29	47	18	47
Burundi	10	189	180	113	108	41	8508	399	72	110	49	59	75	15	48
Cambodge	40	119	91	87	70	48	14444	382	35	540	59	76	90	17	50
Cameroun	18	139	148	85	87	30	18549	649	96	1050	50	68	84s	15	51
Canada	160	8	6	7	5	3	32876	340	2	39420	81	-	100	20	40
Cap-Vert	84	60	32	45	24	9	530	15	0	2430	72	84	88	-	-
Chili	148	21	9	18	8	5	16635	250	2	8350	79	97	-	11	60
Chine	107	45	22	36	19	18	1328630	17374	382	2360	73	93	99	13	52
Chypre	166	11	5	9	3	2	855	10	0	24940	79	98	99	-	-
Colombie	112	35	20	28	17	13	46156	876	18	3250	73	94	89	10	61
Comores	55	120	66	88	49	25	839	28	2	680	65	75	73	-	-
Congo	24	104	125	67	79	30	3768	133	17	1540	55	87	86s	-	-
Costa Rica	140	18	11	16	10	8	4468	80	1	5560	79	96	92	13	53
Côte d'Ivoire	22	151	127	104	89	64	19262	687	87	910	48	49	62s	14	51
Croatie	160	13	6	11	5	5	4555	41	0	10460	76	99	90	22	38
Cuba	156	13	7	11	5	4	11268	118	1	c	78	100	97	-	-
Danemark	173	9	4	7	4	3	5442	62	0	54910	78	-	96	23	36
Djibouti	22	175	127	116	84	45	833	24	3	1090	55	-	79s	-	-
Dominique	140	18	11	14	9	10	67	0	0	4250	-	-	77	-	-
Egypte	77	93	36	68	30	17	75498	1840	66	1580	71	72	96	22	42
El Salvador	99	60	24	47	21	12	6857	158	4	2850	72	86	94	10	56
Emirats arabes unis	151	15	8	13	7	4	4380	71	1	26210x	79	90	88	-	-
Equateur	107	57	22	43	20	13	13341	283	6	3080	75	93	97	11	58
Erythrée	50	147	70	88	46	21	4851	191	13	230	58	-	47	-	-
Espagne	173	9	4	7	4	2	44279	476	2	29450	81	97	100	19	42
Estonie	160	18	6	14	4	4	1335	14	0	13200	71	100	94	19	43
Etats-Unis	151	11	8	9	7	4	305826	4281	34	46040	78	-	92	16	46
Ethiopie	27	204	119	122	75	41	83099	3201	381	220	53	36	45s	22	39
Ex-République yougoslave de Macédoine	123	38	17	33	15	9	2038	22	0	3460	74	97	92	17	46
Fidji	117	22	18	19	16	10	839	18	0	3800	69	-	91	-	-
Finlande	173	7	4	6	3	2	5277	58	0	44400	79	-	97	24	37
France	173	9	4	7	4	2	61647	758	3	38500	81	-	99	20	40
Gabon	40	92	91	60	60	31	1331	34	3	6670	57	86	94s	-	-
Gambie	34	153	109	104	82	44	1709	60	7	320	59	-	62	14	53

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2004	Population totale (milliers) 2007	Nombre annuel de naissances (milliers) 2007	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2007	RNB par habitant (SEU) 2007	Espérance de vie à la naissance (années) 2007	Taux d'alphabétisation des adultes 2000-2007*	Taux nets de scolarisation/fréquentation à l'école primaire (%) 2000-2007*	Part du revenu des ménages (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Géorgie	88	47	30	41	27	25	4395	48	1	2120	71	-	95s	16	47
Ghana	30	120	115	76	73	43	23478	703	81	590	60	65	72	16	47
Grèce	173	11	4	9	4	3	11147	103	0	29630	79	97	100	19	42
Grenade	114	37	19	30	15	11	106	2	0	4670	69	-	84	-	-
Guatemala	71	82	39	60	29	19	13354	449	18	2440	70	73	94	12	54
Guinée	17	231	150	137	93	39	9370	377	57	400	56	30	51s	18	46
Guinée-Bissau	5	240	198	142	118	47	1695	84	17	200	46	65	54s	14x	53x
Guinée équatoriale	4	170	206	103	124	47	507	20	4	12860	51	87	61s	-	-
Guyana	59	88	60	64	45	22	738	13	1	1300	66	-	96s	-	-
Haïti	47	152	76	105	57	32	9598	270	21	560	61	62	50s	9	63
Honduras	99	58	24	45	20	17	7106	200	5	1600	70	83	79s	11	58
Hongrie	156	17	7	15	6	5	10030	93	1	11570	73	99	88	22	39
Iles Cook	117	32	18	26	16	10	13	0	0	-	-	-	74	-	-
Iles Marshall	64	92	54	63	49	24	59	0	0	3070	-	-	66	-	-
Iles Salomon	50	121	70	86	53	23	496	15	1	730	63	-	62	-	-
Inde	49	117	72	83	54	39	1169016	27119	1953	950	64	66	83s	19	45
Indonésie	86	91	31	60	25	17	231627	4386	136	1650	70	91	96	18	47
Iran, République islamique d'	83	72	33	54	29	19	71208	1441	48	3470	71	85	94	17	45
Iraq	66	53	44	42	36	63	28993	935	41	2170x	59	74	89	-	-
Irlande	173	9	4	8	4	4	4301	67	0	48140	79	-	95	20	42
Islande	189	7	3	5	2	1	301	4	0	54100	82	-	98	-	-
Israël	166	12	5	10	4	3	6928	137	1	21900	81	-	97	16	45
Italie	173	10	4	8	3	3	58877	539	2	33540	81	99	99	19	42
Jamahiriya arabe libyenne	117	41	18	35	17	11	6160	145	3	9010	74	87	-	-	-
Jamaïque	86	33	31	28	26	10	2714	55	2	3710	72	86	97s	15	52
Japon	173	6	4	5	3	1	127967	1070	4	37670	83	-	100	25x	36x
Jordanie	99	40	24	33	21	16	5924	154	4	2850	72	93	90	18	46
Kazakhstan	84	60	32	51	28	32	15422	297	10	5060	67	100	98s	19	42
Kenya	26	97	121	64	80	34	37538	1479	179	680	53	74	76	16	49
Kirghizistan	73	74	38	62	34	30	5317	115	4	590	66	99	92s	22	39
Kiribati	57	88	63	65	46	25	95	0	0	1170	-	-	97	-	-
Koweït	140	15	11	13	9	7	2851	51	1	31640	78	94	84	-	-
Lesotho	45	102	84	81	68	52	2008	59	5	1000	42	82	85s	6	67
Lettonie	148	17	9	13	7	6	2277	21	0	9930	73	100	90	19	43
Liban	91	37	29	32	26	19	4099	74	2	5770	72	-	82	-	-
Libéria	20	205	133	138	93	66	3750	189	25	150	45	56	40	-	-
Liechtenstein	189	10	3	9	2	-	35	0	0	d	-	-	88	-	-
Lituanie	151	16	8	12	7	5	3390	30	0	9920	73	100	89	19	43
Luxembourg	189	9	3	8	2	3	467	5	0	75880	79	-	97	-	-
Madagascar	32	168	112	103	70	41	19683	722	81	320	59	71	76s	13	54
Malaisie	140	22	11	16	10	5	26572	555	6	6540	74	92	100	13	54
Malawi	33	209	111	124	71	26	13925	573	64	250	48	72	91	18	47
Maldives	88	111	30	79	26	24	306	7	0	3200	68	97	97	-	-
Mali	6	250	196	148	117	54	12337	595	117	500	54	23	61	16	47
Malte	166	11	5	10	4	3	407	4	0	15310	79	92	91	-	-
Maroc	81	89	34	69	32	24	31224	641	22	2250	71	56	88	17	47
Maurice	126	24	15	21	13	9	1262	19	0	5450	73	87	95	-	-
Mauritanie	27	130	119	81	75	40	3124	102	12	840	64	56	57s	17	46
Mexique	78	52	35	42	29	11	106535	2088	73	8340	76	92	98	13	55
Micronésie, Etats fédérés de	69	58	40	45	33	11	111	3	0	2470	68	-	92	-	-
Moldova	117	37	18	30	16	12	3794	43	1	1260	69	99	88	20	41
Monaco	173	9	4	7	3	2	33	0	0	d	-	-	-	-	-
Mongolie	67	98	43	71	35	18	2629	49	2	1290	67	97	97s	20	41
Monténégro	145	16	10	14	9	9	598	8	0	5180	74	-	97s	-	-
Mozambique	14	201	168	135	115	35	21397	855	144	320	42	44	60s	15	54
Myanmar	36	130	103	91	74	49	48798	891	92	220x	62	90	84s	-	-
Namibie	53	87	68	57	47	20	2074	53	4	3360	52	88	91s	4x	79x
Nauru	88	-	30	-	25	14	10	0	0	-	-	-	60	-	-
Népal	62	142	55	99	43	32	28196	796	44	340	64	57	84s	15	55
Nicaragua	78	68	35	52	28	16	5603	140	5	980	73	81	90	15	49
Niger	11	304	176	143	83	41	14226	701	123	280	57	30	38s	10	53
Nigéria	8	230	189	120	97	47	148093	5959	1126	930	47	72	63	15	49
Nioué	-	-	-	-	-	16	2	0	-	-	-	-	90	-	-

TABLEAU 1 : INDICATEURS DE BASE

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2004	Population totale (milliers) 2007	Nombre annuel de naissances (milliers) 2007	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2007	RNB par habitant (€) 2007	Espérance de vie à la naissance (années) 2007	Taux d'alphabétisation des adultes 2000-2007*	Taux nets de scolarisation/fréquentation à l'école primaire (%) 2000-2007*	Part du revenu des ménages (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Norvège	173	9	4	7	3	2	4698	56	0	76450	80	–	98	24	37
Nouvelle-Zélande	160	11	6	9	5	3	4179	57	0	28780	80	–	99	18	44
Oman	137	32	12	25	11	5	2595	58	1	11120	76	84	74	–	–
Ouganda	21	175	130	106	82	30	30884	1445	188	340	51	74	82s	15	53
Ouzbékistan	68	74	41	61	36	26	27372	623	26	730	67	97	100s	19	45
Pakistan	43	132	90	102	73	53	163902	4446	400	870	65	55	56s	22	41
Palaos	145	21	10	18	9	13	20	0	0	8210	–	–	96	–	–
Panama	104	34	23	27	18	11	3343	70	2	5510	75	93	99	9	60
Papouasie-Nouvelle-Guinée	56	94	65	69	50	32	6331	190	12	850	57	58	–	12	57
Paraguay	91	41	29	34	24	12	6127	153	4	1670	72	94	94	9	62
Pays-Bas	166	8	5	7	4	3	16419	184	1	45820	80	–	98	21	39
Pérou	112	78	20	58	17	11	27903	584	12	3450	71	91	96	11	57
Philippines	94	62	28	43	23	15	87960	2295	64	1620	72	93	91	15	51
Pologne	156	17	7	15	6	5	38082	360	3	9840	76	99	96	19	43
Portugal	173	15	4	11	3	3	10623	112	0	18950	78	95	98	17	46
Qatar	126	26	15	20	12	4	841	14	0	12000x	76	90	94	–	–
Rép. démocratique populaire lao	50	163	70	120	56	30	5859	157	11	580	64	73	84	20	43
République centrafricaine	12	171	172	113	113	52	4343	158	27	380	44	49	59s	7x	65x
République de Corée	166	9	5	8	4	4	48224	448	2	19690	79	–	98	22	38
République démocratique du Congo	15	200	161	127	108	47	62636	3118	502	140	46	67	52s	–	–
République dominicaine	73	66	38	53	31	18	9760	231	9	3550	72	89	78	12	55
République populaire démocratique de Corée	62	55	55	42	42	22	23790	317	17	a	67	–	–	–	–
République tchèque	173	12	4	10	3	2	10186	93	0	14450	76	–	93	25	36
République-Unie de Tanzanie	29	157	116	96	73	35	40454	1600	186	400	52	72	73s	19	42
Roumanie	126	32	15	25	13	10	21438	211	3	6150	72	98	93	21	40
Royaume-Uni	160	9	6	8	5	3	60769	722	4	42740	79	–	98	18	44
Russie, Fédération de	126	27	15	23	13	7	142499	1515	23	7560	65	100	91	17	47
Rwanda	9	195	181	117	109	48	9725	435	79	320	46	65	86s	14	53
Saint-Kitts-et-Nevis	117	36	18	30	16	11	50	1	0	9630	–	–	71	–	–
Saint-Marin	173	13	4	12	4	2	31	0	0	45130	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	114	22	19	18	17	13	120	2	0	4210	71	–	90	–	–
Sainte-Lucie	117	21	18	16	14	11	165	3	0	5530	74	–	98	–	–
Samoa	95	50	27	40	22	14	187	5	0	2430	71	99	90	–	–
Sao Tomé-et-Principe	38	101	99	65	64	38	158	5	0	870	65	88	98	–	–
Sénégal	31	149	114	72	59	35	12379	439	50	820	63	43	58s	17	48
Serbie	151	–	8	–	7	9	9858	127	1	4730	74	–	95	21	38
Seychelles	134	19	13	17	12	7	87	3	0	8960	–	92	99	–	–
Sierra Leone	1	290	262	169	155	56	5866	268	70	260	42	38	69s	17	47
Singapour	189	8	3	6	2	1	4436	37	0	32470	80	94	–	14	49
Slovaquie	151	15	8	13	7	4	5390	53	0	11730	75	–	92	24	35
Slovénie	173	11	4	9	3	2	2002	18	0	20960	78	100	95	21	40
Somalie	19	203	142	121	88	49	8699	377	54	140x	48	–	22s	–	–
Soudan	34	125	109	79	69	27	38560	1230	134	960	58	61	54s	–	–
Sri Lanka	110	32	21	26	17	8	19299	292	6	1540	72	92	98	18	48
Suède	189	7	3	6	3	2	9119	102	0	46060	81	–	95	23	37
Suisse	166	8	5	7	4	3	7484	69	0	59880	82	–	89	20	41
Suriname	91	51	29	41	27	17	458	9	0	4730	70	90	96	–	–
Swaziland	40	96	91	70	66	40	1141	33	3	2580	40	80	84s	13	56
Syrie, République arabe de	123	37	17	30	15	7	19929	535	9	1760	74	83	95	–	–
Tadjikistan	54	117	67	91	57	38	6736	186	12	460	67	100	89s	20	42
Tchad	3	201	209	120	124	42	10781	492	103	540	51	26	36s	–	–
Territoire palestinien occupé	95	38	27	33	24	–	4017	145	4	1230	73	93	76	–	–
Thaïlande	156	31	7	26	6	9	63884	932	7	3400	70	94	94	16	49
Timor-Leste	39	184	97	138	77	29	1155	48	5	1510	61	–	75s	–	–
Togo	37	150	100	89	65	39	6585	245	25	360	58	53	80	–	–
Tonga	104	32	23	26	19	12	100	3	0	2320	73	99	96	–	–
Trinité-et-Tobago	78	34	35	30	31	10	1333	20	1	14100	70	99	98s	17x	45x
Tunisie	110	52	21	41	18	13	10327	173	4	3200	74	78	96	16	47
Turkménistan	65	99	50	81	45	37	4965	109	5	b	63	100	99s	16	48
Turquie	104	82	23	67	21	16	74877	1381	32	8020	72	89	91	15	50

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2004	Population totale (milliers) 2007	Nombre annuel de naissances (milliers) 2007	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2007	RNB par habitant (SEU) 2007	Espérance de vie à la naissance (années) 2007	Taux d'alphabétisation des adultes 2000-2007*	Taux nets de scolarisation/fréquentation à l'école primaire (%) 2000-2007*	Part du revenu des ménages (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Tuvalu	75	53	37	42	30	21	11	0	0	—	—	—	100	—	—
Ukraine	99	25	24	22	20	7	46205	419	10	2550	68	100	97s	23	37
Uruguay	132	25	14	21	12	7	3340	51	1	6380	76	98	100	14	51
Vanuatu	81	62	34	48	28	18	226	7	0	1840	70	78	87	—	—
Venezuela, République bolivarienne du	114	32	19	27	17	11	27657	597	11	7320	74	93	91	12	52
Viet Nam	126	56	15	40	13	12	87375	1653	25	790	74	90x	95	18	45
Yémen	48	127	73	90	55	41	22389	860	63	870	62	59	75	19	45
Zambie	13	163	170	99	103	40	11922	473	80	800	42	68x	57s	12	55
Zimbabwe	43	95	90	62	59	36	13349	373	34	340	43	91	88	13	56

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	186	148	109	89	40	767218	30323	4480	965	50	62	64	13	54
Afrique de l'Est et australe	165	123	101	80	36	378926	14268	1761	1245	50	65	68	12	58
Afrique de l'Ouest et centrale	206	169	116	97	45	388292	16056	2719	698	50	60	60	16	48
Asie du Sud	125	78	89	59	41	1567187	37986	2985	889	64	63	80	19	46
Asie de l'Est et Pacifique	56	27	42	22	18	1984273	29773	799	2742	72	93	97	16	46
Amérique latine et Caraïbes	55	26	44	22	13	566646	11381	302	5628	73	91	93	11	56
ECO/CEI	53	25	44	22	15	405992	5560	138	5686	68	97	93	20	42
Moyen-Orient et Afrique du Nord	79	46	58	36	25	389176	9726	445	3666	69	75	86	18	45
Pays industrialisés [§]	10	6	8	5	3	974913	11021	66	38579	79	—	96	20	40
Pays en développement [§]	103	74	71	51	31	5432837	122266	9109	2405	67	79	83	15	50
Pays les moins avancés [§]	179	130	112	84	40	804450	29076	3775	491	55	57	65	15	50
Total mondial	93	68	64	47	28	6655406	135770	9216	7952	68	81	85	19	42

[§] Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

Taux de mortalité des moins de 5 ans – Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquantième anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité infantile – Probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité néonatale – Probabilité de décéder au cours des 28 premiers jours de la vie, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

RNB par habitant – Le revenu national brut (RNB) est la somme de la valeur ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (subventions en moins) non incluses dans l'évaluation des produits ainsi que des recettes nettes des revenus primaires provenant du reste du monde (rémunérations des employés et revenus de la propriété). Le RNB par habitant correspond au revenu national brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La conversion du RNB par habitant en dollars des E.-U. s'effectue selon la méthode utilisée pour l'Atlas de la Banque mondiale.

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait un enfant nouveau-né s'il était exposé aux risques de mortalité qui prévalent dans son groupe de population au moment de sa naissance.

Taux d'alphabétisation des adultes – Nombre de personnes alphabétisées de 15 ans et plus, exprimé en pourcentage de la population de cette catégorie d'âge.

Taux nets de scolarisation/de fréquentation à l'école primaire – Nombre d'enfants scolarisés dans le primaire, inscrits ou fréquentant l'école primaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants en âge d'aller à l'école primaire. L'indicateur est soit le taux net de scolarisation dans le primaire, soit le taux net de fréquentation dans le primaire. En général, si les deux indicateurs sont disponibles, on préfère le taux net de scolarisation à moins que l'on n'estime que les données concernant la fréquentation de l'école primaire sont de meilleure qualité. Les définitions du taux net de scolarisation à l'école primaire et du taux net de fréquentation de l'école primaire sont données au Tableau 5, p. 134.

Répartition du revenu – Pourcentage du revenu dont disposent les 20 % des ménages les plus riches et les 40 % des ménages les plus pauvres.

SOURCES PRINCIPALES

Taux de mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans – UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population des Nations Unies et Division de la statistique des Nations Unies.

Taux de mortalité néonatale – Organisation mondiale de la Santé à partir de systèmes d'enregistrement de l'état civil et d'enquêtes auprès des ménages.

Population totale – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Natalité – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Décès des moins de 5 ans – UNICEF.

RNB par habitant – Banque mondiale.

Espérance de vie – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Alphabétisation des adultes – Institut de la statistique de l'UNESCO (ISU), notamment l'Évaluation de l'éducation pour tous de 2000.

Scolarisation/fréquentation de l'école, cycle primaire – ISU, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

Revenu des ménages – Banque mondiale.

NOTES a : revenus peu élevés (\$935 or less).

b : revenus moyens-inférieurs (de 936 à 3 705 dollars).

c : revenus moyens-supérieurs (de 3 706 à 11 455 dollars).

d : revenus élevés (11 456 dollars ou plus).

– données non disponibles.

x données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

s données des enquêtes nationales sur les ménages.

* données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 2 : NUTRITION

Pays et territoires	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 2000-2007*	% d'enfants nourris au sein (2000-2007*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2007)* souffrant					Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2007		% de ménages consommant du sel iodé 2000-2007*	
		exclusive-ment (<6 mois)	plus aliments de sevrage (6-9 mois)	encore allaités (20-23 mois)	Insuffisance pondérale [†] (OMS pop. de réf.)		Insuffisance pondérale [†] (NCHS/OMS)		Émaciation [‡] (NCHS/OMS)	Retard de croissance [‡] (NCHS/OMS)	Au moins une dose [§] (%)		couverture totale [§] (%)
					modérée et grave	modérée et grave	grave	modérée et grave					
Afghanistan	—	—	29	54	33y	39y	12y	7y	54y	94	92	28	
Afrique du Sud	15x	7	46	—	10x	12x	2x	3x	25x	—	—	62x	
Albanie	7	40	69	22	6	8	1	7	22	—	—	60	
Algérie	6	7	39	22	3	4	1	3	11	—	—	61	
Allemagne	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Andorre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Angola	12	11	77	37	26	31	8	6	45	36	36	35	
Antigua-et-Barbuda	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Arabie saoudite	11x	31x	60x	30x	—	14x	3x	11x	20x	—	—	—	
Argentine	7	—	—	28	2y	4y	—	1y	4y	—	—	90x	
Arménie	8	33	57	15	4	4	0	5	13	—	—	97	
Australie	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Autriche	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Azerbaïdjan	12	12	44	16	8	10	2	5	21	95	95w	54	
Bahamas	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Bahreïn	8x	34x	65x	41x	—	9x	2x	5x	10x	—	—	—	
Bangladesh	22	37	52	89	41	46	—	16	36	95	94	84	
Barbade	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Bélarus	4	9	38	4	1	1	0	1	3	—	—	55	
Belgique	8x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Belize	8	10	—	27	—	6	1	1	18	—	—	90x	
Bénin	15	43	72	57	18	23	5	7	38	73	73	55	
Bhoutan	15x	—	—	—	14x	19x	3x	3x	40x	48	48	96	
Bolivie	7	54	74	46	5	8	1	1	27	—	—	90	
Bosnie-Herzégovine	5	18	29	10	1	2	0	3	7	—	—	62	
Botswana	10	34	57	11	11	13	2	5	23	—	—	66	
Brésil	8	—	30x	17x	4	5	—	—	—	—	—	88	
Brunéi Darussalam	10x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Bulgarie	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	
Burkina Faso	16	7	50	85	32	37	14	23	35	95	73	34	
Burundi	11	45	88	—	35	39	14	7	53	83	83	98	
Cambodge	14	60	82	54	28	36	7	7	37	76	76	73	
Cameroun	11	21	64	21	16	19	5	6	30	—	—	49	
Canada	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Cap-Vert	13x	57x	64x	13x	—	—	—	—	—	—	—	0x	
Chili	6	85k	—	—	—	1y	—	0y	1y	—	—	100x	
Chine	2	51	32	15	6	7	—	—	11	—	—	94	
Chypre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Colombie	9	47	65	32	5y	7y	1y	1y	12y	—	—	92x	
Comores	25	21	34	45	—	25	—	8	44	93	0	82	
Congo	13	19	78	21	11	14	3	7	26	95	79	82	
Costa Rica	7	35x	47x	12x	—	5x	0x	2x	6x	—	—	92x	
Côte d'Ivoire	17	4	54	37	16	20	4	7	34	63	4	84	
Croatie	5	23x	—	—	—	1x	—	1x	1x	—	—	90x	
Cuba	5	26	47	16	—	4	0	2	5	—	—	88	
Danemark	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Djibouti	10	1	23	18	24	29	10	21	33	95	94	0	
Dominique	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Egypte	14	38	67	37	5	6	1	4	18	87	87w	78	
El Salvador	7	24	76	43	6y	10y	1y	1y	19y	20	13	62	
Emirats arabes unis	15x	34x	52x	29x	—	14x	3x	15x	17x	—	—	—	
Equateur	16x	40	77	23	6	9	1	2	23	—	—	99x	
Erythrée	14	52	43	62	35	40	12	13	38	51	50	68	
Espagne	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Estonie	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Etats-Unis	8	—	—	—	1y	2y	0y	0y	1y	—	—	—	
Ethiopie	20	49	54	—	33	38	11	11	47	88	86	20	
Ex-République yougoslave de Macédoine	6	37x	8x	10x	2	2	0	2	9	—	—	94	
Fidji	10x	47x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31x	
Finlande	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
France	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 2000-2007*	% d'enfants nourris au sein (2000-2007*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2007)* souffrant						Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2007		% de ménages consommant du sel iodé 2000-2007*
		exclusivement (<6 mois)	plus aliments de sevrage (6-9 mois)	encore allaités (20-23 mois)	Insuffisance pondérale [†] (OMS pop. de réf.)	Insuffisance pondérale [†] (NCHS/OMS)		Émaciation [‡] (NCHS/OMS)	Retard de croissance [‡] (NCHS/OMS)	Au moins une dose [§] (%)	couverture totale ^Δ (%)		
						modérée et grave	modérée et grave					grave	
Gabon	14	6	62	9	8	12	2	3	21	90	0	36	
Gambie	20	41	44	53	16	20	4	6	22	93	82	7	
Géorgie	5	11	35	20	2	2	0	2	10	-	-	87	
Ghana	9	54	58	56	13	18	3	5	22	95	77	32	
Grèce	8x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Grenade	9	39x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	12	51	67	47	18y	23y	4y	2y	49y	33	29	40	
Guinée	12	27	41	71	22	26	7	9	35	95	94	51	
Guinée-Bissau	24	16	35	61	15	19	4	7	41	66	64	1	
Guinée équatoriale	13	24	-	-	-	19	4	7	39	-	-	33	
Guyana	13	11	42	31	10	12	2	8	14	-	-	-	
Haïti	25	41	87	35	18	22	6	9	24	-	-	3	
Honduras	10	30	69	48	8	11	1	1	25	-	-	80x	
Hongrie	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iles Cook	3	19x	-	-	-	10x	-	-	-	-	-	-	
Iles Marshall	12x	63x	-	-	-	-	-	-	-	39	39	-	
Iles Salomon	13x	65	-	-	16x	21x	-	-	-	-	-	-	
Inde	28	46	57	77	43	46	-	19	38	53	33	51	
Indonésie	9	40	75	59	23	28	9	-	-	87	87	73	
Iran, République islamique d'	7x	23	68	58	-	11x	2x	5x	15x	-	-	99	
Iraq	15	25	51	36	6	8	1	5	21	-	-	28	
Irlande	6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islande	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Israël	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Italie	6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamahiriya arabe libyenne	7x	-	-	23x	4x	5x	1x	3x	15x	-	-	90x	
Jamaïque	12	15	36	24	3	4	-	4	3	-	-	100x	
Japon	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jordanie	12	22	66	11	-	4	1	2	9	-	-	88	
Kazakhstan	6	17	39	16	4	4	1	4	13	-	-	92	
Kenya	10	13	84	57	16	20	4	6	30	22	15	91	
Kirghizistan	5	32	49	26	2	3	0	4	14	95	95	76	
Kiribati	5x	80x	-	-	-	13x	-	-	-	-	-	-	
Koweït	7x	12x	26x	9x	-	10x	3x	11x	24x	-	-	-	
Lesotho	13	36	79	60	-	20	4	4	38	85	38	91	
Lettonie	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liban	6	27	35	11	-	4	-	5	11	-	-	92	
Libéria	-	35	70	45	23	26	8	6	39	85	85	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituanie	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Luxembourg	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Madagascar	17	67	78	64	36	42	11	13	48	95	95	75	
Malaisie	9	29x	-	12x	-	8	1	-	-	-	-	-	
Malawi	14	57	89	72	15	21	4	4	46	90	90	50	
Maldives	22	10	85	-	-	30	7	13	25	62	62	44	
Mali	19	38	30	56	27	32	10	13	34	95	89	79	
Malte	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Maroc	15	31	66	15	9	10	2	9	18	-	-	21	
Maurice	14	21	-	-	-	15x	2x	14x	10x	-	-	0x	
Mauritanie	-	20	78	57	-	32	10	13	35	95	89	2	
Mexique	8	38x	36x	21x	3	5	-	2	13	-	-	91	
Micronésie, Etats fédérés de	18	60x	-	-	-	15x	-	-	-	-	-	-	
Moldova	6	46	18	2	-	4	1	4	8	-	-	60	
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolie	6	57	57	65	5	6	1	2	21	95	94	83	
Monténégro	4	19	35	13	2	3	1	3	5	-	-	71	
Mozambique	15	30	80	65	20	24	6	4	41	48	42	54	
Myanmar	15	15	66	67	-	32	7	9	32	94	93	60	
Namibie	14	24	72	28	-	24	5	9	24	-	-	63	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Népal	21	53	75	95	39	45	10	12	43	95	95	63	
Nicaragua	12	31	83	43	-	7	1	1	17	95	-	97	
Niger	27	9	73	-	39	44	15	10	50	95	95	46	

TABLEAU 2 : NUTRITION

	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 2000-2007*	% d'enfants nourris au sein (2000-2007*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2007)* souffrant					Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2007		% de ménages consommant du sel iodé 2000-2007*
		exclusivité (<6 mois)	plus aliments de sevrage (6-9 mois)	encore allaités (20-23 mois)	Insuffisance pondérale [†] (OMS pop. de réf.)	Insuffisance pondérale [†] (NCHS/OMS)		Émaciation [‡] (NCHS/OMS)	Retard de croissance [‡] (NCHS/OMS)	Au moins une dose [§] (%)	couverture totale ^Δ (%)	
						modérée et grave	modérée et grave					
Nigéria	14	17	64	34	24	29	9	9	38	77	55	97
Nioué	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83x
Oman	9	-	91	73	13x	18x	1x	7x	10x	-	-	61x
Ouganda	14	60	80	54	16	20	5	5	32	64	-	96
Ouzbékistan	5	26	45	38	4	5	1	3	15	84	84	53
Pakistan	19x	37	36	55	31	38	13	13	37	95	95	17
Palaos	9x	59x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	10	25x	38x	21x	6x	8x	1x	1x	18x	-	-	95x
Papouasie-Nouvelle-Guinée	11x	59x	74x	66x	-	-	-	-	-	7	7	-
Paraguay	9	22	60	-	3	4	-	1	14	-	-	94
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	10	63	82	47	6	5	1	1	30	-	-	91
Philippines	20	34	58	32	21	28	-	6	30	83	83	45
Pologne	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	10x	12x	48x	21x	-	6x	-	2x	8x	-	-	-
Rép. démocratique populaire lao	14	23	10	47	31	37	9	7	40	83	69	75
République centrafricaine	13	23	55	47	24	29	8	10	38	78	78	62
République de Corée	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	12	36	82	64	28	31	9	13	38	79	79	72
République dominicaine	11	4	36	15	-	5	1	1	7	-	-	19
République populaire démocratique de Corée	7	65	31	37	18y	23y	8y	7y	37y	95	95	40
République tchèque	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	10	41	91	55	17	22	4	3	38	93	93	43
Roumanie	8	16	41	-	4	3	0	2	10	-	-	74
Royaume-Uni	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Russie, Fédération de	6	-	-	-	-	3x	1x	4x	13x	-	-	35
Rwanda	6	88	69	77	18	23	4	4	45	89	76	88
Saint-Kitts-et-Nevis	9	56x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	4x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	8	60	60	18	7	9	1	8	23	55	48	37
Sénégal	19	34	61	42	14	17	3	8	16	94	94	41
Serbie	5	15	39	8	1	2	0	3	6	-	-	73
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	24	8	52	57	25	30	8	9	40	95	86	45
Singapour	8	-	-	-	3	3	0	2	2	-	-	-
Slovaquie	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	-	9	15	35	32	36	12	11	38	89	4	1
Soudan	31x	16	47	40	-	41	15	16	43	90	90	1
Sri Lanka	22	53	-	73	23y	29y	-	14y	14y	-	-	94
Suède	4x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	13	9	25	11	7	10	1	5	8	-	-	-
Swaziland	9	32	77	31	5	7	-	2	24	-	-	80
Syrie, République arabe de	9	29	37	16	9	10	2	9	22	-	-	79
Tadjikistan	10	25	15	34	14	17	4	7	27	92	92	46
Tchad	22	2	77	65	-	37	14	14	41	54	54	56
Territoire palestinien occupé	7	27	-	-	-	3	0	1	10	-	-	86
Thaïlande	9	5	43	19	7	9	0	4	12	-	-	47
Timor-Leste	12	31	82	35	-	49	15	25	54	57	50	60
Togo	12	28	35	44	22	26	7	14	24	95	64	25
Tonga	3	62x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 2000-2007*	% d'enfants nourris au sein (2000-2007*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2007)* souffrant					Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2007		% de ménages consommant du sel iodé 2000-2007*
		exclusivement (<6 mois)	plus aliments de sevrage (6-9 mois)	encore allaités (20-23 mois)	Insuffisance pondérale [†] (OMS pop. de réf.)	Insuffisance pondérale [†] (NCHS/OMS)		Émaciation [‡] (NCHS/OMS)	Retard de croissance [‡] (NCHS/OMS)	Au moins une dose [§] (%)	couverture totale ^Δ (%)	
						modérée et grave	modérée et grave					
Trinité-et-Tobago	19	13	43	22	—	6	1	4	4	—	—	28
Tunisie	7	47	—	22	—	4	1	2	12	—	—	97
Turkménistan	4	11	54	37	8	11	2	6	15	—	—	87
Turquie	16x	21	38	24	—	4	1	1	12	—	—	64
Tuvalu	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ukraine	4	6	49	11	—	1y	0y	0y	3y	—	—	18
Uruguay	8	54	32	31	—	5	1	2	11	—	—	—
Vanuatu	6	50x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela, République bolivarienne du	9	7x	50x	31x	—	5	—	4	12	—	—	90x
Viet Nam	7	17	70	23	—	20	5	8	36	95	95w	93
Yémen	32x	—	—	—	42	46	15	12	53	47	47w	30
Zambie	12	61	93	42	15	19	3	5	39	95	95	77
Zimbabwe	11	22	79	—	12	17	3	6	29	83	83	91

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	15	31	68	51	24	28	8	9	38	77	67	64
Afrique de l'Est et australe	14	40	71	56	23	28	7	7	40	73	68	56
Afrique de l'Ouest et centrale	15	23	65	47	24	28	9	10	36	81	67	72
Asie du Sud	27	44	53	75	41	45	—	18	38	50	50	51
Asie de l'Est et Pacifique	6	43	45	27	11	14	—	—	16	86	86**	86
Amérique latine et Caraïbes	9	—	—	—	5	6	—	2	16	—	—	83
ECO/CEI	6	20	41	23	—	5	1	2	12	—	—	50
Moyen-Orient et Afrique du Nord	12	26	57	36	11	17	5	8	26	—	—	60
Pays industrialisés [§]	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pays en développement [§]	15	39	55	51	24	26	—	11	30	72	62**	70
Pays les moins avancés [§]	17	37	64	64	30	34	9	11	40	84	82	55
Total mondial	14	38	55	50	23	25	—	11	28	72	62**	68

[§] Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

Insuffisance pondérale à la naissance – Pourcentage de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance.

Insuffisance pondérale (OMS pop. de réf.) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant, publiées en 2006.

Insuffisance pondérale (NCHS/OMS) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge de la population de référence du National Center for Health Statistics (NCHS)/OMS; grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de trois écarts types au poids médian pour leur âge de la population de référence du NCHS/OMS.

Émaciation (NCHS/OMS) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types au poids pour la taille médian de la population de référence du NCHS/OMS.

Retard de croissance (NCHS/OMS) – Modéré et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure deux écarts types à la taille pour l'âge médiane de la population de référence du NCHS/OMS.

Vitamine A – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu une supplémentation en vitamine A en 2007.

Consommation de sel iodé – Pourcentage de foyers consommant une quantité adéquate de sel iodé (15 parties par millions ou plus).

SOURCES PRINCIPALES

Insuffisance pondérale à la naissance – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales auprès des ménages, données obtenues à partir des rapports établis régulièrement, UNICEF et OMS.

Allaitement maternel – DEDS, MICS, autres enquêtes nationales auprès des ménages et UNICEF.

Insuffisance pondérale, émaciation, retard de croissance – EDS, MICS, autres enquêtes nationales auprès des ménages, OMS et UNICEF.

Vitamine A – UNICEF.

Iodation du sel – EDS, MICS, autres enquêtes nationales auprès des ménages, et UNICEF.

NOTES

- données non disponibles.
- x données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- y données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- k données se rapportant à l'allaitement exclusif au sein pendant moins de quatre mois.
- w indique les pays ayant des programmes nationaux de supplémentation en vitamine A qui ciblent une catégorie d'âge réduite. Le chiffre de couverture est présenté comme ciblé.
- † Dans le rapport de cette année, les statistiques « insuffisance pondérale » appliquent les mêmes indicateurs à deux populations de référence différentes. Cette différence explique que les données présentées ici ne sont pas exactement comparables entre elles ou avec les éditions précédentes du rapport. Les Normes de croissance de l'enfant, fixées par l'OMS, remplacent progressivement la population de référence NCHS/OMS, jusqu'alors très utilisée. Pour plus d'informations sur cette transition, veuillez lire la « Note générale sur les données », en page 114.
- ‡ Les données sur l'« émaciation » et le « retard de croissance » portent sur les mêmes populations de référence et sont donc comparables entre elles et avec les données publiées dans les éditions précédentes de ce rapport.
- ‡ Indique le pourcentage d'enfants qui ont reçu au moins une dose en 2007 (le point de couverture le plus récent au moment de l'enquête).
- Δ Le pourcentage d'enfants qui ont reçu deux doses en 2007 est présenté comme le pourcentage le plus bas de deux points de couverture. « 0 » (zéro) signifie qu'une dose seulement a été donnée en 2007.
- * données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exception de la Chine.

TABLEAU 3 : SANTÉ

Pays et territoires	% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées 2006		% de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées 2006		% de vaccins PEV réguliers financés par l'Etat 2007	Vaccination 2007							% de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié	% d'enfants de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et recevant des antibiotiques	% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu 2000-2007*	Paludisme 2003-2007*					
	totale	urbaine	rurale	totale		urbaine	rurale	totale	Enfants d'un an vaccinés contre :							% de nouveaux protégés contre le tétanos ²	2000-2007*	% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire	% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	% de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments antipaludiques	
							Vaccins correspondants														
							BCG	DTC1 ¹	DTC3 ¹	polio3	rougeole	HepB3	Hib3								
Afghanistan	22	37	17	30	45	25	0	77	93	83	83	70	83	-	73	28	-	48	-	-	-
Afrique du Sud	93	100	82	59	66	49	100	99	99	97	97	83	97	97	72	75x	-	37x	-	-	-
Albanie	97	97	97	97	98	97	100	98	98	98	99	97	98	-	87	45	38	50	-	-	-
Algérie	85	87	81	94	98	87	100	99	98	95	95	92	90	-	70	53	59	24	-	-	-
Allemagne	100	100	100	100	100	100	-	-	98	97	97	94	87	94	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	100	100	100	100	100	100	-	-	98	96	96	94	91	95	-	-	-	-	-	-	-
Angola	51	62	39	50	79	16	18	88	99	83	83	88	83	83	81	58	-	32	21	18	29
Antigua-et-Barbuda	-	95	-	-	98	-	-	-	99	99	98	99	97	99	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	97	-	-	100	-	100	96	97	96	96	96	96	96	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	96	98	80	91	92	83	-	99	94	96	94	99	92	96	-	-	-	-	-	-	-
Arménie	98	99	96	91	96	81	33	94	96	88	90	92	85	-	-	36	11	59	-	-	-
Australie	100	100	100	100	100	100	88	-	97	92	92	94	94	94	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	100	100	100	100	100	100	-	-	95	85	85	79	85	85	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	78	95	59	80	90	70	72	98	97	95	97	97	97	-	-	36	-	45	12x	1x	1x
Bahamas	-	98	-	100	100	100	100	-	99	95	95	96	93	95	93	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	100	-	-	100	-	100	-	97	97	97	99	97	97	66	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	80	85	78	36	48	32	60	97	97	90	96	88	90	-	91	30	22	49	-	-	-
Barbade	100	100	100	99	99	100	-	-	93	93	93	75	93	93	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	100	100	99	93	91	97	100	98	99	95	90	99	91	-	-	90	67	54	-	-	-
Belgique	-	100	-	-	-	-	-	-	99	99	99	92	94	98	-	-	-	-	-	-	-
Belize	-	100	-	-	-	-	100	99	98	96	97	96	96	96	85	71	44	-	-	-	-
Bénin	65	78	57	30	59	11	11	88	84	67	64	61	67	67	93	36	-	42	47	20	54
Bhoutan	81	98	79	52	71	50	0	94	92	95	93	95	95	-	86	-	-	-	-	-	-
Bolivie	86	96	69	43	54	22	100	93	94	81	79	81	81	81	71	52	-	54	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	99	100	98	95	99	92	95	98	96	95	95	96	94	95	-	91	73	53	-	-	-
Botswana	96	100	90	47	60	30	100	99	98	97	97	90	85	-	78	14	-	7	-	-	-
Brésil	91	97	58	77	84	37	-	99	98	98	99	99	95	98	93	46x	15x	28x	-	-	-
Brunéi Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	96	99	99	99	97	99	99	65	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	99	100	97	99	100	96	100	98	96	95	95	96	95	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	72	97	66	13	41	6	23	99	99	99	99	94	99	99	80	39	15	42	18	10	48
Burundi	71	84	70	41	44	41	-	84	86	74	64	75	74	74	78	38	26	23	13	8	30
Cambodge	65	80	61	28	62	19	17	90	87	82	82	79	82	-	87	48	-	50	88	4	0
Cameroun	70	88	47	51	58	42	40	81	90	82	81	74	82	-	81	35	38	22	27	13	58
Canada	100	100	99	100	100	99	-	-	97	94	90	94	14	94	-	-	-	-	-	-	-
Cap-Vert	-	-	-	-	-	-	90	86	83	81	81	74	79	-	77	51	-	-	-	-	-
Chili	95	98	72	94	97	74	-	98	95	94	94	91	94	94	-	-	-	-	-	-	-
Chine	88	98	81	65	74	59	-	94	94	93	94	94	92	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	100	100	100	100	100	100	36	-	99	97	97	87	93	90	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	93	99	77	78	85	58	100	93	97	93	93	95	93	93	78	62	-	39	24x	-	-
Comores	85	91	81	35	49	26	0	77	79	75	75	65	75	-	89	49	-	31	36x	9x	63x
Congo	71	95	35	20	19	21	100	86	80	80	80	67	80	-	90	48	-	39	68	6	48
Costa Rica	98	99	96	96	96	95	-	91	90	89	89	90	89	88	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	81	98	66	24	38	12	31	94	93	76	75	67	76	-	76	35	19	45	17	3	36
Croatie	99	100	98	99	99	98	100	99	98	96	96	96	95	96	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	91	95	78	98	99	95	99	99	97	93	99	99	93	97	-	-	-	-	-	-	-
Danemark	100	100	100	100	100	100	100	-	97	75	75	89	-	75	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	92	98	54	67	76	11	0	90	92	88	88	74	25	25	77	62	43	33	9	1	10
Dominique	-	100	-	-	-	-	100	90	93	96	93	96	93	93	-	-	-	-	-	-	-
Egypte	98	99	98	66	85	52	100	98	98	98	98	97	98	-	85	63	-	27	-	-	-
El Salvador	84	94	68	86	90	80	100	93	98	96	96	98	96	96	87	62	-	-	-	-	-
Emirats arabes unis	100	100	100	97	98	95	-	98	97	92	94	92	92	92	-	-	-	-	-	-	-
Equateur	95	98	91	84	91	72	-	99	99	99	99	99	99	99	67	-	-	-	-	-	-
Erythrée	60	74	57	5	14	3	-	99	99	97	96	95	97	-	80	44	-	54	12x	4x	4x
Espagne	100	100	100	100	100	100	100	-	98	96	96	97	96	96	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	100	100	99	95	96	94	100	98	98	95	95	96	95	95	-	-	-	-	-	-	-
Etats-Unis	99	100	94	100	100	99	-	-	99	96	92	93	92	94	-	-	-	-	-	-	-
Ethiopie	42	96	31	11	27	8	0	72	81	73	71	65	73	73	85	19	5	15	35	33	10
Ex-République yougoslave de Macédoine	100	100	99	89	92	81	100	95	98	95	96	96	96	-	-	93	74	45	-	-	-
Fidji	47	43	51	71	87	55	100	90	82	83	84	81	84	83	94	-	-	-	-	-	-
Finlande	100	100	100	100	100	100	100	97	99	99	97	98	-	97	-	-	-	-	-	-	-
France	100	100	100	-	-	-	10	84	98	98	98	87	29	87	-	-	-	-	-	-	-

	% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées 2006						% de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées 2006						% de vaccins PEV réguliers financés par l'Etat 2007	Vaccination 2007										% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu 2000-2007*	Paludisme 2003-2007*		
	totale		urbaine		rurale		totale		urbaine		rurale			Enfants d'un an vaccinés contre :						% de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié	% d'enfants de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et recevant des antibiotiques	% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire	% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide		% de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments antipaludiques		
	totale		urbaine		rurale		totale		urbaine		rurale			Vaccins correspondants													
	TB	DTC	polio	rougeole	HepB	Hib	BCG	DTC1 ^a	DTC3 ^b	polio3	rougeole	HepB3		Hib3	% de nouveaux protégés contre le tétanos ^a			2000-2007*									
Gabon	87	95	47	36	37	30	100	89	69	38	31	55	38	-	67	48	-	44	-	-	-	-	-				
Gambie	86	91	81	52	50	55	8	95	90	90	85	85	90	90	90	69	61	38	63	49	63	-	-				
Géorgie	99	100	97	93	94	92	43	96	99	98	88	97	94	-	-	74	56	37	-	-	-	-	-				
Ghana	80	90	71	10	15	6	54	99	96	94	94	95	94	94	88	34	33	29	33	22	61	-	-				
Grèce	100	100	99	98	99	97	-	88	96	88	87	88	88	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Grenade	-	97	-	97	96	97	100	-	91	99	99	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Guatemala	96	99	94	84	90	79	-	97	94	82	82	93	82	82	80	64	-	22x	6x	1x	-	-	-				
Guinée	70	91	59	19	33	12	70	91	96	75	62	71	83	-	95	42	-	38	12	1	44	-	-				
Guinée-Bissau	57	82	47	33	48	26	0	89	83	63	64	76	-	-	92	57	42	25	73	39	46	-	-				
Guinée équatoriale	43	45	42	51	60	46	100	73	65	33	39	51	-	-	62	-	-	36	15x	1x	49x	-	-				
Guyana	93	98	91	81	85	80	100	97	96	94	94	96	94	94	91	64	20	40	-	-	-	-	-				
Haiti	58	70	51	19	29	12	0	75	83	53	52	58	-	-	43	31	3	43	-	-	5	-	-				
Honduras	84	95	74	66	78	55	100	91	95	86	86	89	86	86	94	56	54	49	-	-	1	-	-				
Hongrie	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	-	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-				
Iles Cook	95	98	88	100	100	100	100	99	99	99	99	98	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Iles Marshall	-	-	-	-	-	-	3	92	99	93	91	94	93	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Iles Salomon	70	94	65	32	98	18	0	84	84	79	77	78	79	-	84	-	-	-	-	-	-	-	-				
Inde	89	96	86	28	52	18	100	85	81	62	62	67	6	-	86	69	13	33	-	-	8	-	-				
Indonésie	80	89	71	52	67	37	92	91	91	75	83	80	74	-	83	61	-	56	32x	0x	1	-	-				
Iran, République islamique d'	-	99	-	-	-	-	100	99	99	99	98	97	97	-	83	93	-	-	-	-	-	-	-				
Iraq	77	88	56	76	80	69	100	92	84	62	66	69	58	-	69	82	82	64	7x	0x	1x	-	-				
Irlande	-	100	-	-	-	-	-	93	97	92	92	87	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Islande	100	100	100	100	100	100	-	-	97	97	97	95	-	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Israël	100	100	100	-	100	-	-	-	98	96	95	97	99	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Italie	-	100	-	-	-	-	-	-	98	96	96	87	96	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	-	97	97	96	100	99	98	98	98	98	98	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Jamaïque	93	97	88	83	82	84	100	87	85	85	85	76	85	85	54	75	52	39	-	-	-	-	-				
Japon	100	100	100	100	100	100	-	-	99	98	95	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Jordanie	98	99	91	85	88	71	100	90	99	98	98	95	98	98	87	75	87	44	-	-	-	-	-				
Kazakhstan	96	99	91	97	97	98	-	99	97	93	94	99	94	-	-	71	32	48	-	-	-	-	-				
Kenya	57	85	49	42	19	48	-	92	89	81	76	80	81	81	74	49	-	33	15	6	27	-	-				
Kirghizistan	89	99	83	93	94	93	50	98	98	94	94	99	94	-	-	62	45	22	-	-	-	-	-				
Kiribati	65	77	53	33	46	20	100	90	99	94	93	93	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	83	-	-	-	-	-	-	-	-				
Lesotho	78	93	74	36	43	34	1	96	95	83	80	85	85	-	76	59	-	53	-	-	-	-	-				
Lettonie	99	100	96	78	82	71	100	99	98	98	98	97	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Liban	100	100	100	-	100	-	100	-	90	74	74	53	74	74	-	74	-	-	-	-	-	-	-				
Libéria	64	72	52	32	49	7	1	86	99	88	84	95	-	-	89	70	-	-	-	-	-	-	59				
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Lituanie	-	-	-	-	-	-	100	99	99	95	95	97	96	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Luxembourg	100	100	100	100	100	100	100	-	99	99	99	96	87	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Madagascar	47	76	36	12	18	10	26	94	92	82	81	81	82	-	72	48	-	47	30x	0x	34	-	-				
Malaisie	99	100	96	94	95	93	-	99	88	96	96	90	87	89	89	-	-	-	-	-	-	-	-				
Malawi	76	96	72	60	51	62	33	95	96	87	88	83	87	87	86	52	30	27	31	25	25	-	-				
Maldives	83	98	76	59	100	42	100	99	99	98	98	97	98	-	94	22	-	-	-	-	-	-	-				
Mali	60	86	48	45	59	39	100	77	83	68	62	68	68	44	89	38	-	38	41	27	32	-	-				
Malte	100	100	100	-	100	-	80	-	84	74	76	79	82	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Maroc	83	100	58	72	85	54	100	96	98	95	95	95	95	90	85	38	-	46	-	-	-	-	-				
Maurice	100	100	100	94	95	94	100	98	97	97	96	98	97	96	86	-	-	-	-	-	-	-	-				
Mauritanie	60	70	54	24	44	10	100	92	92	75	75	67	74	-	60	45	24	9	43	-	21	-	-				
Mexique	95	98	85	81	91	48	-	99	99	98	98	96	98	98	87	-	-	-	-	-	-	-	-				
Micronésie, Etats fédérés de	94	95	94	25	61	14	5	82	92	79	79	92	90	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Moldova	90	96	85	79	85	73	-	98	95	92	94	96	95	-	-	60	-	48	-	-	-	-	-				
Monaco	-	100	-	-	100	-	-	90	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Mongolie	72	90	48	50	64	31	19	99	95	95	99	98	98	78	-	63	71	47	-	-	-	-	-				
Monténégro	98	100	96	91	96	86	100	98	98	92	92	90	90	89	-	89	57	64	-	-	-	-	-				
Mozambique	42	71	26	31	53	19	-	87	88	72	70	77	72	-	82	55	-	47	10	-	15	-	-				
Myanmar	80	80	80	82	85	81	-	89	89	86	84	81	85	-	91	66	-	65	-	-	-	-	-				
Namibie	93	99	90	35	66	18	100	95	88	86	81	69	-	-	82	72	14	39	12	11	10	-	-				
Nauru	-	-	-	-	-	-	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Népal	89	94	88	27	45	24	29	89	85	82	82	81	82	-	83	43	25	37	-	-	0	-	-				
Nicaragua	79	90	63	48	57	34	49	99	94	87	88	99	87	87	94	57	-	49	-	-	2x	-	-				
Niger	42	91	32	7	27	3	0	64	58	39	55	47	-	-	72	47	-	34	15	7	33	-	-				

TABLEAU 3 : SANTÉ

	% de la population utilisant des sources d'eau améliorées 2006		% de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées 2006			% de vaccins PEV réguliers financés par l'Etat 2007	Vaccination 2007							% de moins de 5 ans présomés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié	% d'enfants de moins de 5 ans présomés atteints d'une pneumonie et recevant des antibiotiques	% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu 2000-2007*	Paludisme 2003-2007*				
							Enfants d'un an vaccinés contre :					% de nouveaux protégés contre le tétanos ²	2000-2007*				% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	% de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments antipaludiques			
	TB	DTC	polio	rougeole	HepB	Hib	2000-2007*	% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire	% de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments antipaludiques												
	totale	urbaine	rurale	totale	urbaine	rurale	totale	BCG	DTC1 ¹	DTC3 ²	polio3	rougeole	HepB3	Hib3							
Nigéria	47	65	30	30	35	25	-	69	72	54	61	62	41	-	53	33	-	28	6	1	34
Nioué	100	100	100	100	100	100	-	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	100	100	100	-	-	-	60	-	97	93	93	92	-	95	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	100	-	-	-	-	100	-	91	88	88	79	88	78	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	97	-	-	99	99	99	97	97	99	99	95	-	-	-	-	-	-
Ouganda	64	90	60	33	29	34	15	90	90	64	59	68	68	68	85	73	47	39	22	10	61
Ouzbékistan	88	98	82	96	97	95	64	99	94	96	98	99	98	-	-	68	56	28	-	-	-
Pakistan	90	95	87	58	90	40	31	89	90	83	83	80	83	-	81	69	50	37	2	-	3
Palaos	89	79	94	67	96	52	0	-	99	94	94	91	91	95	-	-	-	-	-	-	-
Panama	92	96	81	74	78	63	-	99	99	88	88	89	88	88	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	40	88	32	45	67	41	100	67	76	60	61	58	59	-	60	75x	-	-	-	-	-
Paraguay	77	94	52	70	89	42	-	68	86	66	65	80	66	66	81	51x	29x	-	-	-	-
Pays-Bas	100	100	100	100	100	100	-	-	98	96	96	96	-	96	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	84	92	63	72	85	36	-	97	95	80	95	99	80	80	82	67	-	57	-	-	-
Philippines	93	96	88	78	81	72	100	90	90	87	87	92	88	-	65	55	-	76	-	-	0
Pologne	-	100	-	-	-	-	-	93	99	99	99	98	98	88	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	99	99	100	99	99	98	-	98	94	97	96	95	97	97	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	100	100	100	100	100	100	8	96	96	94	97	92	94	94	-	-	-	-	-	-	-
Rép. démocratique populaire lao	60	86	53	48	87	38	13	56	59	50	46	40	50	-	47	36	-	37	82x	18x	9x
République centrafricaine	66	90	51	31	40	25	1	74	65	54	47	62	-	-	54	32	39	47	33	15	57
République de Corée	-	97	-	-	-	-	-	96	95	91	91	92	91	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	46	82	29	31	42	25	0	94	95	87	87	79	87	-	81	42	-	17	19	6	30
République dominicaine	95	97	91	79	81	74	-	92	87	79	83	96	70	59	85	64	-	42	-	-	-
République populaire démocratique de Corée	100	100	100	-	-	-	-	96	93	92	99	99	92	-	91	93	-	-	-	-	-
République tchèque	100	100	100	99	100	98	100	99	98	99	99	97	99	99	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	55	81	46	33	31	34	75	89	89	83	88	90	83	-	88	59	-	53	31	16	58
Roumanie	88	99	76	72	88	54	-	99	98	97	96	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni	100	100	100	-	-	-	100	-	97	92	92	86	-	92	-	-	-	-	-	-	-
Russie, Fédération de	97	100	88	87	93	70	-	96	98	98	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	65	82	61	23	34	20	24	89	96	97	98	99	97	96	82	28	-	24	16	13	12
Saint-Kitts-et-Nevis	99	99	99	96	96	96	-	97	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	92	92	92	92	92	92	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	-	-	-	-	-	96	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	98	98	98	-	-	-	100	99	99	99	99	94	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	88	90	87	100	100	100	-	91	85	71	71	63	69	-	5	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	86	88	83	24	29	18	50	98	99	97	98	86	99	-	-	47	-	63	53	42	25
Sénégal	77	93	65	28	54	9	31	99	99	94	93	84	94	94	86	47	-	43	28	16	22
Serbie	99	99	98	92	96	88	100	98	97	94	93	95	99	89	-	93	57	71	-	-	-
Seychelles	-	100	-	-	-	100	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	53	83	32	11	20	5	0	82	77	64	64	67	64	64	94	48	21	31	20	5	52
Singapour	-	100	-	-	100	-	-	98	97	96	96	95	95	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	100	100	100	100	100	99	100	98	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-	60	-	98	97	98	96	-	98	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	29	63	10	23	51	7	-	52	58	39	39	34	-	-	68	13	32	7	18	11	8
Soudan	70	78	64	35	50	24	0	83	95	84	84	79	78	-	72	57	-	38	23x	0x	50x
Sri Lanka	82	98	79	86	89	86	31	99	99	98	98	98	98	-	91	58	-	62	3	0	0
Suède	100	100	100	100	100	100	-	18	99	99	99	96	4	99	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	100	100	100	100	100	100	5	-	97	93	94	86	-	92	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	92	97	79	82	89	60	100	-	96	84	84	85	84	84	93	74	37	28	-	-	-
Swaziland	60	87	51	50	64	46	100	99	97	95	95	91	95	-	86	73	24	22	1	1	1
Syrie, République arabe de	89	95	83	92	96	88	100	99	99	99	99	98	98	99	92	77	71	34	-	-	-
Tadjikistan	67	93	58	92	95	91	10	83	88	86	85	85	84	-	-	64	41	22	2	1	2
Tchad	48	71	40	9	23	4	80	40	45	20	36	23	-	-	60	12	-	27	27x	1x	53
Territoire palestinien occupé	89	90	88	80	84	69	-	99	99	99	99	99	99	99	-	65	-	-	-	-	-
Thaïlande	98	99	97	96	95	96	-	99	99	98	98	96	96	-	89	84	65	46	-	-	-
Timor-Leste	62	77	56	41	64	32	-	74	76	70	70	63	-	-	59	24	-	48x	8x	47x	47x
Togo	59	86	40	12	24	3	97	91	94	88	78	80	-	-	82	23	26	22	41	38	48
Tonga	100	100	100	96	98	96	56	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-

	% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées 2006		% de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées 2006		% de vaccins PEV réguliers financés par l'État 2007	Vaccination 2007							% de moins de 5 ans présument atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié	% d'enfants de moins de 5 ans présument atteints d'une pneumonie et recevant des antibiotiques	% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu 2000-2007*	Paludisme 2003-2007*					
						Enfants d'un an vaccinés contre :						% de nouveau-nés protégés contre le tétanos ²				2000-2007*	% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire	% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	% de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments antipaludiques		
	TB	DTC	polio	rougeole	HepB	Hib	BCG	DTC1 ¹	DTC3 ³	polio3	rougeole		HepB3	Hib3							
	totale	urbaine	rurale	totale	urbaine	rurale	totale	Vaccins correspondants													
Trinité-et-Tobago	94	97	93	92	92	92	—	—	90	88	90	91	89	88	—	74	34	32	—	—	—
Tunisie	94	99	84	85	96	64	100	99	99	98	98	98	98	—	96	43	—	—	—	—	—
Turkménistan	—	—	—	—	—	—	77	99	99	98	98	99	98	—	—	83	50	25	—	—	—
Turquie	97	98	95	88	96	72	100	94	98	96	96	96	96	76	69	41	—	19x	—	—	—
Tuvalu	93	94	92	89	93	84	10	99	99	97	97	95	97	—	—	—	—	—	—	—	—
Ukraine	97	97	97	93	97	83	—	97	98	98	99	98	96	11	—	—	—	—	—	—	—
Uruguay	100	100	100	100	100	99	100	99	98	94	94	96	94	94	—	—	—	—	—	—	—
Vanuatu	—	—	—	—	—	—	100	82	79	76	76	65	76	—	88	—	—	—	—	—	—
Venezuela, République bolivarienne du	—	—	—	—	—	—	—	83	78	71	73	55	71	71	51	72	—	51	—	—	—
Viet Nam	92	98	90	65	88	56	87	94	92	92	92	83	67	—	86	83	55	65	95	5	3
Yémen	66	68	65	46	88	30	31	64	94	87	87	74	87	87	52	—	38	48	—	—	—
Zambie	58	90	41	52	55	51	24	92	92	80	77	85	80	80	89	68	—	48	34	29	38
Zimbabwe	81	98	72	46	63	37	0	76	77	62	66	66	62	—	78	25	8	47	7	3	5

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	58	81	46	31	42	24	31	83	85	73	74	73	67	34	76	40	—	31	21	12	34
Afrique de l'Est et australe	59	88	48	34	48	28	32	86	88	78	77	77	77	55	81	45	—	33	24	19	29
Afrique de l'Ouest et centrale	56	77	41	27	37	20	30	80	82	69	71	69	58	16	71	37	—	29	18	8	38
Asie du Sud	87	94	84	33	57	23	83	87	84	69	69	71	29	—	85	63	18	35	—	—	—
Asie de l'Est et Pacifique	88	96	81	66	75	59	—	93	93	89	91	90	87	2	—	65**	—	61**	—	—	—
Amérique latine et Caraïbes	92	97	73	78	86	52	—	96	95	92	93	93	89	90	83	—	—	—	—	—	—
ECO/CEI	95	99	88	89	94	79	81	96	97	96	97	97	96	23	—	57	—	—	—	—	—
Moyen-Orient et Afrique du Nord	87	94	78	73	87	53	81	92	96	91	92	89	89	32	77	68	—	39	—	—	—
Pays industrialisés ⁵	100	100	98	100	100	99	—	—	98	96	94	93	65	84	—	—	—	—	—	—	—
Pays en développement ⁵	84	94	76	53	71	39	70	89	89	80	81	81	65	21	81	57**	—	38**	—	—	—
Pays les moins avancés ⁵	62	81	55	33	49	27	28	85	89	79	79	76	75	28	81	42	—	37	—	—	—
Total mondial	87	96	78	62	79	45	71	89	90	81	82	82	65	26	81	57**	—	38**	—	—	—

⁵ Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

Financement des vaccins par l'État – Pourcentage des vaccins systématiquement administrés dans un pays pour protéger les enfants qui est payé par l'État (prêts compris).

PEV – Programme élargi de vaccination : les vaccins de base de ce programme visent à protéger les enfants contre la tuberculose (TB); la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DPT); la poliomyélite et la rougeole; et à protéger les nourrissons contre le tétanos néonatal en vaccinant les femmes enceintes. Dans certains pays, d'autres vaccinations, comme l'hépatite B (HepB), l'Haemophilus influenzae type B (Hib) ou la fièvre jaune, par exemple, peuvent être intégrées au programme.

BCG – Pourcentage de nourrissons qui ont reçu le BCG (Bacille de Calmette et Guérin), vaccin contre la tuberculose.

DTC1 – Pourcentage de nourrissons qui ont reçu leur première dose de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

DTC3 – Pourcentage de nourrissons qui ont reçu trois doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

HepB3 – Pourcentage de nourrissons qui ont reçu trois doses de vaccin contre l'hépatite B.

Hib3 – Pourcentage de nourrissons qui ont reçu trois doses de vaccin contre l'Haemophilus influenzae type b.

% d'enfants de moins de 5 ans présument atteints d'une pneumonie et recevant des antibiotiques – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) présument atteints d'une pneumonie dans les deux semaines précédant l'enquête et qui reçoivent des antibiotiques.

% de moins de 5 ans présument atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) présument atteints d'une pneumonie au cours des deux semaines précédant l'enquête et ayant consulté un agent de santé qualifié.

% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) atteints de diarrhée (au cours des deux semaines précédant l'enquête) qui ont soit bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale (solution de réhydratation orale ou boisson recommandée préparée à domicile), soit reçu davantage de liquides avec une alimentation en continu.

Paludisme :

% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) qui dorment sous une moustiquaire.

% de moins de cinq ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

% de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments antipaludiques – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête et qui ont reçu des médicaments antipaludiques appropriés (définis localement).

NOTES

- données non disponibles.
- x données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- β La couverture du DTC1 devrait être au moins égale à celle du DTC3. Les écarts indiquant une couverture du DTC1 moindre que pour le DTC3 sont dus à des défaillances dans le processus de collecte de données et d'établissement de rapports. L'UNICEF et l'OMS s'efforcent d'éliminer ces différences en collaboration avec les systèmes des pays et des territoires.
- λ L'OMS et l'UNICEF se sont servis d'un modèle pour calculer le pourcentage de naissances que l'on peut considérer comme protégées contre le tétanos parce que les femmes enceintes ont reçu deux doses ou plus de vaccin tétanos toxoïde (TT). Le modèle entend améliorer la précision de cet indicateur en incluant d'autres scénarios potentiels dans lesquels les femmes pourraient être protégées (par exemple, des femmes qui ont reçu des doses de TT lors d'activités supplémentaires de vaccination). On trouvera une explication plus complète de la méthodologie dans la Note générale sur les données, page 114.
- * données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exception de la Chine.

TABLEAU 4 : VIH/SIDA

Pays et territoires	Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans), 2007	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)		Transmission de la mère à l'enfant Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)	Infections pédiatriques Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)	Prévention chez les jeunes						Orphelins		
		estimation	estimation basse - haute			Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2007		Connaissance d'ensemble du VIH (%), 2002-2007*		Utilisation d'un préservatif lors des dernières relations sexuelles à risque (%), 2002-2007*		Enfants (0-17 ans)		
						hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	orphelins à cause du SIDA, 2007 (milliers)	orphelins, toutes causes confondues, 2007 (milliers)	Taux de fréquentation scolaire des orphelins 2002-2007*
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2100	-	
Afrique du Sud	18,1	5700	4900-6600	3200	280	4,0	12,7	-	-	-	-	1400	2500	-
Albanie	-	-	<1,0	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Algérie	0,1	21	11-43	6,0	-	0,1	0,1	-	13	-	-	-	570	-
Allemagne	0,1	53	31-97	15	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	540	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	2,1	190	150-240	110	17	0,2	0,3	-	-	-	-	50	1200	90x
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	0,5	120	90-150	32	-	0,6	0,3	-	-	-	-	-	610	-
Arménie	0,1	2,4	1,8-3,5	<1,0	-	0,2	0,1	15	23	86	-	-	50	-
Australie	0,2	18	11-36	1,2	-	0,2	<0,1	-	-	-	-	-	140	-
Autriche	0,2	9,8	7,6-13	2,9	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	52	-
Azerbaïdjan	0,2	7,8	4,7-16	1,3	-	0,3	0,1	5	5	31	-	-	190	-
Bahamas	3,0	6,2	4,0-8,7	1,6	<0,2	3,2	1,5	-	-	-	-	-	7	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	12	7,7-19	2,0	-	-	-	-	16	-	-	-	5000	84
Barbade	1,2	2,2	1,5-3,2	<1,0	-	1,3	0,6	-	-	-	-	-	3	-
Bélarus	0,2	13	10-19	3,9	-	0,3	0,1	-	34	-	-	-	190	-
Belgique	0,2	15	8,9-29	4,1	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	78	-
Belize	2,1	3,6	2,2-5,3	2,0	<0,2	0,5	1,5	-	40	-	-	-	6	-
Bénin	1,2	64	58-73	37	5,4	0,3	0,9	35	16	45	28	29	340	90
Bhoutan	0,1	<0,5	<1,0	<0,1	-	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	22	-
Bolivie	0,2	8,1	6,5-11	2,2	-	0,2	0,1	18	15	37	20	-	300	74p
Bosnie-Herzégovine	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	48	-	71	-	-	-
Botswana	23,9	300	280-310	170	15	5,1	15,3	33x	40x	88x	75x	95	130	99x
Brésil	0,6	730	600-890	240	-	1,0	0,6	-	-	71	58	-	3200	-
Brunéi Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	15	17	70	57	-	95	-
Burkina Faso	1,6	130	110-160	61	10	0,5	0,9	-	19	-	64	100	690	61p
Burundi	2,0	110	78-130	53	15	0,4	1,3	-	30	-	25	120	600	85
Cambodge	0,8	75	67-84	20	4,4	0,8	0,3	45	50	84	-	-	600	83
Cameroun	5,1	540	430-640	300	45	1,2	4,3	-	32	-	62	300	1100	91
Canada	0,4	73	43-110	20	-	0,4	0,2	-	-	-	-	-	180	-
Cap-Vert	-	-	-	-	-	-	-	36	36	79	56	-	-	-
Chili	0,3	31	23-39	8,7	-	0,3	0,2	-	-	-	-	-	160	-
Chine	0,1	700	450-1000	200	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	17000	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	0,6	170	110-230	47	-	0,7	0,3	-	-	-	36	-	790	85
Comores	<0,1	<0,2	<1,0	<0,1	-	0,1	<0,1	-	10x	-	-	<0,1	27	-
Congo	3,5	79	65-94	43	6,6	0,8	2,3	35	26	36	16	69	210	88
Costa Rica	0,4	9,7	6,1-15	2,7	-	0,4	0,2	-	-	-	-	-	36	-
Côte d'Ivoire	3,9	480	400-550	250	52	0,8	2,4	28	18	53	39	420	1200	83
Croatie	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	0,1	6,2	3,6-12	1,8	-	0,1	0,1	-	52	-	-	-	99	-
Danemark	0,2	4,8	3,7-6,9	1,1	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	53	-
Djibouti	3,1	16	12-19	8,7	1,1	0,7	2,1	-	18	51	26	5	42	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egypte	-	9,2	7,2-13	2,6	-	-	-	-	4y	-	-	-	1400	-
El Salvador	0,8	35	24-72	9,7	-	0,9	0,5	-	-	-	-	-	130	-
Emirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Equateur	0,3	26	15-40	7,1	-	0,4	0,2	-	-	-	-	-	200	-
Erythrée	1,3	38	25-58	21	3,1	0,3	0,9	-	37	-	-	18	280	83
Espagne	0,5	140	80-230	28	-	0,6	0,2	-	-	-	-	-	210	-
Estonie	1,3	9,9	5,4-19	2,4	-	1,6	0,7	-	-	-	-	-	20	-
Etats-Unis	0,6	1200	690-1900	230	-	0,7	0,3	-	-	-	-	-	2800	-
Ethiopie	2,1	980	880-1100	530	92	0,5	1,5	33	20	50	28	650	5000	90
Ex-République yougoslave de Macédoine	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	27	-	70	-	-	-
Fidji	0,1	-	<0,5	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	22	-
Finlande	0,1	2,4	1,4-4,4	<1,0	-	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	48	-
France	0,4	140	78-240	38	-	0,4	0,2	-	-	-	-	-	420	-
Gabon	5,9	49	37-68	27	2,3	1,3	3,9	22x	24x	48x	33x	18	67	98x
Gambie	0,9	8,2	3,7-13	4,5	<1,0	0,2	0,6	-	39	-	54	3	48	87

	Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans), 2007	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)		Transmission de la mère à l'enfant	Infections pédiatriques	Prévention chez les jeunes						Orphelins		
		estimation	estimation basse - haute	Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)	Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2007		Connaissance d'ensemble du VIH (%), 2002-2007*		Utilisation d'un préservatif lors des dernières relations sexuelles à risque (%), 2002-2007*		Enfants (0-17 ans)		Taux de fréquentation scolaire des orphelins 2002-2007*
						hommes	filles	hommes	filles	hommes	filles	orphelins à cause du SIDA, 2007	orphelins, toutes causes confondues, 2007	
		estimation (milliers)	estimation (milliers)											
Géorgie	0,1	2,7	1,5-6,1	<1,0	-	0,1	0,1	-	15	-	-	-	72	-
Ghana	1,9	260	230-290	150	17	0,4	1,3	33	25	56	42	160	1100	104p
Grèce	0,2	11	6,1-19	3,0	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	73	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	0,8	59	41-84	52	-	-	1,5	-	-	-	-	-	360	-
Guinée	1,6	87	73-110	48	6,3	0,4	1,2	23	17	37	26	25	380	73
Guinée-Bissau	1,8	16	11-23	8,7	1,5	0,4	1,2	-	18	-	39	6	110	97
Guinée équatoriale	3,4	11	8,2-14	5,9	<1,0	0,8	2,5	-	4x	-	-	5	32	95x
Guyana	2,5	13	7,6-18	7,1	<1,0	0,5	1,7	-	50	68	62	-	23	-
Haïti	2,2	120	100-140	58	6,8	0,6	1,4	40	34	43	29	-	380	86
Honduras	0,7	28	18-44	7,4	1,6	0,7	0,4	-	30	-	24	-	170	108
Hongrie	0,1	3,3	2,0-5,9	<1,0	-	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	130	-
Iles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	39	27	-	-	-	-	-
Iles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	0,3	2400	1800-3200	880	-	0,3	0,3	36	20	37	22	-	25000	72
Indonésie	0,2	270	190-400	54	-	0,3	0,1	0y	1	-	-	-	4400	82y
Iran, République islamique d'	0,2	86	68-110	24	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	1300	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	84
Irlande	0,2	5,5	4,1-7,7	1,5	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	38	-
Islande	0,2	<0,5	<1,0	<0,2	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	2	-
Israël	0,1	5,1	2,5-12	2,9	-	<0,1	0,1	-	-	-	-	-	44	-
Italie	0,4	150	110-210	41	-	0,4	0,2	-	-	-	-	-	320	-
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	1,6	27	19-36	7,6	-	1,7	0,9	-	60	-	-	-	53	-
Japon	-	9,6	7,9-10	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	520	-
Jordanie	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	3y	-	-	-	-	-
Kazakhstan	0,1	12	7,0-29	3,3	-	0,2	0,1	-	22	65x	32x	-	470	-
Kenya	-	-	1500-2000	-	-	-	-	47	34	47	25	-	2500	95
Kirghizistan	0,1	4,2	2,3-7,7	1,1	-	0,2	0,1	-	20	-	56	-	140	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	23,2	270	260-290	150	12	5,9	14,9	18	26	53	53	110	160	95
Lettonie	0,8	10	7,4-15	2,7	-	0,9	0,5	-	-	-	-	-	33	-
Liban	0,1	3,0	1,7-7,2	<1,0	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	71	-
Libéria	1,7	35	29-41	19	3,1	0,4	1,3	27	21	22	14	15	270	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	0,1	2,2	1,2-4,6	<1,0	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	51	-
Luxembourg	0,2	-	<1,0	<0,2	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	4	-
Madagascar	0,1	14	9,1-23	3,4	<0,5	0,2	0,1	16	19	12	5	3	840	75
Malaisie	0,5	80	52-120	21	-	0,6	0,3	-	-	-	-	-	410	-
Malawi	11,9	930	860-1000	490	91	2,4	8,4	42	42	58	40	550	1100	97
Maldives	-	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-
Mali	1,5	100	88-120	56	9,4	0,4	1,1	22	18	36	17	44	550	87
Malte	0,1	<0,5	<1,0	-	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	3	-
Maroc	0,1	21	15-31	5,9	-	0,1	0,1	-	12	-	-	-	630	-
Maurice	1,7	13	7,5-28	3,8	<0,1	1,8	1,0	-	-	-	-	<0,5	21	-
Mauritanie	0,8	14	8,3-26	3,9	<0,5	0,9	0,5	-	-	-	-	3	83	-
Mexique	0,3	200	150-310	57	-	0,3	0,2	-	-	-	-	-	1400	-
Micronésie, Etats fédérés de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldova	0,4	8,9	6,0-15	2,6	-	0,4	0,2	54y	42y	63	44	-	74	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	0,1	<1,0	1,5	<0,2	-	0,1	-	-	35	-	-	-	64	96p
Monténégro	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	66	-	-	-
Mozambique	12,5	1500	1300-1700	810	100	2,9	8,5	33	20	33	29	400	1400	80
Myanmar	0,7	240	160-370	100	-	0,7	0,6	-	-	-	-	-	1600	-
Namibie	15,3	200	160-230	110	14	3,4	10,3	62	65	81	64	66	110	100
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	0,5	70	50-99	17	-	0,5	0,3	44	28	78	-	-	990	-
Nicaragua	0,2	7,7	5,3-15	2,1	-	0,3	0,1	-	22x	-	17x	-	110	106x
Niger	0,8	60	44-85	17	3,2	0,9	0,5	16	13	37y	18y	25	570	67
Nigéria	3,1	2600	2000-3200	1400	220	0,8	2,3	21	18	46	24	1200	9700	64p
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 4 : VIH/SIDA

	Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans), 2007	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)		Transmission de la mère à l'enfant	Infections pédiatriques	Prévention chez les jeunes						Orphelins		
		estimation	estimation basse - haute	Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)	Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2007		Connaissance d'ensemble du VIH (%), 2002-2007*		Utilisation d'un préservatif lors des dernières relations sexuelles à risque (%), 2002-2007*		Enfants (0-17 ans)		
						hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	orphelins à cause du SIDA, 2007	orphelins, toutes causes confondues, 2007	Taux de fréquentation scolaire des orphelins
		estimation (milliers)	estimation (milliers)	2002-2007*										
Norvège	0,1	3,0	1,7-5,0	<1,0	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	37	-
Nouvelle-Zélande	0,1	1,4	<1,0-2,6	<0,5	-	0,1	-	-	-	-	-	-	34	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	5,4	940	870-1000	480	130	1,3	3,9	38	32	55	38	1200	2500	96
Ouzbékistan	0,1	16	8,1-45	4,6	<0,2	0,1	0,1	-	31	-	61	-	690	-
Pakistan	0,1	96	69-150	27	-	0,1	0,1	-	3	-	-	-	3900	-
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	1,0	20	16-26	5,5	-	1,1	0,6	-	-	-	-	-	48	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1,5	54	53-55	21	1,1	0,6	0,7	-	-	-	-	-	330	-
Paraguay	0,6	21	12-38	5,8	-	0,7	0,3	-	-	-	-	-	130	-
Pays-Bas	0,2	18	10-32	4,9	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	110	-
Pérou	0,5	76	57-97	21	-	0,5	0,3	-	19	-	32	-	570	85x
Philippines	-	8,3	6,0-11	2,2	-	-	-	18	12	25	11	-	1800	-
Pologne	0,1	20	11-34	5,5	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	440	-
Portugal	0,5	34	20-63	9,4	-	0,5	0,3	-	-	-	-	-	82	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rép. démocratique populaire lao	0,2	5,5	3,3-13	1,3	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	210	-
République centrafricaine	6,3	160	150-170	91	14	1,1	5,5	27	17	-	41	72	280	96
République de Corée	<0,1	13	7,5-42	3,6	-	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	360	-
République démocratique du Congo	-	-	400-500	-	-	-	-	21	15	26	17	-	4500	77
République dominicaine	1,1	62	52-71	30	2,7	0,3	0,6	34	41	70	44	-	170	96
République populaire démocratique de Corée	-	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	530	-
République tchèque	-	1,5	<1,0-2,8	<0,5	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	94	-
République-Unie de Tanzanie	6,2	1400	1300-1500	760	140	0,5	0,9	40	45	46	34	970	2600	102
Roumanie	0,1	15	12-16	7,0	-	0,2	0,2	1y	3y	-	-	-	300	-
Royaume-Uni	0,2	77	37-160	22	-	0,3	0,1	-	-	-	-	-	520	-
Russie, Fédération de	1,1	940	630-1300	240	5,2	1,3	0,6	-	-	-	-	-	4000	-
Rwanda	2,8	150	130-170	78	19	0,5	1,4	54	51	40	26	220	860	82
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	56	-	-	-
Sénégal	1,0	67	47-96	38	3,1	0,3	0,8	24	19	52	36	8	350	83
Serbie	0,1	6,4	3,9-12	1,8	-	0,1	0,1	-	42	-	74	-	130	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1,7	55	42-76	30	4,0	0,4	1,3	-	17	-	20	16	350	83
Singapour	0,2	4,2	2,6-7,3	1,2	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	24	-
Slovaquie	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	0,5	24	13-45	6,7	<1,0	0,6	0,3	-	4	-	-	9	590	78
Soudan	1,4	320	220-440	170	25	0,3	1,0	-	-	-	-	-	1800	96x
Sri Lanka	-	3,8	2,8-5,1	1,4	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	330	-
Suède	0,1	6,2	3,5-11	2,9	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	66	-
Suisse	0,6	25	14-43	9,2	-	0,4	0,5	-	-	-	-	-	39	-
Suriname	2,4	6,8	4,2-12	1,9	<0,2	2,7	1,4	-	41	-	49	-	9	-
Swaziland	26,1	190	180-200	100	15	5,8	22,6	52	52	70	54	56	96	97
Syrie, République arabe de	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-
Tadjikistan	0,3	10	5,0-23	2,1	<0,1	0,4	0,1	-	2	-	-	-	210	-
Tchad	3,5	200	130-240	110	19	2,0	2,8	20	8	25	17	85	540	105
Territoire palestinien occupé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	1,4	610	410-880	250	14	1,2	1,2	-	46	-	-	-	1300	93
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	-
Togo	3,3	130	110-150	69	10	0,8	2,4	-	28	-	50	68	260	94
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	1,5	14	9,5-19	7,7	-	0,3	1,0	-	54	-	51	-	20	-
Tunisie	0,1	3,7	2,7-5,4	1,0	-	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	130	-
Turkménistan	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-
Turquie	-	<2,0	<5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans), 2007	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)		Transmission de la mère à l'enfant Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)	Infections pédiatriques Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, 2007 (milliers)	Prévention chez les jeunes				Orphelins				
		estimation	estimation basse - haute			Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2007		Utilisation d'un préservatif lors des dernières relations sexuelles à risque (%), 2002-2007*		Enfants (0-17 ans)		Taux de fréquentation scolaire des orphelins 2002-2007*		
						hommes	filles	hommes	filles	hommes	filles		orphelins à cause du SIDA, 2007 (estimation (milliers))	orphelins, toutes causes confondues, 2007 (estimation (milliers))
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ukraine	1,6	440	340-540	190	5,1	1,5	1,5	43	42	-	-	1000	98	
Uruguay	0,6	10	5,9-19	2,8	-	0,6	0,3	-	-	-	-	46	-	
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Venezuela, République bolivarienne du	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	430	-	
Viet Nam	0,5	290	180-470	76	-	0,6	0,3	-	44	68	-	1500	-	
Yémen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Zambie	15,2	1100	1000-1200	560	95	3,6	11,3	37	34	48	38	600	1100	103y
Zimbabwe	15,3	1300	1200-1400	680	120	2,9	7,7	46	44	68	42	1000	1300	95

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	5,0	22000	20500-23600	12000	1800	1,1	3,2	30	24	44	29	11600	47500	83
Afrique de l'Est et australe	7,8	16400	15300-17600	8970	1300	1,5	4,5	38	31	47	30	8700	24900	92
Afrique de l'Ouest et centrale	2,6	5600	4800-6300	3000	480	0,7	1,9	23	19	42	29	3000	22700	76
Asie du Sud	0,3	2600	2000-3400	930	110	0,3	0,2	36	18	38	22	-	37400	73
Asie de l'Est et Pacifique	0,2	2400	1900-3000	750	41	0,2	0,1	7**	18**	-	-	-	30100	-
Amérique latine et Caraïbes	0,6	1900	1700-2400	660	55	0,5	0,4	-	-	-	-	-	9400	-
ECO/CEI	0,8	1500	1100-1900	460	11	0,8	0,5	-	-	-	-	-	7600	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,3	480	370-620	220	28	0,1	0,2	-	-	-	-	-	5900	-
Pays industrialisés [§]	0,3	2000	1400-2900	460	5,8	0,4	0,2	-	-	-	-	-	7200	-
Pays en développement [§]	0,9	29500	27300-32100	14600	2000	0,4	0,7	30**	19**	-	-	-	130000	77
Pays les moins avancés [§]	2,2	10000	9500-11000	5300	900	0,6	1,4	32	23	45	29	-	40400	86
Total mondial	0,8	33000	30000-36000	15500	2000	0,4	0,6	-	-	-	-	15000	145000	-

[§] Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

- Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes** – Pourcentage d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH fin 2007.
- Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH** – Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH fin 2007.
- Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH** – Nombre estimatif de femmes de plus de 15 ans vivant avec le VIH fin 2007.
- Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH** – Nombre estimatif d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH fin 2007.
- Prévalence du VIH chez les jeunes** – Pourcentage d'hommes et de femmes jeunes (âgés de 15 à 24 ans) vivant avec le VIH en 2007.
- Connaissance d'ensemble du VIH** – Pourcentage de jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) capables d'identifier correctement les deux principales façons de prévenir la transmission du VIH (avec un préservatif et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté) et de réfuter les deux idées fausses les plus répandues dans leur communauté sur la transmission du VIH, et qui savent également qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être infectée par le VIH.
- Utilisation d'un préservatif lors des dernières relations sexuelles à risque** – Pourcentage de jeunes femmes et hommes qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels hors mariage et hors concubinage, parmi ceux qui ont dit qu'ils avaient eu des relations sexuelles avec ce type de partenaire au cours des 12 derniers mois.
- Enfants rendus orphelins par le SIDA** – Estimation, pour 2007, du nombre d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) dont un parent, ou les deux, sont morts du SIDA.
- Enfants orphelins, toutes causes confondues** – Estimation, pour 2007, du nombre d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) dont un parent, ou les deux, sont morts, toutes causes confondues.
- Taux de fréquentation scolaire des orphelins** – Pourcentage d'enfants (âgés de 10 à 14 ans) qui ont perdu leurs deux parents biologiques et qui fréquentent en ce moment l'école en pourcentage des enfants non orphelins du même âge qui vivent avec au moins un de leurs parents et qui fréquentent l'école.

- NOTES**
- Données non disponibles.
 - x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
 - y données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
 - p La proportion d'orphelins (âgés de 10 à 14 ans) qui fréquentent l'école se fonde sur de petits dénominateurs (généralement 25-49 cas non pondérés).
 - * Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
 - ** À l'exception de la Chine.

SOURCES PRINCIPALES

- Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes** – Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2008*.
- Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH** – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2008*.
- Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH** – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2008*.
- Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH** – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2008*.
- Prévalence du VIH chez les jeunes** – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2008*.
- Connaissance d'ensemble du VIH** – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS), Etude des surveillances de comportement (ESC) Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), Enquêtes sur la santé de la procréation (ESP) et autres enquêtes nationales auprès des ménages, 2002-2007 et Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.
- Utilisation d'un préservatif lors des dernières relations sexuelles à risque** – EIS, ESC, EDS, ESP et autres enquêtes nationales auprès des ménages, 2002-2007; et Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.
- Enfants rendus orphelins par le SIDA** – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2008*.
- Enfants orphelins, toutes causes confondues** – Estimations non publiées de l'ONUSIDA.
- Taux de fréquentation scolaire des orphelins** – EIS, EDS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages, 2002-2007; Base de données sur les indicateurs du SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>

TABLEAU 5 : ÉDUCATION

Pays et territoires	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) 2000-2007*		Nombres pour 100 personnes 2006		Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2007*				Taux net de fréquentation dans le primaire 2000-2007* net		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%) 2000-2007*		Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2007*				Taux net de fréquentation dans le secondaire 2000-2007* net		
	Hommes	Femmes	Télé-phones	Utilisation d'Internet	brut		net		Hommes	Femmes	Données admin.	Données de l'enquête	brut		net		Hommes	Femmes	
					Hommes	Femmes	Hommes	Femmes					Hommes	Femmes	Hommes	Femmes			
Afghanistan	49	18	8	2	126	75	74	46	66	40	-	90	28	9	-	-	18	6	
Afrique du Sud	95	96	83	8	108	103	88	88	80x	83x	77	-	92	98	59	66	41x	48x	
Albanie	99	100	60	15	106	105	94	93	92	92	90	100	78	75	74	72	79	77	
Algérie	94	91	63	7	114	106	96	94	97	96	91	-	80	86	65	68	57	65	
Allemagne	-	-	104	47	103	103	98	98	-	-	99	-	102	100	-	-	-	-	
Andorre	-	-	97	56	90	90	83	83	-	-	-	-	83	87	73	75	-	-	
Angola	84	63	14	1	69x	59x	-	-	58	59	-	83	19	16	-	-	22	20	
Antigua-et-Barbuda	-	-	134	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Arabie saoudite	98	96	78	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Argentine	99	99	81	21	113	112	99	98	-	-	87	-	80	89	75	82	-	-	
Arménie	100	100	-	6	96	100	80	84	99	98	99	100	88	91	84	88	93	95	
Australie	-	-	97	52	105	105	96	97	-	-	-	-	154	146	87	88	-	-	
Autriche	-	-	113	51	102	101	97	98	-	-	99	-	104	100	-	-	-	-	
Azerbaïdjan	100	100	39	10	98	95	86	83	74	72	97	99	85	81	79	76	82	80	
Bahamas	-	-	77	34	98	98	87	89	-	-	81	-	91	91	83	85	-	-	
Bahreïn	100	100	123	28	120	119	98	98	86	87	99	99	100	104	91	96	77	85	
Bangladesh	71	73	13	0	101	105	87	91	79	84	65	94	43	45	40	42	36	41	
Barbade	-	-	88	93	104	102	97	96	-	-	97	-	100	104	88	89	-	-	
Bélarus	100	100	61	56	97	95	90	89	93	94	99	100	95	97	87	89	95	97	
Belgique	-	-	93	47	102	102	97	98	-	-	94	-	112	108	89	85	-	-	
Belize	-	-	89	44	11	125	121	97	97	95	95	92	-	77	81	64	70	58	60
Bénin	63	41	12	1	105	87	87	73	72	62	65	89	41	23	23	11	40	27	
Bhoutan	83	73	10	4	103	101	79	79	74	67	84	-	51	46	38	39	-	-	
Bolivie	99	98	31	6	109	109	95	95	78	77	82	41	84	81	72	70	57	56	
Bosnie-Herzégovine	100	100	48	24	-	-	-	-	92	89	-	100	-	-	-	-	89	89	
Botswana	93	95	47	5	108	106	83	85	83	86	75	-	75	78	52	60	36	44	
Brésil	97	99	53	23	141	133	94	95	95x	95x	81	88	101	111	75	83	42x	50x	
Brunéi Darussalam	100	100	79	42	107	106	94	94	-	-	98	-	96	100	88	92	-	-	
Bulgarie	98	97	108	47	101	100	93	92	-	-	95	-	108	104	90	88	-	-	
Burkina Faso	47	33	7	1	66	54	52	42	49	44	64	90	17	12	14	10	17	15	
Burundi	77	70	3	1	108	98	76	73	72	70	78	74	16	12	-	-	8	6	
Cambodge	90	83	12	0	127	118	91	89	84	86	49	92	43	34	33	28	29	26	
Cameroun	72	59	19	2	117	98	-	-	86	81	59	95	27	21	-	-	45	42	
Canada	-	-	58	77	100	99	99	100	-	-	-	-	119	116	-	-	-	-	
Cap-Vert	97	98	21	6	108	103	88	87	97x	96x	89	-	75	86	56	63	-	-	
Chili	99	99	76	25	107	102	-	-	-	-	98	-	90	92	-	-	-	-	
Chine	99	99	35	10	112	111	99	99	-	-	-	-	75	76	-	-	-	-	
Chypre	100	100	103	42	103	102	99	99	-	-	99	-	96	97	93	95	-	-	
Colombie	98	98	64	14	117	115	89	88	90	92	82	89	78	87	62	69	64	72	
Comores	92	87	5	3	91	80	75	71	31	31	72	19	40	30	15	15	10	11	
Congo	99	98	19	2	113	102	58	52	86	87	55	93	47	39	-	-	39	40	
Costa Rica	98	99	33	28	112	111	91	93	87	89	91	-	83	89	58	64	59	65	
Côte d'Ivoire	-	40	22	2	79	62	61	49	66	57	86	90	32	18	25	14	32	22	
Croatie	100	100	96	37	99	99	91	90	-	-	100	-	90	93	86	88	-	-	
Cuba	100	100	1	2	102	100	96	97	-	-	97	-	93	94	86	88	-	-	
Danemark	-	-	107	58	99	99	95	96	-	-	92	-	118	121	88	90	-	-	
Djibouti	-	48	5	1	49	40	42	34	80	78	-	-	27	18	26	17	50	42	
Dominique	-	-	-	37	85	87	75	80	-	-	88	-	107	105	77	85	-	-	
Egypte	90	82	24	8	108	102	98	94	96	94	97	98	91	85	82	78	72	67	
El Salvador	95	96	55	10	116	112	94	94	-	-	67	-	63	66	53	56	-	-	
Emirats arabes unis	99	97	119	37	104	103	88	88	-	-	99	-	89	91	78	80	-	-	
Equateur	96	97	63	12	117	117	96	97	-	-	76	-	67	68	57	58	-	-	
Erythrée	85	70	1	2	69	56	50	43	69	64	74	-	39	23	30	20	23	21	
Espagne	100	100	106	43	106	104	100	99	-	-	100	-	115	122	92	96	-	-	
Estonie	100	100	125	55	100	98	95	94	-	-	96	-	99	101	90	92	-	-	
Etats-Unis	-	-	80	70	98	99	91	93	-	-	96	-	94	94	88	88	-	-	
Ethiopie	62	39	1	0	97	85	74	69	45	45	58	84	37	24	29	19	30	23	
Ex-République yougoslave de Macédoine	99	99	70	13	98	98	92	92	97	93	98	-	85	83	82	80	79	78	
Fidji	-	-	-	9	101	99	91	91	-	-	81	-	80	88	76	83	-	-	
Finlande	-	-	108	56	98	98	97	97	-	-	99	-	109	114	96	96	-	-	
France	-	-	85	50	110	109	98	99	-	-	98x	-	114	114	98	100	-	-	
Gabon	98	96	64	6	153	152	88	88	94	94	56	-	53	46	-	-	34	36	
Gambie	63	41	26	5	71	77	59	64	60	62	-	95	47	43	40	37	39	34	

	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) 2000-2007*		Nombres pour 100 personnes 2006		Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2007*				Taux net de fréquentation dans le primaire 2000-2007* net		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%) 2000-2007*		Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2007*				Taux net de fréquentation dans le secondaire 2000-2007* net	
					brut		net		Hommes	Femmes			Hommes	Femmes	brut		net	
	Hommes	Femmes	Télé-phones	Utilisation d'Internet	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes			Hommes	Femmes			Données admin.	Données de l'enquête	Hommes	Femmes
Géorgie	-	99	38	7	94	97	88	91	94	95	100	-	83	86	77	81	89	88
Ghana	80	76	23	3	98	97	73	71	75	75	60	98	52	46	47	43	45	45
Grèce	99	99	99	18	102	102	100	99	-	-	98	-	104	102	92	93	-	-
Grenade	-	-	45	21	94	91	84	83	-	-	83	-	99	102	78	80	-	-
Guatemala	88	83	56	10	118	109	96	92	80x	76x	63	-	56	51	40	37	23x	24x
Guinée	59	34	-	1	96	81	77	66	55	48	76	96	45	24	35	20	27	17
Guinée-Bissau	94	87	10	2	84	56	53	37	54	53	-	81	23	13	11	6	8	7
Guinée équatoriale	95	95	27	2	125	119	91	83	61	60	33	-	41	23	-	-	23	22
Guyana	-	-	-	23	125	124	-	-	96	96	59	96	106	104	-	-	66	73
Haïti	76	87	14	8	-	-	-	-	48	52	-	85	-	-	-	-	18	21
Honduras	88	93	30	5	119	118	96	97	77	80	81	-	66	86	-	-	29	36
Hongrie	98	99	99	35	98	96	89	88	-	-	98	-	96	95	90	90	-	-
Iles Cook	-	-	-	27	79	80	73	75	-	-	-	-	71	74	62	68	-	-
Iles Marshall	-	-	-	-	94	92	67	66	-	-	-	-	66	67	43	47	-	-
Iles Salomon	-	-	-	2	102	98	62	62	-	-	-	-	33	27	29	25	-	-
Inde	87	77	15	11	114	109	90	87	85	81	73	95	59	49	-	-	59	49
Indonésie	99	99	28	5	116	112	97	94	94	95	80	-	64	64	59	59	54	56
Iran, République islamique d'	98	97	24	26	104	132	91	100	94	91	88	-	83	78	79	75	-	-
Iraq	89	81	32	0	109	90	95	82	91	80	70	83	54	36	45	32	46	34
Irlande	-	-	113	34	104	103	95	95	-	-	-	-	108	116	85	90	-	-
Islande	-	-	109	65	98	97	98	97	-	-	99	-	108	111	89	91	-	-
Israël	-	-	123	28	109	111	96	98	-	-	100	-	93	92	88	89	-	-
Italie	100	100	135	53	104	103	99	98	-	-	100	-	101	100	93	94	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	100	98	66	4	113	108	-	-	-	-	-	-	86	101	-	-	-	-
Jamaïque	91	98	94	49	95	95	90	90	97	98	87	-	86	89	77	80	88	92
Japon	-	-	79	68	100	100	100	100	-	-	-	-	101	102	99	99	-	-
Jordanie	99	99	74	14	96	98	89	91	99	99	96	-	88	90	81	83	85	89
Kazakhstan	100	100	53	9	105	106	90	90	99	98	100	100	93	92	86	86	97	97
Kenya	80	81	21	8	107	104	75	76	79	79	84	90	52	49	43	42	12	13
Kirghizistan	100	100	24	12	97	96	86	85	91	93	99	99	86	87	80	81	90	92
Kiribati	-	-	-	2	112	114	96	98	-	-	81	-	82	94	65	72	-	-
Koweït	100	100	91	29	97	96	84	83	-	-	96	-	87	91	75	79	-	-
Lesotho	75	91	20	3	115	114	71	74	82	88	62	84	33	42	19	29	16	27
Lettonie	100	100	95	47	96	93	89	92	-	-	98	-	98	99	-	-	-	-
Liban	-	-	31	26	96	93	82	82	97	97	87	93	78	85	70	77	61	68
Libéria	68	76	8	0	96	87	40	39	-	-	-	-	37	27	22	13	-	-
Liechtenstein	-	-	82	64	106	107	87	89	-	-	-	-	120	104	62	69	-	-
Lituanie	100	100	138	32	95	94	90	89	-	-	97	-	99	99	92	93	-	-
Luxembourg	-	-	117	72	102	103	96	98	-	-	88	-	94	98	82	86	-	-
Madagascar	73	68	5	1	142	137	96	96	74	77	36	93	24	23	17	18	17	21
Malaisie	98	98	75	54	101	100	100	100	-	-	99	-	66	72	66	72	-	-
Malawi	84	82	5	0	117	121	88	94	86	88	36	71	32	27	25	23	27	26
Maldives	98	98	88	9	118	114	97	97	-	-	-	-	80	86	65	70	-	-
Mali	36	23	11	1	90	71	68	54	45	33	73	90	35	21	-	-	15	11
Malte	96	99	86	34	101	99	92	91	-	-	99	-	99	100	84	90	-	-
Maroc	84	67	52	20	112	100	91	85	91	87	74	-	53	45	37	32	39	36
Maurice	95	97	62	25	102	102	94	96	-	-	99	-	89	88	81	82	-	-
Mauritanie	70	63	34	1	99	104	78	82	56	59	45	-	27	23	16	15	21	17
Mexique	98	98	53	19	114	111	98	97	97	97	92	-	86	88	71	70	-	-
Micronésie, Etats fédérés de	-	-	19	14	109	111	-	-	-	-	-	-	80	86	-	-	-	-
Moldova	100	100	32	17	97	96	88	88	84	85	97	100	87	91	80	83	82	85
Monaco	-	-	52	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	94	97	29	12	99	102	90	93	96	98	91	97	84	95	77	87	85	91
Monténégro	-	93	107	44	-	-	-	-	98	97	-	97	-	-	-	-	90	92
Mozambique	58	48	12	1	113	97	79	73	63	57	40	68	18	13	4	4	8	7
Myanmar	97	96	0	0	114	115	99	100	83	84	72	100	49	49	46	46	51	48
Namibie	91	94	30	4	107	107	74	79	91	91	77	90	53	61	30	40	40	53
Nauru	-	-	-	-	78	80	-	-	-	-	25	-	42	50	-	-	-	-
Népal	85	73	4	1	129	123	91	87	86	82	81	95	46	41	-	-	46	38
Nicaragua	85	92	33	3	117	115	90	90	77	84	50	56	62	70	40	47	35	47
Niger	53	26	3	0	58	43	56	40	44	31	53	88	14	9	12	7	13	9
Nigéria	89	85	24	6	105	87	68	59	66	58	63	96	36	29	28	23	38	33
Nioué	-	-	-	-	107	102	-	-	-	-	-	-	96	102	91x	96x	-	-

TABLEAU 5 : ÉDUCATION

	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) 2000-2007*		Nombres pour 100 personnes 2006		Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2007*				Taux net de fréquentation dans le primaire 2000-2007* net		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%) 2000-2007*		Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2007*				Taux net de fréquentation dans le secondaire 2000-2007* net	
	Hommes	Femmes	Télé-phones	Utilisation d'Internet	brut		net		Hommes	Femmes	Données adm.	Données de l'enquête	brut		net		Hommes	Femmes
					Hommes	Femmes	Hommes	Femmes					Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Norvège	–	–	108	82	98	98	98	98	–	–	100	–	113	113	96	97	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	94	79	102	102	99	99	–	–	–	–	117	123	91	93	–	–
Oman	99	98	70	11	82	83	73	75	–	–	99	–	90	87	78	77	–	–
Ouganda	88	84	7	5	116	117	–	–	83	82	25	72	20	16	16	14	16	15
Ouzbékistan	99	99	9	4	97	94	–	–	100	100	99	100	103	102	–	–	91	90
Pakistan	80	60	22	8	94	74	74	57	60	51	70	–	34	26	33	26	23	18
Palaos	–	–	0	0	108	101	98	95	–	–	–	–	96	105	–	–	–	–
Panama	97	96	66	15	113	110	99	98	–	–	85	–	67	73	61	68	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	63	65	–	2	60	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	96	97	51	4	113	110	94	95	95	96	84	–	66	67	56	59	81	80
Pays-Bas	–	–	106	86	108	105	99	97	–	–	98	–	119	117	88	89	–	–
Pérou	99	97	31	23	116	117	96	97	94	94	85	94	93	96	72	72	70	70
Philippines	94	95	51	6	110	109	91	93	88	89	70	90	79	88	55	66	55	70
Pologne	100	99	95	37	98	97	96	96	–	–	98	–	100	99	93	94	–	–
Portugal	100	100	116	30	118	112	98	98	–	–	–	–	94	102	78	86	–	–
Qatar	97	98	110	35	105	104	93	94	–	–	89	–	103	100	91	90	–	–
Rép. démocratique populaire lao	85	80	17	1	123	109	86	81	81	77	62	93	49	38	38	32	40	33
République centrafricaine	70	47	3	0	72	49	53	38	64	54	39	65	–	–	13	9	16	10
République de Corée	–	–	84	71	107	103	100	93	–	–	99	–	100	95	99	93	–	–
République démocratique du Congo	78	63	7	0	68	54	–	–	55	49	–	49	28	16	–	–	18	15
République dominicaine	95	97	51	16	101	96	77	79	84	88	61	81	63	75	47	57	27	39
République populaire démocratique de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République tchèque	–	–	122	35	100	100	91	94	–	–	100	–	96	97	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	79	76	15	1	113	111	98	97	71	75	83	91	7x	6x	22	20	8	8
Roumanie	97	98	80	52	105	104	93	93	–	–	94	–	86	86	74	73	–	–
Royaume-Uni	–	–	117	63	105	106	98	99	–	–	–	–	97	99	91	94	–	–
Russie, (Fédération de)	100	100	106	18	96	96	91	91	–	–	99	–	85	83	–	–	–	–
Rwanda	79	77	3	1	138	142	76	81	84	87	31	76	14	13	–	–	5	5
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	32	86	103	64	78	–	–	78	–	110	100	70	61	–	–
Saint-Marin	–	–	64	57	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	0	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	–	74	29	94	100	93	88	–	–	64	–	67	83	57	71	–	–
Sainte-Lucie	–	–	–	62	122	114	99	97	–	–	96	–	80	95	65	80	–	–
Samoa	99	100	25	4	100	100	90	91	–	–	96x	–	76	86	62	71	–	–
Sao Tomé-et-Principe	95	96	12	14	128	127	97	98	94	95	61	83	44	47	31	34	39	41
Sénégal	59	44	25	5	81	79	71	70	58	59	54	93	27	21	23	18	20	16
Serbie	–	96	63	13	97	97	95	95	98	98	–	100	87	89	–	–	90	93
Seychelles	99	99	87	36	126	125	99	100	–	–	99	–	105	119	94	100	–	–
Sierra Leone	64	44	–	0	155	139	–	–	69	69	–	91	38	26	27	19	21	17
Singapour	100	100	109	59	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	91	42	101	99	92	92	–	–	97	–	94	95	–	–	–	–
Slovénie	100	100	93	64	101	100	96	95	–	–	99	–	96	95	90	91	–	–
Somalie	–	24	6	1	–	–	–	–	24	20	–	85	–	–	–	–	8	4
Soudan	85	71	12	9	71	61	45	37	56	52	74	56	35	33	–	–	17	22
Sri Lanka	97	98	26	2	108	108	98	97	–	–	100	–	86	88	–	–	–	–
Suède	–	–	106	77	96	95	95	95	–	–	–	–	104	103	99	99	–	–
Suisse	–	–	99	58	98	97	89	89	–	–	–	–	95	90	84	80	–	–
Suriname	96	95	71	8	121	121	95	98	94	93	–	80	66	90	57	79	55	66
Swaziland	87	90	24	4	110	102	78	79	83	86	71	80	47	47	29	35	31	41
Syrie, République arabe de	95	92	24	8	129	123	97	92	97	96	92	–	72	68	64	61	64	65
Tadjikistan	100	100	–	–	103	98	99	95	89	88	99	100	90	75	87	74	89	74
Tchad	56	23	5	1	90	61	71	50	41	31	26	94	23	8	16	5	13	7
Territoire palestinien occupé	99	99	22	7	82	83	76	76	91	92	98	–	91	97	87	92	–	–
Thaïlande	98	98	63	13	108	108	95	94	98	98	–	–	75	82	68	75	77	84
Timor-Leste	–	–	5	0	103	95	70	67	76	74	–	–	53	54	–	–	–	–
Togo	84	64	11	5	110	95	86	75	82	76	68	84	54	27	30	14	45	32
Tonga	100	100	29	3	116	110	98	94	–	–	91	–	92	96	54	68	–	–
Trinité-et-Tobago	100	100	69	22	96	94	85	85	98	98	84	97	75	78	64	67	84	90
Tunisie	97	94	72	13	110	107	96	97	95	93	94	–	81	89	61	68	–	–

	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) 2000-2007*		Nombres pour 100 personnes 2006		Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2007*				Taux net de fréquentation dans le primaire 2000-2007* net		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%) 2000-2007*		Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2007*				Taux net de fréquentation dans le secondaire 2000-2007* net	
					brut		net		Hommes	Femmes			brut		net			
	Hommes	Femmes	Télé-phones	Utilisation d'Internet	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes			Hommes	Femmes	Données admin.	Données de l'enquête	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Turkménistan	100	100	4	1	-	-	-	-	99	99	-	100	-	-	-	-	84	84
Turquie	98	94	71	18	96	92	93	89	91	87	94	95	86	71	74	64	52	43
Tuvalu	-	-	15	19	106	105	-	-	-	-	63	-	87	81	-	-	-	-
Ukraine	100	100	107	20	102	102	90	90	96	98	98	100	94	93	83	84	90	93
Uruguay	98	99	67	24	117	113	100	100	-	-	92	-	94	109	-	-	-	-
Vanuatu	92	92	-	-	110	106	88	86	-	-	69x	-	43	37	41	35	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	96	98	69	15	106	103	91	91	91	93	90	82	73	82	62	71	30	43
Viet Nam	95	94	18	17	109	103	-	-	94	94	92	98	68	62	-	-	77	78
Yémen	93	67	14	1	100	74	85	65	68x	41x	60	-	61	30	49	26	35x	13x
Zambie	73x	66x	14	4	118	116	90	94	55	58	76	80	33	27	31	25	17	19
Zimbabwe	98	99	6	9	102	101	87	88	91	93	62	79	42	39	38	36	46	43

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	77	68	18	3	101	90	75	70	64	61	61	84	36	29	28	24	26	22
Afrique de l'Est et australe	78	69	19	3	110	104	83	81	66	66	60	82	39	34	30	27	20	18
Afrique de l'Ouest et centrale	77	66	18	3	93	77	67	58	63	56	62	86	33	24	26	20	31	26
Asie du Sud	84	74	15	9	111	104	88	83	81	77	72	94	54	45	-	-	51	43
Asie de l'Est et Pacifique	98	98	36	12	111	110	98	97	92**	92**	80**	-	73	73	60**	62**	60**	63**
Amérique latine et Caraïbes	97	97	54	19	120	116	94	95	90	91	84	-	87	94	69	74	-	-
ECO/CEI	99	99	81	20	98	96	92	90	93	91	96	97	89	85	79	75	79	76
Moyen-Orient et Afrique du Nord	93	85	37	13	102	97	86	81	88	85	83	-	73	67	67	62	54	52
Pays industrialisés [§]	-	-	93	59	101	101	95	96	-	-	97	-	102	101	91	92	-	-
Pays en développement [§]	90	84	30	11	109	103	89	86	80**	77**	74**	90	62	58	51**	49**	48**	43**
Pays les moins avancés [§]	75	65	9	1	101	91	79	74	65	63	60	82	35	29	30	26	26	24
Total mondial	90	85	42	18	108	103	90	87	80**	77**	76**	90	67	63	58**	57**	48**	44**

[§] Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

Taux d'alphabétisation des jeunes – Nombre de jeunes personnes alphabétisées, âgées de 15 à 24 ans, exprimé en pourcentage de la population totale dans cette catégorie d'âge.

Taux brut de scolarisation dans le primaire – Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total des enfants ayant l'âge officiel de suivre des études primaires.

Taux brut de scolarisation dans le secondaire – Nombre d'enfants inscrits à l'école secondaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total des enfants ayant l'âge officiel de suivre des études secondaires.

Taux net de scolarisation dans le primaire – Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire ayant l'âge officiel de suivre des études primaires, exprimé en pourcentage du nombre total des enfants ayant l'âge officiel de suivre des études primaires.

Taux net de scolarisation dans le secondaire – Nombre d'enfants inscrits à l'école secondaire ayant l'âge officiel de suivre des études secondaires, exprimé en pourcentage du nombre total des enfants ayant l'âge officiel de suivre des études secondaires.

Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire – Nombre d'enfants fréquentant l'école primaire ou secondaire ayant l'âge officiel de suivre des études primaires, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études primaires. Ces données proviennent d'enquêtes nationales sur les ménages.

Taux net de fréquentation dans le secondaire – Nombre d'enfants fréquentant l'école secondaire ou tertiaire ayant l'âge officiel de suivre des études secondaires, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études secondaires. Ces données proviennent d'enquêtes nationales sur les ménages.

Taux de survie en dernière année d'école primaire – Pourcentage d'enfants qui entrent en première année d'école primaire et qui finiront par atteindre la dernière année du cycle primaire.

SOURCES PRINCIPALES

Alphabétisation des jeunes – Institut de la statistique de l'UNESCO (ISU).

Utilisation du téléphone et d'Internet – Union internationale des télécommunications (Genève).

Inscription dans les cycles primaire et secondaire – Institut de la statistique de l'UNESCO (ISU).

Fréquentation dans le primaire et le secondaire – Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

Taux de survie en dernière année d'école primaire – Données administratives : ISU, données d'enquêtes : EDS et MICS.

- NOTES**
- données non disponibles.
 - x Indique des données qui ont trait à des années ou des périodes autres que celles mentionnées en haut de la colonne, qui s'écartent de la définition standard ou qui ne concernent qu'une partie du pays, et qui ne sont pas comprises dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
 - * données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
 - ** À l'exception de la Chine.

TABLEAU 6 : INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et territoires	Population (milliers) 2007		Taux annuel d'accroissement démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Taux global de fécondité 2007	% de la population urbanisée 2007	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Afghanistan	14526	5002	0,3	4,5	29	23	20	52	52	48	35	41	44	7,1	24	2,9	6,4
Afrique du Sud	18385	5235	2,4	1,7	14	8	17	38	29	23	53	62	50	2,7	60	2,9	2,7
Albanie	986	250	2,2	-0,2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2,1	47	2,9	1,4
Algérie	11780	3271	3,0	1,7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2,4	65	4,4	3,2
Allemagne	14286	3499	0,1	0,2	12	11	11	14	11	8	71	75	79	1,4	75	0,1	0,4
Andorre	14	4	3,9	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	3,8	2,0
Angola	9022	3162	2,7	2,8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6,5	55	7,3	5,4
Antigua-et-Barbuda	28	8	-0,6	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-0,3	2,5
Arabie saoudite	9781	2921	5,2	2,5	18	5	4	48	36	25	52	68	73	3,4	81	7,5	3,0
Argentine	12279	3364	1,5	1,1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2,3	90	2,0	1,5
Arménie	760	167	1,7	-1,0	5	8	10	23	21	12	70	68	72	1,4	64	2,3	-1,4
Australie	4802	1272	1,4	1,2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1,8	89	1,4	1,5
Autriche	1573	393	0,2	0,5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1,4	66	0,2	0,5
Azerbaïdjan	2536	564	1,7	0,9	7	7	7	29	27	16	65	66	67	1,8	52	2,0	0,7
Bahamas	106	28	2,0	1,5	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2,0	91	3,1	2,2
Bahreïn	227	65	4,0	2,5	9	4	3	40	29	17	62	72	76	2,3	97	4,3	3,2
Bangladesh	64486	18900	2,4	2,0	20	12	8	45	35	25	44	54	64	2,9	26	7,2	3,8
Barbade	66	17	0,6	0,5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1,5	54	1,0	1,7
Bélarus	1870	454	0,6	-0,3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1,2	73	2,7	0,2
Belgique	2128	558	0,2	0,3	12	11	10	14	12	10	71	76	79	1,6	97	0,3	0,4
Belize	124	36	2,1	2,6	8	5	4	40	35	25	66	72	76	3,0	49	1,7	2,9
Bénin	4553	1525	3,0	3,3	22	15	11	47	47	40	46	53	56	5,5	41	6,7	4,5
Bhoutan	248	60	3,0	1,1	23	14	7	47	38	19	41	52	66	2,2	12	6,1	4,2
Bolivie	4167	1245	2,3	2,1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3,5	65	4,0	3,2
Bosnie-Herzégovine	825	189	0,9	-0,5	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1,2	47	2,8	0,5
Botswana	783	218	3,3	1,9	13	7	15	45	35	25	55	64	50	2,9	59	11,8	4,1
Brésil	62565	18110	2,2	1,5	10	7	6	35	24	19	59	66	72	2,3	85	3,7	2,4
Brunéi Darussalam	132	41	3,4	2,5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2,3	74	3,7	3,4
Bulgarie	1298	341	0,2	-0,8	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1,3	71	1,4	-0,5
Burkina Faso	7778	2670	2,4	3,0	24	17	15	51	49	44	42	50	52	6,0	19	6,8	5,2
Burundi	4383	1541	2,4	2,4	20	19	16	44	48	47	44	46	49	6,8	11	7,3	5,8
Cambodge	6247	1708	1,7	2,3	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3,2	21	2,0	5,7
Cameroun	8908	2866	2,9	2,4	19	13	15	45	42	35	46	55	50	4,4	56	6,4	4,6
Canada	6909	1720	1,2	1,0	7	7	7	17	14	10	73	77	81	1,5	80	1,3	1,4
Cap-Vert	242	74	1,4	2,4	12	8	5	40	39	29	56	65	72	3,4	59	5,5	4,3
Chili	4848	1234	1,6	1,4	10	6	5	29	23	15	62	73	79	1,9	88	2,1	1,8
Chine	341820	84062	1,6	0,9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1,7	42	3,9	3,6
Chypre	200	50	0,5	1,3	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1,6	70	3,0	1,7
Colombie	16196	4388	2,2	1,6	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2,2	73	3,2	2,2
Comores	403	130	3,3	2,7	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4,4	38	5,1	4,8
Congo	1825	595	3,0	2,6	14	11	12	44	39	35	54	57	55	4,5	61	4,7	3,5
Costa Rica	1482	394	2,6	2,2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2,1	63	4,0	3,7
Côte d'Ivoire	9271	2872	4,4	2,4	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4,5	46	6,1	3,5
Croatie	846	204	0,4	0,0	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1,3	57	1,9	0,4
Cuba	2571	632	1,0	0,4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1,5	75	2,0	0,5
Danemark	1210	318	0,2	0,3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1,8	86	0,5	0,4
Djibouti	369	107	6,2	2,3	21	14	11	49	42	29	43	51	55	4,0	87	7,3	3,3
Dominique	22	6	0,3	-0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	2,1	0,3
Egypte	29422	8719	2,2	1,8	17	9	6	41	32	24	50	62	71	2,9	43	2,4	1,9
El Salvador	2696	772	1,8	1,7	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2,7	60	2,9	3,1
Emirats arabes unis	1006	327	10,6	5,0	11	3	1	36	27	16	61	73	79	2,3	77	10,5	5,1
Equateur	5060	1403	2,7	1,5	12	6	5	42	29	21	58	68	75	2,6	64	4,4	2,5
Erythrée	2402	837	2,7	2,5	21	16	9	47	41	40	43	48	58	5,1	20	3,8	4,2
Espagne	7742	2321	0,7	0,8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1,4	77	1,4	0,9
Estonie	254	68	0,7	-0,9	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1,5	69	1,1	-1,2
Etats-Unis	75992	20957	1,0	1,0	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2,1	81	1,1	1,6
Ethiopie	42124	13651	2,7	2,9	21	18	13	49	47	38	43	47	53	5,3	16	4,6	4,7
Ex-République yougoslave de Macédoine	476	115	1,0	0,4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1,4	70	2,0	1,6
Fidji	320	88	1,6	0,9	8	6	7	34	29	21	60	67	69	2,8	52	2,5	2,3

	Population (milliers) 2007		Taux annuel d'accroissement démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Taux global de fécondité 2007	% de la population urbanisée 2007	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007			1970-1990	1990-2007
Finlande	1093	287	0,4	0,3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1,8	61	1,4	0,3
France	13573	3828	0,6	0,5	11	9	9	17	13	12	72	77	81	1,9	77	0,8	0,8
Gabon	555	159	2,8	2,2	20	11	12	34	36	26	47	61	57	3,1	85	6,6	3,6
Gambie	803	264	3,5	3,4	28	15	10	50	43	35	37	51	59	4,8	56	6,8	5,9
Géorgie	1006	233	0,7	-1,3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1,4	52	1,5	-1,7
Ghana	10553	3216	2,7	2,4	16	11	9	45	40	30	49	57	60	3,9	49	3,9	4,5
Grèce	1906	514	0,7	0,5	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1,3	59	1,3	0,6
Grenade	42	10	0,1	0,6	9	10	8	28	28	18	64	66	69	2,3	31	0,1	0,3
Guatemala	6588	2093	2,5	2,4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4,2	48	3,2	3,5
Guinée	4656	1566	2,3	2,6	27	19	12	50	47	40	38	47	56	5,5	34	5,1	3,9
Guinée équatoriale	247	82	0,8	2,4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5,4	39	2,0	3,3
Guinée-Bissau	918	333	2,8	3,0	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7,1	30	5,9	3,5
Guyana	267	70	0,1	0,1	11	9	8	38	25	17	60	62	66	2,3	28	0,2	-0,2
Haïti	4211	1250	2,1	1,8	18	13	9	39	37	28	47	54	61	3,6	40	4,1	3,8
Honduras	3257	948	3,0	2,2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3,3	47	4,6	3,4
Hongrie	1903	471	0,0	-0,2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1,3	67	0,5	-0,1
Iles Cook	5	1	-0,9	-1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	-0,5	-0,3
Iles Marshall	22	6	4,2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	4,3	1,6
Iles Salomon	229	71	3,3	2,7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	3,9	18	5,5	4,4
Inde	446646	126808	2,2	1,8	16	10	8	38	32	23	49	59	64	2,8	29	3,5	2,8
Indonésie	76805	21630	2,1	1,4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2,2	50	5,0	4,6
Iran, République islamique d'	24229	6472	3,4	1,3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2,0	68	4,9	2,6
Iraq	13847	4217	3,0	2,6	12	8	9	46	39	32	56	63	59	4,3	67	4,1	2,5
Irlande	1063	323	0,9	1,2	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2,0	61	1,3	1,7
Islande	78	21	1,1	1,0	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2,0	93	1,4	1,2
Israël	2262	683	2,2	2,5	7	6	5	27	22	20	71	76	81	2,8	92	2,6	2,8
Italie	9882	2734	0,3	0,2	10	10	10	17	10	9	72	77	81	1,4	68	0,4	0,3
Jamahiriya arabe libyenne	2183	688	3,9	2,0	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2,8	85	6,7	2,7
Jamaïque	1007	273	1,2	0,8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2,5	54	2,1	1,4
Japon	21206	5549	0,8	0,2	7	7	9	19	10	8	72	79	83	1,3	66	1,7	0,5
Jordanie	2500	731	3,5	3,5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3,1	83	4,8	4,6
Kazakhstan	4558	1316	1,2	-0,4	9	9	10	26	23	19	62	67	67	2,3	58	1,7	-0,3
Kenya	18593	6359	3,7	2,8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5,0	21	6,5	3,9
Kirghizistan	1945	514	2,0	1,1	11	8	8	31	31	22	60	66	66	2,5	36	2,0	0,9
Kiribati	35	10	2,5	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4,0	4,1
Koweït	785	242	5,3	1,7	6	2	2	48	24	18	66	75	78	2,2	98	6,0	1,8
Lesotho	953	271	2,2	1,3	17	11	19	43	36	29	49	59	42	3,4	19	5,7	2,1
Lettonie	411	103	0,6	-0,9	11	13	14	14	14	9	70	69	73	1,3	68	1,3	-1,1
Liban	1365	362	1,0	1,9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2,2	87	2,7	2,3
Libéria	2017	725	2,2	3,3	22	21	18	49	50	50	42	43	45	6,8	60	4,9	5,2
Liechtenstein	7	2	1,5	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1,6	1,6
Lituanie	688	150	0,8	-0,5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1,3	66	2,4	-0,7
Luxembourg	102	27	0,6	1,2	12	11	9	13	13	11	70	75	79	1,7	83	1,0	1,4
Madagascar	9829	3190	2,8	2,9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4,8	27	5,3	4,0
Malaisie	9663	2756	2,6	2,3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2,6	69	4,5	4,5
Malawi	7479	2461	3,7	2,3	24	18	15	56	50	41	41	49	48	5,6	18	7,0	5,2
Maldives	121	31	2,9	2,0	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2,6	31	6,8	3,2
Mali	6721	2321	2,3	2,8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6,5	32	4,7	4,9
Malte	84	20	0,9	0,7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1,4	96	0,9	1,1
Maroc	11075	3005	2,4	1,4	17	8	6	47	30	20	52	64	71	2,4	60	4,1	2,8
Maurice	358	94	1,2	1,0	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1,9	42	1,4	0,9
Mauritanie	1443	462	2,6	2,8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4,4	41	7,6	3,1
Mexique	37772	10342	2,4	1,4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2,2	77	3,4	1,8
Micronésie, Etats fédérés de	50	14	2,2	0,8	9	7	6	41	34	26	62	66	68	3,8	22	2,4	0,0
Moldova	932	211	1,0	-0,9	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1,4	47	2,9	-0,9
Monaco	6	2	1,2	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,2	0,5
Mongolie	898	232	2,8	1,0	14	9	7	42	33	19	53	61	67	1,9	57	4,0	1,1
Monténégro	142	38	0,6	0,1	3	5	10	10	11	14	69	75	74	1,8	-	-	-
Mozambique	10909	3700	1,8	2,7	25	20	20	48	43	40	39	43	42	5,2	36	8,3	6,2

TABLEAU 6 : INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

	Population (milliers) 2007		Taux annuel d'accroissement démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Taux global de fécondité 2007	% de la population urbanisée 2007	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007			1970-1990	1990-2007
Myanmar	15617	4132	2,1	1,1	15	11	10	40	27	18	51	59	62	2,1	32	2,5	2,8
Namibie	939	248	3,0	2,2	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3,2	36	4,1	4,1
Nauru	4	1	1,7	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,7	0,6
Népal	12606	3651	2,3	2,3	21	13	8	42	39	28	43	54	64	3,3	17	6,3	6,4
Nicaragua	2441	673	2,7	1,8	13	7	5	47	37	25	54	64	73	2,8	60	3,3	2,6
Niger	7724	2797	3,1	3,5	26	22	14	58	56	49	40	46	57	7,2	17	5,9	4,4
Nigéria	75065	24823	2,8	2,6	22	18	17	47	47	40	42	47	47	5,4	50	5,3	5,0
Nioué	1	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37	—	—
Norvège	1092	284	0,4	0,6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1,8	78	0,9	1,1
Nouvelle-Zélande	1064	285	1,0	1,2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2,0	86	1,2	1,4
Oman	1013	271	4,5	2,0	17	4	3	50	38	22	49	70	76	3,0	72	9,3	2,7
Ouganda	17349	6028	3,2	3,2	16	15	14	49	50	47	50	51	51	6,5	13	5,7	4,4
Ouzbékistan	10593	2879	2,7	1,7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2,5	37	3,1	1,2
Pakistan	70609	19333	3,2	2,2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3,5	36	4,2	3,3
Palaos	8	2	1,4	1,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	68	2,2	1,8
Panama	1181	344	2,4	1,9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2,6	73	3,0	3,9
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2941	894	2,4	2,5	19	11	10	42	37	30	43	54	57	3,8	14	3,9	2,9
Paraguay	2537	734	2,7	2,2	7	6	6	37	33	25	65	68	72	3,1	60	4,0	3,6
Pays-Bas	3576	969	0,7	0,6	8	9	9	17	13	11	74	77	80	1,7	81	1,2	1,6
Pérou	10273	2817	2,5	1,5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2,5	73	3,4	1,9
Philippines	36804	11095	2,6	2,1	11	7	5	40	33	26	57	65	72	3,3	64	4,5	4,0
Pologne	7471	1767	0,8	0,0	8	10	10	17	15	9	70	71	76	1,2	62	1,6	0,1
Portugal	1996	558	0,7	0,4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1,5	59	1,8	1,7
Qatar	208	65	7,2	3,5	13	3	2	34	23	16	60	69	76	2,7	96	7,4	3,9
Rép., démocratique populaire lao	2681	720	2,3	2,1	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3,2	21	4,7	4,3
République centrafricaine	2137	674	2,4	2,2	22	16	18	42	42	36	42	50	44	4,6	38	3,9	2,5
République de Corée	10418	2319	1,5	0,7	9	6	6	31	16	9	60	71	79	1,2	81	4,5	1,3
République démocratique du Congo	33784	12268	3,1	2,9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6,7	33	2,6	4,3
République dominicaine	3788	1113	2,3	1,7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2,8	68	3,9	3,1
République populaire démocratique de Corée	6656	1562	1,7	1,0	7	6	10	35	21	13	62	71	67	1,9	62	2,1	1,4
République tchèque	1822	469	0,2	-0,1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1,2	73	2,1	-0,2
République-Unie de Tanzanie	20630	7050	3,1	2,7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5,2	25	7,5	4,6
Roumanie	4154	1051	0,7	-0,5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1,3	54	2,2	-0,5
Royaume-Uni	13100	3503	0,1	0,4	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1,8	90	0,8	0,5
Russie, Fédération de	27044	7302	0,7	-0,2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1,3	73	1,5	-0,3
Rwanda	4921	1685	3,3	1,7	20	33	17	53	49	44	44	33	46	5,9	21	5,9	10,3
Saint-Kitts-et-Nevis	17	5	-0,5	1,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	-0,4	0,8
Saint-Marin	6	2	1,2	1,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	89	3,1	1,4
Saint-Siège	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Vincent-et-Grenadines	42	12	0,9	0,6	11	7	7	40	25	20	61	69	71	2,2	47	3,0	1,5
Sainte-Lucie	54	15	1,4	1,1	8	7	7	41	25	19	64	71	74	2,2	28	2,4	0,8
Samoa	88	24	0,6	0,9	10	7	5	39	34	25	55	65	71	4,0	23	0,8	1,4
Sao Tomé-et-Principe	76	23	2,3	1,8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	3,9	60	4,2	3,9
Sénégal	5998	1942	2,9	2,6	21	12	9	48	43	35	45	57	63	4,7	42	4,2	3,3
Serbie	2204	610	0,8	0,2	9	10	12	18	15	13	68	71	74	1,8	—	—	—
Seychelles	44	15	1,6	1,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	4,8	1,2
Sierra Leone	2889	1019	2,1	2,1	29	26	22	47	48	46	35	39	42	6,5	42	4,8	4,4
Singapour	994	200	1,9	2,3	5	5	5	23	18	8	69	75	80	1,3	100	1,9	2,4
Slovaquie	1087	260	0,7	0,1	10	10	10	19	15	10	70	72	75	1,2	56	2,3	0,1
Slovénie	343	89	0,7	0,2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1,3	51	2,3	0,4
Somalie	4389	1539	3,1	1,5	24	22	17	51	46	43	40	42	48	6,1	36	4,5	2,8
Soudan	17961	5528	2,9	2,3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4,3	43	5,3	5,4
Sri Lanka	5504	1464	1,6	0,7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1,9	15	1,0	-0,1
Suède	1912	505	0,3	0,4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1,8	84	0,4	0,5
Suisse	1488	358	0,5	0,5	9	9	8	16	12	9	73	78	82	1,4	76	1,6	1,2
Suriname	158	44	0,4	0,8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2,4	75	2,4	1,4
Swaziland	534	147	3,2	1,6	18	10	21	50	41	29	48	59	40	3,5	25	7,5	2,2

	Population (milliers) 2007		Taux annuel d'accroissement démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Taux global de fécondité 2007	% de la population urbanisée 2007	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
	Syrie, République arabe de	8424	2544	3,5	2,6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3,1	51	4,1
Tadjikistan	3081	857	2,9	1,4	10	8	6	40	39	27	60	63	67	3,4	24	2,2	-0,1
Tchad	5690	1989	2,5	3,3	21	16	15	46	48	46	45	52	51	6,2	26	5,5	5,0
Territoire palestinien occupé	2095	685	3,4	3,7	19	7	4	49	46	36	54	68	73	5,2	72	4,5	4,2
Thaïlande	16430	4518	1,9	1,0	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1,8	33	3,6	1,7
Timor-Leste	590	199	1,0	2,6	22	18	9	46	43	42	40	46	61	6,6	27	3,4	4,5
Togo	3260	1061	3,1	3,0	18	12	10	48	44	37	48	58	58	4,9	42	4,9	5,2
Tonga	44	12	-0,2	0,3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3,8	24	0,4	0,8
Trinité-et-Tobago	357	94	1,2	0,5	7	7	8	27	21	15	66	70	70	1,6	13	-0,5	3,1
Tunisie	3178	830	2,4	1,3	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1,9	66	3,8	2,1
Turkménistan	1845	494	2,6	1,8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2,5	47	2,3	2,1
Turquie	24623	6646	2,3	1,6	12	8	6	39	26	18	56	65	72	2,1	68	4,5	2,6
Tuvalu	4	1	1,3	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	4,6	2,8
Ukraine	8389	2025	0,4	-0,6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1,2	68	1,4	-0,5
Uruguay	938	252	0,5	0,4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2,1	92	0,9	0,7
Vanuatu	103	31	2,8	2,4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3,8	24	4,9	4,2
Venezuela																	
République bolivarienne du	10089	2896	3,0	2,0	7	5	5	37	29	22	65	71	74	2,6	94	3,8	2,8
Viet Nam	30263	8109	2,2	1,6	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2,2	27	2,7	3,6
Yémen	11729	3740	3,3	3,5	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5,5	28	5,5	5,6
Zambie	6270	2030	3,2	2,3	17	16	19	49	44	40	49	49	42	5,2	35	4,5	1,7
Zimbabwe	6175	1706	3,5	1,4	13	8	19	48	37	28	55	63	43	3,2	37	6,1	3,0

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	383988	127624	2,9	2,6	20	16	15	48	45	39	45	50	50	5,2	36	4,7	4,3
Afrique de l'Est et australe	186875	61296	2,9	2,5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	4,9	29	4,7	3,9
Afrique de l'Ouest et centrale	197113	66328	2,9	2,7	22	17	16	48	47	41	43	49	50	5,5	43	4,8	4,6
Asie du Sud	614747	175250	2,3	1,9	17	11	8	39	33	24	49	59	64	3,0	29	3,8	3,0
Asie de l'Est et Pacifique	559872	144441	1,8	1,0	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1,9	44	3,9	3,5
Amérique latine et Caraïbes	197226	55622	2,2	1,5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2,4	78	3,3	2,2
ECO/CEI	100110	26458	1,0	0,2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1,7	62	2,0	0,3
Moyen-Orient et Afrique du Nord	153178	44789	3,0	2,0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3,0	58	4,4	2,9
Pays industrialisés [§]	204334	54922	0,7	0,6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1,7	76	1,0	0,9
Pays en développement [§]	1962419	562128	2,2	1,6	13	9	8	38	29	22	55	63	67	2,8	44	3,8	3,1
Pays les moins avancés [§]	383853	124237	2,5	2,5	21	16	12	47	42	36	44	51	55	4,7	28	4,9	4,4
Total mondial	2213456	629106	1,8	1,4	12	9	9	32	26	20	59	65	68	2,6	49	2,7	2,3

[§] Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait un enfant nouveau-né s'il était exposé aux risques de mortalité qui prévalent dans son groupe de population au moment de sa naissance.

Taux brut de mortalité – Nombre annuel de décès pour 1 000 habitants.

Taux brut de natalité – Nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants.

Taux global de fécondité – Nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.

Population urbaine – Pourcentage de la population résidant dans les régions urbaines telles qu'elles ont été définies par des critères nationaux lors du dernier recensement.

SOURCES PRINCIPALES

Population infantine – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Taux bruts de mortalité et de natalité – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Espérance de vie – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Fécondité – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Population urbaine – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

NOTES – données non disponibles.

TABLEAU 7 : INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et territoires	RNB par habitant (\$ EU) 2007	Taux annuel moyen de croissance du PIB (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%) 1990-2007	% de la population du seuil international de pauvreté, 1,25 \$ EU par jour 2005	% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1997-2006*)			APD totale reçue en millions de \$ EU 2006	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire 2006	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
		1970-1990	1990-2007			Défense	Santé	Education			1990	2006
Afghanistan	250x	-	-	-	-	-	-	-	3000	37	-	-
Afrique du Sud	5760	0,1	1	8	26	-	-	-	718	0	-	6
Albanie	3290	-0,7x	5,2	18	1	4	4	2	321	3	4x	3
Algérie	3620	1,6	1,4	13	7	17	4	24	209	0	62	-
Allemagne	38860	2,3x	1,4	1	-	4	19	1	-	-	-	-
Andorre	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	2560	0,4x	2,9	319	54	34x	6x	15x	171	1	7	13
Antigua-et-Barbuda	11520	8,3x	1,7	2	-	-	-	-	3	0	-	-
Arabie saoudite	15440	-1,5	0,3	4	-	36x	6x	14x	25	0	-	-
Argentine	6050	-0,7	1,5	6	5	3	5	5	114	0	30	13
Arménie	2640	-	5,8	69	11	-	-	-	213	4	-	6
Australie	35960	1,5	2,4	2	-	6	15	10	-	-	-	-
Autriche	42700	2,4	1,8	2	-	2	14	10	-	-	-	-
Azerbaïdjan	2550	-	2,8	71	0	12	1	4	206	1	-	1
Bahamas	15730x	1,8	0,4x	3x	-	3	16	20	-	-	-	-
Bahreïn	19350	-1,3x	2,4x	2x	-	14	8	15	57x	1x	-	-
Bangladesh	470	0,6	3,1	4	50y	10	7	17	1223	2	17	3
Barbade	d	1,5	1,3x	3x	-	-	-	-	-1	0	-	-
Bélarus	4220	-	3,4	162	0	4	3	4	73	0	-	2
Belgique	40710	2,2	1,8	2	-	3	16	3	-	-	-	-
Belize	3800	2,9	2,4	1	-	5x	8x	20x	8	1	5	16
Bénin	570	0	1,3	6	47	17x	6x	31x	375	8	7	6x
Bhoutan	1770	6,8x	5,2	7	26	-	9	13	94	10	-	-
Bolivie	1260	-1,1	1,3	7	20	5	10	22	581	6	31	8
Bosnie-Herzégovine	3580	-	10,8x	5x	0	-	-	-	494	4	-	7
Botswana	5840	8,2	4,2	8	31	8x	5x	26x	65	1	4	1
Brésil	5910	2,3	1,2	72	8y	3	6	6	82	0	19	36
Brunéi Darussalam	26930x	-2,2x	-0,3x	4x	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	4590	3,4x	2,3	51	0	6	11	5	-	-	19	10
Burkina Faso	430	1,3	2,5	3	57	14x	7x	17x	871	14	6	-
Burundi	110	1,1	-2,7	12	81	23	2	15	415	52	41	40
Cambodge	540	-	6,2x	3x	40	-	-	-	529	8	0x	1
Cameroun	1050	3,3	0,6	4	33	10	3	12	1684	9	18	15x
Canada	39420	2	2,2	2	-	6	9	3	-	-	-	-
Cap-Vert	2430	-	3,3	4	21	-	-	-	138	13	5	4
Chili	8350	1,5	3,7	6	1	7	15	17	83	0	20	19
Chine	2360	6,6	8,9	5	16y	12	0	2	1245	0	10	2
Chypre	24940	5,9x	2,2	4	-	4	6	12	-	-	-	-
Colombie	3250	2	1	14	15	13	9	20	988	1	39	31
Comores	680	0,1x	-0,4	4	46	-	-	-	30	7	2	-
Congo	1540	3,2	-0,2	8	54	10	4	4	254	7	32	2x
Costa Rica	5560	0,7	2,5	13	2	0	21	22	24	0	21	4
Côte d'Ivoire	910	-1,9	-0,7	6	23	4x	4x	21x	251	2	26	0
Croatie	10460	-	3	33	0	4	13	8	200	0	-	33
Cuba	c	-	3,6x	4x	-	-	23x	10x	78	0	-	-
Danemark	54910	2	1,9	2	-	5	1	12	-	-	-	-
Djibouti	1090	-	-2,1	3	19	-	-	-	117	14	4x	6
Dominique	4250	4,7x	2,4	1	-	-	-	-	19	7	4	13x
Egypte	1580	4,3	2,5	7	2	9	3	15	873	1	18	5
El Salvador	2850	-1,8	1,8	4	14	3	14	14	157	1	14	12
Emirats arabes unis	26210x	-4,8x	-0,3x	3x	-	30	7	17	-	-	-	-
Equateur	3080	1,3	1,2	5	10	13x	11x	18x	189	0	27	23
Erythrée	230	-	-0,3x	12x	-	-	-	-	129	15	-	-
Espagne	29450	1,9	2,4	4	-	4	15	2	-	-	-	-
Estonie	13200	1,5x	5,2	24	0	5	16	7	-	-	-	-
Etats-Unis	46040	2,2	2	2	-	20	25	3	-	-	-	-
Ethiopie	220	-	2,2	5	39	17	1	5	1947	15	33	7
Ex-République yougoslave de Macédoine	3460	-	0,5	30	0	-	-	-	200	3	-	15
Fidji	3800	0,6x	1,5x	4x	-	6x	9x	18x	56	2	12	1
Finlande	44400	2,8	2,8	2	-	4	3	10	-	-	-	-
France	38500	2,2	1,6	1	-	6x	16x	7x	-	-	-	-

	RNB par habitant (\$ EU) 2007	Taux annuel moyen de croissance du PIB (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%) 1990-2007	% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 \$ EU par jour 2005	% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1997-2006*)			APD totale reçue en millions de \$ EU 2006	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire 2006	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
		1970-1990	1990-2007			Défense	Santé	Education			1990	2006
Gabon	6670	0,3	-0,7	6	5	-	-	-	31	0	4	5x
Gambie	320	0,9	0,2	8	34	4x	7x	12x	74	15	18	11
Géorgie	2120	3,2	1,8	102	13	23	7	11	361	5	-	7
Ghana	590	-2,1	2,1	24	30	5x	7x	22x	1176	10	21	4
Grèce	29630	1,3	2,7	6	-	8	7	11	-	-	-	-
Grenade	4670	4,9	2,5	2	-	-	10x	17x	27	6	2	5x
Guatemala	2440	0,2	1,4	7	12	11x	11x	17x	487	1	11	4
Guinée	400	0,3x	1,3	8	70	29x	3x	11x	164	4	18	17x
Guinée-Bissau	200	-0,2	-2,6	16	49	4x	1x	3x	82	27	21	35x
Guinée équatoriale	12860	-	21,1	13	-	-	-	-	27	1	2	-
Guyana	1300	-1,5	3,1	8	8	-	-	-	173	20	20x	3
Haïti	560	-0,3	-2,1	18	55	-	-	-	581	14	4	3
Honduras	1600	0,8	1,5	15	22	7x	10x	19x	587	7	30	5
Hongrie	11570	3	3,3	13	0	3	6	5	-	-	30	32
Iles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	32	0	-	-
Iles Marshall	3070	-	-2	5	-	-	-	-	55	28	-	-
Iles Salomon	730	3,4	-1,6	7	-	-	-	-	205	62	10	2
Inde	950	2,1	4,5	6	42y	14	2	4	1379	0	25	7
Indonésie	1650	4,7	2,3	15	21y	7	1	4	1405	0	31	9
Iran, République islamique d'	3470	-2,3	2,5	23	1	14	6	7	121	0	1	-
Iraq	2170x	-	-	-	-	-	-	-	8661	0	-	-
Irlande	48140	2,8	5,8	4	-	3	16	14	-	-	-	-
Islande	54100	3,2	2,4	4	-	0	27	11	-	-	-	-
Israël	21900	1,9	1,7	6	-	19	12	15	-	-	-	-
Italie	33540	2,8	1,2	3	-	3	3	10	-	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	9010	-4,9x	-	-	-	-	-	-	37	0	-	-
Jamaïque	3710	-1,3	0,8	15	0	2	7	15	37	0	20	11
Japon	37670	3	0,9	-1	-	4x	2x	6x	-	-	-	-
Jordanie	2850	2,5x	2	2	0	19	10	16	580	4	18	5
Kazakhstan	5060	-	3,2	75	3	6	5	6	172	0	-	33
Kenya	680	1,2	0	11	20	6	7	26	943	5	26	6
Kirghizistan	590	-	-0,5	46	22	7	12	11	311	12	-	4
Kiribati	1170	-5,3	1,8	2	-	-	-	-	-45	-36	-	-
Koweït	31640	-6,8x	1,1x	4x	-	14	6	12	-	-	-	-
Lesotho	1000	3,1	1,8	8	43	5	6	25	72	4	4	4
Lettonie	9930	3,4	4,7	21	0	5	12	6	-	-	0x	29
Liban	5770	-	2,5	8	-	11	2	7	707	3	-	19
Libéria	150	-4,2	1,9	42	84	9x	5x	11x	269	57	-	0
Liechtenstein	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	9920	-	3	29	0	5	12	7	-	-	-	21
Luxembourg	75880	2,7	3,2	2	-	1	13	10	-	-	-	-
Madagascar	320	-2,4	-0,4	14	68	5	8	13	754	14	32	5x
Malaisie	6540	4	3,2	4	1	11	6	23	240	0	12	4
Malawi	250	-0,1	0,3	30	74	5x	7x	12x	669	30	23	-
Maldives	3200	-	5,5x	1x	-	5	8	14	39	4	4	5
Mali	500	-0,3	2,2	5	51	8x	2x	9x	825	13	8	4
Malte	15310	6,5	2,7x	3	-	2	14	13	11x	0x	-	-
Maroc	2250	2	2	3	3	13	3	18	1046	2	18	12
Maurice	5450	5,1x	3,7	6	-	1	9	15	19	0	6	6
Mauritanie	840	-0,9	0,6	8	21	-	4x	23x	188	8	24	-
Mexique	8340	1,6	1,6	14	1	3	5	25	247	0	16	19
Micronésie, Etats fédérés de	2470	-	-0,2	2	-	-	-	-	109	41	-	-
Moldova	1260	1,8x	-1,3	52	8	1	13	9	228	6	-	10
Monaco	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	1290	-	2,2	30	22	9	6	9	203	9	17x	2
Monténégro	5180	-	3,4x	-	-	-	-	-	1586	68	-	-
Mozambique	320	-1x	4,1	20	75	35x	5x	10x	1611	23	21	2
Myanmar	220x	1,5	6,8x	24x	-	23	3	13	147	0	17	1
Namibie	3360	-2,3x	1,8	9	49	7x	10x	22x	145	2	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	17	0	-	-
Népal	340	1,2	1,9	7	55	11	5	18	514	6	12	5

TABLEAU 7 : INDICATEURS ÉCONOMIQUES

	RNB par habitant (\$ EU) 2007	Taux annuel moyen de croissance du PIB (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%) 1990-2007	% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 \$ EU par jour 2005	% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1997-2006*)			APD totale reçue en millions de \$ EU 2006	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire 2006	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
		1970-1990	1990-2007			Défense	Santé	Education			1990	2006
Nicaragua	980	-3,7	1,9	21	16	6x	13x	15x	733	14	2	4
Niger	280	-2,2	-0,6	4	66	-	-	-	401	11	12	5x
Nigéria	930	-1,4	1,2	23	64	3x	1x	3x	11434	12	22	16x
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Norvège	76450	3,2	2,6	4	-	5	16	6	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	28780	0,8	2	2	-	3	16	19	-	-	-	-
Oman	11120	3,3	2,2x	2x	-	33	7	15	35	0	12	1
Ouganda	340	-	3,1	8	52	26x	2x	15x	1551	17	47	5
Ouzbékistan	730	-	1,2	106	46	-	-	-	149	1	-	-
Pakistan	870	3	1,6	10	23	18	1	2	2147	2	16	8
Palaos	8210	-	-	3x	-	-	-	-	37	23	-	-
Panama	5510	0,3	2,6	2	9	-	18	16	30	0	3	25
Papouasie-Nouvelle-Guinée	850	-0,7	-0,6	8	36	4	7	22	279	6	37	9x
Paraguay	1670	2,8	-0,3	11	9	11x	7x	22x	56	1	12	6
Pays-Bas	45820	1,5	2,1	2	-	4	10	11	-	-	-	-
Pérou	3450	-0,6	2,7	13	8	-	13	7	468	1	6	12
Philippines	1620	0,8	1,7	7	23	5	2	19	562	0	23	18
Pologne	9840	-	4,4	13	0	4	11	12	-	-	4	24
Portugal	18950	2,6	1,9	4	-	3	16	16	-	-	-	-
Qatar	12000x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rép. démocratique populaire lao	580	-	4,2	25	44	-	-	-	364	13	8	-
République centrafricaine	380	-1,3	-0,8	3	62	-	-	-	134	9	8	-
République de Corée	19690	6,2	4,4	4	-	10	0	14	-	-	-	-
République démocratique du Congo	140	-2,4	-4,3	335	59	18	0	0	2056	27	-	-
République dominicaine	3550	2,1	3,8	11	5	4	10	13	53	0	7	8
République populaire démocratique de Corée	a	-	-	-	-	-	-	-	55	0	-	-
République tchèque	14450	-	2,4	7	0	4	16	10	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	400	-	1,8	15	88	16x	6x	8x	1825	14	25	3
Roumanie	6150	0,9x	2,3	57	1	5	14	5	-	-	0	16
Royaume-Uni	42740	2	2,4	3	-	7	15	4	-	-	-	-
Russie, Fédération de	7560	-	1,2	71	0	12	8	4	-	-	-	13
Rwanda	320	1,1	1,1	9	77	-	5x	26x	585	25	9	9
Saint-Kitts-et-Nevis	9630	6,3x	2,8	3	-	-	-	-	5	1	3	22x
Saint-Marin	45130	-	-	-	-	-	18	9	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	4210	3,3	3	2	-	-	12	16	5	1	3	11x
Sainte-Lucie	5530	5,3x	1,3	2	21	-	-	-	18	2	2	6x
Samoa	2430	-	2,6	6	-	-	-	-	47	11	5	6
Sao Tomé-et-Principe	870	-	-	-	-	-	-	-	22	17	28	37
Sénégal	820	-0,7	1,1	4	34	7	3	14	825	9	14	10x
Serbie	4730	-	2,6x	-	-	-	-	-	96	0	-	-
Seychelles	8960	2,9	1,4	3	-	3	9	8	14	2	7	18
Sierra Leone	260	-0,4	-0,4	19	53	10x	10x	13x	364	27	8	8
Singapour	32470	5,6	3,8	1	-	31	6	22	-	-	-	-
Slovaquie	11730	-	3,3	8	0	5	19	4	-	-	-	-
Slovénie	20960	-	3,5	15	0	3	15	13	53x	0x	-	-
Somalie	140x	-0,9	-	-	-	38x	1x	2x	392	0	25x	-
Soudan	960	0,1	3,6	38	-	28	1	8	2058	7	4	4
Sri Lanka	1540	3	3,9	9	14	18	6	10	796	3	10	7
Suède	46060	1,8	2,2	2	-	5	3	6	-	-	-	-
Suisse	59880	1,2	0,7	1	-	5	0	5	-	-	-	-
Suriname	4730	-2,4x	1,8	54	16	-	-	-	64	4	-	-
Swaziland	2580	3,1	-0,3	12	63	8	8	20	35	1	6	2
Syrie, République arabe de	1760	2	1,5	7	-	24	2	9	27	0	20	1
Tadjikistan	460	-	-2,2	99	21	9	2	4	240	9	-	5
Tchad	540	-1	2,4	7	62	-	8x	8x	284	6	2	-
Territoire palestinien occupé	1230	-	-2,9x	4x	-	-	-	-	1449	33	-	-
Thaïlande	3400	5	2,9	3	0	6	9	20	-216	0	14	9
Timor-Leste	1510	-	-	-	53	-	-	-	210	24	-	-
Togo	360	-0,6	-0,2	4	39	11x	5x	20x	79	4	8	0x
Tonga	2320	-	2	4	-	-	7x	13x	21	10	2	3

	RNB par habitant (\$ EU) 2007	Taux annuel moyen de croissance du PIB (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%) 1990-2007	% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 \$ EU par jour 2005	% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1997-2006*)			APD totale reçue en millions de \$ EU 2006	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire 2006	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
		1970-1990	1990-2007			Défense	Santé	Education			1990	2006
Trinité-et-Tobago	14100	0,5	5,1	5	4	2	9	17	13	0	-	-
Tunisie	3200	2,5	3,4	4	3	5	5	20	432	1	22	13
Turkménistan	b	-	-6,8x	408x	25	-	-	-	26	0	-	-
Turquie	8020	1,9	2,2	52	3	8	3	10	570	0	27	25
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	15	0	-	-
Ukraine	2550	-	-0,7	93	0	3	3	6	484	1	-	16
Uruguay	6380	0,9	1,5	18	0	4	7	8	21	0	31	43
Vanuatu	1840	1,1x	-0,4	3	-	-	-	-	49	13	2	1
Venezuela, République bolivarienne du	7320	-1,6	-0,2	35	18	5	8	21	58	0	22	13
Viet Nam	790	-	6	10	21	-	4	14	1846	3	-	2
Yémen	870	-	1,6	17	18	19	4	22	284	2	4	2
Zambie	800	-2,3	0,1	34	64	4	13	14	1425	19	13	3
Zimbabwe	340	-0,4	-2,1x	62x	-	7	8	24	280	6	19	-

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	965	-0.1	1.3	35	51	-	-	-	35799	6	17	7
Afrique de l'Est et australe	1245	-	1.4	40	49	-	-	-	13793	3	14	7
Afrique de l'Ouest et centrale	698	-0.6	1.3	26	53	-	-	-	22006	11	19	-
Asie du Sud	889	2.1	4.1	6	40	14	2	5	9191	1	21	7
Asie de l'Est et Pacifique	2742	5.7	6.8	5	17	11	1	7	7477	0	16	4
Amérique latine et Caraïbes	5628	1.4	1.5	35	8	4	7	14	5989	0	20	21
ECO/CEI	5686	-	1.6	67	4	9	7	6	5928	0	-	17
Moyen-Orient et Afrique du Nord	3666	-0.1	1.6	11	4	15	5	14	16660	1	21	8
Pays industrialisés [§]	38579	2.3	1.9	2	-	12	18	4	-	-	-	-
Pays en développement [§]	2405	2.4	4	18	25	10	3	9	77364	1	19	10
Pays les moins avancés [§]	491	-0.2	2.5	60	54	14	5	14	28181	9	12	6
Total mondial	7952	2.3	2.4	8	-	11	14	6	81045	0	18	11

[§] Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

RNB par habitant – Le revenu national brut (RNB) est la somme de la valeur ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (subventions en moins) non incluses dans l'évaluation des produits ainsi que des recettes nettes des revenus primaires provenant du reste du monde (rémunérations des employés et revenus de la propriété). Le RNB par habitant correspond au revenu national brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La conversion du RNB par habitant en dollars des É.-U. s'effectue selon la méthode utilisée pour l'Atlas de la Banque mondiale.

PIB par habitant – Le produit intérieur brut (PIB) est la somme de la valeur brute ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (moins les subventions) non incluses dans l'évaluation des produits. Le PIB par habitant est le produit intérieur brut converti en dollars des États-Unis selon la méthode utilisée pour l'Atlas de la Banque mondiale et divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La croissance est calculée à partir du PIB à prix constants en devise locale.

% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 dollar des É.-U. par jour – Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar des É.-U. par jour aux prix de 2005, ajusté en fonction de la parité du pouvoir d'achat. Le nouveau seuil de pauvreté tient compte des révisions des taux de change de parité du pouvoir d'achat effectuées sur la base des résultats du Programme de comparaison internationale 2005. Les révisions révèlent que le coût de la vie est plus élevé dans le monde en développement qu'on ne le pensait auparavant. Conséquence de ces révisions, les taux de pauvreté d'un pays ne peuvent pas être comparés aux taux de pauvreté des éditions précédentes. On pourra se procurer davantage d'informations sur la définition, la méthodologie et les sources des données présentées ici sur le site de la banque mondiale : <www.banquemondiale.org>.

APD – Aide publique nette au développement.

Service de la dette – Total des paiements d'intérêts et des remboursements du principal afférents aux dettes extérieures publiques et aux emprunts à long terme garantis par l'État.

NOTES

a : revenus peu élevés (935 dollars ou moins).

b : revenus moyens-inférieurs (de 936 à 3 705 dollars).

c : revenus moyens-supérieurs (de 3 706 à 11 455 dollars).

d : revenus élevés (11 456 dollars ou plus).

- données non disponibles.

x données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

y données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

* données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

SOURCES PRINCIPALES

RNB par habitant – Banque mondiale.

PIB par habitant – Banque mondiale.

Taux annuel d'inflation – Banque mondiale.

% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 dollar des É.-U. par jour – Banque mondiale.

Dépenses pour la santé, l'éducation et la défense – Fonds monétaire international (FMI).

APD – Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Service de la dette – Banque mondiale.

TABLEAU 8 : FEMMES

Pays et territoires	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2007	Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes 2000-2007*	Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons					Taux d'emploi des contractifs (%) 2000-2007*	Taux de couverture pour les soins prénatals (%) 2000-2007*		Taux de couverture pour les soins à l'accouchement (%) 2000-2007*		Ratio mortalité maternelle ^e		
			net primaire 2000-2007* qui fréquentent		net secondaire 2000-2007* qui fréquentent		Au moins une fois		Au moins quatre fois	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	2005			
			scolarisées	quantent	scolarisées	quantent						2000-2007* déclarée	ajustée	risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :	
Afghanistan	100	29	63	60	—	33	10	16	—	14	13	1600	1800	8	
Afrique du Sud	103	98	100	104x	112	117x	60	92	73x	92	—	170	400	110	
Albanie	109	99	99	100	98	97	60	97	—	100	98	20	92	490	
Algérie	104	79	98	99	106	112	61	89	—	95	95	120x	180	220	
Allemagne	107	—	100	—	—	—	75x	—	—	—	—	8x	4	19200	
Andorre	—	—	101	—	103	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Angola	108	65	—	102	—	90	6	80	—	47	46	—	1400	12	
Antigua-et-Barbuda	—	—	—	—	—	—	53	100	—	100	—	0	—	—	
Arabie saoudite	106	89	—	—	—	—	32x	90x	—	91x	91x	—	18	1400	
Argentine	111	100	99	—	110	—	—	99	89y	99	99	48	77	530	
Arménie	110	100	105	99	104	102	53	93	71	98	97	27	76	980	
Australie	106	—	101	—	102	—	—	100x	—	100x	—	—	4	13300	
Autriche	107	—	101	—	—	—	51x	100x	—	100x	—	—	4	21500	
Azerbaïdjan	112	99	97	98	96	98	51	77	45	88	78	29	82	670	
Bahamas	108	—	103	—	102	—	—	98	—	99	—	—	16	2700	
Bahreïn	104	96	100	100	105	111	62x	97x	—	98x	98x	46x	32	1300	
Bangladesh	103	82	104	106	104	114	56	51	21	18	15	320	570	51	
Barbade	107	—	99	—	101	—	55x	100	—	100	—	0x	16	4400	
Bélarus	119	100	98	101	102	102	73	99	—	100	100	12	18	4800	
Belgique	108	—	100	—	96	—	78x	—	—	—	—	—	8	7800	
Belize	108	—	101	100	108	103	34	94	76x	96	88	42	52	560	
Bénin	104	53	84	87	50	66	17	84	61	74	78	400	840	20	
Bhoutan	105	63	100	91	101	—	35y	88	—	56	55	260	440	55	
Bolivie	107	90	101	99	98	98	58	79	58	67	57	230	290	89	
Bosnie-Herzégovine	107	95	—	97	—	100	36	99	—	100	100	9	3	29000	
Botswana	100	100	103	103	114	122	48	97	—	94	80x	330x	380	130	
Brésil	111	101	102	100x	111	119x	77x	97	87	88x	97	53	110	370	
Brunéi Darussalam	106	96	100	—	105	—	—	100x	—	99x	—	0x	13	2900	
Bulgarie	110	99	99	—	98	—	86x	—	—	99	—	7	11	7400	
Burkina Faso	106	59	82	90	72	91	17	85	18	54	51	480x	700	22	
Burundi	106	78	97	97	—	79	9	92	—	34	29	620	1100	16	
Cambodge	109	79	98	102	85	90	40	69	27	44	22	470	540	48	
Cameroun	102	78	—	94	—	93	29	82	60	63	61	670	1000	24	
Canada	106	—	100	—	—	—	75x	—	—	98	—	—	7	11000	
Cap-Vert	109	88	99	100x	113	—	61	98	64x	78	78	15	210	120	
Chili	108	100	—	—	—	—	58y	95x	—	100	100	20	16	3200	
Chine	105	93	100	—	—	—	85	90	—	98	88	41	45	1300	
Chypre	107	98	100	—	102	—	—	—	—	—	—	0x	10	6400	
Colombie	111	100	100	102	111	111	78	94	83	96	92	73	130	290	
Comores	107	87	95	100	101	103	26	75	52x	62	43x	380	400	52	
Congo	105	89	90	101	—	104	21	86	75	83	82	780	740	22	
Costa Rica	106	101	102	102	110	110	96	92	—	99	94	36	30	1400	
Côte d'Ivoire	104	63	80	87	57	69	13	85	45	57	54	540	810	27	
Croatie	110	98	99	—	102	—	—	—	—	100	—	10	7	10500	
Cuba	105	100	101	—	103	—	77	100	—	100	—	21	45	1400	
Danemark	106	—	101	—	103	—	—	—	—	—	—	10x	3	17800	
Djibouti	105	—	82	97	66	84	18	92	7	61	74	74x	650	35	
Dominique	—	—	106	—	110	—	50x	100	—	99	—	0	—	—	
Egypte	107	73	96	97	94	93	59	70	59	74	65	84	130	230	
El Salvador	109	94	100	—	105	—	67	86	71	92	69	71	170	190	
Emirats arabes unis	106	98	100	—	102	—	28x	97x	—	99x	99x	3x	37	1000	
Equateur	108	98	101	—	102	—	73	84	58	99x	74	110	210	170	
Erythrée	109	—	87	93	67	92	8	70	41	28	26	1000x	450	44	
Espagne	108	98	99	—	103	—	81x	—	—	—	—	6x	4	16400	
Estonie	117	100	99	—	102	—	70	—	—	100	—	7	25	2900	
Etats-Unis	107	—	102	—	100	—	76x	—	—	99x	—	8x	11	4800	
Ethiopie	105	46	92	101	65	77	15	28	12	6	5	670	720	27	
Ex-République yougoslave de Macédoine	107	97	100	96	98	99	—	94	—	99	99	4	10	6500	
Fidji	107	—	100	—	110	—	44	—	—	99	—	34	210	160	
Finlande	108	—	100	—	100	—	—	100x	—	100x	100	6x	7	8500	
France	109	—	100	—	102	—	75x	99x	—	99x	—	10x	8	6900	
Gabon	101	91	99	100	—	106	33	94	63	86	85	520	520	53	
Gambie	103	—	109	103	94	87	18	98	—	57	55	730	690	32	
Géorgie	112	—	103	101	105	98	47	94	75	98	96	23	66	1100	
Ghana	101	81	97	100	91	99	17	92	69	50	49	210x	560	45	

	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2007	Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes 2000-2007*	Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons					Taux d'emploi des contraceptifs (%) 2000-2007*	Taux de couverture pour les soins prénatals (%) 2000-2007*		Taux de couverture pour les soins à l'accouchement (%) 2000-2007*		Ratio mortalité maternelle ^e		
			net primaire 2000-2007* qui fréquentent		net secondaire 2000-2007* qui fréquentent		Au moins une fois		Au moins quatre fois	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	2000-2007* déclarée	2005		
			scolarisées	–	scolarisées	–							ajustée	risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :	
Grèce	106	98	100	–	101	–	–	–	–	–	–	1x	3	25900	
Grenade	105	–	99	–	102	–	54y	100	–	100	–	0	–	–	
Guatemala	111	86	96	94x	92	103x	43	84	–	41	42	130	290	71	
Guinée	106	42	86	87	57	66	9	82	49	38	31	980	910	19	
Guinée-Bissau	107	72	71	97	55	88	10	78	–	39	36	410	1100	13	
Guinée équatoriale	105	86	90	98	–	95	–	86	–	65	–	–	680	28	
Guyana	109	–	–	100	–	110	34	81	–	83	83	120	470	90	
Haiti	106	106	–	107	–	117	32	85	54	26	25	630	670	44	
Honduras	110	102	102	104	–	123	65	92	81	67	67	110x	280	93	
Hongrie	112	100	99	–	100	–	77x	–	–	100	–	8	6	13300	
Iles Cook	–	–	103	–	110	–	44	–	–	98	–	6x	–	–	
Iles Marshall	–	–	99	–	108	–	34	–	–	95x	–	74	–	–	
Iles Salomon	103	–	99	–	87	–	7	–	–	85x	–	140x	220	100	
Inde	105	71	96	96	–	83	56	74	37	47	39	300	450	70	
Indonésie	106	93	97	101	100	104	61	93	81	72	40	310	420	97	
Iran, République islamique d'	105	88	110	97	94	–	79	77x	94y	97	96	25	140	300	
Iraq	107	76	86	88	70	75	50	84	–	89	63	84	300	72	
Irlande	106	–	101	–	106	–	–	–	–	100	100	6x	1	47600	
Islande	104	–	99	–	102	–	–	–	–	–	–	–	4	12700	
Israël	105	–	101	–	100	–	–	–	–	–	–	5x	4	7800	
Italie	108	99	99	–	101	–	60x	–	–	–	–	7x	3	26600	
Jamahiriya arabe libyenne	107	83	–	–	–	–	45x	81x	–	94x	–	77x	97	350	
Jamaïque	108	113	100	100	105	105	69	91	87x	97	94	95	170	240	
Japon	109	–	100	–	100	–	56	–	–	100x	–	8x	6	11600	
Jordanie	105	93	102	100	103	104	57	99	94	99	99	41x	62	450	
Kazakhstan	118	100	100	99	100	100	51	100	70x	100	100	70	140	360	
Kenya	104	90	102	100	97	114	39	88	52	42	40	410	560	39	
Kirghizistan	113	100	99	103	102	103	48	97	81x	98	97	100	150	240	
Kiribati	–	–	101	–	111	–	21x	88x	–	85x	–	56	–	–	
Koweït	105	97	99	–	105	–	50x	95x	–	98x	98x	5x	4	9600	
Lesotho	99	123	104	108	154	171	37	90	70	55	52	760x	960	45	
Lettonie	116	100	103	–	–	–	48x	–	–	100	–	9	10	8500	
Liban	106	–	99	99	110	113	58	96	–	98x	–	100x	150	290	
Libéria	104	85	97	–	58	–	11	85	–	51	37	580x	1200	12	
Liechtenstein	–	–	103	–	111	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Lituanie	116	100	99	–	101	–	47x	–	–	100	–	13	11	7800	
Luxembourg	108	–	101	–	105	–	–	–	–	100	–	0x	12	5000	
Madagascar	106	85	100	104	104	125	27	80	40	51	32	470	510	38	
Malaisie	107	95	100	–	110	–	55x	79	–	98	98	28	62	560	
Malawi	101	82	106	102	93	96	42	92	57	54	54	810	1100	18	
Maldives	102	100	100	–	109	–	39	81	–	84	–	140	120	200	
Mali	109	51	79	74	–	68	8	70	35	45	45	460	970	15	
Malte	105	104	99	–	107	–	–	–	–	98x	–	–	8	8300	
Maroc	106	63	94	95	84	93	63	68	31	63	61	230	240	150	
Maurice	110	94	102	–	102	–	76	–	–	98	98	22	15	3300	
Mauritanie	106	76	105	105	90	82	8	64	16	57	49	750	820	22	
Mexique	107	96	99	100	99	–	71	86x	–	93	86	62	60	670	
Micronésie, Etats fédérés de	102	–	–	–	–	–	45x	–	–	88	–	270x	–	–	
Moldova	111	99	100	102	104	103	68	98	89	100	99	16	22	3700	
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Mongolie	110	101	102	102	113	106	66	99	–	99	99	90	46	840	
Monténégro	106	–	–	99	–	101	39	97	–	99	100	23	–	–	
Mozambique	102	58	93	90	91	80	17	85	53	48	48	410	520	45	
Myanmar	111	92	101	102	100	94	34	76	–	57	16	320	380	110	
Namibie	101	99	106	101	132	132	55	95	70	81	81	270	210	170	
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Népal	102	62	96	95	–	83	48	44	29	19	18	280	830	31	
Nicaragua	109	102	100	108	116	132	72	90	78	74	66	87	170	150	
Niger	97	37	71	70	63	65	11	46	15	33	17	650	1800	7	
Nigéria	102	80	86	88	84	87	13	58	47	35	33	–	1100	18	
Nioué	–	–	–	–	105x	–	–	–	–	100	–	–	–	–	
Norvège	106	–	101	–	101	–	–	–	–	–	–	6x	7	7700	
Nouvelle-Zélande	105	–	100	–	103	–	75x	95x	–	100x	–	15x	9	5900	

TABLEAU 8 : FEMMES

	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2007	Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes 2000-2007*	Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons				Taux d'emploi des contraceptifs (%) 2000-2007*	Taux de couverture pour les soins prénatals (%) 2000-2007*		Taux de couverture pour les soins à l'accouchement (%) 2000-2007*		Ratio mortalité maternelle ^e		
			net primaire 2000-2007* qui fréquentent		net secondaire 2000-2007* qui fréquentent			Au moins une fois	Au moins quatre fois	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	2005		risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :
			scolarisées	–	scolarisées	–						2000-2007* déclarée	ajustée	
Oman	104	87	102	–	99	–	32	100	83y	98	98	13	64	420
Ouganda	103	80	–	99	90	94	24	94	47	42	41	440	550	25
Ouzbékistan	110	98	–	100	–	98	65	99	79x	100	97	28	24	1400
Pakistan	101	59	78	85	77	78	30	61	28	39	34	530x	320	74
Palaos	–	–	96	–	–	–	17	–	–	100	–	0x	–	–
Panama	107	99	99	–	111	–	–	72x	–	91	92	66	130	270
Papouasie-Nouvelle-Guinée	111	86	–	–	–	–	26x	78x	–	41	–	370x	470	55
Paraguay	106	99	101	100	106	99	73	94	79	77	74	120	150	170
Pays-Bas	106	–	99	–	101	–	79x	–	–	100x	–	–	6	10200
Pérou	107	90	102	101	100	100	71	91	87	71	72	190	240	140
Philippines	106	101	102	102	121	127	51	88	70	60	38	160	230	140
Pologne	112	99	101	–	102	–	49x	–	–	100	–	3	8	10600
Portugal	108	97	99	–	110	–	–	–	–	100	–	8x	11	6400
Qatar	102	100	101	–	98	–	43x	–	–	99x	98x	10x	12	2700
Rép. démocratique populaire lao	104	83	94	95	86	84	38	27	–	19	–	410	660	33
République centrafricaine	106	52	72	84	71	64	19	69	40x	53	51	540	980	25
République de Corée	110	–	93	–	94	–	81x	–	–	100x	–	20x	14	6100
République démocratique du Congo	106	67	–	89	–	81	31	85	–	74	70	1300	1100	13
République dominicaine	109	101	103	104	122	145	73	99	95	98	98	160	150	230
République populaire démocratique de Corée	106	–	–	–	–	–	62x	–	–	97	–	110x	370	140
République tchèque	108	–	103	–	–	–	69x	99x	97x	100	–	8	4	18100
République-Unie de Tanzanie	104	83	99	106	90	108	26	78	62	43	47	580	950	24
Roumanie	110	99	100	–	98	–	70	94	76	98	98	15	24	3200
Royaume-Uni	106	–	101	–	104	–	84	–	–	99x	–	7x	8	8200
Russie, Fédération de	123	100	100	–	–	–	–	–	–	100	–	24	28	2700
Rwanda	107	84	107	103	–	88	17	94	13	39	28	750	1300	16
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	122	–	87	–	54y	100	–	100	–	0	–	–
Saint-Martin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	106	–	96	–	124	–	48y	95	–	100	–	0	–	–
Sainte-Lucie	105	–	98	–	124	–	47x	99	–	100	–	0	–	–
Samoa	109	99	100	–	114	–	43x	–	–	100x	–	29	–	–
Sao Tomé-et-Principe	106	89	101	101	111	105	30	97	–	81	78	150	–	–
Sénégal	107	61	98	102	76	78	12	87	40	52	62	400	980	21
Serbie	106	–	100	100	–	103	41	98	–	99	99	13	–	–
Seychelles	–	101	101	–	106	–	–	–	–	–	–	57	–	–
Sierra Leone	108	54	–	101	71	79	5	81	–	43	19	1800	2100	8
Singapour	105	94	–	–	–	–	62x	–	–	100x	–	6x	14	6200
Slovaquie	111	–	101	–	–	–	74x	–	–	100	–	4	6	13800
Slovénie	110	100	100	–	101	–	74x	98x	–	100	–	17	6	14200
Somalie	105	–	–	82	–	51	15	26	6	33	9	1000	1400	12
Soudan	105	73	83	93	–	133	7	60	–	87	–	550x	450	53
Sri Lanka	111	96	100	–	–	–	68	99	–	99	98	43	58	850
Suède	106	–	100	–	100	–	–	–	–	–	–	5x	3	17400
Suisse	107	–	99	–	95	–	82x	–	–	–	–	5x	5	13800
Suriname	110	95	103	99	138	121	46	90	–	90	88	150	72	530
Swaziland	100	97	101	103	121	132	51	85	79	69	74	590	390	120
Syrie, République arabe de	105	85	95	100	95	101	58	84	–	93	70	65	130	210
Tadjikistan	108	100	96	99	84	83	38	77	–	83	62	97	170	160
Tchad	105	31	70	76	33	51	3	39	18	14	13	1100	1500	11
Territoire palestinien occupé	104	92	100	101	106	–	50	99	–	99	97	–	–	–
Thaïlande	113	97	99	100	111	109	77	98	–	97	97	12	110	500
Timor-Leste	103	–	96	98	–	–	20	61	30	18	10	–	380	35
Togo	106	56	87	93	48	70	17	84	46x	62	63	480x	510	38
Tonga	103	100	97	–	125	–	33	–	–	95	–	78	–	–
Trinité-et-Tobago	106	99	100	100	104	107	43	96	–	98	97	45x	45	1400
Tunisie	106	80	101	98	110	–	66	92	–	90	89	69x	100	500

	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2007	Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes 2000-2007*	Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons				Taux d'emploi des contraceptifs (%) 2000-2007*	Taux de couverture pour les soins prénatals (%) 2000-2007*		Taux de couverture pour les soins à l'accouchement (%) 2000-2007*		Ratio mortalité maternelle [†]		
			net		net			Au moins une fois	Au moins quatre fois	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	2005		
			scolari- sées	qui fré- quentent	scolari- sées	qui fré- quentent						2000-2007*	ajustée	risque de décès mater- nel sur la vie entière. 1 sur :
Turkménistan	114	100	—	100	—	100	48	99	83	100	98	14	130	290
Turquie	107	84	96	96	86	83	71	81	54	83	78	29	44	880
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	32	—	—	100	—	—	—	—
Ukraine	119	100	100	102	101	102	67	99	—	99	99	17	18	5200
Uruguay	110	101	100	—	—	—	84	94x	97	100x	—	35	20	2100
Vanuatu	106	95	99	—	87	—	28	—	—	88x	—	68x	—	—
Venezuela, République bolivarienne du	108	99	100	102	114	147	77x	94	—	95	95	61	57	610
Viet Nam	105	93x	—	100	—	102	76	91	29	88	64	160	150	280
Yémen	105	53	76	60x	53	37x	28	41	11x	36	24	370	430	39
Zambie	101	78x	104	105	80	112	34	93	72	43	44	730	830	27
Zimbabwe	97	94	101	102	96	93	60	94	71	69	68	560	880	43

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	104	75	93	95	84	87	23	72	42	45	40	—	920	22
Afrique de l'Est et australe	104	79	98	101	90	92	30	72	40	40	33	—	760	29
Afrique de l'Ouest et centrale	103	72	86	89	77	84	17	71	44	49	46	—	1100	17
Asie du Sud	104	71	94	95	—	85	53	68	34	41	35	—	500	59
Asie de l'Est et Pacifique	106	93	99	101**	103**	105**	78	89	66**	87	73	—	150	350
Amérique latine et Caraïbes	109	99	100	101	107	—	69	94	83	85	86	—	130	280
ECO/CEI	115	97	98	98	95	96	64	90	—	94	89	—	46	1300
Moyen-Orient et Afrique du Nord	105	78	94	96	92	97	56	72	—	81	71	—	210	140
Pays industrialisés [§]	108	—	101	—	101	—	72	—	—	—	—	—	8	8000
Pays en développement [§]	105	86	96	96**	97**	91**	60	77	46**	61	54	—	450	76
Pays les moins avancés [§]	104	72	94	97	86	94	29	64	32	39	32	—	870	24
Total mondial	106	88	97	96**	98**	91**	62	77	47**	62	54	—	400	92

[§] Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

- Espérance de vie** – Nombre d'années que vivrait un nouveau-né si les caractéristiques de sa population au moment de sa naissance demeuraient les mêmes tout au long de sa vie.
- Taux d'alphabétisation des adultes** – Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire et écrire.
- Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons** – Taux nets de scolarisation et de fréquentation des filles, divisés par celui des garçons, en pourcentage.
- Taux net de scolarisation dans le primaire ou le secondaire** – Le nombre d'enfants scolarisés à l'école primaire ou secondaire qui ont l'âge officiel d'être dans le primaire ou le secondaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants qui ont l'âge officiel d'être dans le primaire ou le secondaire.
- Taux net de fréquentation dans le primaire** – Le nombre d'enfants qui ont l'âge officiel d'étudier dans le primaire qui fréquentent le primaire ou le secondaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants qui ont l'âge officiel d'être dans le primaire.
- Taux net de fréquentation dans le secondaire** – Le nombre d'enfants qui ont l'âge officiel d'étudier dans le secondaire qui fréquentent le secondaire ou le tertiaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants qui ont l'âge officiel d'être dans le secondaire.
- Taux d'emploi des contraceptifs** – Pourcentage de femmes en union, âgées de 15 à 49 ans, qui utilisent des moyens de contraception.
- Taux de couverture pour les soins prénatals** – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un agent de santé qualifié (médecins, infirmiers, sages-femmes) et pourcentage examiné par n'importe quel agent au moins quatre fois.
- Naissances assistées par du personnel soignant qualifié** – Pourcentage de naissances assistées par des agents de santé qualifié (médecins, infirmiers, sages-femmes).
- Accouchement en institution** – Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont accouché dans les deux années précédant l'enquête et dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé.
- Ratio de mortalité maternelle** – Nombre annuel de décès de femmes de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement, pour 100 000 naissances vivantes. La colonne « déclarée » donne des chiffres déclarés par les pays qui n'ont pas été ajustés pour tenir compte des erreurs de classement et du fait qu'une partie seulement a été déclarée.
- Risque de décès maternel sur la vie entière** – Le risque de décès maternel sur la vie entière tient compte à la fois de la probabilité de tomber enceinte et de la probabilité de mourir des suites de cette grossesse, cumulées pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer.

SOURCES PRINCIPALES

- Espérance de vie** – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.
- Alphabétisation des adultes** – Institut de statistiques de l'UNESCO (ISU).
- Scolarisation dans le primaire et le secondaire** – ISU.
- Fréquentation de l'école primaire et secondaire** – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS).
- Taux d'emploi des contraceptifs** – EDS, MICS, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et UNICEF.
- Taux de couverture pour les soins prénatals** – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.
- Naissances assistées par du personnel soignant qualifié** – EDS, MICS, OMS et UNICEF.
- Accouchement en institution** – EDS, MICS, OMS et UNICEF.
- Mortalité maternelle** – OMS et UNICEF.
- Risque sur la vie entière** – OMS et UNICEF.

† Les données sur la mortalité maternelle présentées dans le tableau sous le titre « déclarée » proviennent des autorités nationales. Périodiquement, l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA et la Banque mondiale évaluent ces données et procèdent à des ajustements pour tenir compte des erreurs de classement et du fait qu'une partie des décès maternels ne sont pas signalés et pour établir des estimations pour les pays qui ne disposent pas de données. Les données figurant sous la colonne des estimations « ajustées » pour 2005 sont basées sur l'évaluation la plus récente.

NOTES

- données non disponibles.
- x se rapporte à une année ou une période différente de celle indiquée en tête de colonne, ne correspond pas à la définition standard, ou ne se réfère pas à la totalité du pays
- y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays mais incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- * se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exclusion de la Chine.

TABLEAU 9 : PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et territoires	Travail des enfants (5-14 ans) 1999-2007*			Mariage d'enfants 1998-2007*			Enregistrement des naissances 2000-2007*			Mutilations génitales féminines/excision 2002-2007*				Attitudes face à la violence familiale 2001-2007*	Enfants handicapés ^o 1999-2007*	Discipline imposée aux enfants 2005-2007*
	total	Garçons	Filles	total	En milieu		total	En milieu		total	Femmes* (15-49 ans)					
					urbain	rural		urbain	rural		total	En milieu	urbain			
Afghanistan	30	28	33	43	—	—	6	12	4	—	—	—	—	—	—	—
Afrique du Sud	—	—	—	8	5	12	78y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Albanie	12	14	9	8	7	8	98	97	98	—	—	—	—	30	16	49
Algérie	5	6	4	2	2	2	99	99	99	—	—	—	—	68	1y	86
Angola	24	22	25	—	—	—	29	34	19	—	—	—	—	—	—	—
Argentine	7y	8y	5y	—	—	—	91y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arménie	4y	—	—	10	7	16	96	97	95	—	—	—	—	22	12y	—
Azerbaïdjan	7y	8y	5y	12	—	—	94	96	92	—	—	—	—	49	—	75
Bahreïn	5	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	13	18	8	64	58	69	10	13	9	—	—	—	—	—	21	—
Bélarus	5	6	4	7	6	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83
Belize	40	39	42	—	—	—	94	92	97	—	—	—	—	12	44	68
Bénin	46	47	45	34	19	47	60	68	56	13	9	15	2	47	—	—
Bhoutan	19y	16y	22y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivie	22	22	22	26	22	37	74	76	72	—	—	—	—	—	—	—
Bosnie-Herzégovine	5	7	4	6	2	7	100	99	100	—	—	—	—	5	10	36
Botswana	—	—	—	10x	13x	9x	58	66	52	—	—	—	—	—	—	—
Bésil	6y	7y	4y	24x	22x	30x	89y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Burkina Faso	47y	46y	48y	48	29	61	64	86	58	73	76	71	25	71	—	83
Burundi	19	19	19	18	14	18	60	62	60	—	—	—	—	—	—	—
Cambodge	45y	45y	45y	23	18	25	66	71	66	—	—	—	—	55	—	—
Cameroun	31	31	30	36	23	57	70	86	58	1	1	2	1	56	33	92
Cap-Vert	3y	4y	3y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1y	—
Chili	3	3	2	—	—	—	95y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chine	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2y	—
Colombie	5	6	4	23	19	38	90	97	77	—	—	—	—	—	3y	—
Comores	27	26	28	30x	23x	33x	83	87	83	—	—	—	—	—	—	—
Congo	25	24	25	31	24	40	81y	88y	75y	—	—	—	—	76	—	—
Costa Rica	5	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Côte d'Ivoire	35	36	34	35	27	43	55	79	41	36	34	39	9	65	—	90
Cuba	—	—	—	—	—	—	100y	100y	100y	—	—	—	—	—	—	—
Djibouti	8	8	8	5	5	13	89	90	82	93	93	96	49	—	—	70
Egypte	7	8	5	17	9	22	99	99	99	96	92	98	28y	50	8y	92
El Salvador	6y	9y	4y	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Equateur	12	12	13	22	—	—	85	85	85	—	—	—	—	—	—	—
Erythrée	—	—	—	47	31	60	—	—	—	89	86	91	63	—	—	—
Ethiopie	53	59	46	49	27	55	7	29	5	74	69	76	38	81	—	—
Ex-République yougoslave de Macédoine	6	7	5	4	3	4	94	95	93	—	—	—	—	21	21	69
Gabon	—	—	—	34	30	49	89	90	87	—	—	—	—	—	—	—
Gambie	25	20	29	36	24	45	55	57	54	78	72	83	64	74	—	84
Géorgie	18	20	17	17	12	23	92	97	87	—	—	—	—	7	30	66
Ghana	34	34	34	22	15	28	51	69	42	4	2	6	1	47	21	89
Guatemala	29	25	32	34	25	44	—	—	—	—	—	—	—	—	2y	—
Guinée	25	26	24	63	45	75	43	78	33	96	94	96	57	86	—	—
Guinée-Bissau	39	41	37	24	14	32	39	53	33	45	39	48	35	52	—	80
Guinée équatoriale	28	28	28	—	—	—	32	43	24	—	—	—	—	—	—	—
Guyana	19	21	17	20	15	22	93	96	92	—	—	—	—	18	—	74
Haïti	21	22	19	30	27	33	81	87	78	—	—	—	—	29	—	—
Honduras	16	16	15	39	33	46	94	95	93	—	—	—	—	16	—	—
Inde	12	12	12	47	29	56	41	59	35	—	—	—	—	54	—	—
Indonésie	4y	5y	4y	24	15	33	55	69	43	—	—	—	—	25	—	—
Iraq	11	12	9	17	16	19	95	95	96	—	—	—	—	59	21	84
Jamaïque	6	7	5	9	7	11	89	88	89	—	—	—	—	6	24	87
Jordanie	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	90	—	—
Kazakhstan	2	2	2	7	6	9	99	99	99	—	—	—	—	10	—	52
Kenya	26	27	25	25	19	27	48y	64y	44y	32	21	36	21	68	—	—
Kirghizistan	4	4	3	10	7	14	94	96	93	—	—	—	—	38	—	51
Lesotho	23	25	21	23	13	26	26	39	24	—	—	—	—	—	—	—
Liban	7	8	6	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Libéria	—	—	—	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Madagascar	32	36	28	39	29	42	75	87	72	—	—	—	—	28	—	—
Malawi	29	28	29	50	38	53	—	—	—	—	—	—	—	28	—	—
Maldives	—	—	—	—	—	—	73	—	—	—	—	—	—	70	—	—
Mali	34	35	33	71	60	77	53	75	45	85	81	87	69	75	—	—
Maroc	11y	13y	9y	16	12	21	85	92	80	—	—	—	—	—	—	—
Mauritanie	4y	5y	3y	35	27	44	56	75	42	72	60	84	66	—	30	—
Mexique	16y	15y	16y	28x	31x	21x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Moldova	32	32	33	19	16	22	98	98	98	—	—	—	—	21	—	—
Mongolie	18	19	17	9	7	12	98	98	99	—	—	—	—	20	26	79
Monténégro	10	12	8	5	5	5	98	98	99	—	—	—	—	11	14	61
Mozambique	—	—	—	56	41	66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Myanmar	—	—	—	—	—	—	65y	88y	59y	—	—	—	—	—	—	—
Namibie	13y	15y	12y	9	—	—	67	83	59	—	—	—	—	35	—	—
Népal	31y	30y	33y	51	41	54	35	42	34	—	—	—	—	23	—	—
Nicaragua	15	18	11	43	36	55	81	90	73	—	—	—	—	17	—	—
Niger	43	43	43	75	42	84	32	71	25	2	2	2	1	70	—	—
Nigéria	13y	—	—	43	27	52	33y	52y	25y	19	28	14	10	65	—	—
Ouganda	36	37	36	46	27	52	21	24	21	1	0	1	—	70	11y	—
Ouzbékistan	2	2	2	7	9	7	100	100	100	—	—	—	—	70	3	—
Pakistan	—	—	—	32x	21x	37x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panama	3	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	15	17	12	24x	18x	32x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pérou	19	20	19	18	13	31	93	95	90	—	—	—	—	—	—	—
Philippines	12	13	11	14	10	22	83	87	78	—	—	—	—	24	—	—
Portugal	3y	4y	3y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

	Travail des enfants (5-14 ans) 1999-2007*			Mariage d'enfants 1998-2007*			Enregistrement des naissances 2000-2007*			Mutilations génitales féminines/excision 2002-2007*				Attitudes face à la violence familiale 2001-2007*	Enfants handicapés ^o 1999-2007*	Discipline imposée aux enfants 2005-2007*
	total	Garçons	Filles	total	En milieu		total	En milieu		Femmes ^a (15-49 ans)		filles ^b	total			
					urbain	rural		urbain	rural	total	En milieu					
Rép. démocratique populaire lao	25	24	26	-	-	-	59	71	56	-	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	47	44	49	61	57	64	49	72	36	26	21	29	7	-	48	88
République démocratique du Congo	32	29	34	-	-	-	-	34	30	36	-	-	-	-	-	-
République dominicaine	10	12	7	40	38	47	78	82	70	-	-	-	-	9	5y	83
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60	-	-
Roumanie	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	35	36	35	13	9	14	82	79	83	-	-	-	-	48	2y	-
Sao Tomé-et-Principe	8	8	7	33	31	37	69	70	67	-	-	-	-	32	29	-
Sénégal	22	24	21	39	23	55	55	75	44	28	22	34	20	65	-	-
Serbie	4	5	4	6	4	8	99	99	99	-	-	-	-	6	14	73
Sierra Leone	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85	34	92
Somalie	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y	-	-
Soudan	13	14	12	34	24	40	33	53	22	89	88	90	43y	-	-	-
Sri Lanka	8	9	7	12y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	-	14	33	97	98	95	-	-	-	-	13	39	84
Swaziland	9	9	9	5	1	6	30	38	28	-	-	-	-	38	-	-
Syrie, République arabe de	4	5	3	13	15	12	95	96	95	-	-	-	-	-	-	87
Tadjikistan	10	9	11	13	13	13	88	85	90	-	-	-	-	74y	-	74
Tchad	53	54	51	72	65	73	9	36	3	45	47	44	21	-	3y	-
Territoire palestinien occupé	-	-	-	-	-	-	-	96y	97y	-	-	-	-	-	-	95
Thaïlande	8	8	8	20	12	23	99	100	99	-	-	-	-	-	15	-
Timor-Leste	4	4	4	-	-	-	-	53y	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	29	29	30	24	15	36	78	93	69	6	4	7	1	53	-	90
Trinité-et-Tobago	1	1	1	8	-	-	-	96	-	-	-	-	-	8	-	75
Tunisie	-	-	-	-	10x	7x	14x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkménistan	-	-	-	-	9	6	96	96	95	-	-	-	-	38y	-	-
Turquie	5	4	6	18	17	22	84	87	79	-	-	-	-	39	-	-
Ukraine	7	8	7	6	6	10	100	100	100	-	-	-	-	5	-	70
Uruguay	8y	8y	8y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	8	9	6	-	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	16	15	16	10	3	13	88	94	86	-	-	-	-	64	4y	93
Yémen	11y	11y	12y	32	28	35	22	38	16	23x	26x	22x	20x	-	29	94
Zambie	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	-	85	-	-
Zimbabwe	13y	12y	14y	34	20	44	74	83	71	-	-	-	-	48	-	-

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	35n	36n	34n	40	25	48	37	52	30	34	30	37	19	65	-	-
Afrique de l'Est et australe	36	38	33	36	20	43	32	41	24	43	36	46	28	65	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	35n	34n	35n	44	28	55	41	57	35	28	28	29	14	64	-	-
Asie du Sud	13	13	12	49	32	58	36	52	30	-	-	-	-	53	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	81**	67**	-	-	-	-	34**	3	-
Amérique latine et Caraïbes	11	11	10	-	-	-	89	92	82	-	-	-	-	-	-	-
ECO/CEI	5	5	5	11	11	13	92	93	92	-	-	-	-	32	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	9	10	8	18	12	23	75	86	67	-	-	-	-	-	-	89
Pays industrialisés [§]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays en développement [§]	16***	17***	15***	36**	22**	46**	50**	65**	39**	-	-	-	-	51**	-	-
Pays les moins avancés [§]	30	31	28	49	37	55	29	42	25	-	-	-	-	-	-	-
Total mondial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

§ Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

Travail des enfants – Pourcentage des enfants de 5 à 14 ans qui avaient un travail au moment de l'enquête. Un enfant est considéré comme se livrant au travail des enfants dans les conditions suivantes : (a) enfants de 5 à 11 ans qui, pendant la semaine précédant l'enquête, se sont livrés à une activité économique pendant au moins une heure ou ont effectué des travaux domestiques pendant au moins 28 heures et, (b) enfants de 12 à 14 ans qui, pendant la semaine précédant l'enquête, se sont livrés à une activité économique pendant au moins 14 heures ou ont effectué des travaux domestiques pendant au moins 28 heures.

Variables du contexte du travail des enfants – Sexe de l'enfant; logement urbain ou rural; les 20 % les plus pauvres ou les 20 % les plus riches de la population calculés à partir des avoirs du ménage (on trouvera sur le site < www.childinfo.org > une description plus précise de la procédure d'estimation de la richesse des ménages); l'éducation des mères tient compte de la différence entre celles qui ont atteint un certain niveau d'instruction et celles qui n'ont pas reçu d'instruction.

Mariage des enfants – Pourcentage des femmes de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient en concubinage avant l'âge de 18 ans.

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui étaient enregistrés au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur ou ceux dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que sa naissance a été enregistrée. Les données MICS se rapportent aux enfants en vie au moment de l'enquête.

Mutilations génitales féminines/excision – (a) Femmes – le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été mutilées/excisées. (b) Filles – le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont au moins une fille qui a été mutilée/excisée. Par mutilations génitales féminines/excision on entend l'ablation ou la modification des organes génitaux de la femme pour des raisons sociales.

Attitudes face à la violence familiale – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui estiment qu'un mari est en droit de frapper ou de battre son épouse en certaines circonstances, par exemple si elle fait brûler le repas, se dispute avec lui, sort sans le lui dire, néglige les enfants ou refuse d'avoir des rapports sexuels.

Enfants handicapés – Pourcentage d'enfants âgés de 2 à 9 ans chez lesquels on signale au moins un handicap (par exemple cognitif, moteur, visuel, auditif ou de la parole).

Discipline imposée aux enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 2 à 14 ans qui subissent quelque punition corporelle ou psychologique que ce soit.

SOURCES PRINCIPALES

Travail des enfants – Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

Mariage des enfants – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Enregistrement des naissances – MICS, DHS, autres enquêtes nationales et systèmes d'enregistrement de l'état civil.

Mutilations génitales féminines/excision – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Attitudes face à la violence familiale – MICS, EDS, et autres enquêtes nationales.

Enfants handicapés – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Discipline imposée aux enfants – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

NOTES

- données non disponibles.
- x données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- y données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays mais incluses dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.
- n À l'exclusion du Nigéria.
- o Une explication plus complète de la méthodologie employée et des récents changements dans le calcul de ces estimations se trouve dans les Notes générales sur les données, page 114.
- * se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exclusion de la Chine.
- *** À l'exclusion de la Chine et du Nigéria.

Index des pays par régions et catégories

Les moyennes consolidées indiquées à la fin de chaque tableau sont calculées en utilisant les données des pays et territoires tels qu'ils sont groupés ci-dessous.

Afrique subsaharienne

Afrique du Sud; Angola; Bénin; Botswana; Burkina Faso; Burundi; Cameroun; Cap-Vert; Comores; Congo; Côte d'Ivoire; Érythrée; Éthiopie; Gabon; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Kenya; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Mali; Maurice; Mauritanie; Mozambique; Namibie; Niger; Nigéria; Ouganda; République centrafricaine; République démocratique du Congo; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Somalie; Swaziland; Tchad; Togo; Zambie; Zimbabwe

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie; Arabie saoudite; Bahreïn; Djibouti; Égypte; Émirats arabes unis; Iran; République islamique d'Iraq; Jamahiriya arabe libyenne; Jordanie; Koweït; Liban; Maroc; Oman; Qatar; Soudan; Syrie; République arabe de; Tunisie; Yémen

Asie du Sud

Afghanistan; Bangladesh; Bhoutan; Inde; Maldives; Népal; Pakistan; Sri Lanka

Asie orientale et Pacifique

Brunéi Darussalam; Cambodge; Chine; Fidji; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Indonésie; Kiribati; Malaisie; Micronésie; États fédérés de; Mongolie; Myanmar; Nauru; Nioué; Palaos; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Philippines; République de Corée; République démocratique populaire lao; République populaire démocratique de Corée; Samoa; Singapour; Thaïlande; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Amérique latine et Caraïbes

Antigua-et-Barbuda; Argentine; Bahamas; Barbade; Belize; Bolivie; Brésil; Chili;

Colombie; Costa Rica; Cuba; Dominique; El Salvador; Équateur; Grenade; Guatemala; Guyana; Haïti; Honduras; Jamaïque; Mexique; Nicaragua; Panama; Paraguay; Pérou; République dominicaine; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-les-Grenadines; Sainte-Lucie; Suriname; Trinité-et-Tobago; Uruguay; Venezuela, République bolivarienne du

Europe centrale et orientale (ECO), Communauté d'États indépendants (CEI)

Albanie; Arménie; Azerbaïdjan; Bélarus; Bosnie-Herzégovine; Bulgarie; Croatie; Ex-République yougoslave de Macédoine; Géorgie; Kazakhstan; Kirghizistan; Moldova; Monténégro; Ouzbékistan; Roumanie; Russie, Fédération de; Serbie; Tadjikistan; Turkménistan; Turquie; Ukraine

Pays/territoires industrialisés

Allemagne; Andorre; Australie; Autriche; Belgique; Canada; Chypre; Danemark; Espagne; Estonie; États-Unis; Finlande; France; Grèce; Hongrie; Irlande; Islande; Israël; Italie; Japon; Lettonie; Liechtenstein; Lituanie; Luxembourg; Malte; Monaco; Norvège; Nouvelle-Zélande; Pays-Bas; Pologne; Portugal; République tchèque; Royaume-Uni; Saint-Marin; Saint-Siège; Slovaquie; Slovaquie; Suède; Suisse

Pays/territoires en développement

Afghanistan; Afrique du Sud; Algérie; Angola; Antigua-et-Barbuda; Arabie saoudite; Argentine; Arménie; Azerbaïdjan; Bahamas; Bahreïn; Bangladesh; Barbade; Belize; Bénin; Bhoutan; Bolivie; Botswana; Brésil; Brunéi Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Cameroun; Cap-Vert; Chili; Chine; Chypre; Colombie; Comores; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Djibouti; Dominique; Égypte; El Salvador; Émirats arabes unis; Équateur; Érythrée; Éthiopie; Fidji; Gabon; Gambie; Géorgie; Ghana; Grenade; Guatemala; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Guyana;

Haïti; Honduras; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Inde; Indonésie; Iran; République islamique d'Iraq; Israël; Jamahiriya arabe libyenne; Jamaïque; Jordanie; Kazakhstan; Kenya; Kirghizistan; Kiribati; Koweït; Lesotho; Liban; Libéria; Madagascar; Malaisie; Malawi; Maldives; Mali; Maroc; Maurice; Mauritanie; Mexique; Micronésie, États fédérés de; Mongolie; Mozambique; Myanmar; Namibie; Nauru; Népal; Nicaragua; Niger; Nigéria; Nioué; Oman; Ouganda; Ouzbékistan; Pakistan; Palaos; Panama; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Paraguay; Pérou; Philippines; Qatar; République centrafricaine; République de Corée; République démocratique du Congo; République démocratique populaire lao; République dominicaine; République populaire démocratique de Corée; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-Grenadines; Sainte-Lucie; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Singapour; Somalie; Soudan; Sri Lanka; Suriname; Swaziland; Syrie; République arabe de; Tadjikistan; Tchad; Thaïlande; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinité-et-Tobago; Tunisie; Turkménistan; Turquie; Tuvalu; Uruguay; Vanuatu; Venezuela, République bolivarienne du; Viet Nam; Yémen; Zambie; Zimbabwe

Pays/territoires les moins avancés

Afghanistan; Angola; Bangladesh; Bénin; Bhoutan; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Cap-Vert; Comores; Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Gambie; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Haïti; Îles Salomon; Kiribati; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Maldives; Mali; Mauritanie; Mozambique; Myanmar; Népal; Niger; Ouganda; République centrafricaine; République démocratique du Congo; République démocratique populaire lao; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Somalie; Soudan; Tchad; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Vanuatu; Yémen; Zambie.

Mesurer le développement humain

Introduction au tableau 10

Si l'on veut mesurer le développement en l'évaluant de manière globale en incluant de nombreux facteurs, il faut mettre au point une méthode capable de mesurer le progrès social et pas seulement économique. Du point de vue de l'UNICEF, il est particulièrement nécessaire de se doter d'une méthode jouissant de l'assentiment général pour évaluer le bien-être des enfants et le rythme auquel il évolue.

Le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) est utilisé dans le tableau 10 (pages 154-157) comme le principal indicateur de ce progrès. En 2007, le nombre d'enfants qui sont décédés avant d'avoir 5 ans est tombé à 9,2 millions. Un bilan à comparer aux quelque 20 millions d'enfants qui mouraient chaque année au début des années soixante et qui met en valeur la diminution importante à long terme du nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année dans le monde.

Le TMM5 a plusieurs avantages. Le premier est qu'il mesure les résultats du développement plutôt que ses intrants, notamment le niveau de scolarisation, le nombre de calories ingérées par personne ou le nombre de médecins pour 1 000 habitants, qui sont tous des moyens pour parvenir à des résultats.

Deuxièmement, le TMM5 est la somme d'un large éventail d'interventions : antibiotiques contre la pneumonie, moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme ; la santé nutritionnelle et les connaissances des mères en matière de santé, le taux de vaccination et d'utilisation de la thérapeutique de réhydratation orale, l'accès aux services de santé maternelle et infantile (y compris les soins prénatals), le revenu et la présence de nourriture au foyer, l'approvisionnement en eau potable et des moyens d'assainissement de base, de même que la sécurité globale de l'environnement de l'enfant.

Troisièmement, contrairement au revenu national brut (RNB) par habitant, le TMM5

court moins le risque, propre aux moyennes, d'être déformé, tout simplement parce que la nature humaine ne donne pas aux enfants des riches mille fois plus de chances de survivre qu'aux enfants des pauvres, même si les conditions créées par l'homme leur permettent de disposer d'un revenu mille fois plus élevé. En d'autres termes, il est très difficile pour une minorité aisée d'influer sur le TMM5 d'un pays. Cet indicateur offre donc une vision plus adéquate, même si elle est loin d'être parfaite, de l'état de santé de la majorité des enfants et de la société dans son ensemble.

Les progrès réalisés pour réduire le TMM5 peuvent se mesurer en calculant le taux annuel moyen de régression (TAMR). À l'inverse des comparaisons de chiffres absolus, le TAMR exprime le fait que la régression pose des difficultés de plus en plus grandes à mesure que l'on tend vers les limites inférieures du TMM5. Ainsi, lorsqu'on s'approche de ces limites, une diminution identique en termes absolus représente de toute évidence une réduction plus élevée en pourcentage. Le TAMR traduit donc un taux de progrès plus élevé pour une régression de 10 points, par exemple, si cette dernière advient lorsque le TMM5 est déjà relativement bas. Une baisse du TMM5 de 100 à 90 représente une régression de 10 %, alors qu'une baisse de 20 à 10, de 10 points également, indique une réduction de 50 % (Une valeur négative pour la réduction du pourcentage indique une augmentation du TMM5 au cours de la période spécifiée).

Utilisé en conjonction avec le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB), le TMM5 et son taux de régression peuvent donner une bonne idée du progrès accompli en vue de satisfaire certains des besoins humains les plus essentiels, dans un pays, territoire ou région et pendant une période donnée.

Le tableau 10 indique qu'il n'existe pas de relation fixe entre le taux annuel de régression du TMM5 et le taux annuel de croissance du

PIB par habitant. Ce genre de comparaison permet d'éclaircir le rapport entre le progrès social et le progrès économique.

Enfin, ce tableau donne le taux global de fécondité pour chaque pays et territoire et son taux annuel moyen de régression. Il permet de constater que, dans de nombreux pays où le TMM5 a fortement baissé, les taux de fécondité ont également reculé de façon significative.

TABLEAU 10 : LE TAUX DU PROGRÈS

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans			Taux annuel moyen de régression (%) ¹⁾		Régression depuis 1990 (%) ²⁾	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de régression (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Afghanistan	2	320	260	257	1,0	0,1	1	—	—	7,7	8,0	7,1	-0,2	0,7
Afrique du Sud	60	113	64	59	2,8	0,5	8	0,1	1	5,6	3,6	2,7	2,2	1,7
Albanie	126	107	46	15	4,2	6,6	67	-0,7x	5,2	4,9	2,9	2,1	2,6	2,0
Algérie	75	220	69	37	5,8	3,7	46	1,6	1,4	7,4	4,7	2,4	2,3	4,0
Allemagne	173	26	9	4	5,3	4,8	56	2,3x	1,4	2,0	1,4	1,4	1,9	0,0
Andorre	189	—	6	3	—	4,1	50	—	—	—	—	—	—	—
Angola	16	—	258	158	—	2,9	39	0,4x	2,9	7,3	7,2	6,5	0,1	0,6
Antigua-et-Barbuda	140	—	—	11	—	—	—	8,3x	1,7	—	—	—	—	—
Arabie saoudite	97	185	44	25	7,2	3,3	43	-1,5	0,3	7,3	5,8	3,4	1,1	3,2
Argentine	125	68	29	16	4,3	3,5	45	-0,7	1,5	3,1	3,0	2,3	0,1	1,7
Arménie	99	—	56	24	—	5,0	57	—	5,8	3,2	2,5	1,4	1,2	3,7
Australie	160	21	9	6	4,2	2,4	33	1,5	2,4	2,7	1,9	1,8	1,9	0,3
Autriche	173	29	9	4	5,9	4,8	56	2,4	1,8	2,3	1,5	1,4	2,3	0,2
Azerbaïdjan	71	—	98	39	—	5,4	60	—	2,8	4,6	3,0	1,8	2,2	3,1
Bahamas	134	49	29	13	2,6	4,7	55	1,8	0,4x	3,6	2,6	2,0	1,6	1,5
Bahreïn	145	82	19	10	7,3	3,8	47	-1,3x	2,4x	6,5	3,7	2,3	2,8	2,8
Bangladesh	58	238	151	61	2,3	5,3	60	0,6	3,1	6,4	4,4	2,9	1,9	2,5
Barbade	137	54	17	12	5,8	2,0	29	1,5	1,3x	3,1	1,7	1,5	3,1	0,6
Bélarus	134	—	24	13	—	3,6	46	—	3,4	2,3	1,9	1,2	1,0	2,6
Belgique	166	24	10	5	4,4	4,1	50	2,2	1,8	2,2	1,6	1,6	1,7	-0,2
Belize	97	—	43	25	—	3,2	42	2,9	2,4	6,3	4,5	3,0	1,7	2,5
Bénin	25	256	184	123	1,7	2,4	33	0	1,3	7,0	6,8	5,5	0,2	1,3
Bhoutan	45	288	148	84	3,3	3,3	43	6,8x	5,2	6,7	5,9	2,2	0,6	5,7
Bolivie	61	243	125	57	3,3	4,6	54	-1,1	1,3	6,6	4,9	3,5	1,5	1,9
Bosnie-Herzégovine	132	82	22	14	6,6	2,7	36	—	10,8x	2,9	1,7	1,2	2,6	2,0
Botswana	69	144	57	40	4,6	2,1	30	8,2	4,2	6,6	4,7	2,9	1,7	2,8
Brésil	107	134	58	22	4,2	5,7	62	2,3	1,2	5,0	2,8	2,3	2,9	1,3
Brunéï Darussalam	148	78	11	9	9,8	1,2	18	-2,2x	-0,3x	5,7	3,2	2,3	2,8	2,0
Bulgarie	137	33	18	12	3,0	2,4	33	3,4x	2,3	2,2	1,7	1,3	1,2	1,6
Burkina Faso	7	281	206	191	1,6	0,4	7	1,3	2,5	7,6	7,3	6,0	0,2	1,1
Burundi	10	219	189	180	0,7	0,3	5	1,1	-2,7	6,8	6,8	6,8	0,0	0,0
Cambodge	40	—	119	91	—	1,6	24	—	6,2x	5,9	5,8	3,2	0,1	3,5
Cameroun	18	215	139	148	2,2	-0,4	-6	3,3	0,6	6,2	5,9	4,4	0,2	1,8
Canada	160	22	8	6	5,1	1,7	25	2	2,2	2,2	1,7	1,5	1,5	0,5
Cap-Vert	84	—	60	32	—	3,7	47	—	3,3	7,0	5,5	3,4	1,2	2,8
Chili	148	98	21	9	7,7	5,0	57	1,5	3,7	4,0	2,6	1,9	2,1	1,8
Chine	107	118	45	22	4,8	4,2	51	6,6	8,9	5,6	2,2	1,7	4,7	1,4
Chypre	166	31	11	5	5,2	4,6	55	5,9x	2,2	2,6	2,4	1,6	0,4	2,5
Colombie	112	105	35	20	5,5	3,3	43	2	1	5,6	3,0	2,2	3,1	1,8
Comores	55	215	120	66	2,9	3,5	45	0,1x	-0,4	7,1	6,1	4,4	0,7	2,0
Congo	24	142	104	125	1,6	-1,1	-20	3,2	-0,2	6,3	5,4	4,5	0,8	1,0
Costa Rica	140	83	18	11	7,6	2,9	39	0,7	2,5	5,0	3,2	2,1	2,3	2,4
Côte d'Ivoire	22	236	151	127	2,2	1,0	16	-1,9	-0,7	7,4	6,6	4,5	0,5	2,2
Croatie	160	42	13	6	5,9	4,5	54	—	3	2,0	1,7	1,3	0,9	1,3
Cuba	156	39	13	7	5,5	3,6	46	—	3,6x	4,0	1,8	1,5	4,2	0,9
Danemark	173	16	9	4	2,9	4,8	56	2	1,9	2,1	1,7	1,8	1,2	-0,5
Djibouti	22	—	175	127	—	1,9	27	—	-2,1	7,4	6,2	4,0	0,9	2,5
Dominique	140	60	18	11	6,0	2,9	39	4,7x	2,4	—	—	—	—	—
Egypte	77	236	93	36	4,7	5,6	61	4,3	2,5	6,2	4,4	2,9	1,7	2,4
El Salvador	99	162	60	24	5,0	5,4	60	-1,8	1,8	6,4	3,7	2,7	2,7	1,8
Emirats arabes unis	151	84	15	8	8,6	3,7	47	-4,8x	-0,3x	6,6	4,4	2,3	2,1	3,8
Equateur	107	140	57	22	4,5	5,6	61	1,3	1,2	6,3	3,7	2,6	2,7	2,0
Erythrée	50	237	147	70	2,4	4,4	52	—	-0,3x	6,6	6,2	5,1	0,3	1,2
Espagne	173	25	9	4	5,1	4,8	56	1,9	2,4	2,9	1,3	1,4	3,9	-0,2
Estonie	160	20	18	6	0,5	6,5	67	1,5x	5,2	2,1	1,9	1,5	0,4	1,6
Etats-Unis	151	23	11	8	3,7	1,9	27	2,2	2	2,2	2,0	2,1	0,6	-0,2
Ethiopie	27	241	204	119	0,8	3,2	42	—	2,2	6,8	6,8	5,3	0,0	1,4
Ex-République yougoslave de Macédoine	123	119	38	17	5,7	4,7	55	—	0,5	3,2	1,9	1,4	2,4	1,8
Fidji	117	—	22	18	—	1,2	18	0,6x	1,5x	4,5	3,4	2,8	1,5	1,2
Finlande	173	16	7	4	4,1	3,3	43	2,8	2,8	1,9	1,7	1,8	0,3	-0,2
France	173	18	9	4	3,5	4,8	56	2,2	1,6	2,5	1,8	1,9	1,7	-0,5

	Classement selon le	Taux de mortalité des moins de 5 ans			Taux annuel moyen de régression (%) ¹⁾		Régression depuis 1990 (%) ²⁾	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de régression (%)	
		TMM5	1970	1990	2007	1970-1990		1990-2007	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990
Gabon	40	-	92	91	-	0,1	1	0,3	-0,7	4,8	4,8	3,1	0,0	2,6
Gambie	34	311	153	109	3,5	2,0	29	0,9	0,2	6,7	6,0	4,8	0,5	1,4
Géorgie	88	-	47	30	-	2,6	36	3,2	1,8	2,6	2,1	1,4	1,0	2,4
Ghana	30	183	120	115	2,1	0,3	4	-2,1	2,1	6,7	5,8	3,9	0,7	2,3
Grèce	173	32	11	4	5,3	6,0	64	1,3	2,7	2,4	1,4	1,3	2,5	0,5
Grenade	114	-	37	19	-	3,9	49	4,9	2,5	4,6	3,7	2,3	1,1	2,8
Guatemala	71	168	82	39	3,6	4,4	52	0,2	1,4	6,2	5,6	4,2	0,6	1,7
Guinée	17	326	231	150	1,7	2,5	35	0,3x	1,3	7,0	6,7	5,5	0,2	1,2
Guinée-Bissau	5	-	240	198	-	1,1	18	-0,2	-2,6	6,8	7,1	7,1	-0,2	0,0
Guinée équatoriale	4	-	170	206	-	-1,1	-21	-	21,1	5,7	5,9	5,4	-0,2	0,5
Guyana	59	-	88	60	-	2,3	32	-1,5	3,1	5,6	2,6	2,3	3,8	0,6
Haïti	47	222	152	76	1,9	4,1	50	-0,3	-2,1	5,8	5,4	3,6	0,3	2,5
Honduras	99	169	58	24	5,3	5,2	59	0,8	1,5	7,3	5,1	3,3	1,7	2,5
Hongrie	156	40	17	7	4,3	5,2	59	3	3,3	2,0	1,8	1,3	0,6	2,0
Iles Cook	117	-	32	18	-	3,4	44	-	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	64	-	92	54	-	3,1	41	-	-2	-	-	-	-	-
Iles Salomon	50	-	121	70	-	3,2	42	3,4	-1,6	6,9	5,9	3,9	0,8	2,4
Inde	49	190	117	72	2,4	2,9	38	2,1	4,5	5,4	4,0	2,8	1,5	2,0
Indonésie	86	172	91	31	3,2	6,3	66	4,7	2,3	5,5	3,1	2,2	2,8	2,1
Iran, République islamique d'	83	191	72	33	4,9	4,6	54	-2,3	2,5	6,6	5,0	2,0	1,3	5,3
Iraq	66	125	53	44	4,3	1,1	17	-	-	7,2	5,9	4,3	1,0	1,9
Irlande	173	23	9	4	4,7	4,8	56	2,8	5,8	3,9	2,1	2,0	3,1	0,4
Islande	189	16	7	3	4,1	5,0	57	3,2	2,4	3,0	2,2	2,0	1,6	0,3
Israël	166	29	12	5	4,4	5,1	58	1,9	1,7	3,8	3,0	2,8	1,2	0,4
Italie	173	33	10	4	6,0	5,4	60	2,8	1,2	2,4	1,3	1,4	3,1	-0,3
Jamahiriya arabe libyenne	117	160	41	18	6,8	4,8	56	-4,9x	-	7,6	4,8	2,8	2,3	3,3
Jamaïque	86	62	33	31	3,2	0,4	6	-1,3	0,8	5,5	2,9	2,5	3,1	1,1
Japon	173	17	6	4	5,2	2,4	33	3	0,9	2,1	1,6	1,3	1,3	1,3
Jordanie	99	107	40	24	4,9	3,0	40	2,5x	2	7,9	5,5	3,1	1,8	3,3
Kazakhstan	84	88	60	32	1,9	3,7	47	-	3,2	3,5	2,8	2,3	1,1	1,3
Kenya	26	156	97	121	2,4	-1,3	-25	1,2	0	8,1	5,9	5,0	1,6	1,0
Kirghizistan	73	-	74	38	-	3,9	49	-	-0,5	4,9	3,9	2,5	1,2	2,7
Kiribati	57	-	88	63	-	2,0	28	-5,3	1,8	-	-	-	-	-
Koweït	140	59	15	11	6,8	1,8	27	-6,8x	1,1x	7,2	3,5	2,2	3,6	2,8
Lesotho	45	171	102	84	2,6	1,1	18	3,1	1,8	5,8	4,9	3,4	0,8	2,2
Lettonie	148	20	17	9	0,8	3,7	47	3,4	4,7	1,9	1,9	1,3	0,0	2,3
Liban	91	54	37	29	1,9	1,4	22	-	2,5	5,1	3,1	2,2	2,4	2,1
Libéria	20	284	205	133	1,6	2,5	35	-4,2	1,9	6,9	6,9	6,8	0,0	0,1
Liechtenstein	189	-	10	3	-	7,1	70	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	151	22	16	8	1,6	4,1	50	-	3	2,3	2,0	1,3	0,7	2,7
Luxembourg	189	23	9	3	4,7	6,5	67	2,7	3,2	2,0	1,6	1,7	1,1	-0,3
Madagascar	32	180	168	112	0,3	2,4	33	-2,4	-0,4	6,8	6,2	4,8	0,4	1,5
Malaisie	140	70	22	11	5,8	4,1	50	4	3,2	5,6	3,7	2,6	2,0	2,1
Malawi	33	334	209	111	2,3	3,7	47	-0,1	0,3	7,3	7,0	5,6	0,2	1,2
Maldives	88	-	111	30	-	7,7	73	-	5,5x	7,0	6,2	2,6	0,6	5,1
Mali	6	372	250	196	2,0	1,4	22	-0,3	2,2	7,5	7,4	6,5	0,0	0,8
Malte	166	28	11	5	4,7	4,6	55	6,5	2,7x	2,1	2,0	1,4	0,0	2,4
Maroc	81	184	89	34	3,6	5,7	62	2	2	7,1	4,0	2,4	2,8	3,1
Maurice	126	86	24	15	6,4	2,8	38	5,1x	3,7	3,7	2,2	1,9	2,5	1,1
Mauritanie	27	233	130	119	2,9	0,5	8	-0,9	0,6	6,6	5,8	4,4	0,6	1,6
Mexique	78	111	52	35	3,8	2,3	33	1,6	1,6	6,7	3,4	2,2	3,4	2,5
Micronésie, Etats fédérés de	69	-	58	40	-	2,2	31	-	-0,2	6,9	5,0	3,8	1,7	1,6
Moldova	117	65	37	18	2,8	4,2	51	1,8x	-1,3	2,6	2,4	1,4	0,3	3,2
Monaco	173	-	9	4	-	4,8	56	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	67	-	98	43	-	4,8	56	-	2,2	7,5	4,1	1,9	3,0	4,6
Monténégro	145	-	16	10	-	2,8	38	-	3,4x	2,4	2,0	1,8	0,9	0,6
Mozambique	14	277	201	168	1,6	1,1	16	-1x	4,1	6,6	6,2	5,2	0,3	1,1
Myanmar	36	179	130	103	1,6	1,4	21	1,5	6,8x	6,1	3,4	2,1	2,8	3,0
Namibie	53	126	87	68	1,9	1,4	22	-2,3x	1,8	6,5	5,8	3,2	0,5	3,5
Nauru	88	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	62	237	142	55	2,6	5,6	61	1,2	1,9	5,9	5,2	3,3	0,6	2,6
Nicaragua	78	165	68	35	4,4	3,9	49	-3,7	1,9	6,9	4,8	2,8	1,9	3,2
Niger	11	318	304	176	0,2	3,2	42	-2,2	-0,6	8,1	7,9	7,2	0,1	0,5

TABLEAU 10 : LE TAUX DU PROGRÈS

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans			Taux annuel moyen de régression (%) ^(a)		Régression depuis 1990 (%) ^(a)	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de régression (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Nigéria	8	265	230	189	0,7	1,2	18	-1,4	1,2	6,9	6,8	5,4	0,1	1,3
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	173	16	9	4	2,9	4,8	56	3,2	2,6	2,5	1,9	1,8	1,5	0,1
Nouvelle-Zélande	160	21	11	6	3,2	3,6	45	0,8	2	3,1	2,1	2,0	1,5	0,2
Oman	137	200	32	12	9,2	5,8	63	3,3	2,2x	7,2	6,6	3,0	0,4	4,6
Ouganda	21	195	175	130	0,5	1,7	26	-	3,1	7,1	7,1	6,5	0,0	0,5
Ouzbékistan	68	-	74	41	-	3,5	45	-	1,2	6,5	4,2	2,5	2,2	3,0
Pakistan	43	184	132	90	1,7	2,3	32	3	1,6	6,6	6,3	3,5	0,2	3,4
Palaos	145	-	21	10	-	4,4	52	-	-	-	-	-	-	-
Panama	104	68	34	23	3,5	2,3	32	0,3	2,6	5,3	3,0	2,6	2,8	0,9
Papouasie-Nouvelle-Guinée	56	156	94	65	2,5	2,2	31	-0,7	-0,6	6,2	4,8	3,8	1,2	1,3
Paraguay	91	75	41	29	3,0	2,0	29	2,8	-0,3	5,7	4,5	3,1	1,2	2,2
Pays-Bas	166	16	8	5	3,5	2,8	38	1,5	2,1	2,4	1,6	1,7	2,2	-0,6
Pérou	112	170	78	20	3,9	8,0	74	-0,6	2,7	6,3	3,9	2,5	2,4	2,6
Philippines	94	89	62	28	1,8	4,7	55	0,8	1,7	6,3	4,3	3,3	1,8	1,7
Pologne	156	35	17	7	3,6	5,2	59	-	4,4	2,2	2,0	1,2	0,4	3,0
Portugal	173	66	15	4	7,4	7,8	73	2,6	1,9	2,8	1,5	1,5	3,0	0,3
Qatar	126	51	26	15	3,4	3,2	42	-	-	6,9	4,4	2,7	2,3	2,9
Rép. démocratique populaire lao	50	218	163	70	1,5	5,0	57	-	4,2	6,4	6,2	3,2	0,2	3,9
République centrafricaine	12	232	171	172	1,5	0,0	-1	-1,3	-0,8	5,7	5,7	4,6	0,0	1,2
République de Corée	166	54	9	5	9,0	3,5	44	6,2	4,4	4,5	1,6	1,2	5,2	1,7
République démocratique du Congo	15	235	200	161	0,8	1,3	20	-2,4	-4,3	6,4	6,7	6,7	-0,3	0,0
République dominicaine	73	131	66	38	3,4	3,2	42	2,1	3,8	6,2	3,3	2,8	3,1	0,9
République populaire démocratique de Corée	62	70	55	55	1,2	0,0	0	-	-	4,0	2,4	1,9	2,6	1,5
République tchèque	173	24	12	4	3,5	6,5	67	-	2,4	2,0	1,8	1,2	0,5	2,3
République-Unie de Tanzanie	29	217	157	116	1,6	1,8	26	-	1,8	6,8	6,1	5,2	0,5	0,9
Roumanie	126	52	32	15	2,4	4,5	53	0,9x	2,3	2,9	1,9	1,3	2,0	2,3
Royaume-Uni	160	21	9	6	4,2	2,4	33	2	2,4	2,3	1,8	1,8	1,2	0,0
Russie, Fédération de	126	40	27	15	2,0	3,5	44	-	1,2	2,0	1,9	1,3	0,3	2,0
Rwanda	9	223	195	181	0,7	0,4	7	1,1	1,1	8,2	7,6	5,9	0,4	1,5
Saint-Kitts-et-Nevis	117	-	36	18	-	4,1	50	6,3x	2,8	-	-	-	-	-
Saint-Marin	173	-	13	4	-	6,9	69	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	114	72	22	19	5,9	0,9	14	3,3	3	6,0	3,0	2,2	3,5	1,8
Sainte-Lucie	117	66	21	18	5,7	0,9	14	5,3x	1,3	6,1	3,3	2,2	3,0	2,5
Samoa	95	101	50	27	3,5	3,6	46	-	2,6	6,1	4,8	4,0	1,2	1,0
Sao Tomé-et-Principe	38	104	101	99	0,1	0,1	2	-	-	6,5	5,4	3,9	0,9	1,9
Sénégal	31	276	149	114	3,1	1,6	23	-0,7	1,1	7,0	6,6	4,7	0,3	1,9
Serbie	151	-	-	8	-	-	-	-	2,6x	2,4	2,1	1,8	0,6	1,0
Seychelles	134	59	19	13	5,7	2,2	32	2,9	1,4	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1	371	290	262	1,2	0,6	10	-0,4	-0,4	6,5	6,5	6,5	0,0	0,0
Singapour	189	27	8	3	6,1	5,8	63	5,6	3,8	3,0	1,8	1,3	2,7	1,9
Slovaquie	151	31	15	8	3,6	3,7	47	-	3,3	2,5	2,0	1,2	1,0	2,9
Slovénie	173	29	11	4	4,8	6,0	64	-	3,5	2,3	1,5	1,3	2,0	1,0
Somalie	19	-	203	142	-	2,1	30	-0,9	-	7,3	6,8	6,1	0,3	0,6
Soudan	34	168	125	109	1,5	0,8	13	0,1	3,6	6,6	6,0	4,3	0,5	1,9
Sri Lanka	110	100	32	21	5,7	2,5	34	3	3,9	4,4	2,5	1,9	2,7	1,7
Suède	189	13	7	3	3,1	5,0	57	1,8	2,2	2,0	2,0	1,8	0,1	0,7
Suisse	166	18	8	5	4,1	2,8	38	1,2	0,7	2,0	1,5	1,4	1,4	0,5
Suriname	91	-	51	29	-	3,3	43	-2,4x	1,8	5,7	2,7	2,4	3,6	0,7
Swaziland	40	199	96	91	3,6	0,3	5	3,1	-0,3	6,9	5,7	3,5	0,9	2,9
Syrie, République arabe de	123	128	37	17	6,2	4,6	54	2	1,5	7,6	5,5	3,1	1,6	3,4
Tadjikistan	54	138	117	67	0,8	3,3	43	-	-2,2	6,9	5,2	3,4	1,4	2,5
Tchad	3	-	201	209	-	-0,2	-4	-1	2,4	6,5	6,7	6,2	-0,1	0,4
Territoire palestinien occupé	95	-	38	27	-	2,0	29	-	-2,9x	7,9	6,4	5,2	1,0	1,3
Thaïlande	156	103	31	7	6,0	8,8	77	5	2,9	5,5	2,1	1,8	4,8	0,8
Timor-Leste	39	-	184	97	-	3,8	47	-	-	6,3	5,3	6,6	0,8	-1,2
Togo	37	219	150	100	1,9	2,4	33	-0,6	-0,2	7,0	6,4	4,9	0,5	1,6
Tonga	104	50	32	23	2,2	1,9	28	-	2	5,9	4,6	3,8	1,3	1,2
Trinité-et-Tobago	78	54	34	35	2,3	-0,2	-3	0,5	5,1	3,5	2,4	1,6	1,8	2,4
Tunisie	110	201	52	21	6,8	5,3	60	2,5	3,4	6,6	3,6	1,9	3,0	3,7

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans			Taux annuel moyen de régression (%) ⁹		Régression depuis 1990 (%) ⁹	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de régression (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Turkménistan	65	–	99	50	–	4,0	49	–	-6,8x	6,3	4,3	2,5	1,9	3,2
Turquie	104	201	82	23	4,5	7,5	72	1,9	2,2	5,5	3,0	2,1	3,0	2,1
Tuvalu	75	–	53	37	–	2,1	30	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	99	36	25	24	1,8	0,2	4	–	-0,7	2,1	1,9	1,2	0,6	2,6
Uruguay	132	60	25	14	4,4	3,4	44	0,9	1,5	2,9	2,5	2,1	0,7	1,0
Vanuatu	81	155	62	34	4,6	3,5	45	1,1x	-0,4	6,3	4,9	3,8	1,2	1,6
Venezuela, République bolivarienne du	114	62	32	19	3,3	3,1	41	-1,6	-0,2	5,4	3,4	2,6	2,2	1,7
Viet Nam	126	85	56	15	2,1	7,7	73	–	6	7,0	3,7	2,2	3,2	3,2
Yémen	48	309	127	73	4,4	3,3	43	–	1,6	8,6	8,1	5,5	0,3	2,2
Zambie	13	179	163	170	0,5	-0,2	-4	-2,3	0,1	7,4	6,5	5,2	0,7	1,2
Zimbabwe	43	131	95	90	1,6	0,3	5	-0,4	-2,1x	7,4	5,2	3,2	1,8	2,8

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	232	186	148	1,1	1,3	20	-0,1	1,3	6,8	6,3	5,2	0,4	1,1
Afrique de l'Est et australe	202	165	123	1,0	1,7	25	–	1,4	6,8	6,0	4,9	0,6	1,2
Afrique de l'Ouest et centrale	260	206	169	1,2	1,2	18	-0,6	1,3	6,8	6,6	5,5	0,1	1,1
Asie du Sud	197	125	78	2,3	2,8	38	2,1	4,1	5,7	4,3	3,0	1,4	2,2
Asie de l'Est et Pacifique	121	56	27	3,9	4,3	52	5,7	6,8	5,6	2,5	1,9	4,1	1,6
Amérique latine et Caraïbes	122	55	26	4,0	4,4	53	1,4	1,5	5,3	3,2	2,4	2,5	1,8
ECO/CEI	91	53	25	2,7	4,4	53	–	1,6	2,8	2,3	1,7	0,9	1,9
Moyen-Orient et Afrique du Nord	195	79	46	4,5	3,2	42	-0,1	1,6	6,8	5,0	3,0	1,5	3,0
Pays industrialisés [§]	24	10	6	4,4	3,0	40	2,3	1,9	2,3	1,7	1,7	1,3	0,2
Pays en développement [§]	162	103	74	2,3	1,9	28	2,4	4	5,8	3,6	2,8	2,3	1,6
Pays les moins avancés [§]	241	179	130	1,5	1,9	27	-0,2	2,5	6,7	5,8	4,7	0,7	1,3
Total mondial	143	93	68	2,2	1,8	27	2,3	2,4	4,7	3,2	2,6	1,9	1,3

[§] Comprend aussi des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Une liste des pays et territoires au sein des catégories de pays ou des groupes régionaux est donnée à la page 152.

DÉFINITIONS

Taux de mortalité des moins de 5 ans – Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes.

Régression depuis 1990 (%) – Régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) de 1990 à 2007. La Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire en 2000 avait fixé un but de diminution du TMM5 de 67 % de 1990 à 2015. Cet indicateur montre l'évaluation des progrès accomplis à ce jour.

PIB par habitant – Le produit intérieur brut (PIB) est la somme de la valeur brute ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (moins les subventions) non incluses dans l'évaluation des produits. Le PIB par habitant est le produit intérieur brut converti en dollars des États-Unis selon la méthode utilisée pour l'Atlas de la Banque mondiale et divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La croissance est calculée à partir du PIB à prix constants en devise locale.

Taux global de fécondité – Nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation et donnerait naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.

SOURCES PRINCIPALES

Taux de mortalité des moins de 5 ans – UNICEF, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, Division des statistiques des Nations Unies.

PIB par habitant – Banque mondiale.

Fécondité – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

NOTES

- données non disponibles.
- x données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- 9 Une valeur négative indique une augmentation du taux de mortalité des moins de cinq ans depuis 1990.

Acronymes

ECO/CEI	Europe centrale et orientale/ Communauté d'États indépendants	PIB	produit intérieur brut
EmOC	soins obstétricaux d'urgence	PIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
HMN	Réseau de Métrologie Sanitaire (Health Metrics Network)	PISNE	Prise en charge intégrée de la santé du nouveau-né et de l'enfant
MGF/E	mutilations génitales féminines /excision	PTME	Prévention de la transmission (du VIH) de la mère à l'enfant
MICS	Enquêtes en grappes à indicateurs multiples	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
OMS	Organisation mondiale de la Santé	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA	VIH	virus de l'immunodéficience humaine



Bureaux de l'UNICEF

Siège de l'UNICEF

3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis

**Bureau régional de l'UNICEF
pour l'Europe**

Palais des Nations
CH-1211 Genève 10, Suisse

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Europe centrale et orientale, la
Communauté d'États indépendants
et les États baltes**

Palais des Nations
CH-1211 Genève 10, Suisse

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe**

United Nations Complex Gigiri
P.O. Box 44145-00100
Nairobi, Kenya

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale**

P.O. Box 29720 Yoff
Dakar, Senegal

**Bureau régional de l'UNICEF pour
les Amériques et les Caraïbes**

Avenida Morse
Ciudad del Saber Clayton
Edificio #102
Apartado 0843-03045
Panama City, Panama

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Asie orientale et le Pacifique**

P.O. Box 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Thaïlande

**Bureau régional de l'UNICEF pour
le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord**

P.O. Box 1551
Amman 11821, Jordanie

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Asie du Sud**

P.O. Box 5815
Lekhnath Marg
Katmandou, Népal

**Pour de plus amples informations,
veuillez consulter notre site sur Internet
www.unicef.org/french**



Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance

3 United Nations Plaza

New York, NY 10017, États-Unis

Courriel : pubdoc@unicef.org

Site sur Internet : www.unicef.org/french

25 dollars É.-U, 16,80 euros

ISBN : 978-92-806-4305-3

No. de vente : F.09.XX.1

© Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Décembre 2008