LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2008

La survie de l'enfant

unissons-nous
pour les enfants

unicef

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2008

Remerciements

Ce rapport a été réalisé avec les conseils et contributions de nombreuses personnes, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'UNICEF. La contribution des bureaux de pays de l'UNICEF suivants a été particulièrement importante : Afghanistan, Afrique du Sud, Angola, Argentine, Bangladesh, Bénin, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Cambodge, Cameroun, Chili, Chine, Colombie, Congo, Côte d'Ivoire, Équateur, Égypte, Érythrée, Gambie, Ghana, Haïti, Inde, Jamaïque, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Mongolie, Maroc, Mozambique, Nicaragua, Niger, Nigéria, Pakistan, Papouasie Nouvelle-Guinée, Ouganda, Pérou, République bolivarienne du Venezuela, République dominicaine, République islamique d'Iran, République-Unie de Tanzanie, Sainte-Lucie, Sénégal, Somalie, Soudan, Suriname, Tadjikistan, Timor-Leste, Turkménistan, Uruguay, Yémen, Zambie et Zimbabwe. Les bureaux régionaux de l'UNICEF et le Centre de recherche Innocenti ont également apporté leur concours à la réalisation de ce rapport.

Nous remercions tout spécialement la Présidente Ellen Johnson-Sirleaf, Tedros Adhanom, Paul Farmer, Paul Freeman, Melinda French Gates, Jim Yong Kim, Elizabeth N. Mataka et Henry Perry.

RECHERCHE ET ORIENTATION DES POLITIQUES
Division des programmes; Division des politiques et de la planification

TABLEAUX STATISTIQUES
Section de l'information stratégique, Division des politiques et de la planification

MAQUETTE ET PRODUCTION PRÉ-PUBLICATION
Prographics, Inc.

IMPRESSION
Hatteras Press, Inc.

Produit, traduit et distribué par la Section de la rédaction, de la conception et des publications, Division de la communication

© Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Décembre 2007

Une autorisation est nécessaire pour publier quelque partie de cette publication que ce soit. Veuillez vous adresser à la :

Section de la rédaction, de la conception et des publications
Division de la communication, UNICEF
3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, États-Unis
Tél. : 212-326-7434
Télécopie : 212-303-7985
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 : ISBN: 978-92-806-4192-9
No. de vente : F.08.XX.1

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis

Courriel : pubdoc@unicef.org
Site sur Internet : www.unicef.org/french

Photo de couverture : © UNICEF/HQ07-0108/ Thierry Delvigne-Jean

Avant-propos

En 2006, pour la première fois dans l'histoire récente, le nombre annuel total de décès d'enfants de moins de cinq ans est passé au-dessous de la barre des 10 millions, à 9,7 millions. Cela représente une réduction de 60 % du taux de mortalité de l'enfant depuis 1960.

On ne saurait cependant se contenter de cette situation. La mort chaque année de 9,7 millions de jeunes enfants est inacceptable, d'autant plus que bon nombre de ces décès pourraient être évités. Et malgré les progrès réalisés, nous ne sommes pas encore en passe d'atteindre l'Objectif du Millénaire pour le développement qui consiste à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici à 2015.

© UNICEF/HQ07-1608/Georgina Cranston

Il ressort des données réunies par le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité post-infantile que des progrès ont été réalisés dans des pays de toutes les régions du monde. Depuis 1990, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé en Chine de 45 décès pour 1 000 naissances vivantes, à 24, soit une réduction de 47 %. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de l'Inde a diminué de 34 %. Dans six pays – Bangladesh, Bhoutan, Bolivie, Érythrée, Népal et République démocratique populaire lao – les taux ont été réduits de 50 % ou plus depuis 1990, bien qu'ils restent élevés. Et l'Éthiopie a obtenu une réduction de près de 40 % depuis 1990.

Sur les 62 pays ne progressant pas ou pas suffisamment sur la voie de l'Objectif du Millénaire pour le développement relatif à la survie de l'enfant, près de 75 % sont situés en Afrique. Dans certains pays d'Afrique australe, la prévalence du VIH et du SIDA a complètement anéanti les progrès qui avaient été réalisés en matière de réduction de la mortalité de l'enfant. Il faudra, pour atteindre l'objectif dans ces pays, déployer des efforts concertés.

Afin de réaliser des progrès à plus grande échelle, en Afrique subsaharienne et ailleurs, il est essentiel de généraliser les interventions sanitaires de base, y compris l'allaitement exclusif au sein dès le plus jeune âge, la vaccination, la distribution de suppléments de vitamine A et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme.

Il faut redoubler d'efforts en vue d'élargir l'accès aux traitements et aux moyens de prévention et de combattre les effets dévastateurs de la pneumonie, de la diarrhée, du paludisme, de la malnutrition aiguë sévère et du VIH.

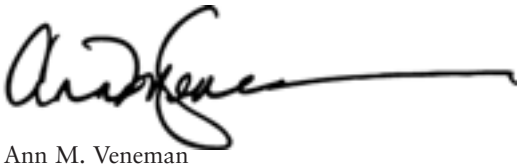
Nous savons qu'il est possible de sauver des vies lorsque les enfants ont accès à des services de santé à base communautaire, s'appuyant sur un système bien établi d'orientation vers d'autres soins.

L'accent doit être mis sur des interventions clés à l'échelle communautaire, dans le cadre d'initiatives intégrées visant à faciliter le renforcement des systèmes de santé nationaux. Et il convient d'accorder une attention particulière aux besoins spécifiques des femmes, notamment des mères, et des nouveau-nés.

Soucieux d'aider les pays africains à réaliser l'OMD relatif à la survie des enfants, l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale et l'UNICEF ont, à l'invitation de l'Union africaine, défini un cadre d'action commun, présenté en détail dans le rapport sur *La Situation des enfants dans le monde* de cette année.

Le nouveau dynamisme en faveur de la santé de par le monde nous donne des raisons d'espérer. Le degré de motivation est élevé, dans le secteur public aussi bien que dans le privé, et des partenariats novateurs sont en cours d'élaboration ou de renforcement, à mesure que nous cherchons, ensemble, à mettre à profit cette énergie renouvelée. Les partenariats pourraient contribuer pour beaucoup à l'accélération des progrès accomplis dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. L'UNICEF œuvre en étroite coopération avec les partenaires du système des Nations Unies et les gouvernements, les organisations régionales et non gouvernementales, les fondations et le secteur privé pour coordonner les activités et mettre en commun expertise et connaissances.

Le défi consiste maintenant à agir avec un sentiment commun d'urgence afin de mettre en œuvre à plus grande échelle les actions qui ont prouvé leur efficacité.



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

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements ii

Avant-propos

Ann M. Veneman
Directrice générale, UNICEF iii

1 La survie de l'enfant : où en sommes-nous ?

Résumé vi

Encadrés

Le taux de mortalité des moins de 5 ans : indicateur indispensable de la santé des enfants 2

Causes sous-jacentes et structurelles de la mortalité maternelle et infantile 3

Survie des nouveau-nés 4

Les principales causes immédiates des décès d'enfants 8

La pneumonie : cette tueuse d'enfants oubliée 10

Le continuum des soins de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant dans l'espace temporel et géographique 17

La santé de l'enfant dans des situations d'urgence complexes 18

Donner des moyens d'action aux femmes pour promouvoir la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant 20

L'enregistrement des naissances : un pas important vers les services essentiels 22

Survie de l'enfant au lendemain d'un conflit : Les défis et le triomphe du Libéria, *par Ellen Johnson-Sirleaf,* 24

Figures

1.1 Les avantages qu'offre la réalisation du quatrième Objectif du Millénaire pour le développement – et les conséquences de l'échec 2

1.2 Taux mondiaux de mortalité néonatale, 2000 4

1.3 Interventions simples, à forte incidence, susceptibles de sauver la vie des nouveau-nés grâce au continuum de soins du niveau maternel aux niveaux néonatal et infantile 5

1.4 Le taux mondial de mortalité infantile a régressé d'environ un quart entre 1990 et 2006 6

1.5 Moins de 10 millions d'enfants de moins de 5 ans sont décédés en 2006 6

1.6 Les progrès mondiaux en ce qui concerne la réduction de mortalité des enfants sont insuffisants pour atteindre l'OMD 4* 7

1.7 Près d'un tiers des 50 pays les moins avancés a réussi à réduire le taux de mortalité des moins de 5 ans d'au moins 40 % depuis 1990 8

1.8 Répartition mondiale de la mortalité des moins de 5 ans, par cause 8

1.9 La santé et les Objectifs du Millénaire pour le développement 9

1.10 Plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie consultent un agent de santé qualifié 10

1.11 L'Asie du Sud est la région présentant le niveau le plus élevé de dénutrition 11

1.12 La probabilité de mortalité maternelle est beaucoup plus forte dans le monde en développement que dans les pays industrialisés 12

1.13 Les taux élevés de décès maternels en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne sont partiellement imputables aux faibles niveaux de soins maternels 12

1.14 L'Afrique subsaharienne abrite près de 90 % des infections pédiatriques par le VIH 13

1.15 Près de 80 % du monde en développement a accès à des sources d'eau améliorées 14

1.16 La moitié seulement de la population du monde en développement a accès à des moyens d'assainissement adéquat 14

1.17 Les 60 pays prioritaires pour la survie de l'enfant ciblés par le Compte à rebours jusqu'en 2015 16

1.18 Lier les soins dans le cadre d'un continuum de soins de santé destiné à la mère, au nouveau-né et à l'enfant 17

1.19 Établir des liens entre les soins administrés à domicile et dans les établissements de santé pour diminuer le nombre de décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants 17

1.20 Les taux d'enregistrement des naissances sont faibles en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne 22

2 Leçons tirées de l'évolution des systèmes et des pratiques de soins de santé

Résumé 26

Encadrés

L'Initiative de lutte contre la rougeole 28

Journées nationales de vaccination et journées de la santé de l'enfant 32

Financement du secteur de la santé : approches sectorielles et Initiative en faveur des pays pauvres fortement endettés 33

Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles en Inde 35

L'Initiative de Bamako 36

Approches diagonales : la méthode mexicaine 38

Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant en Afrique de l'Ouest 40

Le VIH et le SIDA en Afrique et leur impact sur les femmes et les enfants, *par Elizabeth N. Mataka,* 42

Le Partenariat pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants 43

Figures

2.1 Fardeau mondial des décès dus à la rougeole 29

La survie de l'enfant

2.2 Soins de santé primaires sélectifs et évolution des taux de vaccination depuis 1980 35
2.3 PCIME en centre de soins externes, en centre de tri de premier niveau et à la maison pour les enfants malades de deux mois à cinq ans 37
2.4 Cadre conceptuel pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé 39

3 Les partenariats communautaires dans les soins de santé primaires pour les mères, les nouveau-nés et les enfants

Résumé 44

Encadrés

Les pratiques fondamentales des interventions de soins de santé axées sur la collectivité 47
Aspects et défis communs des partenariats communautaires en matière de santé et de nutrition 48
Inde : des partenariats communautaires pour lutter contre la dénutrition 50
Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant : l'influence des programmes de « mère à mère » en Afrique de l'Est et australe 52
Quand les autorités favorisent le changement pour les mères et les enfants en Éthiopie, *par Tedros Adhanom* 54
Le Mozambique : un programme communautaire pour faire reculer la mortalité des moins de 5 ans 59
Des partenariats communautaires pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement scolaire 60

Figure

3.1 Prévalence des retards de croissance par âge (mois) 51

4 Renforcer les partenariats communautaires, le continuum de soins et les systèmes de santé

Résumé 62

Encadrés

Élargissement : une nutrition adéquate pour les mères, les nouveau-nés et les enfants 66
La « budgétisation marginale des goulets d'étranglement » ..70
Élargissement : eau sûre, assainissement adéquat et meilleures pratiques d'hygiène 74
La crise du personnel de santé en Afrique : il est urgent d'intervenir 76
Les arguments en faveur des investissements pour la survie de l'enfant et les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en Afrique subsaharienne 78
Botswana : étendre la prévention et le traitement du VIH à travers des partenariats communautaires 81
Renforcer la transparence et la gouvernance de la prestation des services de santé 83
Financement en fonction de la performance au Rwanda 84
Brésil : créer un réseau national de systèmes de santé gérés par les communautés 86
Un nouveau mode de collaboration pour les institutions multilatérales 88
Soins et survie de l'enfant fondés sur les droits humains et sur la communauté, *par Paul Farmer et Jim Yong Kim* 90

Figures

4.1 Cadre conceptuel du passage à une échelle supérieure des soins de santé primaires dans les pays en développement 64
4.2 Résorber les goulets d'étranglement dans la prestation des services de santé 69
4.3 Impact et coût estimatifs des panoplies minimum, élargies et maximum prévues par le Cadre stratégique pour l'Afrique 78
4.4 Sources de financement 2007–2015 79
4.5 Brésil : vastes disparités des taux de mortalité des nourrissons entre et au sein de régions choisies, en fonction du revenu familial et de l'ethnicité de la mère, 2002 87

5 S'unir pour la survie des enfants

Résumé 94

Encadrés

Renforcer la collecte des données et le suivi pour prendre des décisions en matière de santé publique 100
L'autre côté de la natte : s'unir pour la survie et la santé des mères, nouveau-nés et enfants 102

Figure

5.1 Une sélection de flux financiers en direction des pays en développement 99

Références 104

Tableaux statistiques 109

Classement pour la mortalité des moins de cinq ans 113
Table 1 : Indicateurs de base 114
Table 2 : Nutrition 118
Table 3 : Santé 122
Table 4 : VIH/SIDA 126
Table 5 : Éducation 130
Table 6 : Indicateurs démographiques 134
Table 7 : Indicateurs économiques 138
Table 8 : Femmes 142
Table 9 : Protection de l'enfant 146
Table 10 : Le taux du progrès 150

Sigles 154

RÉSUMÉ

La mortalité infantile est un indicateur sensible du développement d'un pays et un indice révélateur de ses priorités et de ses valeurs. Investir dans la santé des enfants et de leurs mères est non seulement un impératif en matière de droits de l'homme, mais aussi une décision économique avisée et l'un des moyens les plus sûrs pour un pays d'avancer vers un avenir meilleur.

Depuis 1990, des progrès impressionnants ont été réalisés en ce qui concerne les taux de survie et la santé des enfants, même dans certains des pays les plus démunis de la planète. Toutefois il faudra redoubler d'efforts pour atteindre le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4) - réduire la mortalité infantile des deux tiers entre 1990 et 2015. Le défi est de taille mais nous pouvons encore le relever.

Atteindre cet objectif, cela veut dire faire passer le nombre de décès d'enfants de 9,7 millions en 2006 à environ 4 millions d'ici à 2015. Pour y parvenir, il sera indispensable d'agir rapidement sur plusieurs fronts : éliminer la pauvreté et la faim (OMD 1), améliorer la santé maternelle (OMD 5), combattre le VIH et le SIDA, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6), améliorer les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement (OMD 7) et rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables (OMD 8). Il importera également de revoir les stratégies afin d'atteindre les communautés qui sont les plus marginalisées et les plus démunies.

Chaque enfant a droit à une vie saine. *Groupe d'enfant dans un centre communautaire infantile, Malawi.*

Les progrès remarquables enregistrés ces dernières décennies par de nombreux pays en développement concernant la réduction de la mortalité infantile nous incitent à l'optimisme. Les causes de la mortalité infantile et les moyens d'y remédier sont bien connus. Il existe déjà des interventions simples, fiables et abordables qui permettraient de sauver la vie de millions d'enfants. Le défi consiste à faire en sorte que ces remèdes – dispensés par le biais d'un continuum de soins de santé à la mère, au nouveau-né et à l'enfant – profitent aux millions d'enfants et de familles jusqu'à présent laissés pour compte.

1

La survie de l'enfant : où en sommes-nous ?

© UNICEF/2007/David Anthony

La situation actuelle

Que vaut une vie ? La plupart d'entre nous seraient prêts à sacrifier beaucoup de choses pour sauver la vie d'un seul enfant. Et pourtant, à l'échelle mondiale, nos priorités sont devenues floues. Chaque jour, plus de 26 000 enfants de moins de 5 ans meurent dans le monde, de causes qui, pour la plupart, auraient pu être prévenues. Et presque tous vivent dans le monde en développement ou, plus précisément, dans 60 pays en développement. Plus d'un tiers de ces enfants meurent durant le premier mois de leur existence, en général à la maison et sans avoir accès aux services de santé essentiels et aux produits de base qui permettraient de leur sauver la vie. Des enfants meurent encore d'infections respiratoires ou diarrhéiques qui ne représentent plus une menace dans les pays industrialisés, ou encore de maladies infantiles, comme la rougeole, que la vaccination permettrait d'éviter. Jusqu'à la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans ont pour cause sous-jacente la dénutrition, qui prive les jeunes enfants des éléments nutritifs nécessaires à leur croissance et à leur développement mental. Une eau insalubre, un assainissement insuffisant et des installations sanitaires inadéquates sont également des facteurs de mortalité et de morbidité chez les enfants.

En 2006, année la plus récente pour laquelle nous disposons d'estimations fiables, près de 9,7 millions d'enfants sont morts avant leur cinquième anniversaire. Bien que les chiffres aient changé, le problème n'est pas moins affligeant qu'il y a 25 ans, lorsque le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a lancé « la révolution pour la survie de l'enfant ». Actuellement, la communauté du développement privilégie la réalisation du quatrième Objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4) – réduire la mortalité infantile des deux tiers entre 1990 et 2015. Sachant qu'en 1990, le nombre absolu de décès d'enfants avoisinait les 13 millions, réaliser l'OMD 4 signifie qu'au cours des sept prochaines années, il faudra diviser par deux le nombre de décès d'enfants, ce qui revient à moins de 13 000 décès d'enfants par jour, ou moins de 5 millions par année[1].

On ne saurait sous-estimer l'ampleur de ce défi. Le monde devra réduire le nombre de décès d'enfants entre 2008 et 2015 à un rythme nettement supérieur à ce que nous avons connu depuis 1990 *(voir Figure 1.6, page 7)*. Qui plus est, l'essentiel des efforts doit se concentrer sur les situations et les circonstances les plus difficiles : dans les pays les plus pauvres, dans les régions et les communautés les plus appauvries, les plus isolées, les moins éduquées et les plus marginalisées, dans les nations ravagées par le SIDA, les conflits, la mauvaise gouvernance et le manque chronique d'investissement dans les systèmes de santé publique et les infrastructures physiques.

Continuer au rythme actuel ne permettra pas d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé des enfants, il s'en faut de beaucoup. Cela ressort clairement en Afrique subsaharienne, la région la plus à la traîne par rapport à la quasi-totalité des OMD liés à la santé, mais aussi dans d'autres pays en développement, notamment en Asie du Sud. Si la tendance actuelle se poursuit, il y aura, en 2015, 4,3 millions de décès d'enfants que la réalisation de l'OMD 4 aurait permis d'éviter *(voir Figure 1.1, page 2)*.

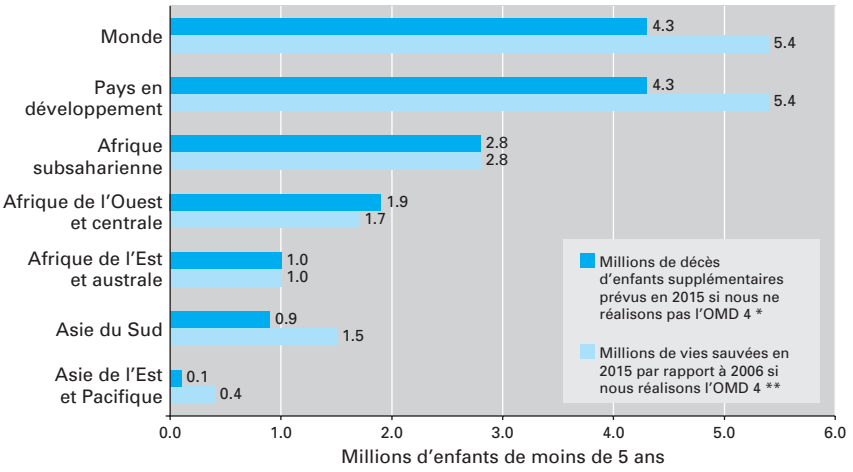
Afin de souligner la nécessité de placer la situation des enfants au cœur des préoccupations internationales, *La Situation des enfants dans le monde 2008* revient sur un thème qui avait marqué le lancement de cette série au début des années 1980. L'UNICEF et ses partenaires s'étaient alors, comme aujourd'hui, fixé une date butoir pour réduire de moitié le nombre de décès d'enfants. L'UNICEF avait alors, comme

aujourd'hui, proposé des solutions et des stratégies simples, efficaces, peu coûteuses et pratiques pour réduire la mortalité et améliorer la santé des enfants. Et maintenant il invite, comme il le faisait alors, ses partenaires de toutes les couches de la société, des chefs religieux aux ambassadeurs itinérants, des maires aux chefs d'État, des personnalités du monde du sport aux parlementaires, et des associations professionnelles aux syndicats – à adhérer au mouvement pour la survie de l'enfant et le développement.

Loin de faire cavalier seul comme cela lui arrivait souvent dans les années 1980, l'UNICEF est devenu le champion de la survie de l'enfant au sein d'une communauté unie derrière le même objectif. Les partenariats forgés ces vingt dernières années sont devenus indispensables pour résoudre les problèmes qui appellent des changements systémiques et

Figure 1.1

Les avantages qu'offre la réalisation du quatrième Objectif du Millénaire pour le développement – et les conséquences de l'échec



* Nombre de décès supplémentaires d'enfants de moins de 5 ans à prévoir en 2015 si les taux annuels de régression du TMM5 persistent.
** Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans qui pourront être évités pour la seule année 2015 par rapport à 2006 si nous atteignons la cible de l'OMD 4 — réduire de deux tiers le taux de mortalité des moins de 5 ans par rapport aux taux affichés en 1990.

Source : estimations de l'UNICEF fondées sur les données mentionnées dans les Tableaux statistiques 1 et 10, pp.114 et 150 du présent rapport.

Le taux de mortalité des moins de 5 ans : indicateur indispensable de la santé des enfants

Le taux de mortalité des moins de 5 ans, communément appelé TMM5 ou simplement taux de mortalité infantile, indique la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire pour 1 000 naissances vivantes, en appliquant les taux de mortalité actuels. Il comporte plusieurs avantages en tant que baromètre du bien-être de l'enfant en général et de sa santé en particulier.

Premièrement, il mesure les « résultats » du développement plutôt que ses « intrants », par exemple, le nombre de calories disponibles par habitant ou le nombre de médecins pour 1 000 personnes – qui sont des moyens pour atteindre un but.

Deuxièmement, on sait que le TMM5 offre des informations précieuses sur un large éventail de facteurs tels que l'état nutritionnel et les connaissances des mères en matière de santé; le taux de vaccination et de recours à la thérapeutique de réhydratation orale; l'accès aux services de santé maternelle et infantile (y compris les soins prénatals); le revenu et la nourriture dont dispose le foyer; l'accès à l'eau potable et à des installations sanitaires de base; et la sécurité globale de l'environnement de l'enfant.

Troisièmement, bien que le TMM5 soit une moyenne, il se prête moins aux fausses interprétations que des indicateurs comme le revenu national brut par habitant (RNB par habitant). En effet, à l'échelle naturelle, les enfants de riches n'ont pas mille fois plus de chances de survivre que les pauvres, même si à l'échelle humaine, il leur est possible d'avoir un revenu mille fois plus élevé. En d'autres termes, il est beaucoup plus difficile pour une minorité aisée d'influer sur le TMM5 d'un pays. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans offre donc une image plus exacte, 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).

Voir Références, page 104.

socioculturels plus complexes que ne l'avaient imaginé les premiers architectes de la révolution pour la survie de l'enfant. *La Situation des enfants dans le monde 2008* présente les résultats de ces partenariats, ainsi que de l'expérience acquise et des démarches suivies ces dernières décennies en matière de survie et de santé de l'enfant.

Le présent rapport analyse d'abord la situation de la survie de l'enfant et des soins de santé primaire pour les enfants, en insistant sur les tendances concernant la mortalité infantile. Il évalue ensuite les leçons tirées des réussites et des échecs enregistrés au siècle dernier dans le domaine de la survie de l'enfant. La pièce maîtresse du rapport est un examen de plusieurs démarches particulièrement prometteuses – partenariats communautaires, continuum de soins et renforcement du système de santé pour obtenir des améliorations – visant à atteindre les mères, les nouveau-nés et les enfants qui sont actuellement exclus des interventions essentielles. En insistant sur les exemples de pays et de régions où ces initiatives ont été couronnées de succès, et en étudiant les principaux obstacles à leur extension, le présent rapport propose des mesures pratiques qui devraient relancer le progrès.

Pourquoi la survie de l'enfant est-elle importante ?

Les raisons que nous avons d'investir dans la santé des jeunes enfants dépassent la souffrance et le chagrin que cause la mort, ne serait-ce que d'un seul enfant. En privant les nourrissons et les jeunes enfants de soins de santé de base et des éléments nutritifs indispensables à leur croissance et à leur développement, on les lance sur la voie de l'échec. Mais lorsque les enfants sont bien nourris et soignés, et qu'ils bénéficient d'un environnement sûr et stimulant, ils ont plus de chances de survivre et d'échapper aux maladies, et d'avoir un développement optimal sur le plan de la réflexion, du langage, des émotions et de l'apprentissage social. Ils ont de meilleures chances de réussir à l'école et, plus tard, de devenir des membres créatifs et productifs de la société.

Investir dans les enfants est également judicieux d'un point de vue économique. Selon la Banque mondiale, la vaccination et la supplémentation en vitamine A font actuellement partie des interventions de santé publique qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité.

Améliorer l'apport en vitamine A peut renforcer la résistance de l'enfant à la maladie et réduire les risques de mortalité[2]. Il est possible avec très peu d'argent de prévenir chez l'enfant non seulement une carence en vitamine A mais aussi

Causes sous-jacentes et structurelles de la mortalité maternelle et infantile

La mortalité et la malnutrition des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans ont plusieurs causes communes interdépendantes et structurelles, telles que :

- Services de santé et de nutrition manquant de ressources, amorphes et mal adaptés à la culture locale.
- Insécurité alimentaire.
- Pratiques alimentaires inadéquates.
- Manque d'hygiène et d'accès à l'eau salubre ou à des moyens d'assainissement.
- Analphabétisme des femmes.
- Grossesses précoces.
- Discrimination et exclusion des mères et des enfants s'agissant de l'accès aux services de santé et de nutrition, cette marginalisation tenant à leur pauvreté ou à des raisons géographiques ou politiques.

Chaque année, ces causes sont à l'origine de millions de décès qui pourraient être évités. Étant donné qu'elles sont étroitement imbriquées, il faut s'y attaquer à différents niveaux - au sein de la communauté et de la famille, au niveau des prestataires de services, du gouvernement et au plan international - dans le cadre d'une approche intégrée afin d'accroître l'efficacité et la portée des interventions.

Les solutions sont bien connues, notamment en ce qui concerne les causes directes des décès maternels, néonatals et infantiles. Les interventions nécessaires consistent notamment à offrir un ensemble de soins de santé primaire essentiels - des services de soins pour les enfants assurés grâce à un *continuum de soins* couvrant la grossesse, l'accouchement et au-delà, ainsi que les premières années cruciales de la vie (*voir Encadré, page 17, pour une définition complète de la notion de continuum de soins*).

Voir Références, page 104.

Survie des nouveau-nés

Jusqu'au milieu, voire la fin des années 1990, les estimations du nombre de décès d'enfants survenant pendant la période néonatale (le premier mois de vie) reposaient sur des données chronologiques approximatives plutôt que sur des enquêtes spécifiques. En 1995 et en 2000, les estimations sont devenues plus rigoureuses grâce aux données tirées des enquêtes sur les ménages. En analysant ces données, on s'est rendu compte que les estimations antérieures avaient sérieusement sous-estimé l'ampleur du problème. Bien que le taux mondial de mortalité néonatale ait un peu fléchi depuis 1980, les décès néonatals sont devenus proportionnellement beaucoup plus importants car la diminution de la mortalité néonatale a été plus lente que celle de la mortalité des moins de 5 ans : entre 1980 et 2000, les décès durant le premier mois de vie ont régressé d'un quart tandis que le nombre de décès d'enfants âgés d'un mois à 5 ans diminuait d'un tiers.

On sait aujourd'hui que 4 millions de bébés meurent chaque année durant le premier mois de leur vie, dont la moitié environ au cours des premières 24 heures, ce qui revient à dire qu'un enfant a 500 fois plus de risques de mourir à un jour qu'à un mois. La mortalité néonatale représente près de 40 % du nombre total de décès des moins de 5 ans et environ 60 % de la mortalité infantile (moins d'un an). Le nombre absolu le plus élevé de décès de nouveau-nés concerne l'Asie du Sud – l'Inde représentant un quart du total mondial – mais les taux nationaux de mortalité néonatale les plus élevés sont enregistrés en Afrique subsaharienne. Ces décès ont un facteur en commun : la santé de la mère. Chaque année, plus de 500 000 femmes meurent en couches ou de complications pendant la grossesse, et les nouveau-nés dont la mère est décédée à l'accouchement courent nettement plus de risques de mourir durant leur première année de vie que ceux dont la mère reste vivante.

Même ces chiffres sous-estiment l'ampleur du problème qui affecte la santé de l'enfant durant la période néonatale. Par exemple, plus d'un million d'enfants qui survivent chaque année à l'asphyxie néonatale gardent des séquelles telles qu'infirmité motrice cérébrale, difficultés d'apprentissages et autres handicaps. Pour chaque nouveau-né qui meurt, 20 autres souffrent d'un traumatisme à la naissance, de complications liées à la prématurité et d'autres problèmes de santé néonatale.

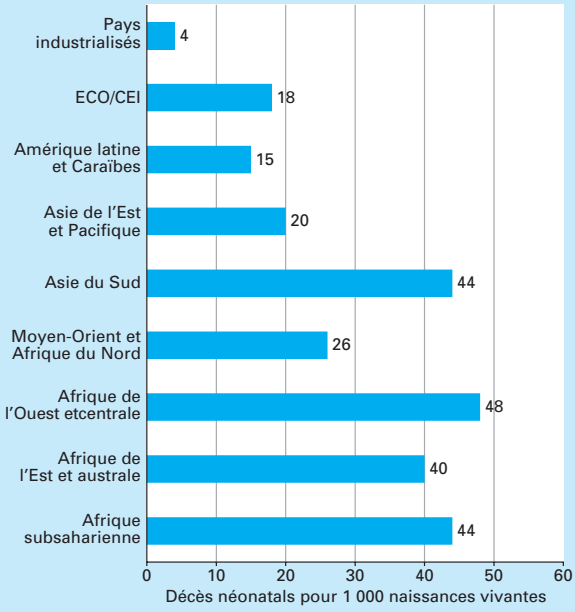
Une amélioration significative de la période néonatale précoce dépendra d'interventions essentielles pour la mère et l'enfant avant, pendant et juste après l'accouchement. Les dernières estimations disponibles pour 2000–2006 révèlent que dans le monde en développement, un quart des femmes enceintes n'ont pas été examinées au moins une fois au cours d'une grossesse par des agents de santé qualifiés (médecin, infirmière, sage-femme); 59 % seulement des accouchements sont assistés par du personnel soignant qualifié et à peine plus de la moitié ont lieu dans un établissement de soins.

La prévention des décès néonatals joue un rôle capital dans la réduction de la mortalité infantile. Selon la série de la revue *The Lancet* sur la survie néonatale, publiée en 2005, 3 millions de décès sur les 4 millions enregistrés dans le monde pourraient être évités en parvenant à un taux élevé de couverture (90 %) pour un ensemble d'interventions éprouvées et au coût abordable, qui pourraient être assurées par des services de proximité, les familles et les communautés, et par des soins cliniques en établissement grâce à un continuum des soins (prénatals, pendant l'accouchement et post-partum). S'il est essentiel de développer les soins qualifiés, la série sur la survie néonatale souligne néanmoins l'importance des solutions appliquées à titre provisoire et qui permettent des sauver la vie d'environ 40 % des nouveau-nés dans le cadre communautaire. Il est également indispensable d'élargir les programmes qui préviennent la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Parmi les mesures qui s'imposent pour sauver les nouveau-nés, il convient de noter : l'élaboration, à l'échelle nationale, de plans à l'efficacité prouvée, axés sur les résultats et assortis de stratégies spécifiques pour atteindre les plus démunis; une plus grande mobilisation de fonds; des cibles convenues pour la réduction de la mortalité néonatale; et la promotion d'une plus grande harmonisation et responsabilisation des parties prenantes au niveau international.

Figure 1.2

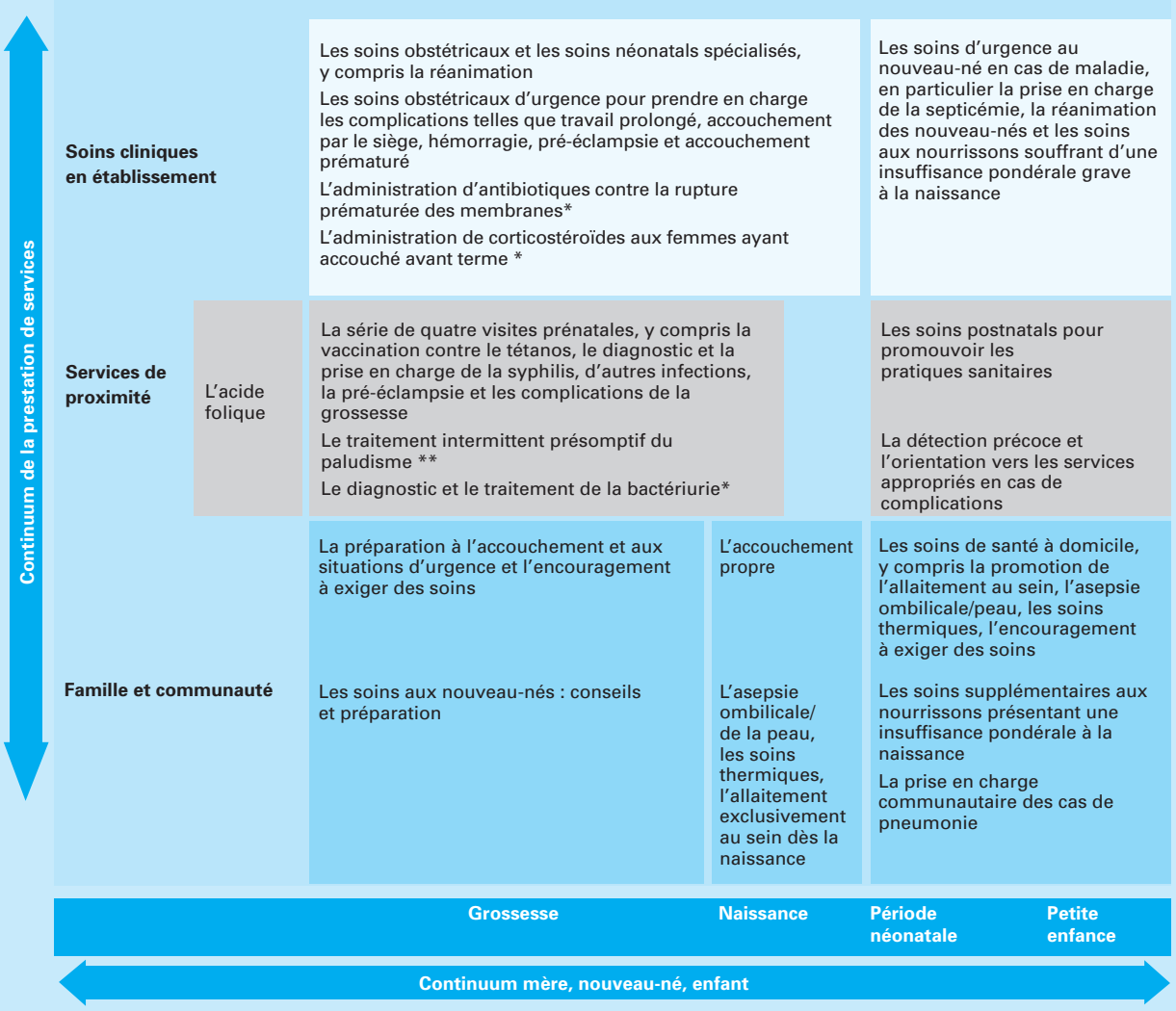
Taux mondiaux de mortalité néonatale, 2000



Source : Organisation mondiale de la Santé, sur la base des registres d'état civil et des enquêtes sur les ménages. Les données régionales et par pays sur les taux de mortalité néonatale en 2000 figurent dans le Tableau statistique 1, page 114 du présent rapport.

Figure 1.3

Interventions simples, à forte incidence, susceptibles de sauver la vie des nouveau-nés grâce au continuum de soins du niveau maternel aux niveaux néonatal et infantile.



* Interventions supplémentaires dans les contextes avec des systèmes sanitaires mieux établis et un taux de mortalité plus faible.

** Interventions spécifiques nécessaires dans certains contextes, par exemple affichant des taux de prévalence du paludisme élevés.

Note : ce chiffre englobe 16 interventions ayant fait leurs preuves en ce qui concerne la réduction de la mortalité néonatale. D'autres interventions importantes sont mises en place durant cette période mais ne sont pas mentionnées ici car elles n'influencent pas principalement les décès néonatals (par ex., prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant). Pour certaines interventions mentionnées ici, les modes de prestation de services peuvent varier selon le contexte.

Source : *The Lancet* Series Team, 'The Lancet Series on Neonatal Health Executive Summary', *The Lancet*, 3 mars 2005, p. 3.

Voir Références, p. 104

© UNICEF/HQ04-0675/Giacomo Pirozzi

La vaccination et les suppléments en micronutriments assurent une protection contre les maladies qui présente un bon rapport coût-efficacité et permet de sauver des vies. *Un garçon reçoit une dose de vitamine A, Tadjikistan.*

des maladies mortelles comme la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la tuberculose infantile, l'hépatite B et l'Hib (*Haemophilus influenzae* type b), qui est une cause importante de pneumonie et de méningite[3]. Administrer du cotrimoxazole, un antibiotique peu onéreux, aux enfants séropositifs au VIH permet de réduire de façon spectaculaire la mortalité causée par les infections opportunistes liées au VIH.

L'amélioration de la santé et des taux de survie de l'enfant peut aussi contribuer à une dynamique démographique plus équilibrée. Des parents convaincus que leurs enfants vont survivre ont généralement moins d'enfants et s'occupent mieux de leur progéniture – ce qui permet aux États d'investir davantage pour chaque enfant[4].

Les chiffres

Il y a beaucoup moins d'enfants qui meurent de nos jours qu'en 1960, première année pour laquelle nous disposons de données sur le nombre annuel de décès d'enfants. En réalité, depuis 46 ans, le nombre annuel de décès d'enfants a diminué de moitié, passant d'environ 20 millions en 1960 à moins de 10 millions en 2006. Des progrès considérables, voire tout à fait remarquables dans certains cas, ont été enregistrés ces dernières années pour la survie de l'enfant. Malgré des obstacles de taille, notamment la propagation du SIDA en Afrique de l'Est et australe et des conflits fratricides dans de nombreux pays à mortalité élevée, le taux mondial de mortalité infantile a baissé régulièrement depuis 1990. En 2006, il était estimé à 72 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit 23 % de moins qu'en 1990.

Figure 1.4

Le taux mondial de mortalité infantile a régressé d'environ un quart entre 1990 et 2006

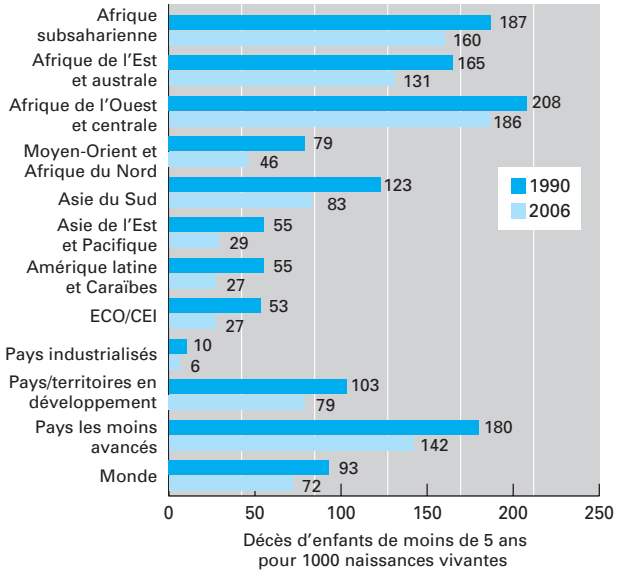
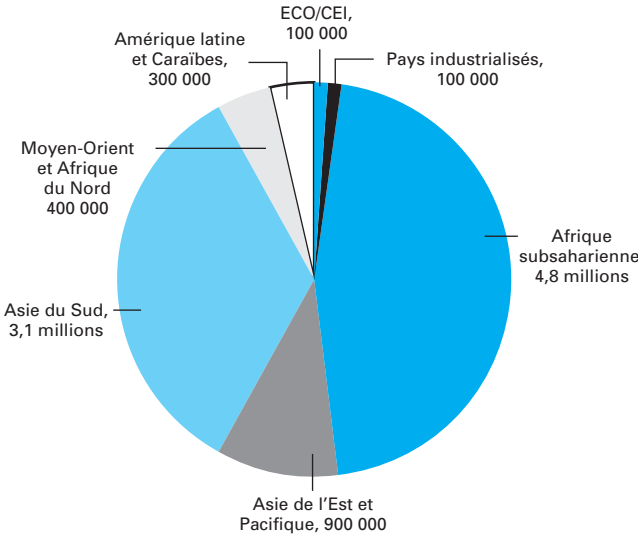


Figure 1.5

Moins de 10 millions d'enfants de moins de 5 ans sont décédés en 2006



Source : UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population (ONU) et Division des statistiques (ONU). Les données régionales et par pays sont présentées dans les Tableaux statistiques 1 et 10, pages 114 et 150 du présent rapport

Depuis 1990, plusieurs régions ont enregistré des taux remarquables de régression de la mortalité des enfants. Les taux de mortalité infantile ont reculé de moitié environ en Asie de l'Est et dans le Pacifique, en Europe centrale et orientale et dans la Communauté d'États indépendants (ECO/CEI), ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes – ce qui porte le taux de mortalité des moins de 5 ans pour chacune de ces régions en dessous de 30 pour 1 000 naissances vivantes en 2006. Même si des progrès nettement plus marqués seraient nécessaires pour parvenir au faible taux moyen des pays industrialisés (6 pour 1 000 naissances vivantes en 2006), seul 1 enfant sur 36 meurt aujourd'hui avant l'âge de 5 ans dans ces régions.

D'autres régions suivent de près. La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord a enregistré des progrès réguliers en ce qui concerne la réduction de ces taux mais présente encore un taux de mortalité des moins de 5 ans de 46 pour 1 000 naissances vivantes en 2006 – ce qui revient à dire qu'un enfant sur 22 mourra avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans. L'Asie du Sud est également sur la bonne voie, bien qu'elle ait enregistré le nombre le plus élevé de décès chez les enfants de moins de 5 ans, soit 32 % du total mondial. En 1990, dans les pays d'Asie du Sud, 1 enfant sur 8 mourait avant l'âge de 5 ans; en 2006, ce rapport était passé à 1 sur 12.

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus préoccupante. Outre son taux de mortalité infantile qui est, de loin, le plus élevé – en moyenne, 1 enfant sur 6 meurt avant l'âge de 5 ans – cette région est aussi celle qui a le moins progressé depuis 1990, avec une régression de 14 % seulement de la mortalité des enfants entre 1990 et 2006. Plusieurs pays de la région continuent à enregistrer des augmentations du taux de mortalité des moins de 5 ans. En 2006, 49 % de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans concernaient l'Afrique subsaharienne, où ne vivent pourtant que 22 % des enfants du monde.

La survie de l'enfant et les Objectifs du Millénaire pour le développement

La moitié des régions affiche des progrès insuffisants par rapport à l'OMD 4

Les progrès enregistrés dans le monde en ce qui concerne la survie de l'enfant ont beau être impressionnants,

Figure 1.6

Les progrès mondiaux en ce qui concerne la réduction de mortalité des enfants sont insuffisants pour atteindre l'OMD 4*

Taux annuel moyen de régression (TAMR) du taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) observé pour 1990–2006 et requis pour 2007–2015 pour atteindre l'OMD 4

	TMM5 Nombre de décès pour 1000 naissances vivantes		TAMR		
	1990	2006	% observés 1990–2006	% requis 2007–2015	Progrès vers la réalisation de la cible de l'OMD
Afrique subsaharienne	187	160	1,0	10,5	Progrès insuffisants
Afrique de l'Est et Afrique australe	165	131	1,4	9,6	Progrès insuffisants
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	208	186	0,7	11,0	Aucun progrès
Moyen-Orient et Afrique du Nord	79	46	3,4	6,2	Progrès insuffisants
Asie du Sud	123	83	2,5	7,8	Progrès insuffisants
Asie de l'Est et Pacifique	55	29	4,0	5,1	En bonne voie
Amérique latine et Caraïbes	55	27	4,4	4,3	En bonne voie
ECO/CEI	53	27	4,2	4,7	En bonne voie
Pays/territoires industrialisés	10	6	3,2	6,6	En bonne voie
Pays/territoires en développement	103	79	1,7	9,3	Progrès insuffisants
Monde	**93**	**72**	**1,6**	**9,4**	**Progrès insuffisants**

*Progrès réalisés par rapport à l'OMD 4, avec classification des pays en fonction des seuils suivants :

En bonne voie – TMM5 inférieur à 40, ou TMM5 égal ou supérieur à 40 et taux annuel moyen de régression (TAMR) du taux de mortalité des moins de cinq ans égal ou supérieur à 4,0 % pour la période de 1990 à 2006.

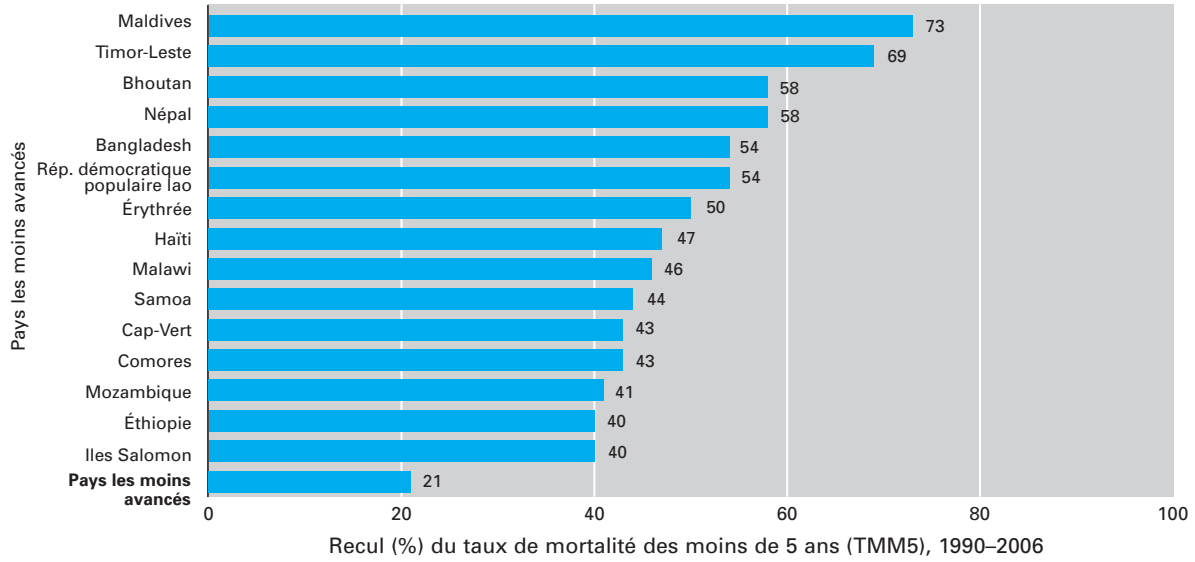
Progrès insuffisants – TMM5 égal ou supérieur à 40 et TAMR observé pour la période de 1990 à 2006 compris entre 1,0 % et 3,9 %.

Aucun progrès – TMM5 égal ou supérieur à 40 et TAMR observé pour la période 1990-2006 inférieur à 1,0 %.

Source : estimations de l'UNICEF fondées sur les travaux du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité des enfants.

Figure 1.7

Près d'un tiers des 50 pays les moins avancés a réussi à réduire le taux de mortalité des moins de 5 ans d'au moins 40 % depuis 1990



Source : UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population (ONU) et Division des statistiques (ONU).
Les données régionales et par pays sont présentées dans les Tableaux statistiques 1 et 10, pages 114 et 150 du présent rapport.

Les principales causes immédiates des décès d'enfants

Les pays et les régions dans lesquels les enfants de moins de 5 ans meurent en grand nombre sont bien connus, et les principales causes immédiates de décès prématurés et de problèmes de santé sont, elles aussi, bien établies.

Environ 40 % de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans ont lieu durant la période néonatale, le premier mois de la vie, des suites de complications diverses (*voir Encadré, page 4*). Sur ces décès néonatals, environ 26 % – représentant 10 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de 5 ans – sont imputables à des infections graves. Une proportion non négligeable des infections est causée par la pneumonie et la septicémie (une infection bactérienne grave transmissible par le sang qui se traite aussi à l'aide d'antibiotiques). Environ 2 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent de pneumonie chaque année – environ 1 décès sur 5 à l'échelle mondiale. De plus, jusqu'à un million d'enfants meurent d'infections graves, dont la pneumonie, durant la période néonatale. Malgré les progrès accomplis depuis les années 1980, les maladies diarrhéiques représentent 17 % des décès d'enfants de moins de 5 ans. Pris ensemble, le paludisme, la rougeole et le SIDA sont responsables de 15 % des décès d'enfants.

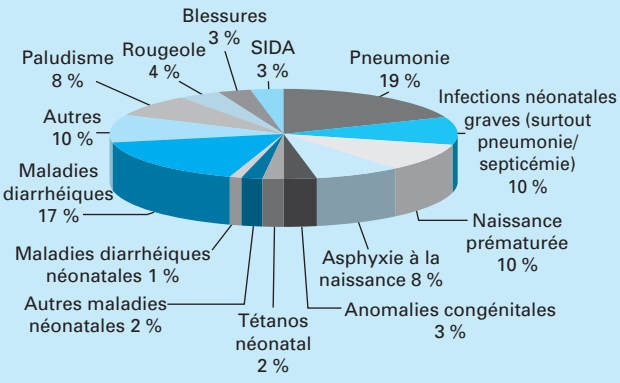
De nombreux facteurs et maladies se conjuguent pour accroître la mortalité des enfants au-delà de leurs impacts individuels, la dénutrition étant responsable de 50 % des décès d'enfants. Une eau insalubre, un assainissement insuffisant et des installations sanitaires inadéquates sont non seulement responsables de l'incidence élevée des maladies diarrhéiques, mais aussi un important facteur de mortalité des enfants de moins de 5 ans par suite de pneumonie, de troubles néonatals et de dénutrition.

Voir Références, page 104.

Figure 1.8

Répartition mondiale de la mortalité des moins de 5 ans, par cause

La dénutrition est responsable d'environ la moitié des cas de décès d'enfants de moins de 5 ans.



Source : Organisation mondiale de la Santé et UNICEF.

ils sont nettement insuffisants dans plusieurs régions pour atteindre l'OMD 4. Quatre régions sont en bonne voie à cet égard mais les progrès par rapport à la réduction de la mortalité infantile sont actuellement insuffisants au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne (dans les sous-régions Afrique de l'Est/Afrique australe et Afrique de l'Ouest/Afrique centrale).

Si on se réfère à chaque pays individuellement, les perspectives sont mitigées. Globalement, sur les 191 pays pour lesquels on dispose de suffisamment d'informations pour comparer la mortalité infantile sur la période 1990–2006, l'UNICEF estime que 129 sont sur la bonne voie – ayant fait diminuer le taux de mortalité des moins de 5 ans en dessous de 40 pour 1 000 naissances vivantes ou ayant atteint un taux annuel moyen de régression de 3,9 % ou plus depuis 1990 – ou qu'ils ont déjà atteint l'objectif fixé pour 2015 concernant la réduction de la mortalité infantile. Environ 18 %, soit 35 pays, sont en progrès mais présentent un taux qui est insuffisant pour réaliser l'OMD 4 pleinement et dans les temps.

Les pays les plus préoccupants sont les 27 qui ont enregistré des progrès limités depuis 1990 ou un taux de mortalité des moins de 5 ans stagnant ou supérieur à celui de 1990. Sur les 46 pays d'Afrique subsaharienne, seuls le Cap-Vert, l'Érythrée et les Seychelles sont en bonne voie pour atteindre l'OMD 4, et environ la moitié a enregistré soit aucun changement, soit une augmentation de leur taux de mortalité infantile depuis 1990. Dans son ensemble, cette région n'a réussi à réduire la mortalité infantile que d'un taux annuel moyen de 1 % entre 1990–2006, alors qu'il lui faudrait enregistrer des baisses à deux chiffres

Figure 1.9

La santé et les Objectifs du Millénaire pour le développement

Objectif	Cibles sanitaires	Indicateurs sanitaires
OBJECTIF 1 **Réduire l'extrême pauvreté et la faim**	**Cible 2** Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	Prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique
OBJECTIF 4 **Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans**	**Cible 5** Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans Taux de mortalité infantile Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
OBJECTIF 5 **Améliorer la santé maternelle**	**Cible 6** Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	Taux de mortalité maternelle Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
OBJECTIF 6 **Combattre le VIH et le SIDA, le paludisme et d'autres maladies**	**Cible 7** D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle	Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes de 15 à 24 Taux d'utilisation du préservatif par rapport au taux de prévalence des contraceptifs Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans
	Cible 8 D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	Taux de prévalence et taux de mortalité liés au paludisme Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de prévention et des traitements efficaces contre le paludisme Taux de prévalence et taux de mortalité liés à la tuberculose Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe (stratégie DOTS)
OBJECTIF 7 **Assurer un environnement durable**	**Cible 10** Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base	Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source améliorée d'eau (zones urbaines et rurales)
	Cible 11 Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	Proportion de la population ayant accès à un système amélioré d'assainissement (zones urbaines et rurales)
OBJECTIF 8 **Mettre en place un partenariat mondial pour le développement**	**Cible 17** En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	Proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments de base d'un coût abordable

Source : Adapté de *Health and the Millennium Development Goals,* OMS, Genève, 2005, p. 11.

La pneumonie : cette tueuse d'enfants oubliée

La pneumonie est la maladie qui tue le plus d'enfants – davantage que SIDA, le paludisme et la rougeole réunis. Elle est une cause majeure des décès d'enfants dans toutes les régions. Les enfants atteints de pneumonie peuvent présenter un large éventail de symptômes, selon leur âge et la cause de l'affection. Au nombre des symptômes les plus courants figurent la respiration rapide ou difficile, la toux, la fièvre, les frissons, les maux de tête, la perte d'appétit et la respiration sifflante. Chez les jeunes enfants, la pneumonie grave peut entraîner des convulsions, une hypothermie, une léthargie et des difficultés à s'alimenter.

Pendant l'enfance, la pneumonie et le paludisme peuvent avoir des symptômes très similaires, d'où la nécessité d'une prise en charge efficace et de la possibilité d'offrir des soins au niveau communautaire. En réalité, surtout chez les enfants en bas âge, il est parfois impossible de savoir si une température élevée, une toux et une respiration rapide sont des symptômes de pneumonie ou de paludisme, aussi administre-t-on un traitement pour les deux maladies aux enfants qui se trouvent dans cette situation. Lorsqu'un enfant a une pneumonie, il faut qu'un agent de santé définisse ses symptômes et lui administre sans attendre les soins nécessaires.

Les enfants en bonne santé possèdent des défenses naturelles qui protègent leurs poumons contre les agents pathogènes responsables de la pneumonie. Les enfants sous-alimentés, en particulier ceux qui ne bénéficient pas d'un allaitement exclusif au sein ou d'un apport suffisant en zinc, ou encore ceux dont le système immunitaire est affaibli, risquent davantage de contracter une pneumonie. Les enfants atteints d'autres maladies, telles que la rougeole, ou vivant avec le VIH sont, eux aussi, plus susceptibles de souffrir d'une pneumonie. Les facteurs environnementaux – vivre dans un foyer surpeuplé ou avec des parents qui fument et être exposé à la pollution intérieure – peuvent aussi contribuer à rendre les enfants plus vulnérables à la pneumonie et à ses conséquences.

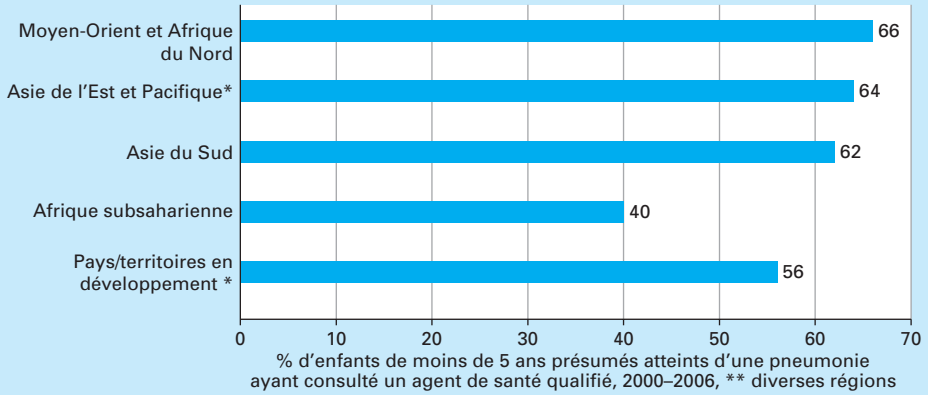
Le rôle de la prévention est tout aussi important que celui du traitement dans la réduction des décès d'enfants dus à la pneumonie. Les principales mesures préventives à cet égard sont une alimentation adéquate (y compris l'allaitement exclusif au sein, la supplémentation en vitamine A et l'apport en zinc), une réduction de la pollution intérieure et une augmentation du taux de vaccination des enfants pour prévenir les infections directement responsables de la pneumonie, notamment *Haemophilus influenzae* type b (Hib), et les infections susceptibles d'entraîner des complications comme la pneumonie (par ex. la rougeole et la coqueluche). La disponibilité des vaccins contre *Streptococcus pneumoniae* – la cause la plus courante de pneumonie grave chez les enfants dans les régions en développement – va augmenter pour les nourrissons et les jeunes enfants.

Étant donné qu'une proportion élevé des cas graves de pneumonie chez les enfants vivant dans le monde en développement est d'origine bactérienne – surtout *Streptococcus pneumoniae* ou *Haemophilus influenzae* – il est possible de les traiter efficacement à la maison avec des antibiotiques peu onéreux, à condition que les familles et les soignants suivent les instructions reçues et administrent les soins voulus, sans hésiter à redemander de l'aide si nécessaire. Lorsque ces conditions sont réunies, l'expérience a montré que dans les régions en développement, la prise en charge communautaire de la pneumonie pouvait se révéler efficace. Selon une méta-analyse de neuf études menées dans sept pays, y compris en République-Unie de Tanzanie, sur l'impact de la prise en charge des cas de pneumonie dans la communauté, un recul aurait été enregistré, non seulement de la mortalité liée à la pneumonie mais aussi de la mortalité infantile en général. Les essais effectués ont permis de faire reculer la mortalité des enfants en général de 26 % et la mortalité due à la pneumonie de 37 %.

Voir Références, page 104.

Figure 1.10

Plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie consultent un agent de santé qualifié



* A l'exclusion de la Chine.

** 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.

chaque année avant la date butoir de 2015 pour atteindre l'OMD 4[5].

L'ampleur du défi que représente la survie de l'enfant varie d'un pays à un autre. Mais les progrès considérables enregistrés à ce jour permettent de penser que la situation géographique ne représente pas un obstacle à la réduction de la mortalité infantile. Plus important encore peut-être, ces progrès sont manifestes dans certains des pays les plus pauvres de la planète et dans les régions en développement, comme l'illustre la Figure 1.7. Tous ces acquis permettent de penser que des progrès remarquables sont possibles malgré des obstacles tels que la situation géographique ou des désavantages socio-économiques, lorsque des données factuelles, des stratégies avisées, des ressources suffisantes, une volonté politique et une approche axée sur les résultats sont mobilisés délibérément pour améliorer la vie des enfants.

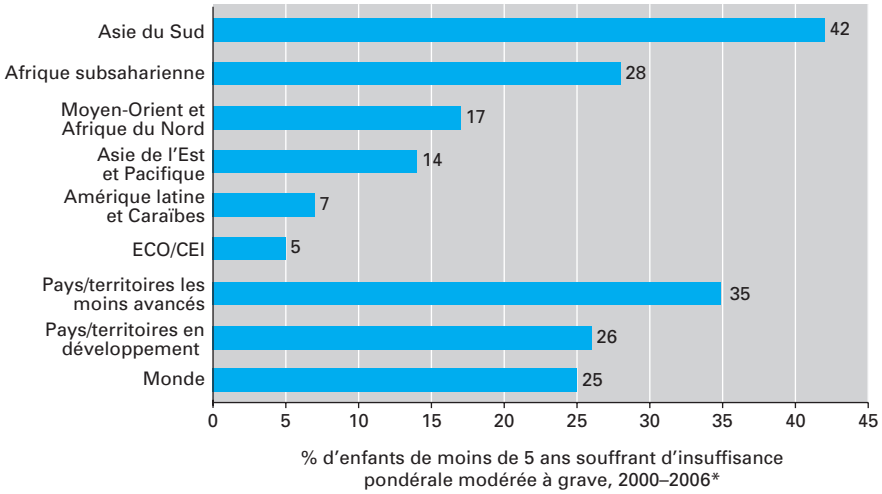
De plus, il est tout à fait possible de parvenir rapidement à des améliorations spectaculaires de la mortalité et de la santé infantiles, comme l'ont montré les 60 pays qui, depuis 1990, ont réussi à faire reculer de moitié leur taux de mortalité des moins de 5 ans.

Les progrès accomplis par rapport aux autres OMD relatifs à la santé sont mitigés

Bien que les progrès accomplis par rapport aux huit Objectifs du Millénaire pour le développement soient importants pour la survie et le bien-être des enfants, les cibles des OMD 1, 5, 6, 7 et 8, ainsi que de l'OMD 4 ont une incidence directe sur la santé de l'enfant. Ainsi, les progrès réalisés par rapport à ces cibles pourraient avoir un effet spectaculaire sur la vie et les perspectives d'avenir des enfants.

Figure 1.11

L'Asie du Sud est la région présentant le niveau le plus élevé de dénutrition



*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, Organisation mondiale de la santé et UNICEF. Les données régionales et par pays sont présentées dans le Tableau statistique 2, pages 118 du présent rapport.

Améliorer l'état nutritionnel (OMD 1)

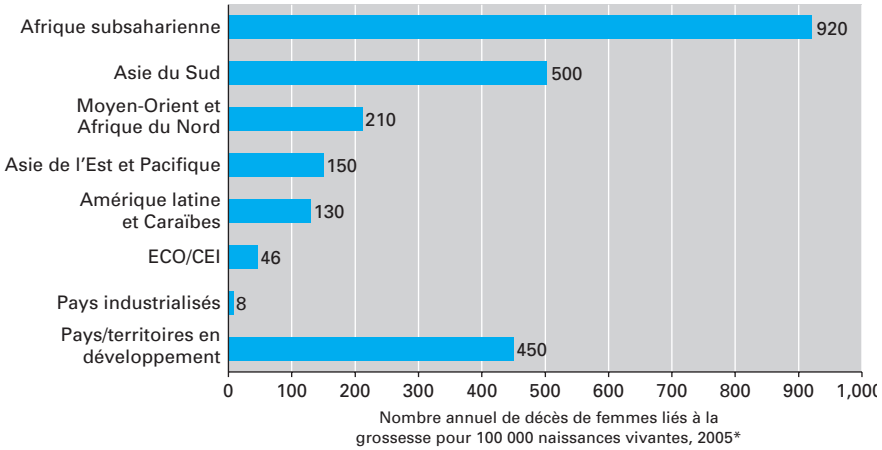
La dénutrition est la principale cause sous-jacente de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Améliorer l'alimentation et atteindre l'OMD 1 – réduire la pauvreté et la faim – permettrait d'éviter des décès d'enfants liés à la diarrhée, à la pneumonie, au paludisme, au VIH et à la rougeole, et de réduire la mortalité néonatale. En d'autres termes, l'amélioration de l'alimentation de la mère et de l'enfant est une condition préalable pour réaliser l'OMD 4.

Les indicateurs normalisés utilisés pour mesurer l'OMD 1 ne permettent cependant pas d'appréhender toute la mesure de la dénutrition des enfants dans le monde en développement. L'un de ces indicateurs porte sur la faim, mesurée par la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale. Mais il ne prend en compte qu'une seule dimension de l'alimentation. Un enfant peut mourir d'un système immunitaire affaibli faute d'apport en vitamine A, par exemple, sans présenter de signes apparents de malnutrition ou d'insuffisance pondérale.

Une alimentation adéquate doit commencer durant la grossesse et se poursuivre au-delà de la naissance de l'enfant. L'allaitement exclusif au sein immédiatement après la naissance est la meilleure source d'alimentation pour un enfant, car elle lui apporte une chaleur physique tout en renforçant son système immunitaire. Les micronutriments tels que le fer, la vitamine A et l'iode peuvent aussi avoir des effets profonds sur le développement de l'enfant et sur la santé de la mère. Une alimentation thérapeutique spéciale est conseillée pour les cas de dénutrition aiguë. Bien que ces remèdes soient peu onéreux et très efficaces, des millions d'enfants et de mères n'y ont toujours pas accès ou ne les adoptent pas. Dans le monde en développement, plus de 30 % des foyers ne consomment pas de sel iodé. En outre, en 2005,

Figure 1.12

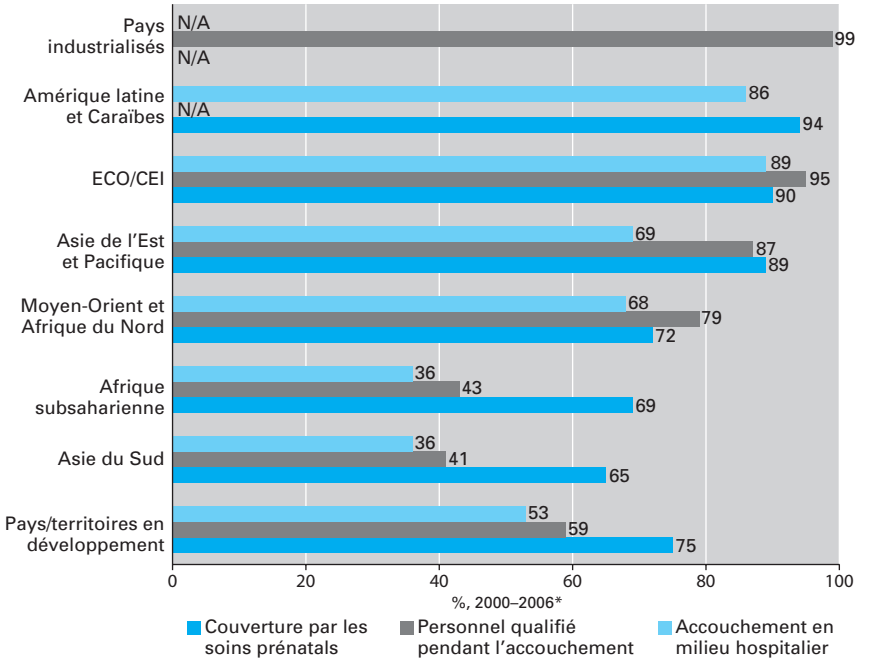
La probabilité de mortalité maternelle est beaucoup plus forte dans le monde en développement que dans les pays industrialisés



* Ces estimations sont le résultat des ajustements périodiques des données nationales effectués par la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA afin de tenir compte du fait bien connu que les décès maternels ne sont pas systématiquement déclarés et qu'ils sont parfois incorrectement classifiés, et pour procéder à des estimations pour les pays qui ne possèdent pas de données. Par conséquent, les chiffres cités ici peuvent se distinguer fortement des estimations nationales.

Figure 1.13

Les taux élevés de décès maternels en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne sont partiellement imputables aux faibles niveaux de soins maternels



* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pendant la période spécifiée.

Couverture par les soins prénatals – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un agent de santé qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme).

Personnel qualifié pendant l'accouchement – Pourcentage de naissances suivies par un soignant qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme). *Accouchement en milieu hospitalier* – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont accouché dans un établissement de santé au cours des deux années qui ont précédé l'enquête.

Source : Tableau 8, Femmes, p. 142 du présent rapport

plus de 60 % des nourrissons n'étaient pas exclusivement nourris au sein durant les six premiers mois, et 28 % ne bénéficiaient pas d'une couverture complète (deux doses) de suppléments en vitamine A.

Améliorer la santé maternelle (OMD 5)

La réduction de la mortalité infantile passe par l'amélioration de la santé des femmes enceintes et des jeunes mères. Plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse, et des millions d'autres souffrent d'effets débilitants et durables, notamment la fistule, qui seraient faciles à éviter par des soins maternels adéquats. De plus, il est extrêmement important d'améliorer la santé maternelle pour accroître les chances de survie des enfants. Il est prouvé que les enfants orphelins de mère courent beaucoup plus de risques de mourir avant d'avoir atteint l'âge de 2 ans que ceux dont la mère est vivante[6].

Améliorer la santé et l'alimentation des futures mères et leur offrir des services de santé de la procréation de qualité est indispensable pour résoudre nombre de causes sous-jacentes de la mortalité des enfants. Une alimentation déséquilibrée de la mère peut entraîner un accouchement prématuré et l'insuffisance pondérale du nouveau-né. Pour les futures mères, le seul fait de consulter ou d'être examinées par un agent de santé qualifié durant la grossesse peut éviter les accouchements prématurés et le tétanos néonatal, presque toujours mortel. Accoucher en présence d'un personnel qualifié avec l'appui de soins obstétricaux réduit les risques de mourir en couches et peut faciliter la prévention et le traitement des infections et des complications. Les soins postnatals ont un rôle essentiel à jouer dans la promotion de l'allaitement auprès des jeunes mères, dans

la réanimation éventuelle des nouveau-nés, et dans la prévention de l'hypothermie et de la pneumonie.

Malgré l'importance de la santé maternelle, les données disponibles reflètent malheureusement un accès insuffisant aux soins. Dans l'ensemble des pays et territoires, 1 femme enceinte sur 4 ne reçoit aucun soins prénatals et plus de 40 % des femmes accouchent sans l'aide d'un agent de santé qualifié.

Combattre le SIDA, le paludisme et d'autres maladies graves (OMD 6)

Le sixième Objectif du Millénaire pour le développement met l'accent sur la réduction des graves conséquences du VIH/ SIDA, du paludisme et d'autres maladies graves. Les maladies graves peuvent avoir des incidences profondes sur les enfants et pourtant, peu d'indicateurs portent spécifiquement sur les enfants. La moitié des enfants infectés par le VIH mourra avant l'âge de deux ans[7], et plus de 15 millions d'enfants de moins de 18 ans ont perdu un de leurs parents ou les deux des suites du SIDA ou d'autres causes. Le paludisme est responsable de 8 % des décès d'enfants de moins de 5 ans et la rougeole de 4 %.

VIH et SIDA

De par le monde, 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH, et 530 000 enfants ont été infectés par le virus en 2005 – dans la majorité des cas le virus a été transmis de la mère à son enfant. Les filles sont particulièrement exposées au VIH, en raison de leurs caractéristiques physiologiques, mais aussi à cause du déséquilibre en termes de pouvoir social et culturel qui caractérise leurs rapports avec les garçons et les hommes. La prévention de nouvelles infections est la première ligne de défense contre le SIDA. C'est aussi le meilleur moyen de protéger la prochaine génération.

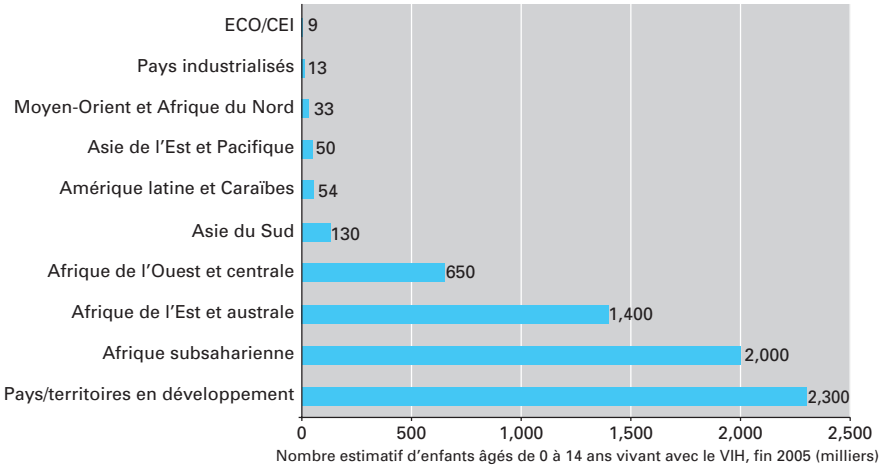
© UNICEF/HQ06-2770/Bruno Brioni

Le paludisme rend malade et tue de nombreux enfants chaque année. *Une mère dort avec son nourrisson sous une moustiquaire traitée à l'insecticide, Côte d'Ivoire.*

Une fois qu'une femme enceinte est infectée par le VIH, sans intervention sanitaire, la probabilité qu'elle transmette le virus à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement maternel est de 35 %[8]. La thérapie consistant à administrer un

Figure 1.14

L'Afrique subsaharienne abrite près de 90 % des infections pédiatriques par le VIH



Source : ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA,* 2006.

Figure 1.15

Près de 80 % du monde en développement a accès à des sources d'eau améliorées

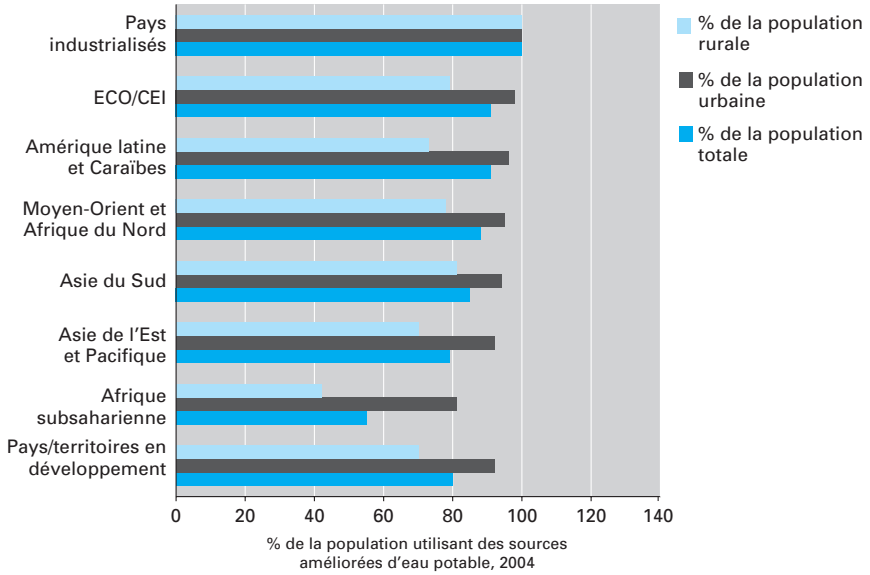
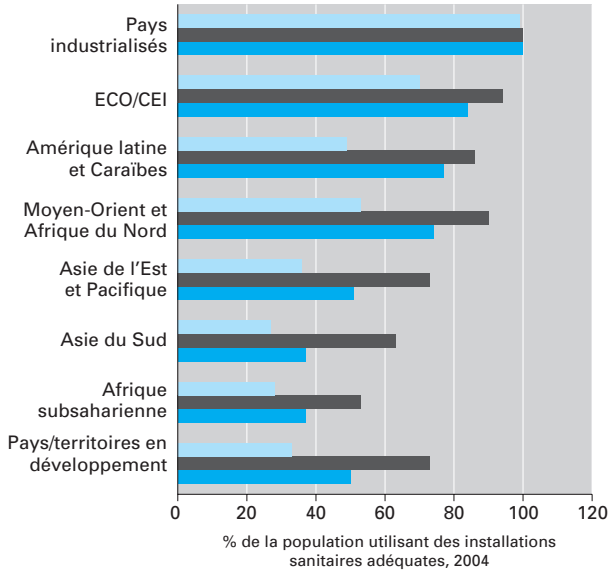


Figure 1.16

La moitié seulement de la population du monde en développement a accès à des moyens d'assainissement adéquat



Source : UNICEF, OMS, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et Enquêtes démographiques et sanitaires.

médicament antirétroviral peut réduire considérablement les risques de transmission du virus et enrayer la progression des taux de mortalité infantile dans les pays où le SIDA a atteint des proportions d'épidémie. Si on leur administre des médicaments et des soins appropriés, les enfants séropositifs peuvent rester indéfiniment en bonne santé, bien que les perspectives de survie à long terme ne soient pas connues[9]. Toutefois, malgré les avantages évidents de la thérapie par médicaments et son coût relativement faible, 11 % seulement des femmes enceintes séropositives qui vivaient dans des pays à revenu faible et intermédiaire ont bénéficié de services visant à prévenir la transmission du virus à leur nouveau-né en 2005. Selon les premières estimations pour 2006, qui n'étaient pas publiées au moment de la publication du présent rapport, les taux de couverture auraient progressé pour atteindre 20 % en 2006[10]. La grande majorité de ces femmes vivent en Afrique subsaharienne.

Paludisme

Le paludisme tue plus d'un million de personnes chaque année, et jusqu'à 80 % de ces décès concernent des enfants de moins de 5 ans.[11] Les femmes enceintes et leurs enfants à naître sont particulièrement vulnérables et cette maladie est l'une des causes premières d'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés, d'anémie et de décès de nourrissons.

Rien qu'en Afrique subsaharienne, plus de 2 000 enfants succombent chaque jour au paludisme[12]. Par ailleurs, les épisodes de fièvre et l'anémie risquent d'entraver le développement mental et physique des enfants qui ont survécu.

Plusieurs interventions de base, notamment le fait de dormir sous une moustiquaire traitée à l'insecticide (MTI) et l'administration de médicaments antipaludiques aux femmes enceintes et aux enfants présentant des symptômes évidents de la maladie, permettent de prévenir et de traiter le paludisme. La couverture

par les MTI s'élargit rapidement, bien que la couverture de départ ait été faible, grâce notamment à la multiplication par dix des fonds affectés par la communauté internationale à la lutte contre le paludisme. Les données décrivant les tendances en Afrique subsaharienne révèlent une progression de l'utilisation de MTI dans tous les pays, et dans 16 des 20 pays pour lesquels des données sont disponibles, les taux de couverture ont au moins triplé depuis 2000. Malgré ces progrès récents, les niveaux restent faibles et la plupart des pays n'atteindront pas les objectifs fixés au niveau mondial pour la lutte contre le paludisme.

À peine plus d'un tiers des enfants qui ont de la fièvre en Afrique subsaharienne sont traités à l'aide de médicaments antipaludiques. En outre, la résistance aux antipaludiques conventionnels progresse. La thérapie combinée à base d'artémisinine (ou ACT) pourrait modifier la donne. Ce traitement sans danger, efficace et à action rapide des souches du paludisme qui résistent à divers traitements permet d'éviter la récurrence de la maladie[13].

Encourager l'utilisation d'eau salubre et de moyens d'assainissement de base (OMD 7)

Selon les données les plus récentes, la planète est sur la bonne voie pour atteindre la cible de l'OMD relative à l'eau salubre, puisque 23 pays en développement seulement sont à la traîne. Par contre, les progrès en faveur d'un meilleur assainissement sont insuffisants et 41 pays n'atteindront probablement pas leur objectif[14]. Dans les pays en développement, 1 personne sur 5 n'utilise pas d'eau salubre et près de la moitié de la population n'a pas accès à un assainissement adéquat. Les répercussions de cette situation

© UNICEF/HQ06-1450/Ninfa Bito

L'accès à un assainissement adéquat permet de combattre la diarrhée, une maladie meurtrière pour les enfants partout dans le monde. *Pratiquer une bonne hygiène à l'école, Philippines.*

sont souvent meurtrières. On estime à près de 2 millions par an le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui succombent chaque année à la diarrhée, et dans beaucoup de pays, la proportion de décès d'enfants imputable essentiellement à la diarrhée se monte à environ 20 %[15]. Selon les estimations, 88 % des décès dus à la diarrhée sont attribués à de mauvaises pratiques d'hygiène, des approvisionnements peu sûrs en eau potable et un accès inadéquat aux systèmes d'assainissement[16].

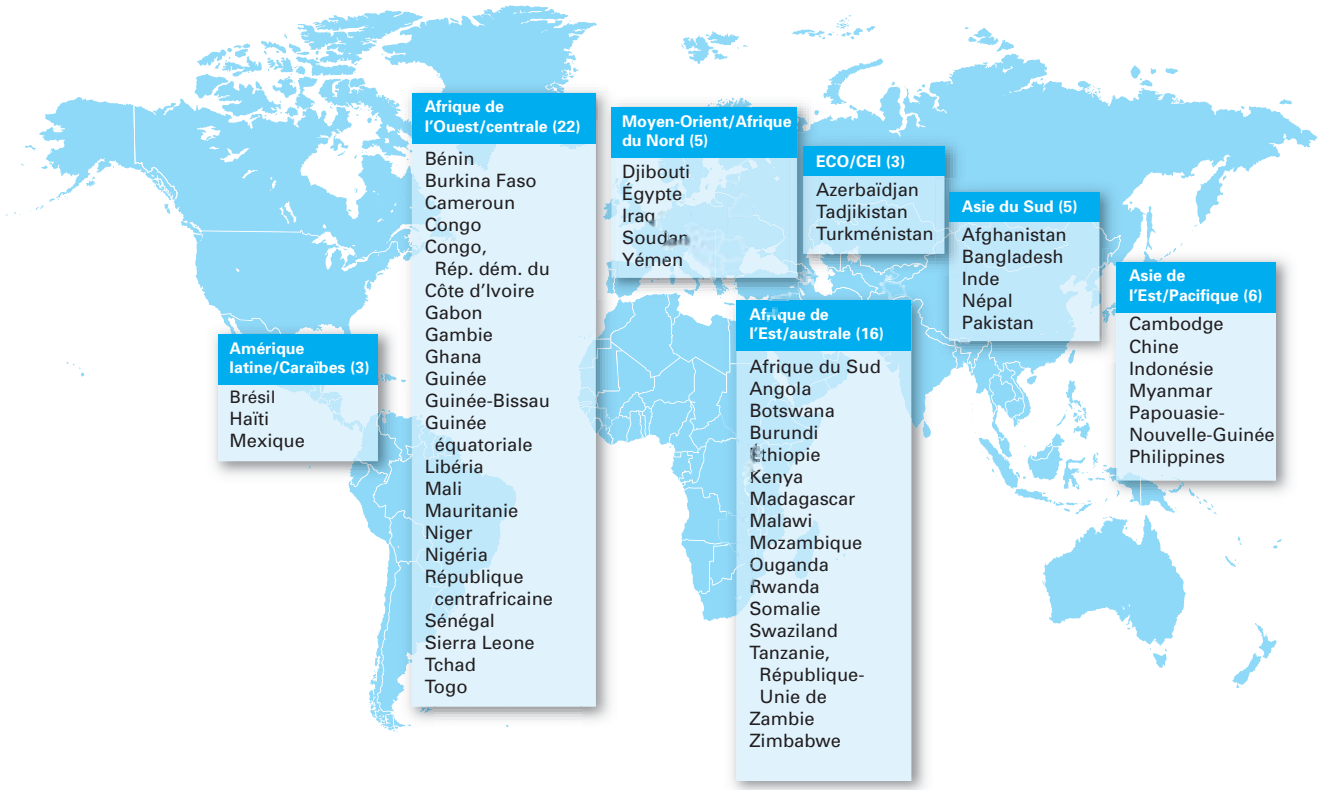
Accélération des progrès en faveur des OMD relatifs à la santé

Les principales interventions nécessaires pour lutter contre les causes majeures de décès d'enfants sont bien connues et acceptées. En fait, les études révèlent que 1 % environ des décès d'enfants de moins de 5 ans sont inexplicables et que deux tiers pourraient être évités[17].

Les services et pratiques les plus élémentaires mais aussi les plus importants qui ont été identifiés sont les suivants : présence de soignants compétents pendant l'accouchement et soins au nouveau-né; soins aux nourrissons souffrant d'insuffisance pondérale; promotion de l'hygiène; prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et traitement pédiatrique du SIDA; nutrition appropriée, en particulier allaitement exclusif au sein dès la naissance et pendant les six premiers mois de la vie; alimentation complémentaire combinée à la poursuite de l'allaitement maternel pendant encore au moins deux ans; supplémentation en micronutriments pour renforcer le système immunitaire; vaccination pour protéger les enfants contre les six principales maladies évitables par la vaccination; thérapie de réhydratation orale et zinc pour lutter contre les maladies diarrhéiques; antibiotiques pour combattre la pneumonie; ainsi que moustiquaires

Figure 1.17

Les 60 pays prioritaires pour la survie de l'enfant ciblés par le Compte à rebours jusqu'en 2015



Source : Compte à rebours jusqu'en 2015, *Surveiller les progrès en matière de survie de l'enfant : Rapport de 2005*, UNICEF, Section de la santé, New York, 2006, p. 37.

imprégnées d'insecticide et médicaments efficaces pour prévenir et traiter le paludisme[18].

Si de grands progrès ont déjà été accomplis, la mise en œuvre de ces solutions toutes simples s'est avérée plus difficile que les experts ne l'avaient prévu au début de la révolution en faveur de la survie de l'enfant, et les résultats se sont fait attendre. De plus en plus, la communauté du développement s'accorde à privilégier plusieurs priorités organisées en catégories susceptibles d'insuffler le dynamisme nécessaire pour atteindre les OMD relatifs à la santé :

- Privilégier les 60 pays dans lesquels le fardeau de la mortalité infantile est le plus lourd.
- Fournir un continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants en regroupant les interventions à appliquer aux étapes clés du cycle de vie.
- Renforcer les systèmes de santé et les partenariats communautaires.

Comme le montrent les paragraphes suivants, l'action concernant la première priorité suit son cours. Des progrès ont été accomplis concernant la deuxième priorité, mais il reste encore beaucoup à faire. Quant à la troisième priorité, malgré de nombreux projets pilotes et des programmes éprouvés, il faut de toute urgence passer à une échelle supérieure.

Priorité 1 : privilégier les pays dans lesquels le fardeau de la mortalité infantile est le plus lourd

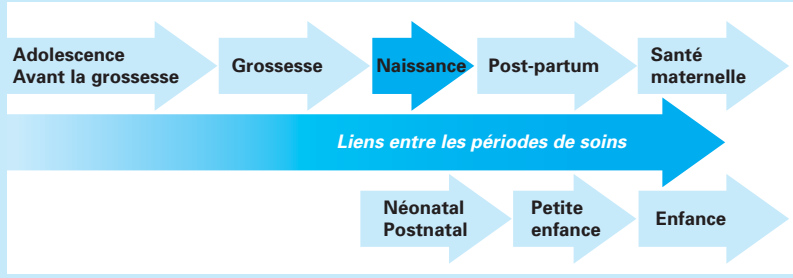
En 2003, constatant que le calendrier prévu ne pourrait pas être respecté en raison de la lenteur des progrès en faveur de la survie de l'enfant, un groupe d'experts techniques qui travaillait sur divers aspects de la santé de l'enfant s'est réuni à Bellagio, en Italie, dans le cadre d'un atelier consacré à la santé de l'enfant parrainé par la Fondation Rockefeller. Plus tard cette année-là, le Groupe de Bellagio pour la survie de l'enfant a publié une série d'articles sur la survie et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la revue médicale britannique *The Lancet*. Cette série sur la survie

Le continuum des soins de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant dans l'espace temporel et géographique

Le continuum des soins de santé administrés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant met en valeur les liens qui unissent la dénutrition et les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants. Le continuum des soins est ancré dans deux dimensions des prestations de services essentiels de soins de santé primaire :

- **Le temps** : la nécessité de fournir des services essentiels aux mères et aux enfants pendant la grossesse, l'accouchement, la période post-partum, le début de la vie de l'enfant et la petite enfance (*voir Figure 1.18*). L'attention prioritaire accordée à cet élément est née de la constatation du fait que la période de l'enfantement – avant, pendant et après la naissance – est celle au cours de laquelle les risques de mortalité et de morbidité sont les plus élevés pour la mère comme pour l'enfant.
- **Le lieu** : il s'agit de relier les prestations de services essentiels au sein d'un système dynamique de soins de santé primaire intégrant le foyer, la communauté, ainsi que les soins de proximité et en établissement (*voir Figure 1.19*). L'idée qui sous-tend cette priorité est la constatation selon laquelle les lacunes au niveau des soins sont souvent les plus profondes au niveau du foyer et de la communauté – là où les soins sont le plus nécessaires.

Figure 1.18
Lier les soins dans le cadre d'un continuum de soins de santé destiné à la mère, au nouveau-né et à l'enfant



Source : Partenariat en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, consulté le 30 septembre 2007.

Le concept de continuum de soins est né de la constatation selon laquelle les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants ont en commun un certain nombre de causes structurelles similaires et apparentées à la dénutrition. On peut citer notamment des facteurs tels que l'insécurité alimentaire, l'analphabétisme des femmes, les grossesses précoces et les problèmes qui surgissent après la maternité, par exemple l'insuffisance pondérale à la naissance, les mauvaises pratiques alimentaires, le manque d'hygiène et d'accès à l'eau salubre et à des moyens d'assainissement adéquats; l'exclusion des services de santé et de nutrition en raison de la pauvreté ou de la marginalisation géographique ou politique; ainsi que des services de santé et de nutrition sans ressources, mal adaptés aux besoins et inappropriés sur le plan culturel.

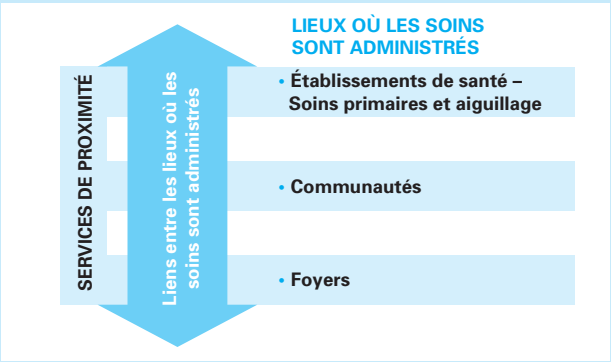
Le concept de continuum des soins s'inspire aussi des leçons tirées d'observations factuelles et de l'expérience accumulée au cours des dernières décennies dans le secteur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Dans le passé, les programmes de maternité sans risque et de survie de l'enfant étaient souvent menés séparément, ce qui entraînait des failles dans le système de soins dont souffraient tant les mères que leurs nouveau-nés. On sait aujourd'hui que la mise en place d'interventions spécifiques à des étapes pivots du continuum présente de multiples avantages. Le regroupement des interventions renforce aussi souvent leur efficacité et leur rentabilité. L'intégration des services peut favoriser leur utilisation effective et offrir des occasions d'élargir la couverture. La priorité consiste à établir une couverture universelle par les interventions essentielles sur toute la durée du cycle de vie dans le cadre d'un système intégré de soins de santé primaire.

Selon les projections, l'impact d'un taux élevé de couverture par un continuum de soins de santé devrait être important. En Afrique subsaharienne, un continuum de soins couvrant 90 % des mères et des nouveau-nés permettrait d'éviter les deux tiers des décès de nouveau-nés, épargnant ainsi 800 000 vies par an.

Ce paradigme est progressivement appliqué dans les politiques et les programmes de santé publique, et il est à la base des travaux du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (*voir Chapitre 2, page 43, pour des informations plus détaillées sur le Partenariat*).

Voir Références, page 104.

Figure 1.19
Établir des liens entre les soins administrés à domicile et dans les établissements de santé pour diminuer le nombre de décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants



Source : Partenariat en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, consulté le 30 septembre 2007.

de l'enfant regroupe des articles de sensibilisation et lance un appel à l'action afin de traduire dans les plus brefs délais les connaissances en pratique. Les travaux du groupe sont poursuivis par une nouvelle coalition de scientifiques, décideurs, défenseurs de la cause des enfants et administrateurs de programmes de santé participant au Compte à rebours jusqu'en 2015 : suivre les progrès en matière de lutte contre la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Cette initiative parraine une série de conférences qui a débuté en décembre 2005 et qui se déroulera environ tous les deux ans jusqu'en 2015 (la prochaine aura lieu au Cap, Afrique du Sud, en avril 2008)[19].

L'initiative du Compte à rebours permet de réunir des informations sur les progrès accomplis par les pays qui élargissent leur couverture d'interventions éprouvées visant à réduire le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans. Si l'on avait admis antérieurement que toutes les régions du monde devaient passer à la vitesse supérieure, il a aussi été décidé de donner la priorité aux pays qui affichent le plus grand nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans ou les taux les plus élevés. Ainsi, les partenaires du Compte à rebours jusqu'en 2015, y compris l'UNICEF, ont identifié 60 pays prioritaires concernant les initiatives en faveur de la survie de l'enfant, en se fondant sur deux critères : les pays enregistrant plus de 50 000 décès d'enfants

La santé de l'enfant dans des situations d'urgence complexes

Il est déjà difficile de satisfaire les besoins des enfants, des femmes et des familles en temps de paix. Mais, bien sûr, les difficultés sont encore plus grandes pendant les situations d'urgence, qu'il s'agisse de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme. Et c'est justement lors de ces situations difficiles que les prestations de services de santé pour les populations en général et les enfants en particulier sont on ne peut plus essentielles. En effet, une large proportion des enfants laissés pour compte vit dans des pays où les services de santé ont été gravement perturbés. Entre 1989 et 2000, la planète a été témoin de 110 conflits, dont 103 guerres civiles, pour la plupart de longue durée, accompagnées d'un effondrement des institutions et d'actes de violence dirigés contre les populations civiles. À l'heure actuelle, un conflit armé sévit dans plus de 40 pays, dont 90 % sont des pays à revenu faible. Le *Rapport 2006 de l'UNICEF sur l'action humanitaire* dénombrait 29 situations d'urgence affectant des enfants et des femmes.

Par situation d'urgence complexe on entend une situation de conflit armé, accompagnée de déplacements de population et souvent d'une insécurité alimentaire entraînant une progression de la mortalité et de la malnutrition. Les principales causes de mortalité infantile dans les situations d'urgence sont les mêmes maladies meurtrières que celles qui frappent les enfants le reste du temps : la rougeole, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et la malnutrition. À cela, il faut ajouter les autres épidémies de maladies contagieuses comme la méningite, et les carences nutritionnelles qui contribuent largement à la morbidité et à la mortalité chez l'enfant. Par exemple, les taux de mortalité les plus élevés enregistrés dans les populations réfugiées frappent les enfants de moins de 5 ans.

Les taux de mortalité infantile sont surtout élevés pendant la phase la plus difficile qui suit l'apparition de la situation d'urgence. En comparaison, au lendemain d'une situation d'urgence, lorsque les enfants se retrouvent dans des camps de réfugiés où le climat est stable pendant une période prolongée, il arrive que la mortalité infantile soit plus faible dans la population réfugiée que chez les enfants locaux. Certains obstacles grèvent les prestations de soins de santé destinées aux enfants dans des situations d'urgence complexes, notamment un accès limité aux soins, les barrières culturelles, l'insécurité, la pénurie de ressources comme les médicaments et les fournitures, et l'absence de communication entre les diverses organisations qui fournissent des secours.

Les initiatives et l'engagement de la communauté sont essentiels dans ces conditions. Contrairement à l'idée reçue selon laquelle les communautés sont fragilisées par les situations de crise et tendent à se fragmenter lorsqu'elles sont soumises au stress de la guerre, de la famine ou des déplacements massifs, les études permettent de penser qu'une forme ou l'autre de mobilisation communautaire est toujours possible et que des éléments importants de la communauté restent intacts, voire revêtent davantage d'importance en période de stress. Les données recueillies en Éthiopie, au Malawi et dans le sud du Soudan sur les difficultés de traitement de la malnutrition grave dans les situations d'urgence complexes permettent de penser que le succès d'une intervention dépend essentiellement de la participation de personnalités respectées par la communauté (chefs traditionnels, enseignants et agents de santé locaux, par exemple), ainsi que des organisations communautaires, réseaux de volontaires et associations féminines. Par ailleurs, la participation des guérisseurs peut être tout aussi importante, car, dans bien des cas, ils sont les premiers à être consultés et peuvent donc jouer un rôle critique en identifiant très tôt les cas graves de malnutrition chez l'enfant.

Voir Références, page 105

de moins de 5 ans par an et les pays affichant un taux annuel de mortalité des moins de 5 ans d'au moins 90 pour 1 000 naissances vivantes. En 2005, ces 60 pays enregistraient ensemble 93 % de la totalité des décès d'enfants de moins de 5 ans de la planète. Dans ce groupe, sept pays seulement – Bangladesh, Brésil, Égypte, Indonésie, Mexique, Népal et Philippines – sont sur la bonne voie pour atteindre l'OMD 4. Par contre, 19 des pays prioritaires devront obtenir des réductions annuelles d'au moins 10 % pour atteindre la cible fixée pour 2015[20].

Priorité 2 : fournir un continuum de soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants en regroupant les interventions à appliquer aux principales étapes du cycle de vie.

Certains programmes de santé infantile ciblant des maladies et des conditions spécifiques ont permis d'obtenir des résultats stupéfiants. Ces interventions dites « verticales » sont généralement des actions ponctuelles couvrant un problème de santé spécifique, comme les campagnes de vaccination contre une maladie particulière. Les enseignements tirés des expériences passées, qui sont étudiés en détail au Chapitre 2, indiquent que ces programmes ne permettent pas de procurer aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants les soins plus globaux et sur une plus longue durée dont ils ont besoin. L'expérience acquise récemment permet de penser que des progrès beaucoup plus importants sont possibles si l'on regroupe dans un train de mesures sanitaires administrées à des étapes capitales du cycle de vie, les interventions susceptibles de sauver des vies.

Le regroupement et l'intégration des interventions d'un bon rapport coût-efficacité dont l'utilité a été démontrée – par exemple la vaccination et la supplémentation en vitamine A – sont efficaces. Ces mesures garantissent aussi que les enfants desservis reçoivent des soins plus complets. Récemment, il a été démontré que le regroupement de 16 interventions éprouvées pourrait éviter jusqu'à 72 % des décès des nouveau-nés. Ces mesures comprennent : vaccination par l'anatoxine antitétanique, présence de soignants qualifiés lors de l'accouchement, accès aux soins obstétricaux, allaitement exclusif au sein débutant immédiatement après la naissance, soins pour garder les nouveau-nés au sec et au chaud, accès à la réanimation, si nécessaire, soins spéciaux aux nourrissons souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance et traitement des infections[21].

Le moment auquel ces interventions groupées sont mises en place peut être déterminant. Plus de la moitié des décès de mères et de nouveau-nés surviennent à la naissance et au cours des premiers jours de la vie, mais c'est aussi la période au cours de laquelle la couverture sanitaire est la plus faible. Un continuum de soins efficace (*voir Encadré, page 17*) relie des modules d'interventions sanitaires essentielles pour la mère, le nouveau-né et l'enfant pendant une période qui englobe la grossesse, l'accouchement, les phases postnatale et néonatale, ainsi que l'enfance et l'adolescence. L'avantage est que chaque intervention s'appuie sur les succès des interventions réalisées à l'étape précédente. Par exemple, l'octroi de services intégrés aux adolescentes permet de limiter le nombre de grossesses non désirées ou mal planifiées. Les consultations médicales contribuent à éviter des problèmes pendant la grossesse et favorisent des soins appropriés pour les mères pendant l'accouchement. L'accès à un personnel compétent avant, pendant et immédiatement après la naissance réduit le risque de décès ou d'incapacités pour la mère comme pour le bébé. L'accès des enfants à toute la gamme des soins disponibles garantit leur droit à la santé.

Un continuum de soins efficace permet de combler les lacunes, qu'il s'agisse des soins administrés à domicile, dans la communauté, dans un centre de soins ou à l'hôpital. Les bébés qui souffrent d'asphyxie, de septicémie ou de complications à la naissance à la suite d'un accouchement prématuré risquent de mourir dans les heures, voire les minutes qui suivent la naissance s'ils n'ont pas accès à des soins appropriés. Puisque, dans le monde en développement, plus de 60 millions de femmes accouchent à la maison[22], il est essentiel qu'une personne compétente soit présente pendant l'accouchement et qu'elle bénéficie du soutien vigoureux d'un dispensaire ou d'un établissement de premier niveau et de l'hôpital en cas de complications. La qualité des soins à tous ces niveaux est cruciale.

Priorité 3 : renforcer les systèmes de santé et les partenariats communautaires

L'octroi de soins de santé intégraux aux enfants exige l'application de mesures préventives en plus du traitement des maladies. La prévention exige généralement des changements de comportements qui doivent débuter au niveau de la famille pour obtenir un soutien communautaire. L'amélioration de la nutrition, par exemple, passe souvent par l'amélioration des pratiques d'alimentation du nourrisson grâce à l'allaitement maternel ou, par la suite, à la création de cuisines ou de jardins communautaires. Cet apprentissage doit se faire au niveau individuel et être renforcé par la communauté. Le puits, les pompes et les toilettes sont la clé d'une bonne hygiène. Mais leur efficacité dépend de la volonté

Donner des moyens d'action aux femmes pour promouvoir la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Donner des moyens d'action aux femmes, en particulier au niveau communautaire, est essentiel à la fois pour faire baisser le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans et pour atteindre le cinquième Objectif du Millénaire pour le développement, qui vise à réduire de trois quarts la mortalité maternelle d'ici à 2015. Cependant, le statut des femmes dans nombre de sociétés et leur manque de pouvoir décisionnel au sein du ménage constituent souvent des obstacles qui entravent les progrès dans d'autres secteurs. L'analyse des données réunies récemment dans 30 pays grâce aux Enquêtes démographiques et sanitaires, par exemple, permet de penser que dans de nombreux ménages, en particulier en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, les femmes ont peu d'influence sur les décisions concernant la santé de leur famille, qu'il s'agisse de leur propre santé ou de celle de leurs enfants. Au Burkina Faso, au Mali et au Nigéria, près de 75 % des femmes interrogées ont affirmé que c'était leur conjoint qui prenait seul les décisions relatives à la santé de leur épouse. Dans les deux pays d'Asie du Sud soumis à l'enquête, le Bangladesh et le Népal, le taux était d'environ 50 %.

Cette forme d'exclusion compromet la santé et le bien-être de toute la famille, en particulier des femmes et des enfants, et on peut souvent lui imputer des taux élevés de mortalité maternelle et infantile – les cinq pays mentionnés ci-dessus font partie des 60 pays prioritaires sélectionnés pour la survie de l'enfant dans le cadre de l'initiative du Compte à rebours jusqu'en 2015 (*voir Figure 1.17, page 16, pour de plus amples détails*). La situation est souvent encore plus difficile dans les zones rurales ou les taudis urbains, où les femmes, pour la plupart illettrées, se heurtent à des obstacles socioculturels qui limitent leur accès aux services de santé, comme les restrictions de mouvement qui les empêchent de quitter le foyer ou d'avoir des contacts avec des étrangers, et font qu'elles n'ont souvent pas accès à un centre de soins ou un dispensaire.

Par exemple, en Afghanistan, les femmes ne sont pas autorisées à recevoir des soins médicaux dans les hôpitaux qui ne comptent que des effectifs masculins, tandis que les normes culturelles empêchent des femmes de travailler et de suivre une formation médicale poussée.

Un certain nombre de programmes destinés aux agents de santé locaux, axés sur la formation des femmes, permettent de contourner les obstacles sexistes qui barrent la route aux femmes. Au Bangladesh, les agents de santé locaux formés par le BRAC sont des femmes mariées d'âge moyen, et leurs services de santé « jusque sur le pas de la porte » permettent aux femmes de contourner les restrictions du purdah qui les empêchent de quitter leur domicile pour se rendre seules dans un établissement de santé. Au Pakistan, où en 1999 la moitié seulement des femmes étaient vaccinées contre le tétanos, une campagne du Ministère de la santé a permis d'atteindre la proportion de 80 % d'un groupe cible de 5 millions de femmes en s'appuyant sur les visites à domicile des « Dames agents de santé » (*Lady Health Workers*) mieux acceptées par les femmes que les vaccinateurs de sexe masculin.

Par ailleurs, les interventions qui ont favorisé l'émancipation et la prise d'initiatives des femmes au niveau communautaire ont également contribué à améliorer l'état de santé des femmes et des enfants. Au Ghana, la prévalence de la dracunculose, une maladie propagée par l'eau qui handicape pendant plusieurs mois la victime, a été à l'origine d'une vaste campagne d'éradication. Des femmes volontaires, qui connaissaient mieux que les hommes les sources améliorées d'eau, sont allées distribuer des filtres de porte à porte, identifier les approvisionnements en eau susceptibles d'être contaminés et éduquer la communauté. Ainsi, l'incidence de la maladie a chuté de 36 % entre 2002 et 2003. De même, à Porto Rico, un programme de prévention de la fièvre dengue, mené à bien par l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, s'est appuyé sur des femmes choisies par la communauté pour promouvoir le programme. Les femmes ont fait du porte à porte, interrogeant les chefs de famille et inspectant les lieux à la recherche de sites de reproduction des vecteurs. Elles ont aussi participé aux activités locales de sensibilisation de la communauté, et notamment à la création d'une exposition sur la prévention de la dengue dans le supermarché local. Grâce à cette stratégie, 20 % des ménages ont adhéré à la campagne.

Voir Références, page 105.

de la communauté de les entretenir et de les utiliser. Il faut apprendre aux enfants à se laver les mains et à avoir une bonne hygiène, des habitudes qui doivent être cultivées à la maison, à l'école, chez les voisins et par les amis.

Partie intégrante d'un système de santé plus large, les partenariats communautaires dans le secteur des soins de santé primaire peuvent avoir une double fonction : engager activement les membres de la communauté à jouer le rôle d'agents de santé et mobiliser la communauté pour qu'elle soutienne l'amélioration des pratiques sanitaires. Ils peuvent aussi stimuler la demande de services de santé de qualité auprès des gouvernements. La participation communautaire favorise l'appropriation des interventions par la communauté. Elle permet aussi de revitaliser un système de santé sclérosé par une bureaucratie trop lourde et d'atteindre les groupes les plus isolés ou exclus. Comme le démontreront les chapitres qui suivent, de nombreux pays, même parmi les plus pauvres

© UNICEF/HQ06-2640/Tom Pietrasik

Quand on permet aux femmes de prendre des décisions dans le domaine de la santé, les enfants se portent mieux. *Discussion sur les soins de santé lors d'une réunion en Inde.*

du monde, ont mis en place des programmes de santé communautaires qui ont été couronnés de succès. Il s'agit maintenant de tirer les leçons de l'expérience, d'élargir les programmes et d'atteindre les millions d'enfants laissés pour compte par les systèmes de santé.

Créer un milieu favorable aux stratégies en faveur de la survie de l'enfant

Les perspectives de survie de l'enfant sont modelées par le contexte institutionnel et environnemental dans lequel vivent les enfants et leurs familles. Il n'est pas surprenant, par exemple, que les taux de mortalité des nourrissons et des enfants soient les plus élevés dans les pays les plus pauvres, dans les districts et les communautés les plus démunis, isolés, incultes et marginalisés et dans les pays ravagés par la guerre civile et affaiblis par, une mauvaise gouvernance et un sous-investissement chronique dans les systèmes de santé publique et les infrastructures physiques. Sur 11 pays où 20 % au moins des enfants meurent avant l'âge de 5 ans – Afghanistan, Angola, Burkina Faso, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Niger, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Tchad[23] – plus de la moitié ont subi un conflit armé grave depuis 1989. De même, les États fragiles, caractérisés par des institutions faibles gangrenées par une forte corruption, l'instabilité et un état de droit précaire, sont souvent incapables de fournir des services de base à leurs habitants.

Il arrive que les facteurs institutionnels et environnementaux soient des éléments déterminants pour la survie de l'enfant. Dans les pays où le SIDA a atteint le niveau d'épidémie, par exemple, la lutte contre ce syndrome est déterminante pour la survie de l'enfant. Face à une épidémie de cette nature et d'une telle envergure, toutes les autres interventions seront vaines si le problème du SIDA n'est pas pris en compte. Les pays qui souffrent d'insécurité alimentaire ou qui sont exposés aux sécheresses afficheront aussi des résultats médiocres en termes de survie de l'enfant. Un régime alimentaire non diversifié entraîne une malnutrition chronique chez les enfants, les fragilisant et les exposant, en fin de compte, à la mort.

Les difficultés pour atteindre les enfants dans des pays en proie à de tels problèmes semblent insurmontables. Cependant, si la détermination politique existe, ces pays peuvent prendre des mesures pour créer un environnement favorable à la survie et au développement de l'enfant.

Créer des lois visant à protéger les enfants contre la violence, et s'assurer qu'elles sont appliquées

Les données provenant des pays membres de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) révèlent que chez les enfants de moins de 18 ans, ce sont les nourrissons de moins de 1 an qui courent le deuxième risque le plus élevé de mourir par homicide. Le risque de décès est environ trois fois plus élevé pour les enfants de moins de 1 ans que pour les enfants âgés de 1 an à 4 an, et plus l'enfant est jeune, plus le risque que le décès soit provoqué par un membre proche de la famille est important. Dans les pays où les décès ne sont pas consignés et ne font pas l'objet d'enquêtes, il est difficile de chiffrer avec précision les décès d'enfants dus à la violence, et ceux-ci sont souvent masqués par des taux généralement élevés de mortalité des moins de 5 ans. On présume que la violence, quelle que soit la forme qu'elle revêt – notamment la négligence – joue souvent un rôle dans les décès de nourrissons et de jeunes enfants qui ne sont pas classés comme homicides ou même pas enregistrés du tout. Tout le monde s'accorde pour reconnaître que la violence contre les enfants perpétrée par des membres de la famille se solde beaucoup plus souvent par un décès que ne le laissent supposer les statistiques officielles[24].

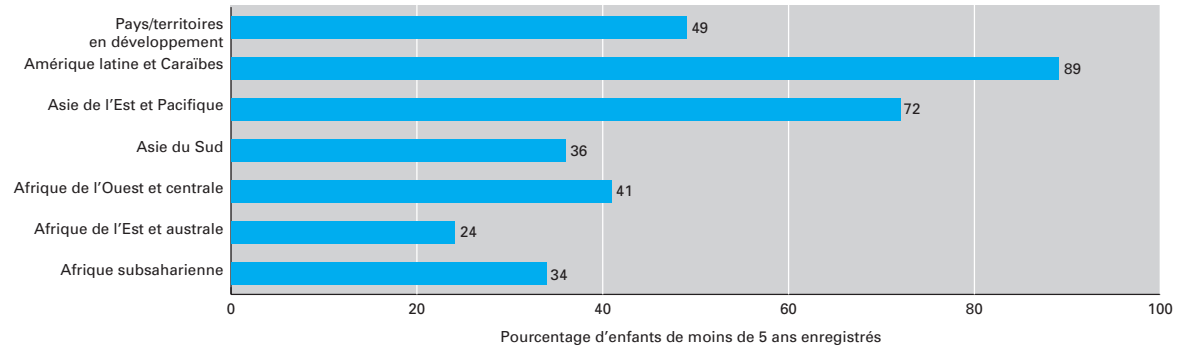
L'enregistrement des naissances : un pas important vers les services essentiels

La Convention relative aux droits de l'enfant établit spécifiquement que l'enfant a droit à un nom et à une nationalité dans son article 7 qui stipule que l'enfant doit être enregistré aussitôt sa naissance. Pourtant, chaque année, près de 51 millions d'enfants ne sont pas déclarés. Ces enfants appartiennent presque toujours à des familles pauvres, marginalisées ou déplacées, ou ils vivent dans des pays dans lesquels le système de déclaration des naissances ne fonctionne pas, avec les conséquences à long terme que ces lacunes entraînent pour leur santé et leur bien-être.

Bien que l'Afrique subsaharienne affiche la proportion la plus élevée (66 %) d'enfants non déclarés à la naissance, l'Asie du Sud, avec un taux similaire de 64 %, la dépasse en nombre. Les défis à relever sont particulièrement redoutables dans certains pays comme l'Afghanistan, le

Figure 1.20

Les taux d'enregistrement des naissances* sont faibles en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne



* Par enregistrement des naissances, on entend le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui avait été enregistré au moment de l'étude. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants dont l'acte de naissance a été présenté à l'enquêteur ou dont la mère ou la personne responsable de l'enfant a affirmé que la naissance avait été enregistrée. Les données de l'enquête en grappes à indicateurs multiples portent sur les enfants vivants au moment de l'enquête.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires, autres enquêtes nationales et systèmes vitaux d'enregistrement. Les données nationales et régionales figurent dans le Tableau statistique 9, page 146 du présent rapport.

Les mariages forcés sont une forme différente de violence infligée aux enfants – souvent avec l'assentiment de la société – qui a des conséquences sur la santé de l'enfant. Lorsqu'une jeune fille met au monde un enfant avant que son corps ne soit arrivé à maturité, le risque de décès pour la mère et pour l'enfant est beaucoup plus élevé. Les décès liés à la grossesse sont l'une des principales sources de mortalité des filles âgées de 15–19 ans partout dans le monde, qu'elles soient mariées ou non[25]. Les jeunes femmes de moins de 15 ans courent cinq fois plus de risques de mourir en couches que les femmes qui ont dépassé 20 ans[26]. La survie de leurs enfants est aussi menacée. Quand une mère a moins de 18 ans, les risques pour son bébé de mourir au cours de la première année de son existence sont de 60 % plus élevés que pour un bébé dont la mère a plus de 19 ans[27].

En plus des lois qui interdisent le mariage d'enfants et les autres formes de violence contre les enfants, il faudrait que les pays qui cherchent à créer un environnement dans lequel les enfants peuvent survivre et s'épanouir adoptent une politique de tolérance zéro. L'enregistrement systématique des naissances est une autre forme essentielle de protection. La reconnaissance légale de l'existence de l'enfant est souvent nécessaire pour avoir accès à des services essentiels comme la vaccination et la supplémentation en vitamine A. Cette mesure établit aussi des liens familiaux importants dans les pays où l'héritage pose problème[28].

Éduquer les femmes et leur donner des moyens d'action

Selon les estimations les plus récentes, en moyenne près de 1 adulte sur

Bangladesh, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie, où les taux d'enregistrement des naissances sont très faibles en raison de l'absence de systèmes d'enregistrement efficaces. Au Bangladesh et en Zambie, selon les estimations de l'UNICEF, 10 % seulement des naissances seraient déclarées, tandis qu'en République-Unie de Tanzanie, le taux atteindrait juste 8 %.

L'enregistrement des naissances et les soins de santé, en particulier, sont étroitement liés, surtout pour les enfants de moins de 5 ans. Par exemple, les données fournies par plusieurs pays africains permettent d'établir une corrélation étroite entre la présence d'un agent de santé compétent lors de l'accouchement et l'enregistrement des naissances. Au Bénin, par exemple, 74 % des enfants qui ont été mis au monde par un soignant ont été enregistrés, alors que le taux est de 28 % pour les autres enfants. En outre, les données permettent de penser que les niveaux d'enregistrement des naissances sont associés au nombre de vaccins reçus et à l'administration de suppléments en vitamine A, ainsi qu'au niveau des soins médicaux disponibles. Au Tchad, par exemple, 38 % des enfants à qui l'on administre des suppléments en vitamine A sont déclarés, alors que 15 % seulement de ceux qui ne reçoivent pas de suppléments sont déclarés. Et dans de nombreux pays, les enfants non déclarés n'ont pas accès à des interventions et programmes d'importance vitale.

Les problèmes auxquels les parents se heurtent quand ils veulent déclarer la naissance de leurs enfants sont souvent un signe d'exclusion sociale et de pénurie de services sociaux généralisées. Ainsi, en particulier dans les régions isolées, les parents ne comprennent pas toujours les avantages de la citoyenneté et encore moins ceux que l'enregistrement des naissances conférerait à leurs enfants. Par ailleurs, même quand les parents ont l'intention de déclarer la naissance, le coût prohibitif de l'enregistrement et la distance à parcourir pour se rendre dans un centre administratif les découragent. Une analyse effectuée récemment par l'UNICEF a révélé que le coût était la raison principale invoquée par les parents pour expliquer pourquoi ils n'enregistraient pas leurs enfants dans pas moins de 20 pays en développement, ce qui explique les profondes disparités dans ce domaine entre les enfants riches et les enfants pauvres. En République-Unie de Tanzanie, où le taux d'inscription est très faible en général, on constate un écart profond entre les riches et les pauvres : 2 % seulement du cinquième le plus pauvre de la population sont dans les registres contre 25 % du cinquième le plus riche.

L'enregistrement universel des naissances ne se fera pas sans que les gouvernements, les parents et les communautés ne travaillent main dans la main pour faire de cette question une priorité. Il conviendra d'appliquer des mesures intégrées – combinant par exemple les campagnes nationales de vaccination avec des campagnes d'enregistrement – qui constituent souvent la meilleure stratégie. Lorsqu'une telle coopération a pu être établie, les résultats sont remarquables même dans des situations particulièrement difficiles. En Afghanistan, en 2003, une campagne nationale d'enregistrement de tous les enfants de moins de 1 ans a été lancée parallèlement aux Journées nationales de vaccination contre la polio. La campagne, qui s'est poursuivie en 2004, avait permis d'enregistrer 2 millions d'enfants de moins en 5 ans à la mi-octobre de cette année.

Voir Références, page 105.

Survie de l'enfant au lendemain d'un conflit : Les défis et le triomphe du Libéria

par Ellen Johnson-Sirleaf, Présidente du Libéria

Si l'on en croit la Women's Commission for Refugee Women and Children, dont le siège est à New York, la manière dont une société traite ses enfants est un reflet de ce qu'elle vaut. Dans le cas du Libéria au lendemain d'un conflit, le destin du pays est inextricablement lié au sort de sa population la plus vulnérable. Au Libéria, la survie des enfants sous-tend notre programme de développement car elle détermine nos progrès en tant que nation.

L'impact du conflit sur la survie des enfants du Libéria est brutal : avec 235 décès pour 1 000 naissances vivantes, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans affiché par le Libéria occupe la cinquième place mondiale; son taux de mortalité infantile occupe la troisième place et son taux de mortalité maternelle la 21ème place au niveau mondial. Les tendances de la mortalité maternelle sont des jalons importants pour la réalisation de l'Objectif 4 du Millénaire pour le développement et les autres cibles de l'OMD liées à la santé des enfants car la santé maternelle privilégie la survie de l'enfant. Et sans politique vigoureuse en faveur du développement et de l'émancipation des femmes, les enfants, dans toute situation qui suit un conflit, seront au bout du compte des évocations négligées des échecs d'une nation.

Il est déconcertant de voir que malgré tous les progrès de la médecine moderne, au Libéria, les enfants de moins de 5 ans succombent toujours au paludisme (18 % du nombre total de décès), à la diarrhée et à des maladies évitables par la vaccination, comme la rougeole, le tétanos néonatal, la diphtérie, la coqueluche et les infections graves des voies respiratoires. La malnutrition chronique et les carences en vitamine A et en sels minéraux, qui sont des problèmes courants chez les enfants de moins de 5 ans, sous-tendent ces problèmes. L'insécurité alimentaire frappe 51 % de la population. Le taux d'infection par le VIH chez les femmes enceintes a été estimé à 5,7 % en 2007, par rapport à 4 % en 2004 – un autre exemple de l'impact de 15 ans de conflit armé et des problèmes structurels dans l'économie qui désavantagent les femmes et les filles.

L'accès aux soins de santé de base s'améliore, mais la couverture et la répartition de ces soins restent insuffisantes, surtout dans les zones rurales. L'accès universel est une tâche énorme à cause des effets dévastateurs du conflit armé qui a entraîné la destruction de l'infrastructure sanitaire, ainsi qu'une pénurie de soignants qualifiés et de ressources du secteur public à consacrer à la santé. Le Gouvernement libérien déploie des efforts acharnés pour réduire considérablement la mortalité infantile et maternelle d'ici à 2011. Nous avons élaboré et mis en œuvre une politique de santé et un plan d'action dont la priorité est l'accès universel aux soins, ainsi qu'une stratégie et un plan visant à accélérer la survie de l'enfant. Une stratégie et un plan d'action dont l'objectif est de faire reculer la mortalité maternelle sont en préparation. Grâce à la paix, la vaccination des jeunes enfants et des femmes enceintes a fortement progressé.

Mais les défis à relever sont considérables.

L'eau salubre, essentielle à la survie, était disponible avant la guerre dans les grands centres, y compris à Monrovia, la capitale du Libéria, mais la plupart des canalisations ont été détruites. Actuellement, à l'exception de Monrovia, où le système d'eau courante est progressivement remis en état, les centres urbains ne sont pas approvisionnés en eau courante. Les enfants ne peuvent pas survivre, encore moins s'épanouir, quand ils sont privés d'eau potable et salubre, dont l'approvisionnement se situe à un faible 32 % aujourd'hui au Libéria.

La santé et l'éducation sont les piliers de toute stratégie solide en faveur de la survie de l'enfant. Ce sont les deux faces d'une même médaille et il faut traiter de ces deux problèmes simultanément au Libéria pour atteindre l'OMD 4. L'analphabétisme est courant dans la population, il est estimé à 68 % (55 % pour les hommes et 81 % pour les femmes); l'alphabétisation et l'éducation, surtout des filles, sont étroitement associées à l'amélioration des taux de survie de l'enfant. Notre Politique de 2006 en faveur de l'éducation des filles vise à donner une éducation à toutes les filles. Pour garantir la survie de l'enfant, les petites filles doivent aussi être protégées. De nombreuses jeunes filles se sont retrouvées enceintes pendant le conflit et sont déjà mères. Des efforts particuliers doivent être déployés pour protéger les adolescentes contre l'exploitation et les sévices sexuels, contre les grossesses et le SIDA, pour s'assurer à la fois que leurs propres droits à la survie sont respectés et pour garantir les droits de leurs enfants.

Il faut redoubler d'efforts en faveur de la survie de l'enfant et le Libéria sonne le clairon. Nous voulons nous assurer que nos enfants ne se contentent pas de survivre mais entrent dans une phase de développement qui leur permettra de s'épanouir et de devenir des citoyens productifs.

4 (définis ici comme étant des personnes de 15 ans et plus) est illettré. Près des deux tiers sont des femmes, selon les données les plus récentes publiées par l'Institut de statistique de l'UNESCO[29]. Les études indiquent que les personnes moins instruites ont généralement un accès plus limité que les personnes plus instruites aux informations sur les soins de santé de base[30]. Il va de soi que cet état de fait peut déboucher sur de mauvaises décisions sur le moment où il faut faire soigner les enfants malades et trouver les soins adéquats[31]. Par contre, le cas du Bangladesh prouve qu'un enfant dont la mère a eu une instruction primaire a 20 % de chances supplémentaires de survivre par rapport à un enfant dont la mère n'est pas instruite; les chances atteignent 80 % quand la mère a reçu une éducation secondaire[32].

Donner aux femmes des moyens d'action sur le plan social et économique est une autre voie à emprunter vers la survie de l'enfant. Dans de nombreux pays, les femmes sont privées de pouvoir décisionnel, même quand les décisions concernent leur propre santé ou celle de leurs enfants. On sait bien aussi que quand les femmes sont responsables des dépenses du ménage, elles ont tendance à consacrer une grande partie du budget familial à la nourriture et à d'autres produits de première nécessité pour leurs enfants. Pour toutes ces raisons, donner aux femmes les moyens d'être plus indépendantes sur le plan financier ne pourra qu'avoir des retombées positives sur les enfants.

Promouvoir l'équité sociale

Parce qu'ils sont pauvres et mal représentés, des millions de femmes et d'enfants ont été exclus du progrès au cours des dernières décennies. Les disparités entre les enfants pauvres et les enfants plus aisés en termes de perspectives de survie sont profondes, non seulement entre les pays mais aussi au sein d'un même pays. Par exemple, dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles, les enfants qui vivent dans les 20 % des ménages les plus pauvres courent beaucoup plus de risques de mourir avant leur cinquième anniversaire que les enfants qui vivent dans le quintile le plus riche de la population; dans certains pays, le risque est jusqu'à cinq fois plus élevé[33]. Les interventions du gouvernement visant à éliminer des inégalités – faire en sorte que les taux de mortalité infantile des 80 % les plus pauvres de la population rejoignent ceux des 20 % les plus riches – auraient des effets spectaculaires sur le taux de mortalité des moins de 5 ans d'un pays tout entier[34]. De par le monde, environ 40 % des décès d'enfants de moins de 5 ans pourraient être ainsi évités[35].

Les enfants sont aussi exclus des services de santé en raison de la discrimination, de l'isolement géographique, du faible niveau d'instruction de leurs parents, du SIDA lorsqu'il atteint le seuil d'épidémie, et des situations d'urgence complexes, telles que les conflits armés et les catastrophes naturelles. De nombreux enfants sont frappés simultanément par plusieurs de ces fléaux, qui rendent encore plus improbable la possibilité que des interventions vitales les atteignent.

Au nombre des mesures efficaces déployées pour faire face à ces inégalités, on peut citer les programmes qui rapprochent les interventions sanitaires de ceux qui sont le plus difficiles à toucher. L'octroi de subventions pour financer les soins de santé des pauvres et des mesures dirigées vers ceux qui ont été exclus sont d'autres options à envisager. Le plus important est peut-être de s'assurer que l'équité est une priorité lors de la conception d'interventions en faveur de la survie de l'enfant et des stratégies de mise en oeuvre. Pour ce faire, il importe de bien connaître la situation en s'appuyant sur les données réunies grâce aux enquêtes, qui peuvent aussi être utilisées à des fins d'éducation et de sensibilisation. Un suivi régulier doit être établi parallèlement aux mécanismes qui garantissent la transparence, au niveau tant national qu'international.

Relever le défi et fournir un continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants

Tels sont les défis auxquels les prestataires de soins sont confrontés lorsqu'ils veulent atteindre les enfants actuellement exclus des services essentiels. Le principal défi à relever en termes de survie de l'enfant ne se limite plus à déterminer les causes immédiates de la mortalité juvénile ou les solutions à apporter, mais à s'assurer que les services et l'éducation nécessaires pour appliquer ces solutions atteignent les pays et les communautés les plus marginalisés. Comme le démontrera la suite de ce rapport, de nombreux pays, même parmi les plus pauvres du monde, ont obtenu des résultats honorables grâce à leurs initiatives visant à fournir des services essentiels à un grand nombre d'enfants et de familles. Un élargissement réel ne sera toutefois possible que si nous tirons des leçons des dernières décennies – en privilégiant particulièrement les interventions intégrées en faveur de la santé de l'enfant au niveau communautaire.

RÉSUMÉ

Le net recul de la mortalité infantile et post-infantile enregistré dans de nombreuses régions du monde au siècle dernier est un des grands succès de la santé publique internationale. Il a aussi des répercussions positives importantes sur l'espérance de vie. Un examen plus approfondi de ces tendances généralement favorables, toutefois, révèle que les progrès ont été inégaux. Dans certains pays et régions, ils se sont fortement ralentis depuis les années 1990. En Afrique australe, le taux de mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans a augmenté alors que le SIDA réduit l'espérance de vie et accroît la mortalité imputable aux infections secondaires, à la tuberculose, au paludisme et à la dénutrition. La mortalité maternelle, quant à elle, stagne à un niveau inacceptable en Afrique et en Asie du Sud, où les progrès ont été bien faibles ces dernières décennies.

Alors que nous approchons de 2015, date d'échéance des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et que dans de nombreux pays, les progrès sont insuffisants pour atteindre toutes ces cibles, plusieurs questions essentielles se posent, à savoir : comment relancer les efforts en faveur de la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants, et comment accélérer les progrès au cours des huit prochaines années ? Dans quelle mesure peut-on réellement faire baisser les taux de mortalité maternelle dans cet intervalle ? Comment les pays devraient-ils fixer leurs priorités en faveur de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants ?

Un examen des différentes approches adoptées pour fournir des services essentiels du début du XXe siècle à nos jours montre qu'une série d'interventions et de politiques efficaces présente les meilleures chances d'accélérer les progrès. Elles consistent à lancer des interventions éprouvées et d'un bon rapport coût-efficacité dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, du VIH et du SIDA dans des contextes variés afin de fournir un continuum de soins de santé de bonne qualité aux femmes et aux enfants. Elles visent aussi à diminuer les obstacles et à mobiliser des ressources financières et humaines supplémentaires. L'accent mis sur les résultats requiert que l'on applique des stratégies inspirées de nos connaissances collectives sur la survie et la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants afin d'identifier les solutions qui réussiront le mieux dans chaque pays et dans chaque communauté.

La priorité doit être donnée aux stratégies qui visent à accélérer les progrès dans le domaine des soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. *Une clinique dans un camp de réfugiés, ex-République yougoslave de Macédoine.*

2

Leçons tirées de l'évolution des systèmes et des pratiques de soins de santé

© UNICEF/HQ99-0390/Mark Thomas

Le choix d'une approche axée sur les résultats et ayant fait ses preuves pour élaborer un continuum de soins de santé primaires de bonne qualité destinés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, suppose un examen des meilleures informations, données et analyses pour en tirer des leçons utiles qui informeront notre action, aujourd'hui et à l'avenir. Une étape nécessaire consiste à examiner plus étroitement les diverses stratégies utilisées à l'heure actuelle pour fournir des services de santé essentiels aux enfants et aux mères.

Celles-ci vont d'initiatives ciblant une seule maladie ou un seul problème, comme la rougeole ou la dénutrition, à la solution idéale, c'est-à-dire offrir un continuum de services de santé primaires complets comprenant des soins hospitaliers et en cliniques, des services de proximité et mobiles, et des soins dans les foyers et les communautés.

Au fil des ans, un vif débat s'est engagé sur les mérites relatifs de chaque grand changement apporté aux interventions ou aux politiques, y compris concernant les avantages et les limites des stratégies les plus générales par rapport aux plus sélectives, et une documentation importante est disponible sur ce sujet. Les différences entre ces deux types de stratégies ne sont pas si marquées, puisque chacune d'elle a été formulée en partie pour pallier les limitations de la précédente. Quoique bref, l'exposé historique qui examine ci-dessous les bons résultats des systèmes de santé et des pratiques de santé publique au siècle dernier, ainsi que les difficultés qui restent à résoudre et celles qui sont apparues, offre des perspectives intéressantes sur la situation actuelle et des orientations sur la voie à suivre.

L'époque coloniale : 1900–1949

Jusqu'à l'aube du XX· siècle, les décès de nourrissons et d'enfants étaient chose courante dans tous les pays du monde. Une forte mortalité et de nombreux handicaps imputables à des causes telles que la diarrhée, le paludisme, la rougeole, la pneumonie, la variole, la tuberculose et diverses formes de dénutrition touchaient une vaste proportion de la population mondiale.

En 1900, le monde comptait environ 1,65 milliard d'habitants. À cette époque, bien que l'espérance de vie se soit déjà un peu améliorée dans certaines régions – par exemple, en Angleterre et dans les pays scandinaves – l'estimation moyenne de l'espérance de vie mondiale n'était que de 30 ans environ[1].

Au début du XX[e] siècle, les campagnes menées contre des maladies infectieuses comme l'ankylostome, le paludisme et la fièvre jaune allaient poser les fondations des interventions futures de lutte contre les maladies. Dans la première moitié du siècle, un petit nombre de programmes clés contre le paludisme ont été élaborés en associant la recherche sur cette maladie à des campagnes de lutte sur le continent africain. Ces efforts préliminaires étaient fragmentés, et menés à l'initiative de gouvernements coloniaux essentiellement soucieux de protéger leurs territoires et leur force de travail. En dépit de l'angle limité de ces initiatives, certaines d'entre elles – dont les campagnes lancées de 1930 à 1950 pour combattre le paludisme dans et autour des mines de cuivre sur le territoire actuel de la Zambie, par exemple – ont obtenu des succès notables.

Tous les services de santé des colonies étaient dispensés dans des établissements fortement ségrégués qui soignaient en priorité leurs expatriés et leurs militaires. En Afrique et en Inde anglophones, la recherche menée sur les maladies exotiques a conduit aux spécialités et aux programmes de lutte contre les maladies tropicales. Peu d'écoles de médecine acceptaient des étudiants locaux, une situation qui n'a changé que lors de l'indépendance de

nombreux pays en développement dans les années 1950 et 1960.

Les services de santé offerts aux populations étaient surtout dispensés par les missions, et consistaient pour la plupart en soins fournis dans des établissements. Le personnel local a d'abord été formé dans des écoles d'infirmières. En raison de l'énorme charge de travail, ces infirmiers et infirmières ont rapidement assuré la gestion de la plupart des services périphériques. Dans certains pays, les autorités locales ont fondé des cliniques et de petits hôpitaux de district, mais dans la plupart des pays, entre 50 et 80 % des lits d'hôpitaux du pays se trouvaient dans des établissements missionnaires. Les premiers efforts de santé publique visaient surtout l'amélioration de l'environnement, notamment l'eau salubre et des installations d'assainissement amélioré dans les zones urbaines.

Dans les colonies francophones et d'autres pays européens, les services de santé étaient différents de ceux offerts dans les pays anglophones en raison de l'importance donnée au programme de lutte contre les grandes endémies. Dans ce cadre, des niveaux séparés d'un réseau national ciblaient une maladie unique, comme la maladie du sommeil, l'éléphantiasis, la lèpre et autres problèmes dont la forte prévalence affectait la capacité de travail des populations. Une assistance massive était fournie par des groupes itinérants, souvent généreusement équipés d'installations mobiles complètes. La raison invoquée est qu'il était plus efficace de fournir des soins externes à un plus grand nombre de personnes à la fois que d'investir dans des installations permanentes. Des cycles répétés de traitement offraient des interventions curatives simples, plutôt que de chercher à prévenir ou à éliminer les maladies.

Comme en Afrique, les premiers hôpitaux chinois ont été principalement ouverts par les missions. Un système national de santé publique a été créé dans les années 1920, afin de lutter contre l'avancée rapide de la peste pneumonique dans la province de Manchourie.

Détail important, la première étude de cas publiée sur la prestation réussie de soins de santé primaires basés sur la communauté concerne un projet qui date de cette époque. Ce projet s'est déroulé à Ding Xian

L'Initiative de lutte contre la rougeole

L'Initiative de lutte contre la rougeole montre comment une initiative mondiale verticale bien financée, ciblée et gérée peut être amenée rapidement à grande échelle et donner des résultats impressionnants. C'est un partenariat qui regroupe l'UNICEF et l'OMS, ainsi que d'autres grandes institutions internationales et organisations privées de premier plan. Lancée en 2001, l'Initiative de lutte contre la rougeole a adopté l'objectif fixé à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants en mai 2002 visant à réduire, entre 1999 et 2005, le nombre de décès d'enfants dus à la rougeole. Elle a été le principal moteur de la campagne massive de promotion de la vaccination contre la rougeole, qui a permis de protéger plus de 217 millions d'enfants entre 2001 et 2005 – pour la plupart en Afrique.

Les résultats ont dépassé la cible de l'ONU : les décès dus à la rougeole ont diminué de 60 % entre 1999 et 2005. L'Afrique a contribué de 72 % à la réduction absolue du nombre de décès. Selon les estimations, la vaccination a permis d'éviter près de 7,5 millions de décès dus à la maladie.

Cette réduction des décès imputables à la rougeole reflète le soutien et l'engagement de l'Initiative en faveur d'une extension de la couverture vaccinale, et ceux des gouvernements nationaux en faveur de la stratégie globale adoptée par l'OMS/UNICEF pour faire reculer la mortalité liée à la rougeole. Cette stratégie comprend quatre volets essentiels :

- Fournir au moins une dose du vaccin anti-rougeole, administré à neuf mois ou peu de temps après, dans le cadre de la vaccination systématique, à au moins 90 % des enfants dans chaque district et à l'échelle nationale.
- Donner à tous les enfants une deuxième chance de recevoir le vaccin.
- Établir une surveillance efficace.
- Améliorer la prise en charge clinique des cas compliqués – notamment en administrant de la vitamine A.

Les activités de lutte contre la rougeole contribuent à améliorer le système de santé de plusieurs manières – par exemple, en encourageant les pratiques d'injection sans risque, en améliorant les capacités de chaîne du froid pour stocker les vaccins, et en soutenant la création d'un réseau mondial de laboratoires de santé publique. En outre, les campagnes de vaccination sont souvent combinées avec d'autres interventions essentielles comme la distribution de vitamine A, de vermifuges et de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Un nouvel objectif mondial a été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005 – réduire de 90 % le nombre de décès dus à la rougeole d'ici à 2010, en partant des données de 2000. Cette cible est ambitieuse, et pour qu'elle soit atteinte, les progrès devront se poursuivre dans

(anciennement Ting Hsien), à environ 200 kilomètres au sud de Pékin. Dans cette province de près d'un demi million d'habitants, les soins de santé étaient fournis par des agents de santé qui furent les précurseurs des « médecins aux pieds nus » chinois. Pendant un quart de siècle et pour plus d'un cinquième de la population mondiale, donc, la Chine a bénéficié d'un des systèmes de santé les plus équitables qui aient jamais existé. Cette expérience a fourni des leçons importantes pour préparer la Conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée à Alma-Ata, Union des Républiques Socialistes Soviétiques, (à présent Almaty, Kazakhstan), en 1978.

Au début du siècle, des pays comme le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège et la Suède sont parvenus à réduire très rapidement leur taux de mortalité maternelle. La façon dont des soins dispensés par un personnel qualifié ont été organisés pendant les accouchements semble avoir été le facteur principal derrière cette avancée. Dans le cas de ces quatre pays, les efforts ont porté sur la fourniture de soins professionnels à proximité des endroits où les femmes vivaient, principalement en améliorant les compétences des sages-femmes communautaires[2].

Les campagnes massives de lutte contre les maladies : 1950–1977

En 1950, la population mondiale avait dépassé les 2,5 milliards d'individus, et l'espérance de vie moyenne dans le monde était de 47 ans.

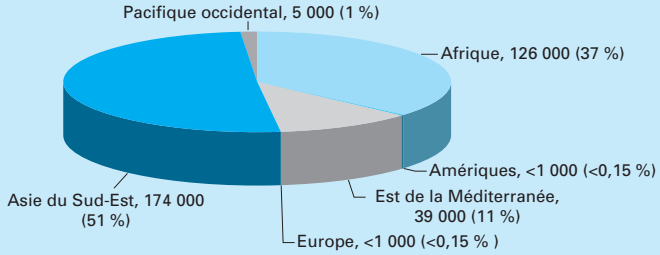
Pendant les années 1950, 1960 et 1970, sous le nom de « campagnes massives » ou de « ripostes aux maladies », plusieurs initiatives ont été prises pour lutter contre les maladies. Elles utilisaient des interventions scientifiquement valables et reconnues sur le plan épidémiologique dans le cadre de programmes indépendants conçus pour combattre une maladie ou un problème spécifiques. Souvent caractérisés par des objectifs clairement définis, ils étaient assortis de cibles fixées dans le temps pour réduire ou éradiquer la maladie, à l'aide d'une technologie spécifique mise en œuvre par des agents de santé spécialisés[3].

La plus réussie de ces campagnes a été l'initiative d'éradication de la variole, qui a signalé en 1977 le dernier cas de transmission humaine.

Figure 2.1

Fardeau mondial des décès dus à la rougeole*

Les enfants de moins de cinq ans représentent 90 % des décès dus à la rougeole



*Les régions sont celles de l'Organisation mondiale de la Santé.

Source : estimations de l'Organisation mondiale de la Santé publiées dans *The Lancet*, vol. 369, 20 janvier 2007, p. 194. l

les pays qui ont obtenu de bons résultats et s'accélérer dans ceux où la mortalité due à la rougeole reste élevée, comme l'Inde et le Pakistan. La lutte contre la rougeole est loin d'être achevée – 345 000 personnes sont mortes de cette maladie en 2005, et 90 % d'entre elles étaient des enfants de moins de cinq ans. Cette maladie très contagieuse est encore une cause majeure de décès d'enfants de moins de cinq ans, et représente environ 4 % du fardeau mondial. Elle affaiblit l'immunité des enfants face à d'autres maladies et problèmes dangereux, y compris la pneumonie, la diarrhée et l'encéphalite aiguë, et reste l'une des principales causes de décès d'enfants qu'un vaccin aurait permis d'éviter. Les succès remportés contre la rougeole de 1999 à 2005 ont montré ce que l'on peut faire lorsque la volonté politique, les financements et des stratégies viables sont mis en place par les partenaires internationaux et les gouvernements pour fournir des traitements éprouvés et d'un bon rapport coût-efficacité. Si l'engagement de la communauté internationale se maintient, il y a de fortes chances que la nouvelle cible sera atteinte, ce qui contribuera à la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le développement no. 4.

Voir Références, page 106.

D'autres campagnes massives sont parvenues à éliminer ou à faire considérablement reculer des maladies comme la dracunculose, le trachome et le pian.

Le succès de la campagne d'éradication de la variole a joué un rôle très important dans la conception du programme préventif de santé publique qui pourrait bien être le plus efficace de l'histoire – le Programme élargi de vaccination (PEV), lancé en 1974. Le PEV visait au départ à vacciner les enfants contre six maladies cibles – la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose – durant la première année de leur vie. Lorsque le programme a démarré, moins de 5 % des enfants du monde étaient vaccinés contre ces maladies. Les statistiques les plus récentes montrent que les taux de vaccination mondiaux, mesurés par la couverture vaccinale de la diphtérie, du tétanos et de la coqueluche, dépassent à présent les 75 %.

Lorsque les premières campagnes massives ont été lancées, les stratégies utilisées pour la prestation des services de santé étaient souvent décrites comme des approches « verticales » (ou « catégoriques ») ou « horizontales ». Ces distinctions mesuraient, en substance, deux dimensions de la structure du programme :

- La mesure dans laquelle la gestion du programme était intégrée à la gestion du système de santé en général, plus particulièrement aux niveaux inférieurs de la gestion (approche horizontale), par opposition à une gestion strictement séparée (approche verticale).

- La mesure dans laquelle les agents de santé remplissaient une seule fonction (approche verticale), par opposition à de nombreuses fonctions (approche horizontale)[4].

Les mérites et les limites relatifs des approches verticales et horizontales sont bien documentés, et un examen exhaustif de ce débat n'entre pas cette brève rétrospective. De bien des façons, les mérites de l'une renvoient aux limites de l'autre.

Les soins de santé primaires : 1978–1989

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata en 1978 était l'aboutissement d'innovations efficaces mises en place dans le domaine des soins de santé communautaires dans des pays pauvres en ressources après la Seconde Guerre mondiale. On peut citer en exemple les cliniques pour enfants de moins de cinq ans au Nigéria, les agents de santé communautaires en Indonésie, les médecins aux pieds nus en Chine, et les systèmes de santé de Cuba et du Viet Nam[5]. La Conférence d'Alma-Ata et la déclaration qui l'a accompagnée ont marqué des étapes importantes. La conférence était, à l'époque, la plus grande jamais organisée sur un thème unique de la santé et du développement international – 134 nations et les représentants de 67 organisations non gouvernementales et des Nations Unies y ont assisté. En cristallisant des concepts novateurs qui allaient devenir les piliers de la sagesse conventionnelle, elle a rendu possible la prise d'engagements mondiaux majeurs, comme celui de la santé pour tous en l'an 2000, à la conférence d'Alma-Ata, les promesses du Sommet mondial pour les enfants en 1990 et, plus récemment, la Déclaration du Millénaire et les Objectifs du Millénaire pour le développement.

L'approche des soins de santé primaires dont il fut convenu à Alma-Ata se fonde sur les principes de l'équité, de la participation communautaire, de la collaboration intersectorielle, du recours aux technologies appropriées, du coût abordable et de la promotion de la santé. Ces principes sont désormais appliqués pour développer des systèmes de santé qui tiennent compte de problèmes généraux en rapport avec la santé de la population, qui reflètent et renforcent les fonctions liées à la santé publique; qui privilégient l'intégration des soins dans le temps et dans les établissements; qui associent la prévention, les soins de courte durée et chroniques à tous les niveaux du système de santé; qui évaluent et cherchent à améliorer la performance; et qui reviennent aux critères de santé de la population pour motiver les décisions qui affectent la manière dont les services de soins sont organisés, financés et dispensés aux individus et aux communautés[6].

La Déclaration d'Alma-Ata recommandait que les soins de santé primaires comprennent, au minimum, les activités suivantes :

- Une éducation en matière de santé.

- La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.

- L'approvisionnement en eau saine et des mesures d'assainissement de base.

- La protection maternelle et infantile.

- La vaccination contre les grandes maladies infantiles.

- Le traitement des maladies et des lésions courantes.

- La prévention et le contrôle des endémies locales.

- La fourniture de médicaments essentiels.

La notion de système de santé de district, aussi connue sous le nom

d'approche de « zone desservie » ou de « petite zone » ou de « groupe intermédiaire » en Europe et dans d'autres pays a ensuite été développée par l'Organisation mondiale de la Santé en tant que modèle de mise en œuvre des programmes de soins de santé primaires[7].

Malgré les nombreux avantages que présente l'approche des soins de santé primaires, la mise en œuvre a souffert de mauvaises conjonctures économiques – notamment dans les années 1980 – qui ont incité les États à restreindre considérablement leur prestation de services publics comme les soins de santé, la distribution d'eau, l'élimination des déchets et le contrôle de la qualité de l'alimentation. Cette situation a entraîné l'effondrement presque total des services de santé périphériques dans un grand nombre de pays en développement, ainsi que le recul du soutien accordé aux initiatives de santé communautaires[8].

Les soins de santé primaires sélectifs et la révolution de la survie de l'enfant : les années 1980

Au début des années 1980, la santé de l'enfant était encore une urgence « silencieuse » et près de 15 millions de jeunes mouraient chaque année avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. À la fin des années 1970, deux scientifiques, Julia Walsh et Kenneth Warren, ont publié : « Selective Primary Healthcare: An interim strategy for disease control in developing countries » – un ouvrage fondamental dans lequel ils proposaient une stratégie alternative pour réduire rapidement la mortalité infantile et post-infantile à un coût raisonnable[9]. Ayant isolé le rôle relatif de chaque cause majeure de mortalité infantile et cité les interventions qui s'étaient avérées efficaces pour y remédier, ils concluaient qu'un petit nombre de causes (la diarrhée, le paludisme, les maladies respiratoires et la rougeole, entre autres) étaient à l'origine de la vaste majorité des décès d'enfants de moins de cinq ans, et que ces décès pourraient être facilement évités par la vaccination (seulement 15 % des enfants du monde étaient vaccinés à l'époque), la thérapeutique de réhydratation orale, l'allaitement maternel et les traitements antipaludéens[10]. Leur recherche est arrivée à point nommé dans le débat sur les mérites relatifs des approches horizontales et verticales, à un moment où l'on se demandait si les principes de soins de santé primaires pour tous pourraient se traduire en programmes efficaces.

Le résultat fut une nouvelle stratégie appelée « soins de santé primaires sélectifs »[11]. Introduite un an après la Déclaration d'Alma-Ata, cette démarche a d'abord été considérée comme la première étape de mise en œuvre des soins de santé primaires pour tous, mais elle est rapidement devenue un modèle en soi. Alors qu'elle intégrait les éléments clés d'une approche verticale en ciblant les maladies identifiées comme étant les principaux facteurs de mortalité infantile et post-infantile, elle proposait une méthode mieux centrée et plus viable que les soins de santé primaires[12].

La « révolution de la survie de l'enfant » lancée à l'initiative de l'UNICEF en 1982 s'appuyait sur ce cadre. Elle regroupait quatre interventions de faible coût désignées collectivement par l'acronyme anglais GOBI – surveillance de la croissance pour détecter la dénutrition, thérapeutique de réhydratation orale pour traiter la diarrhée chez l'enfant, allaitement maternel pour garantir la santé du jeune enfant et vaccination contre six maladies infantiles mortelles. L'initiative GOBI était appuyée par d'importants programmes de l'OMS, notamment le Programme

© UNICEF/HQ06-2765/Bruno Brioni

La vaccination a prouvé qu'elle protégeait les enfants des principales maladies infantiles. *Un enfant reçoit le vaccin DTC3 en Côte d'Ivoire.*

élargi de vaccination et d'autres initiatives de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës.

Par la suite, trois volets supplémentaires ont été ajoutés – suppléments alimentaires, espacement des naissances et éducation des femmes – pour former le programme GOBI FFF[13]. À la suite d'efforts de mobilisation mondiaux sur l'importance de ces interventions de base pour la survie de l'enfant, beaucoup de pays ont créé leurs propres systèmes nationaux pour promouvoir et lancer des interventions capitales[14]. Dès le départ, les soins de santé primaires sélectifs ont reçu l'appui solide de donateurs qui souhaitaient canaliser les ressources en faveur des programmes de « survie de l'enfant ». Ces initiatives continuaient de s'inspirer des soins de santé primaires axés sur

la communauté, mais dans le même temps, elles présentaient l'intérêt de recourir à des technologies médicales relativement bon marché pour atteindre des objectifs spécifiques.

Les initiatives de soins de santé primaires sélectifs ont obtenu des succès relatifs au cours des dernières décennies. On s'accorde à reconnaître que le programme GOBI FFF et les initiatives de l'Organisation mondiale de la Santé ont permis d'améliorer notablement la couverture des soins de santé primaires, notamment la vaccination et la thérapeutique de réhydratation orale. Ces efforts se reflètent dans le net recul du taux mondial de mortalité des enfants de moins de cinq ans, qui est passé de 115 pour 1 000 naissances vivantes en 1980 à 93 en 1990 – soit une diminution de 19 % en dix ans.

Mettre l'accent sur les approches sectorielles intégrées et les systèmes de santé : les années 1990

À la fin des années 1980, malgré les progrès des soins de santé primaires sélectifs, les systèmes de santé de nombreux pays en développement étaient au bord de la crise. La croissance démographique, la crise de la dette dans plusieurs pays d'Amérique latine et d'Afrique subsaharienne, et la transition politique et économique dans l'ex-Union soviétique et en Europe centrale et orientale n'étaient que trois causes parmi tant d'autres. Face à cette situation, certains pays ont entrepris de réformer des systèmes de santé dégradés et insuffisamment financés, d'accroître leur efficacité, leur productivité et leur viabilité financière, et de les rendre plus équitables.

L'Initiative de Bamako

L'une des approches mises en œuvre dans plusieurs pays a été l'Initiative de Bamako, lancée en 1987 par les ministres africains de la santé rassemblés à la réunion de l'Organisation mondiale de la Santé à Bamako (Mali). Cette stratégie consistait à élargir l'accès aux soins de santé primaires et à répondre aux besoins de base des communautés d'Afrique subsaharienne en fournissant un ensemble minimum d'activités dans les centres de santé. L'accent était mis en priorité sur l'accès aux médicaments et sur un contact régulier entre les fournisseurs de soins et les communautés. (*Voir Encadré, page 36, pour des détails supplémentaires sur l'Initiative de Bamako*.)

Intégration

L'importance accordée à l'intégration des services essentiels par l'Initiative

Journées nationales de vaccination et journées de la santé de l'enfant

Les Journées nationales de vaccination (JNV) ont d'abord été des campagnes massives d'un jour lancées pour lutter contre la poliomyélite dans le monde en développement. Les JNV, qui sont encore organisées dans de nombreux pays, sont des initiatives d'appoint qui ne remplacent pas la vaccination systématique. Elles visaient à l'origine à prévenir la propagation de la polio en immunisant tous les enfants de moins de cinq ans, sans tenir compte des vaccins qu'ils avaient reçus auparavant.

L'idée de réserver une journée à des interventions massives en faveur de la santé de l'enfant n'est pas nouvelle. Des journées d'essai réussies ont eu lieu dans les années 1980 au Burkina Faso, en Colombie et en Turquie. Plus récemment, des conflits civils ont marqué une pause pour ménager des journées de tranquillité pendant lesquelles les enfants pouvaient se faire vacciner en toute sécurité en Angola, en Sierra Leone et en Somalie. La vaccination massive permet de faire des économies d'échelle car des professionnels qualifiés peuvent superviser des équipes de volontaires, notamment pour administrer le vaccin oral anti-polio, qui ne requiert ni aiguille, ni seringue.

Les journées de la santé de l'enfant ont étendu le rayon des interventions au-delà de la vaccination contre la polio pour fournir des suppléments de vitamine A, et au Zimbabwe, des moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que d'autres vaccins. Le Népal et le Nigéria sont au nombre des pays qui organisent des activités similaires.

Le programme national de vitamine A mis en œuvre au Népal mérite une attention particulière car il utilise un réseau existant d'agents de santé communautaires bénévoles qui distribuent les suppléments. Ce programme s'est avéré très rentable : on estime à entre 327 et 397 dollars le coût de chaque décès évité, alors que le gain sur le coût par année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) était d'environ 11 à 12 dollars. Il a été régulièrement élargi des 32 districts prioritaires à l'origine aux 75 autres districts du pays, en y associant de 8 à 10 districts par an sur une période de huit ans. L'expansion a mis à profit les Journées nationales de vaccination pour améliorer la couverture.

En regroupant plusieurs interventions en un lieu unique et à un moment spécifique, les journées de la santé de l'enfant sont efficaces à la fois pour les foyers et les fournisseurs de soins de santé. Des notions connexes, comme les semaines de la santé de l'enfant, donnent davantage d'occasions de faire profiter d'interventions essentielles un grand nombre d'enfants qui en sont habituellement exclus.

Voir Références, page 106.

de Bamako allait devenir le moteur des approches adoptées dans les années 1990. Ces approches intégrées cherchaient à combiner les mérites des soins sélectifs et des soins de santé primaires. Comme les approches sélectives, elles privilégiaient l'offre d'un ensemble de solutions de base d'un bon rapport coût-efficacité et fournies en temps voulu pour répondre à des problèmes de santé spécifiques; comme les soins de santé primaires, elles faisaient aussi une large place à la participation communautaire, à la collaboration intersectorielle et à l'intégration des soins au sein du système de santé général.

La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) offre un exemple de la place centrale accordée à l'intégration dans les années 1990. Élaboré en 1992 par l'UNICEF et l'OMS, et exécuté dans plus de 100 pays depuis, ce programme adopte une approche transversale de la prise en charge des cas de maladies infantiles. L'approche reconnaît que ces maladies ont en général plus d'une cause[15]. En fait, dans de nombreux cas, les enfants malades présentent des symptômes de maladie superposés, ce qui complique l'établissement d'un diagnostic unique, même dans les communautés qui disposent d'équipements médicaux de premier niveau, et encore plus dans celles qui sont bien moins pourvues.

Les stratégies de la PCIME comportent trois volets principaux, dont chacun doit être adapté à la situation du pays :

- *Améliorer la performance des agents de santé :* cela signifie qu'il faut former les agents de santé à évaluer les symptômes des maladies, à établir la cartographie correcte de la maladie, et à fournir le traitement adéquat aux enfants, en même temps que des informations aux soignants. Grâce à des directives adaptées à la situation sur place, les personnels de santé acquièrent des aptitudes à la gestion de cas de cinq principaux facteurs de mortalité infantile : les infections respiratoires aiguës, notamment la pneumonie; les maladies diarrhéiques; la rougeole; le paludisme; et la dénutrition.
- *Améliorer les systèmes de santé :* ce volet cherche à renforcer les systèmes de santé en vue d'une gestion efficace des maladies infantiles. Les mesures utilisées consistent à garantir la disponibilité des médicaments, à renforcer la supervision et à améliorer les aiguillages

Financement du secteur de la santé : approches sectorielles et Initiative en faveur des pays pauvres fortement endettés

Durant les années 1990, on s'est inquiété de la prédominance potentielle des approches verticales, qui tendent à créer et à utiliser des structures de gestion, de fonctionnement et de logistique séparées de celles du système de santé national pour lutter contre les maladies. Ces préoccupations ont contribué à l'élaboration d'un nouveau mode de financement de la santé : les approches sectorielles (SWAps). En vertu de ces approches, les principales contributions au financement du secteur de la santé soutiennent un plan unique qui définit la politique, la stratégie et les dépenses du secteur et qui a l'appui des responsables du gouvernement. Des approches communes de prestation des services de santé sont adoptées à l'échelle du secteur, et les procédures du gouvernement contrôlent de plus en plus les décaissements et la comptabilité.

Les approches sectorielles ont été créées à plusieurs fins : remédier aux limitations de l'assistance des donateurs liée à des projets spécifiques, s'assurer que les objectifs généraux de la réforme de la santé sont atteints, réduire les coûts de transaction pour les pays et établir entre donateurs et pays de véritables partenariats qui confèrent à chacun des droits et des responsabilités. Les SWAPs sont un processus dynamique plutôt qu'un but à atteindre, et elles varient considérablement d'un pays à l'autre. Elles ont favorisé le dialogue et la confiance, permis de définir plus précisément certaines priorités dans des secteurs clés et ont rapproché la politique de la mise en œuvre. Toutefois, elles présentent certains inconvénients : une trop grande attention aux détails des procédures de planification et de développement; la participation limitée de la société civile; une gestion insuffisante des performances; et la lenteur à réorienter les efforts de la coordination des donateurs au profit de l'amélioration des services et des résultats.

À la fin des années 1990, dans le contexte de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés lancée par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale, de nombreux pays à faible revenu ont élargi le champ de la réforme de leur système de santé et de son financement en adoptant des Documents stratégiques de réduction de la pauvreté (PRSP). Des cadres de dépenses à moyen terme, instruments pluriannuels de planification publique associés aux PRSP, sont utilisés pour établir les futurs budgets des services publics et pour évaluer les conséquences que les changements de politiques et les nouveaux programmes entraîneront en matière de ressources.

Voir Références, page 106

© UNICEF/HQ06-2720/Shehzad Noorani

Les approches de prestation des soins de santé primaires doivent être adaptées aux besoins et aux ressources de chaque pays et de chaque communauté. *Une infirmière prend la tension d'une femme enceinte au Bangladesh.*

et les systèmes d'informations sanitaires. Des guides de planification sont offerts aux responsables aux niveaux du district et du pays.

- *Améliorer les pratiques des communautés et des familles :* le dernier volet est souvent désigné Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance par la communauté (PCIME-C). Il se fonde sur les pratiques de base à utiliser à domicile par les familles et les communautés décrites dans l'encadré du Chapitre 3, page 47[16].

L'intégration de la prise en charge cherche à protéger les enfants et à leur offrir un traitement contre toutes les grandes maladies, et pas seulement contre une ou deux. Elle préconise aussi d'adapter des solutions curatives à la capacité et aux fonctions des systèmes de santé locaux, tout en encourageant la prévention et en sensibilisant les agents de santé et les soignants à l'importance des services essentiels. Le rôle des parents et autres dispensateurs de soins est essentiel pour déceler les symptômes des maladies courantes, emmener les enfants au centre de santé et prendre des mesures préventives, comme une alimentation adéquate et de bonnes pratiques d'hygiène.

La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance a fait l'objet de rigoureuses évaluations depuis sa mise en œuvre au milieu des années 1990. Plusieurs organismes – y compris l'OMS, l'UNICEF, le Ministère du développement international du Royaume-Uni (DFID) et l'Agency for International Development des États-Unis (USAID) – ont effectué des évaluations multi-pays au début des années 2000. En 2004 et 2005, l'UNICEF a aussi examiné sa composante communautaire et familiale (PCIME-C)[17]. Bien que les résultats initiaux aient été décevants, principalement en raison de l'exécution incomplète des trois grandes composantes de la PCIME, des résultats subséquents ont révélé que des progrès remarquables avaient été réalisés. Selon ces études, la PCIME a accru la qualité des soins de santé fournis dans des établissements de premier niveau, a motivé les agents de santé et les responsables, et a amélioré les performances des agents de santé. Et elle a été mise en œuvre à un coût égal ou inférieur à celui des services existants[18].

Les résultats positifs de la PCIME ont été observés dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Une étude portant sur les districts ruraux de la République-Unie de Tanzanie, par exemple, a montré que dans ceux qui avaient opté pour le renforcement de leur système de santé et la PCIME, les taux de mortalité infantile avaient baissé de 13 % par rapport aux districts de contrôle[19].

Les résultats d'enquêtes menées au Malawi, en Afrique du Sud, en République-Unie de Tanzanie et en Ouganda ont montré que la mise en œuvre à grande échelle de la stratégie PCIME-C peut améliorer sensiblement certaines pratiques familiales clés. On peut citer, par exemple, les démarches faites pour améliorer la nutrition et la survie des jeunes enfants, la prévention des maladies, les soins à la maison ou la recherche d'un traitement pour les enfants malades, et la création d'un environnement protecteur qui favorise la croissance et le développement des enfants[20].

Ce type de succès a incité les experts des politiques sanitaires à recommander l'élaboration de politiques nationales qui tiennent compte des priorités du pays et au sein desquelles les rôles de la PCIME et d'autres interventions en faveur de la santé de l'enfant sont bien définis, ainsi qu'à faire une analyse critique des limitations du système afin d'y remédier[21].

Après la parution dans *The Lancet* d'une série d'études sur la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants, des modèles de soins de santé intégrés ont été développés

Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles en Inde

Dans les années 1990, l'Inde a enregistré une nette réduction de ses taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Cette évolution ne s'est pas accompagnée d'une diminution des décès néonatals. En 2000, les décès néonatals comptaient pour près des deux tiers de tous les décès de nourrissons dans ce pays, et pour près de 45 % des décès d'enfants de moins de cinq ans. Près de la moitié des décès néonatals se produisent pendant la première semaine de la vie. Beaucoup pourraient être évités si les parents savaient reconnaître les signes de danger, adoptaient des pratiques d'alimentation adéquates ou avaient accès à des agents de santé qualifiés et à des soins fournis dans des établissements médicaux.

En 2000, le Gouvernement indien a adapté la stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) pour mettre davantage l'accent sur les soins aux nouveau-nés. La nouvelle approche, appelée Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (IMNCI), modifie la PCIME en cela qu'elle prévoit des mesures spécifiques pour favoriser la santé et la survie des nouveau-nés. Comme la PCIME, cette nouvelle approche repose sur trois piliers pour améliorer la prestation de services essentiels aux nouveau-nés, aux nourrissons et aux jeunes enfants : le renforcement des infrastructures des systèmes de santé, l'amélioration des compétences des agents de santé et la promotion de la participation communautaire – en insistant à chaque fois sur la place à donner à la santé et à la survie des nouveau-nés.

Concrètement, l'IMNCI consiste en trois visites à domicile dans les dix jours qui suivent la naissance pour encourager les parents à adopter les meilleures pratiques de soins du jeune enfant; à fournir des équipements spéciaux aux villages pour assurer le suivi des bébés qui avaient un poids insuffisant à la naissance; à renforcer les messages lors des réunions des associations féminines et à créer un lien entre le village et le foyer; et à évaluer dans les centres de santé locaux les enfants qui y ont été aiguillés.

La Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles fait partie du programme *Reproductive and Child Health II* lancé par le gouvernement. Ce programme met en œuvre une approche intégrée de la santé des femmes qui vise à offrir un continuum de soins de la naissance à l'âge adulte. Le coût supplémentaire du volet nouveau-nés, qui couvre principalement les visites à domicile, n'est que de 10 cents par enfant.

Voir Références, page 106.

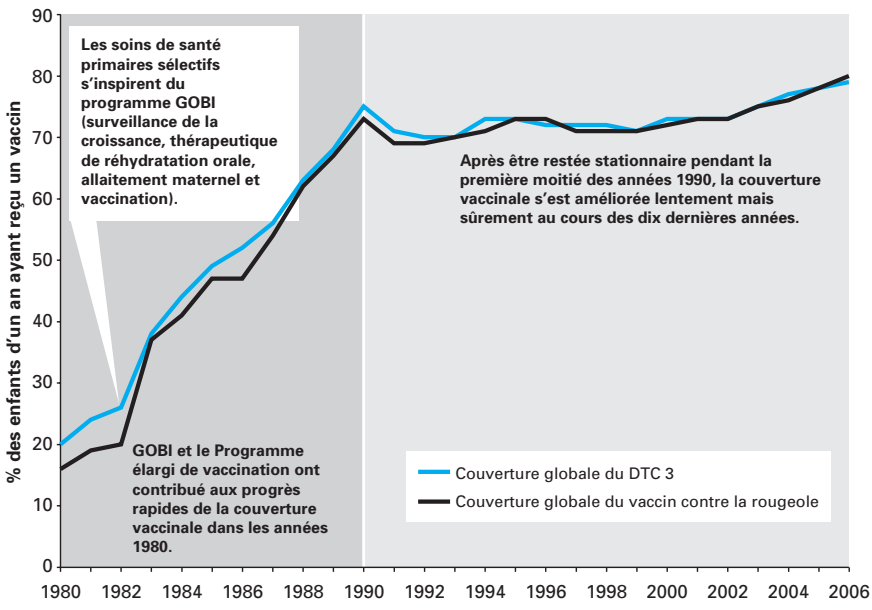
dans le contexte du continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (*voir Chapitre 1, page 17 pour des détails supplémentaires sur le continuum de soins et le partenariat*). En fait, la notion de continuum de soins élargit le rayon d'action de la PCIME pour y inclure la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né[22]. Cette nouvelle approche, appelée Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (IMNCI) a été testée avec succès et pleinement mise en œuvre en Inde (*voir Encadré ci-dessus)*.

Les Objectifs du Millénaire pour le développement et les approches fondées sur les résultats : 2000 et au-delà

En 2000, l'espérance de vie moyenne dans le monde était passée à 65 ans contre 47 ans au début des années 1950. Toutefois, de nombreux pays

Figure 2.2

Soins de santé primaires sélectifs et évolution des taux de vaccination depuis 1980



Source : données fournies par la Section d'information stratégique, Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

L'Initiative de Bamako

L'Initiative de Bamako, parrainée par l'UNICEF et l'OMS et adoptée par les ministres africains de la santé en 1987, est née de la constatation selon laquelle, bien qu'ils aient en principe accepté la conception générale des soins de santé primaires, de nombreux pays – notamment en Afrique subsaharienne – n'avaient, à la fin des années 1980, ni les ressources ni les moyens pratiques nécessaires pour les mettre en œuvre. De nombreux établissements de santé ne disposaient pas des ressources et du matériel qui leur aurait permis de fonctionner efficacement, tant et si bien que le personnel prescrivait des médicaments qui devaient être achetés à des détaillants privés, travaillant souvent sans licence et sans supervision, et que de nombreux patients ne faisaient plus confiance à ces établissements publics inefficaces et insuffisamment financés. Cette situation menaçait de réduire à néant les acquis des années 1980. Les principales difficultés consistaient à convaincre les donateurs de faire de nouveaux investissements, à arrêter la réduction des budgets du secteur social en général et du secteur de la santé en particulier à augmenter ces budgets, et à ramener dans le système public l'argent dépensé dans les secteurs privés et informels.

L'Initiative de Bamako visait à élargir l'accès aux soins de santé primaires en améliorant la qualité, l'efficacité, la viabilité financière et l'équité des services de santé. Les établissements qui y participaient ont mis en place un ensemble minimum d'activités pour répondre aux besoins sanitaires de base des communautés, en privilégiant l'accès aux médicaments et un contact régulier entre les prestataires de soins et les communautés. Partant du principe que les communautés devraient directement participer à la gestion et au financement des stocks de médicaments essentiels, des comités de village se sont impliqués à toutes les étapes de la gestion des établissements de soins, ce qui a eu des résultats positifs pour la santé des enfants, notamment en Afrique de l'Ouest.

En demandant aux communautés de financer les soins, l'objectif était de récupérer une partie de l'argent que les foyers dépensaient déjà dans le secteur informel et de le combiner avec les fonds du gouvernement et des donateurs pour redynamiser les services de santé et en améliorer la qualité. Le prix des interventions les plus utiles était inférieur à celui pratiqué dans le secteur privé, et subventionné par des marges de bénéfice et des co-paiements plus importants sur des interventions moins prioritaires. La vaccination et la thérapeutique de réhydratation orale étaient fournies gratuitement. Des critères locaux d'exonération pour les personnes pauvres ont été fixés par les communautés.

Bien que les pays aient suivi différentes voies pour appliquer l'Initiative de Bamako, dans la pratique, l'objectif central était le même : offrir un forfait de base de services intégrés dans des centres de santé redynamisés qui faisaient payer les usagers et géraient leur budget avec la communauté. Plusieurs structures de soutien communes ont été organisées autour de ce programme de base, notamment l'approvisionnement en médicaments essentiels, la formation et la supervision, et la surveillance.

Le « passage à l'échelle » a été une étape importante du processus de mise en œuvre. Le rythme de l'expansion variait en fonction des ressources disponibles dans le pays et à l'extérieur, des capacités locales, de la nécessité de travailler assez vite pour s'adapter aux besoins croissants des communautés et des pressions exercées par les gouvernements et les donateurs. La plupart des pays subsahariens qui avaient adopté l'Initiative de Bamako ont effectué leur passage à l'échelle en plusieurs phases, et plusieurs d'entre eux – plus spécifiquement le Bénin, le Mali et le Rwanda – ont obtenu de bons résultats.

En substance, la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako a été un processus politique qui appelait une modification des schémas de l'autorité et du pouvoir existants. La participation des communautés à la gestion et au contrôle des ressources des établissements de santé a été le principal mécanisme qui garantissait la transparence des services de santé publics vis-à-vis des personnes qui les utilisaient. Des comités sanitaires représentant les communautés ont pu organiser des sessions de surveillance pendant lesquelles les cibles de couverture, les intrants et les dépenses étaient fixés, examinés, analysés et comparés. On estime que l'initiative a amélioré l'accès, la disponibilité, la viabilité financière et l'utilisation des services de santé dans de vastes régions d'Afrique, qu'elle a durablement étendu la couverture vaccinale, et qu'elle a favorisé un recours accru aux services chez les enfants et les femmes du cinquième le plus pauvre de la population.

L'Initiative de Bamako comportait toutefois certaines limitations. La quote-part dont devaient s'acquitter les foyers pauvres et le principe du recouvrement des coûts ont soulevé de vives critiques, et bien que beaucoup de pays africains aient adopté cette approche, le passage à l'échelle n'a pu être réalisé que dans un petit nombre d'entre eux. Même dans les pays où l'on considère que l'Initiative a réussi, le prix à payer constituait toujours un obstacle pour les pauvres au début des années 2000, et une forte proportion d'entre eux n'avaient pas recours aux services de santé essentiels, malgré les exonérations et les subventions dont ils bénéficiaient. Les difficultés auxquelles le Bénin, la Guinée et le Mali sont toujours confrontés, comme d'autres pays africains qui ont adhéré à l'Initiative, consistent à protéger les plus pauvres et à s'assurer que le coût n'empêche pas les communautés pauvres et marginalisées d'avoir accès aux services essentiels de soins de santé primaires.

Voir Références, page 106.

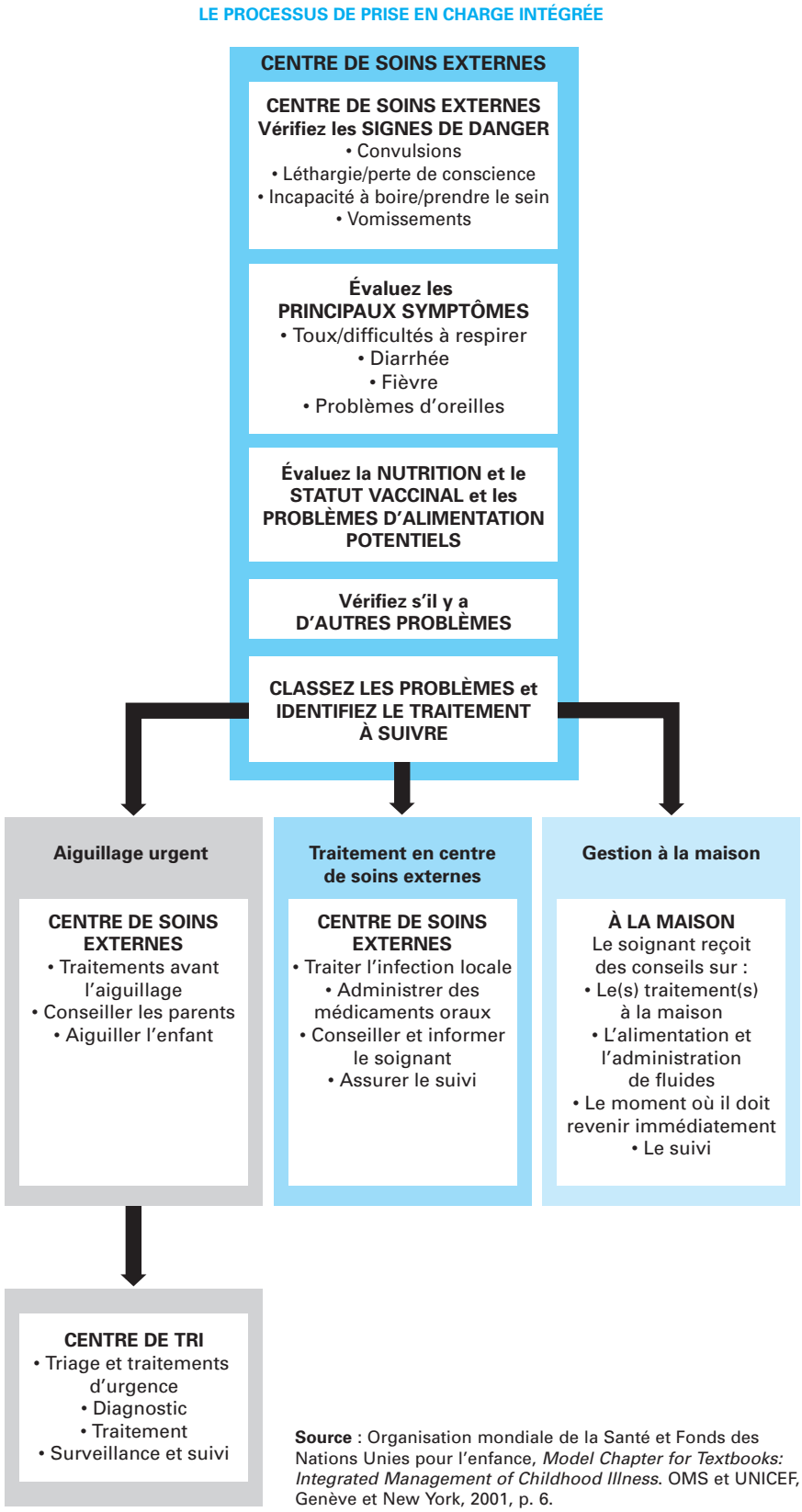
n'avaient pas profité des progrès de santé qui avaient contribué à cet allongement de la longévité, et la pandémie de SIDA menaçait d'inverser les acquis dans les zones de forte prévalence. Pour y remédier, trois objectifs liés à la santé figuraient au nombre des huit Objectifs du Millénaire pour le développement adoptés par 189 pays en 2000, et dont la réalisation a été fixée à l'horizon 2015 (*Voir Figure 1.9, page 9, pour la liste complète des OMD liés à la santé et des indicateurs associés*.)

Comme il est expliqué au Chapitre 1, la réalisation des OMD liés à la santé n'a pas progressé aussi vite que leurs architectes l'avaient espéré. Il est à craindre que, faute d'un effort concerté et durable pour élargir l'accès aux interventions essentielles aux millions de mères et d'enfants qui en sont actuellement privés, de nombreux pays rateront largement leurs cibles, notamment en Afrique subsaharienne.

Ces dernières années, plusieurs réunions de haut niveau ont eu lieu pour déterminer ce qui permettrait d'atteindre les OMD, explorer les meilleures pratiques, s'engager à obtenir des résultats mesurables au niveau des pays, et pour soutenir les ajustements institutionnels pertinents nécessaires aux niveaux national, régional ou mondial. Les participants se sont particulièrement inquiétés du rythme des progrès réalisés en Afrique subsaharienne, région qui enregistre les plus forts taux de mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants, et qui avance le moins vite dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Au rythme actuel, la plupart des 46 pays d'Afrique subsaharienne – ainsi que le Soudan – n'atteindront pas la plupart des OMD. Les projections établies à ce jour indiquent que le taux de pauvreté de l'Afrique subsaharienne, mesuré par le

Figure 2.3

PCIME en centre de soins externes, en centre de tri de premier niveau et à la maison pour les enfants malades de deux mois à cinq ans



Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Model Chapter for Textbooks: Integrated Management of Childhood Illness*. OMS et UNICEF, Genève et New York, 2001, p. 6.

pourcentage de la population vivant avec moins d'un dollar par jour, atteindra presque 40 % en 2015. Dans certains pays, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont stagné ou se sont même dégradés, et les décès pédiatriques dus au SIDA continuent d'augmenter[23].

Malgré ces perspectives plutôt sombres, l'expérience d'autres pays, dont les approches ciblées ont réussi à faire reculer notablement les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans[24] nous donnent des raisons d'espérer. Au cours des années récentes, plusieurs examens très complets d'interventions en faveur de la survie de l'enfant et ayant fait leurs preuves ont réaffirmé que des mesures de faible coût qui existent déjà peuvent réduire des deux tiers le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans, et de plus de moitié celui des nouveau-nés[25].

Approches diagonales : la méthode mexicaine

Selon l'un de ses principaux adeptes, Jaime Sepulveda, membre de l'Institut national de la santé du Mexique, l'approche diagonale est le « lancement à grande échelle d'un ensemble d'interventions proactives, axées sur l'offre et d'un bon rapport coût-efficacité qui font le lien entre les cliniques et la maison ».

Les interventions verticales sont souvent le point de départ d'approches diagonales, à condition que celles-ci soient élargies au fil du temps avec l'aide des établissements existants et du personnel travaillant sur le terrain. L'approche diagonale souligne l'importance de l'intégration et de la coordination entre les interventions verticales, les initiatives basées sur la communauté et les centres de soins ou les services de vulgarisation. Elle répond à un certain nombre de problèmes clés en fixant des priorités d'intervention spécifiques, y compris la fourniture de médicaments, la planification des équipements, le financement, le développement des ressources humaines, l'assurance de la qualité et une prescription rationnelle de médicaments.

Pendant 25 ans, de 1980 à 2005, le Mexique a mis en œuvre plusieurs programmes verticaux efficaces qui ont été élargis par la suite. Ces programmes ciblaient les maladies diarrhéiques (programme de distribution de sels de réhydratation orale et initiative Eau propre); les maladies évitables par un vaccin (journées nationales de vaccination, campagnes de vaccination contre la rougeole, Programme de vaccination universelle, semaines nationales de la santé); la distribution de suppléments de vitamine A et thérapie anthelminthique (semaines nationales de la santé).

PROGRESA – un programme d'allocations familiales conditionnelles destiné aux foyers les plus pauvres du pays – a offert des incitations financières pour encourager de meilleures pratiques sanitaires et nutritionnelles, ainsi que le maintien des enfants à l'école. Pour toucher cet argent, les bénéficiaires doivent se rendre régulièrement dans les cliniques qui fournissent des services essentiels de santé et de nutrition. Des suppléments alimentaires sont distribués à tous les enfants de 6 à 23 mois et aux enfants de 2 à 4 ans souffrant d'insuffisance pondérale dans les foyers ciblés. Ce programme a été crédité d'un fort impact positif sur le statut nutritionnel des enfants.

Un ensemble de prestations plus complet couvrant le continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants a été introduit en 2001, lorsque le Ministre de la santé a lancé le programme *Arranque Parejo en la Vida* (Départ sur un pied d'égalité dans la vie). Cette initiative promeut la participation sociale et communautaire, renforce et élargit les soins prénatals et néonatals, et prévoit la distribution de suppléments d'acide folique aux femmes, entre autres. Elle a atteint un niveau élevé de couverture. Grâce à Seguro Popular, une assurance de santé publique, les mères et les enfants ont pu bénéficier des soins de santé.

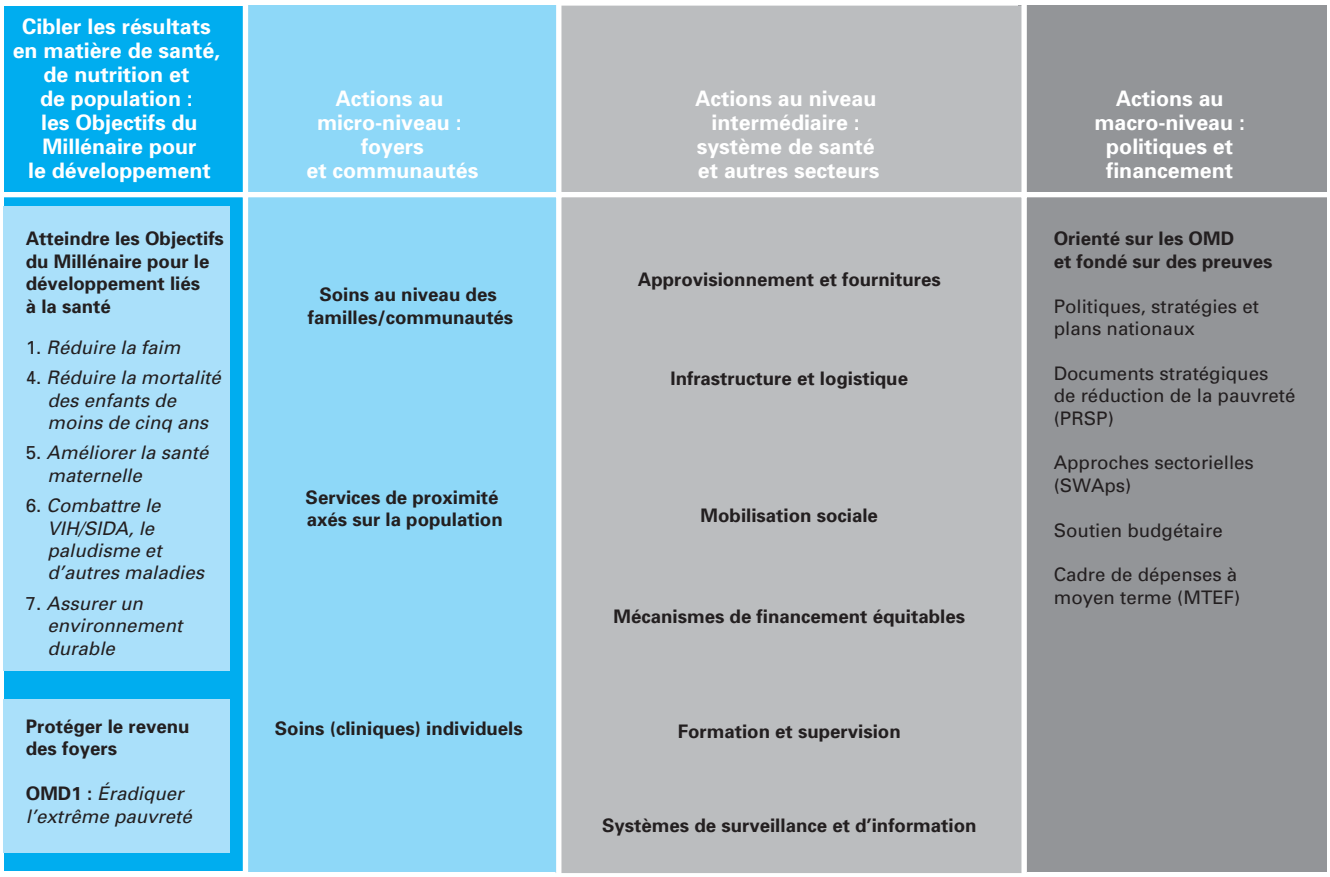
Cette nouvelle approche diagonale est en partie issue des recherches effectuées sur le système de santé du Mexique et sur son développement au cours des 25 dernières années. Contrairement à d'autres approches, sa genèse semble s'être élaborée à partir de solutions pratiques face à la complexité croissante du profil des maladies et à la pression que subissait le pays pour mettre en place des interventions et des systèmes offrant des services de qualité, d'un coût abordable, et accessibles aux populations les plus pauvres et les plus marginalisées.

La mise en œuvre de cette approche a permis au Mexique d'être l'un de sept pays seulement en bonne voie d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, parmi les 60 nations choisies en 2005 pour évaluer les progrès en faveur de la survie de l'enfant dans le cadre du Compte à rebours jusqu'en 2015. L'approche diagonale est désormais officialisée et défendue par l'ancien Ministre de la santé du Mexique, Julio Frenk, qui pense qu'elle devrait être intégrée au sein d'une politique sanitaire plus générale. L'approche diagonale vise à éliminer les dichotomies entre approches horizontales et verticales, politiques intersectorielles et sectorielles, et initiatives nationales et internationales en offrant une « troisième voie » qui permettra de lancer des interventions efficaces pour soutenir le développement des systèmes de santé.

Voir Références, page 106.

Figure 2.4

Cadre conceptuel pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé



En outre, de 88 à 98 % des décès de mères sont évitables[26].

Vers un cadre unifié pour garantir des résultats pour les mères, les nouveau-nés et les enfants

Ces dernières années, les gouvernements et les partenaires de développement ont renouvelé leur engagement à atteindre les OMD liés à la santé et à veiller à ce que cette détermination renouvelée se traduise effectivement en stratégies régionales collectives ou coordonnées. Parallèlement, les spécialistes de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants ont convenu de reconnaître plusieurs principes stratégiques inspirés des leçons du siècle précédent. Ces principes comportent trois éléments, à savoir :

Revenir aux principes des soins de santé primaires qui mettent l'accent sur l'importance cruciale du partenariat entre les familles et les communautés pour assurer la survie, la croissance et le développement des enfants[27]. Cela a suscité un regain d'intérêt pour un autre principe des soins de santé primaires, selon lequel les partenariats communautaires doivent aider les familles à améliorer les pratiques de soins des enfants à la maison et à tenir les systèmes de santé responsables de la prestation de services abordables et de bonne qualité. (Le Chapitre 3 examine les partenariats communautaires qui soutiennent la santé des mères, nouveau-nés et enfants et les pratiques de soins aux familles).

Adopter l'approche du « développement des systèmes de santé pour obtenir des résultats » qui combine les mérites des approches sélectives/ verticales et globales/ horizontales. Cette nouvelle approche a été choisie pour guider le passage à plus vaste échelle d'une série d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité et leur intégration dans un continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Elle privilégie l'expansion d'interventions à fort impact et éprouvées dans les domaines de la santé, de la nutrition, du VIH et du SIDA, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, et s'efforce d'éliminer les goulots d'étranglement qui gênent la

Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant en Afrique de l'Ouest

En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) lancée par les gouvernements en coopération avec l'UNICEF, offre un exemple plus récent de l'approche intégrée des soins de santé primaires. Elle vise à réduire les taux de mortalité infantile (moins d'un an), des enfants de moins de cinq ans et des mères. Ce programme est né lorsque l'Agence canadienne de développement international (ACDI) a demandé à l'UNICEF d'élaborer un projet novateur susceptible de faire reculer la mortalité de l'enfant. Il a démarré en 2002 dans quatre pays, couvrant 16 districts et 3 millions de personnes. Depuis, la SASDE s'est rapidement étendue, et en 2004, elle ciblait plus de 16 millions de personnes dans 11 districts de pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale où les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans étaient particulièrement élevés. La SASDE privilégie trois stratégies de prestation de soins pour élargir la couverture des femmes et des enfants :

- La promotion dans les communautés d'un ensemble de pratiques sanitaires et nutritionnelles familiales, en faisant surtout appel à des bénévoles.
- Des activités de mobilisation et des campagnes destinées à fournir des services et des produits essentiels, comme la vaccination, de la vitamine A, des traitements anthelminthiques et certains services prénatals.
- La prestation en centres de santé d'un forfait minimum de soins intégrés regroupant toutes les interventions prioritaires choisies.

Ces interventions prioritaires sont aussi organisées en fonction de trois domaines d'activité qui s'appuient sur les programmes et les approches existants :

- Le programme Soins prénatals plus, qui offre des traitements préventifs intermittents du paludisme durant la grossesse, des suppléments de fer et d'acide folique, un vaccin anti-tétanique et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Le Programme élargi de vaccination plus (PEV+), qui comprend la vaccination, la distribution de suppléments de vitamine A et de vermifuges.
- La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance plus (PCIME+), qui couvre la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la thérapeutique de réhydratation orale, les médicaments antipaludéens, l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation d'appoint.

Ce cadre de prestations et d'interventions « trois par trois » est soutenu par des stratégies transversales qui visent à atténuer des obstacles comportementaux, institutionnels et environnementaux. Ces stratégies sont, entre autres :

- Le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication en faveur des changements de comportement.
- Une approche fondée sur les résultats pour fournir des services au niveau des communautés.
- Une surveillance et une planification au micro-niveau basés sur le district.
- Une formation intégrée.
- Des systèmes d'approvisionnement améliorés.

La Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant adopte un cadre intégrant qui s'appuie sur les interventions déjà menées avec des partenaires internationaux et locaux. Elle privilégie surtout l'intégration de ce cadre au sein des politiques et des programmes nationaux, par exemple, les approches sectorielles en matière de santé, les stratégies de réduction de la pauvreté et les cadres de dépenses à moyen terme correspondants, les financements généraux et l'aide budgétaire. Elle souligne aussi la nécessité de renforcer les compétences aux niveaux régional, des districts et des communautés.

La SASDE a une composante communautaire forte et est considérée comme un programme « centré sur le comportement » du fait que la plupart de ses interventions – distribuer des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les communautés où la paludisme est endémique, améliorer les soins aux enfants malades et aux nouveau-nés, et encourager l'allaitement maternel et une alimentation d'appoint – favorisent les changements de comportement. Ce programme comprend aussi des campagnes de mobilisation active et des stratégies mobiles, essentielles pour atteindre les zones les plus isolées.

Selon les données préliminaires recueillies par les équipes sanitaires de district du Ghana, cette approche intégrée qui regroupe la vaccination, l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et les soins prénatals, a aussi un impact positif sur la couverture de la vaccination systématique. Des moustiquaires imprégnées d'insecticide dont le coût est subventionné sont distribuées en même temps que les vaccins.

Voir Références, page 106.

prestation et l'utilisation des soins à l'échelle du système. Si elles sont élargies conjointement et appliquées à grande échelle, ces interventions devraient produire un impact double et synergétique qui se répercutera non seulement sur la survie de l'enfant, mais aussi sur la croissance et le développement des enfants.

Cette approche bat en brèche la dichotomie qui oppose de longue date les approches verticales qui donnent des résultats et les approches intégrées qui renforcent les systèmes, et propose de se servir des deux à la fois en adaptant les systèmes de santé pour obtenir des résultats. Elle reconnaît aussi que la survie de l'enfant, sa croissance et son développement ont plus de chances de s'améliorer de façon durable si des mesures préventives sont en place pour les futures mamans (c'est-à-dire les adolescentes et les jeunes femmes) avant la naissance de leurs enfants et si celles-ci ont accès à un continuum de soins dans le cadre d'une approche intégrée et évolutive de la santé de la procréation, et de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. (Le Chapitre 4 explique en détail le passage à plus grande échelle de ces stratégies.)

Améliorer les méthodes de travail aux niveaux national et international en privilégiant la coordination, l'harmonisation et les résultats. La communauté mondiale doit adopter de nouvelles façons de travailler pour aider les pays à effectuer le passage à l'échelle des approches diagonales en matière de soins de santé primaires. L'harmonisation de la multitude d'initiatives et de partenariats pour la santé dans le monde, et de l'aide des donateurs en faveur des OMD liés à la santé, est la condition obligatoire d'une conception unifiée. D'autres conditions sont, entre autres :

© UNICEF/HQ05-2059/Donna DeCesare

Les jeunes enfants ont besoin d'une nutrition adéquate pour commencer leur vie en bonne santé. *Un repas pris ensemble, au Honduras.*

- Mieux aider les pays en développement à formuler des plans nationaux et des cadres de politiques et budgétaires pour atteindre les OMD liés à la santé.
- Demander aux donateurs de soutenir les priorités et les plans des pays, et d'affecter des financements prévisibles à long terme à la réalisation des OMD liés à la santé.
- Renforcer les systèmes de santé et d'autres secteurs pour obtenir des résultats contribuant aux OMD.
- Dans le cadre de l'harmonisation des Nations Unies, améliorer l'efficacité et la qualité de l'aide multilatérale en créant un sentiment d'urgence collectif et mondial à l'égard des OMD liés à la santé.
- Modifier le mode de fonctionnement des institutions de manière à atteindre les OMD; élaborer une approche plus systématique et plus solide de la gestion des connaissances et de l'apprentissage.
- Saisir l'occasion offerte par le regain d'intérêt suscité par les résultats obtenus dans le domaine de la santé.
- Reconnaître que le rôle joué par la société civile et le secteur privé sera essentiel pour réussir. (Le Chapitre 5 aborde cette nouvelle façon de travailler.)

La Figure 2.4 illustre la complémentarité de ces nouveaux principes stratégiques pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement qui ont trait à la santé. Elle montre clairement que bien que les OMD soient principalement définis au niveau des foyers et des communautés, les familles et les communautés devront avoir l'appui des systèmes de santé et d'autres secteurs pour qu'ils soient atteints. Des politiques et des financements aux niveaux mondial et national sont nécessaires pour permettre aux systèmes de santé et à d'autres secteurs de soutenir les familles et les communautés et d'assurer la transparence pour obtenir des résultats[28].

Le VIH et le SIDA en Afrique et leur impact sur les femmes et les enfants

Elizabeth N. Mataka, envoyée spéciale du Secrétaire général des Nations Unies pour le VIH et le SIDA en Afrique

Il est décourageant de constater que près de la moitié de tous les adultes qui vivent avec le VIH dans le monde sont des femmes. Rien qu'en Afrique subsaharienne, sur les 23 millions d'adultes de 15 à 49 ans contaminés par le VIH, 13,1 millions, soit 57 %, sont des femmes. En Zambie, par exemple, les femmes et les filles sont extrêmement vulnérables au VIH et au SIDA, et les femmes de 15 à 24 ans courent trois fois plus de risques d'être infectées que les hommes du même groupe d'âge. Le tribut que les femmes payent au VIH, notamment en Afrique, a été largement sous-estimé. Les enfants ont aussi subi de plein fouet les effets du SIDA, et son impact est dévastateur. On estime qu'à la fin de 2006, 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH.

Beaucoup d'enfants continuent de perdre leurs parents à cause du SIDA, et le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables augmente rapidement : on projette qu'en 2010, 15,7 millions d'enfants seront orphelins du SIDA rien qu'en Afrique subsaharienne. Les enfants souffrent longtemps avant la mort de leurs parents, les filles en particulier, qui peuvent être retirées de l'école pour s'occuper des membres de la famille tombés malades, notamment la mère. Faute d'être soutenus, les enfants sont privés de toute possibilité de s'instruire et de se développer au mieux de leurs capacités. Après le décès des parents, ils doivent aller vivre ailleurs – perdant ainsi leurs amis et quittant les lieux dans lesquels ils étaient à l'aise. On ne connaît pas véritablement les traumatismes dont souffrent ces enfants parce que les services de conseil aux enfants ne sont pas développés en Afrique. Je suppose que l'on s'est surtout attaché à répondre à leurs besoins physiques et visibles, en négligeant des besoins psychologiques plus complexes et plus difficiles à combler.

Les enfants ne peuvent plus dépendre du soutien traditionnellement garanti par le système de la famille élargie, qui prenait en charge les personnes âgées, les orphelins et les parents vulnérables et démunis. Ce mécanisme d'adaptation n'est plus suffisant pour faire face à la pauvreté et au nombre impressionnant d'enfants dont il faut s'occuper, car le SIDA frappe les membres les plus productifs de la famille, à l'apogée de leur vie productive et procréatrice. Par conséquent, les enfants doivent parfois aller vivre dans des foyers qui n'ont pas les moyens de les prendre en charge, et au sein desquels ils ne sont pas vraiment les bienvenus. Certains deviennent sans abris et sont contraints de vivre dans les rues des grandes capitales africaines.

Tous les enfants ont besoin d'un toit au-dessus de leur tête, d'une nutrition adéquate, et de structures parentales et d'appui qui les aideront à grandir et leur redonneront espoir pour l'avenir. Sans l'éducation et la socialisation que procurent leurs parents et tuteurs, les enfants ne peuvent pas acquérir les compétences et les connaissances dont ils auront besoin pour devenir des membres productifs et à part entière de la société à l'âge adulte. A cause du VIH et du SIDA, une génération d'enfants a été élevée par les grands-parents qui, dans la plupart des cas, ont aussi besoin d'aide du seul fait de leur âge.

Les taux d'infection des femmes et des filles soulèvent de graves préoccupations, et lorsqu'on les combine à la charge de travail des femmes – qui s'occupent aussi des patients du SIDA, des orphelins du SIDA et de leurs propres familles – la situation devient intenable, en particulier en Afrique australe.

Les disparités en terme de statut socio-économique entre les hommes et les femmes ont un impact considérable sur la propagation du VIH, notamment chez les femmes et les filles. Les normes culturelles et les mariages précoces accroissent encore la vulnérabilité des jeunes filles à l'infection. Une communication insuffisante sur tout ce qui a trait à la sexualité limite leur capacité à négocier des pratiques sans risques et peut obliger les femmes à rester dans des relations dangereuses. En outre, des problèmes socio-économiques peuvent limiter l'accès des femmes aux conseils et aux traitements. Dans ce genre de situation, les femmes n'accèdent pas à la propriété, sont privées de ressources financières et dépendent pour vivre de leur mari, de leur père, de leurs frères ou de leurs fils. Sans ressources, les femmes peuvent être victimes de violence sexuelle, et la menace de cette violence réduit aussi leurs capacités à se protéger du VIH et du SIDA.

La crise est loin d'être résolue. Les gouvernements africains doivent s'engager à renforcer les initiatives qui améliorent les capacités des individus, et en particulier des femmes et des enfants, à se protéger. L'autonomisation des femmes doit cesser d'être abordée uniquement sous la rubrique générale de « l'égalité des sexes dans tous les aspects du développement ». L'autonomisation des femmes, comme le soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, doit être l'objet de programmes bien ciblés, définis dans le temps et bien financés qui obtiennent des résultats mesurables.

Il est impératif d'accroître le soutien aux initiatives « au-delà de la sensibilisation » qui mettent l'accent sur l'acquisition de compétences, et qui promeuvent les soins de santé basés sur la communauté, un mode de vie positif, l'égalité des sexes et l'accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements.

Les ramifications de la pandémie de SIDA sont multiples et ont un impact négatif sur tous les aspects du développement. Il reste beaucoup à faire en Afrique pour s'assurer que la riposte soit proportionnelle aux difficultés humaines et financières que posent le VIH et le SIDA. Nous avons besoin de programmes de prévention à long terme et durables, de soins et de soutien, et d'une affectation consistante, prévisible et durable de ressources. Il faut aussi donner aux femmes les moyens de se prendre en charge et faire évoluer les pratiques culturelles discriminatoires à leur égard. Des ripostes durables à long terme sont essentielles et ne pourront être mises en œuvre que si toutes les parties intéressées travaillent ensemble.

Le Partenariat pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants

Le Partenariat pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (PMNCH), lancé en septembre 2005, rassemble 180 communautés membres qui se sont regroupées pour faire reculer la mortalité et la morbidité. Le PMNCH est le produit d'une alliance entre trois grands partenariats en faveur de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants : le Partenariat pour la maternité sans risque et la santé du nouveau-né de l'OMS à Genève; le Healthy Newborn Partnership de l'organisation Save the Children USA; et le Partenariat pour la survie de l'enfant de l'UNICEF à New York.

Le partenariat est actif dans quatre domaines principaux :

- **Plaidoyer/Mobilisation**, sa mission centrale. Cela consiste à augmenter la visibilité de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants sur la scène politique et à exercer des pressions pour obtenir des ressources supplémentaires, financières et autres.
- Promotion et évaluation d'**interventions efficaces et éprouvées** pour le passage à plus grande échelle en s'efforçant de rendre l'accès aux soins plus équitable.
- **Soutien aux pays** pour faire figurer les soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants dans les plans nationaux de développement et d'investissement, renforcer les systèmes de santé et améliorer l'équité de la couverture.
- **Surveillance et évaluation** de la couverture des interventions prioritaires, progrès de réalisation des OMD 4 et 5, et équité de la couverture, pour responsabiliser les parties prenantes.

Les membres du PMNCH se divisent en six groupes cibles : les instituts académiques et de recherche, les professionnels de la santé, les institutions des Nations Unies, les organisations non gouvernementales, les donateurs et les fondations, et les gouvernements.

Le partenariat vise à mettre au moins la moitié des 60 pays concernés par le Compte à rebours pour la survie de l'enfant jusqu'en 2015 en bonne voie d'atteindre les OMD 4 et 5 d'ici à 2010. L'un des principes fondateurs de ses activités est de créer un continuum de soins pour que la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants soit traitée de manière intégrée, à la fois dans le temps (grossesse, accouchement, période suivant la naissance et petite enfance) et dans les lieux (maison, communauté et centres de santé).

Voir références, page 106.

Exploiter l'expérience acquise

Comme ce bref examen l'a montré, la santé publique est un domaine où l'apprentissage et l'évolution sont constants. Nous devons nous concentrer sur les stratégies qui ont fait leurs preuves pour faire reculer les principales causes de décès des enfants et, pour être efficaces, les interventions doivent être intégrées à un continuum de soins auquel participent les communautés et les foyers, ainsi que des centres de santé et des cliniques mobiles. Les systèmes de santé doivent être renforcés et élargis pour soutenir ces nouvelles initiatives, notamment les partenariats avec les communautés, et ils doivent bénéficier d'un encadrement et d'un engagement solides aux niveaux national et international. En outre, le grand nombre d'institutions qui œuvrent en faveur de la survie des mères et des enfants, de la santé et la nutrition doivent travailler ensemble de manière efficace.

L'un des principes fondateurs qui ressort de l'examen des approches adoptées au cours des soixante dernières années en matière de survie de l'enfant est qu'il n'y a pas d'intervention unique applicable à toutes les situations. L'organisation, l'offre et le choix des prestations de services de santé doivent être adaptés en fonction des limitations des ressources humaines et financières, de la conjoncture socio-économique, des capacités existantes du système de santé, et enfin, de l'urgence avec laquelle des résultats doivent être obtenus.

Le Chapitre 3, qui souligne la nécessité impérative de développer les systèmes de santé afin d'offrir un continuum de soins de qualité et qui met en avant les avantages des partenariats communautaires dans les pays où les capacités du système de santé sont faibles, montrera comment les connaissances acquises sont mises à profit. Les résultats sont souvent prometteurs et parfois impressionnants, mais nous pouvons faire plus – et nous avons encore beaucoup à apprendre – pour élargir ces approches afin d'atteindre les millions de mères, de nouveau-nés et d'enfants qui vivent ou meurent à l'heure actuelle sans avoir accès à des soins de santé de bonne qualité.

RÉSUMÉ

La réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé passe par le renforcement des systèmes de santé à tous les niveaux – services en établissement, programmes structurés de santé publique et partenariats communautaires. Des données de plus en plus nombreuses attestent que l'amélioration des pratiques sanitaires dans les communautés et dans les foyers, alliée à des possibilités d'aiguillage vers les services de santé appropriés, peut contribuer de façon décisive à faire reculer la mortalité des moins de 5 ans. Ainsi, les systèmes de santé intégrés et les soins de santé primaires reposant sur la collectivité occupent de nouveau une place privilégiée dans les politiques nationales et les partenariats et programmes internationaux de santé.

L'expérience a montré que la réussite des partenariats communautaires dépend de plusieurs facteurs communs : organisation et participation communautaires cohésives et ouvertes à tous; soutien et incitations pour les agents de santé communautaire; programmation dûment supervisée et soutenue; systèmes d'aiguillage efficaces pour les soins en établissement; coopération et coordination avec d'autres programmes et secteurs; garantie de financement; intégration dans des politiques et programmes régionaux et nationaux.

Au niveau national, le leadership et le sentiment d'appropriation des partenariats communautaires sont des éléments indispensables à leur viabilité et à leur expansion. Les gouvernements ont un rôle central à jouer dans la formulation et la mise en œuvre de politiques visant à réduire les obstacles aux soins de santé primaires, à améliorer la qualité et l'efficacité des prestataires de services et à renforcer la responsabilité du secteur public.

Les partenariats communautaires sont essentiels pour réduire la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans. *Réunion de sensibilisation au développement communautaire, Inde.*

La mise en place de politiques de santé efficaces et orientées vers les enfants et la création d'institutions solides liant les communautés aux systèmes de santé sont des étapes cruciales vers la réalisation des OMD concernant la santé. Ainsi, dans de nombreux pays, l'augmentation des dépenses de santé devra aller de pair avec une réelle amélioration du contexte politique pour parvenir à des progrès dignes de ce nom. Les donateurs devront, quant à eux, se rallier aux politiques et stratégies nationales pour améliorer la survie, la santé et l'alimentation maternelles et infantiles et ils devront, avec les gouvernements, investir suffisamment de ressources humaines et financières pour renforcer les partenariats communautaires et les développer à plus grande échelle.

3

Les partenariats communautaires dans les soins de santé primaires pour les mères, les nouveau-nés et les enfants

© UNICEF/HQ06-2052/Pablo Bartholomew

Le rôle et l'importance des partenariats communautaires

Lorsqu'un nourrisson ou un enfant tombe malade, c'est d'abord la famille, notamment les parents ou autres tuteurs, qui prodiguent les premiers soins. Les membres du foyer, généralement la mère, posent le premier diagnostic, évaluent la gravité de la maladie et son évolution probable, choisissent un traitement et les options de soins – y compris le traitement à domicile – se procurent et administrent les médicaments et autres remèdes. Ce sont les familles et les dispensateurs de soins qui décident s'il convient de faire appel à des soignants agréés pour les femmes enceintes ou les enfants malades, et qui choisissent les pratiques à adopter en matière d'alimentation et d'hygiène.

Donner aux communautés et aux ménages les moyens de participer aux soins de santé et à l'alimentation des mères, des nouveau-nés et des enfants est une façon logique d'améliorer les soins prodigués, en particulier dans les pays et les communautés où les soins de santé primaires essentiels et les services relatifs à l'environnement font défaut. L'importance primordiale de la pleine participation de la communauté aux soins de santé et à l'alimentation des individus et des familles a été établie il y a une trentaine d'années, en même temps que le mouvement qui devait engendrer le concept des soins de santé primaires complets, énoncé dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978[1]. On sait depuis longtemps que sans la participation des communautés, l'objectif des « soins de santé pour tous » reste très difficile à atteindre, en particulier dans les régions les plus marginalisées et les plus défavorisées[2].

Les avantages connus des partenariats communautaires font partie de l'apprentissage par l'expérience, nécessaire pour améliorer les soins de santé sur le long terme. La participation de la communauté est considérée comme un mécanisme permettant de réduire et, en fin de compte, d'éliminer les hiatus entre la connaissance, la politique et l'action, qui entravent les efforts tendant à la fois vers l'offre et la demande en matière de soins[3]. L'importance de la participation aux soins de santé, aux pratiques d'hygiène, à la nutrition, ainsi qu'aux services d'assainissement et d'alimentation en eau va au-delà des avantages immédiats que retirent les membres de la communauté lorsqu'ils s'engagent dans des activités susceptibles d'influer positivement sur leur santé. Cette participation est au cœur de toute approche du progrès humain fondée sur les droits. La participation est indispensable pour permettre aux individus de réaliser pleinement leurs capacités, d'exercer leurs droits de participer aux affaires publiques et communautaires, et de promouvoir l'équité, l'égalité et l'autonomisation – autant de conditions sine qua non du développement humain durable et de la réalisation des objectifs énoncés dans des textes tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Déclaration du Millénaire.

Une multiplicité de partenariats communautaires

La documentation sur la santé publique ne donne pas de définition universelle de la communauté, dont la définition est plus ou moins large selon le contexte. Intuitivement et dans la pratique, on entend souvent par « communauté » un groupe de personnes résidant dans une zone géographique particulière et ayant des intérêts, un patrimoine et des

© UNICEF/ HQ05-2186/Giacomo Pirozzi

Soutenir les femmes par l'information communautaire permet d'améliorer les soins maternels et infantiles. *Un centre de santé local dispense des conseils sur le VIH aux femmes enceintes, République démocratique du Congo.*

biens en commun. Il arrive aussi qu'un tel groupe soit privé, dans son ensemble, de ses droits à des services de santé de qualité, à une alimentation adéquate, à l'eau salubre et à des services d'assainissement de base[4].

À la lumière de cette définition large de communauté, les *partenariats communautaires* sont des approches et des stratégies qui visent à associer activement les membres de la communauté à leurs propres soins de santé et à leur bien-être, ainsi qu'à ceux de leurs enfants et autres personnes à charge.

Les partenariats communautaires dans le domaine des soins maternels, néonatals et infantiles se caractérisent par une très riche diversité. Certains d'entre eux sont d'ampleur limitée et ne concernent que quelques milliers, voire quelques centaines, de personnes; d'autres initiatives, comme le réseau brésilien des agents de santé communautaire ou le programme *Lady Health Workers* au Pakistan, englobent des milliers de travailleurs desservant des millions de femmes et d'enfants. Certains programmes mettent l'accent sur l'offre, par exemple les services prodigués par des agents de santé communautaire, et d'autres privilégient plutôt les initiatives orientées vers la demande, qui visent à ce que la société exige davantage de responsabilité et de résultats de la part du gouvernement. Certaines initiatives d'agents de santé communautaire reposent sur la participation volontaire et d'autres prévoient un paiement en nature, partiel ou en espèces. Certains programmes reposant sur la collectivité bénéficient d'un soutien national et sont intégrés dans des politiques sectorielles et dans le système de santé, tandis que d'autres ne sont encore que partiellement intégrés, voire pas du tout[5].

La multiplicité des programmes et des modes de participation communautaire aux soins de santé reflète, en partie du moins, la diversité des communautés. Chaque communauté a ses propres caractéristiques sociales, structures organisationnelles et liens avec d'autres groupes. Pour être efficaces, les programmes et les approches orientés vers les communautés doivent par conséquent s'adapter au contexte et aux besoins locaux, et être gérés par la communauté.

L'adaptation des stratégies aux contextes individuels est un processus complexe car les communautés, à l'instar des pays et des régions, sont souvent des entités hétérogènes. Il existe des différences marquées non seulement entre les communautés d'un pays ou d'une région donnée, mais très souvent aussi en leur sein même. Les membres d'une communauté peuvent partager un patrimoine et des intérêts communs, et subir des privations, une discrimination et une marginalisation similaires, mais ils n'ont pas tous les mêmes besoins, les mêmes préoccupations et les mêmes attentes en matière de santé. Les communautés comptent souvent des individus influents qui ont la capacité de favoriser ou, au contraire, d'entraver un programme de santé, selon leurs points de vue ou leurs intérêts.

Malgré ces variations, les informations et les observations disponibles permettent de définir des facteurs communs dans les stratégies axées sur la collectivité en matière de soins de santé et de nutrition. L'un des objectifs essentiels visés grâce aux programmes communautaires est l'amélioration des possibilités d'accès de la population locale aux services de santé et aux interventions médicales. De plus, on estime que ces programmes peuvent accélérer les progrès en matière de comportements, de pratiques de soins et de recours aux services de santé, et donner aux communautés et aux foyers les moyens d'exiger des services de qualité[6]. D'autres caractéristiques communes des stratégies communautaires relatives aux soins de santé et à la nutrition sont illustrées dans l'encadré de la page 48.

Les pratiques fondamentales des interventions de soins de santé axées sur la collectivité

Plusieurs organisations, au nombre desquelles l'UNICEF et l'OMS, sont convenues de 12 pratiques clés au niveau du foyer pour les nouveau-nés et les nourrissons, susceptibles d'améliorer la survie, la santé et la nutrition de l'enfant :

- ***Allaitement exclusif au sein :*** allaiter l'enfant exclusivement au sein jusqu'à 6 mois. (Les mères qui se révèlent séropositives doivent être conseillées sur les possibilités autres que l'allaitement maternel.)
- ***Alimentation complémentaire :*** à partir de l'âge de 6 mois environ, donner à l'enfant des aliments complémentaires fraîchement préparés, riches en éléments énergétiques et en nutriments, tout en poursuivant l'allaitement au sein au moins jusqu'à l'âge de deux ans, ce qui permettrait de réduire de plus de 10 % la mortalité associée aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires aiguës, telle la pneumonie, et d'accroître la résistance à la rougeole et à d'autres maladies.
- ***Micronutriments :*** en améliorant l'apport en vitamine A dans les communautés souffrant d'une carence à cet égard, soit par l'alimentation, soit par des compléments, on pourrait réduire de 20 % la mortalité des enfants âgés de 6 mois à 5 ans.
- ***Hygiène :*** le lavage des mains avec du savon (ou de la cendre) après la défécation et avant les repas et l'évacuation hygiénique des selles permettraient de réduire de 35 % l'incidence de la diarrhée.
- ***Vaccination :*** vacciner les enfants contre la rougeole avant l'âge de 1 an permettrait d'éviter chaque année la plupart des décès liés à cette maladie. Les dispensateurs de soins devraient faire bénéficier les enfants de la gamme complète des vaccins (vaccin contre le bacille de Calmette-Guérin; vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche; vaccin oral contre la poliomyélite; et vaccin contre la rougeole) avant leur premier anniversaire.
- ***Prévention du paludisme :*** dans les régions où le paludisme est endémique, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide permettrait de réduire jusqu'à 23 % les décès d'enfants associés à cette maladie.
- ***Développement psychosocial :*** favoriser le développement mental et social de l'enfant en répondant à ses besoins en matière de soins, ainsi que par la discussion, le jeu et un environnement stimulant.
- ***Alimentation et hydratation des enfants malades à domicile :*** continuer d'alimenter les enfants lorsqu'ils sont malades, notamment par l'allaitement maternel, et leur donner davantage de liquides.
- ***Traitement à domicile :*** donner aux enfants malades les traitements appropriés à domicile pour soigner les infections.
- ***Recours aux services de santé :*** savoir quand un enfant malade doit être traité en dehors de la maison, et faire appel au personnel soignant approprié.
- ***Bonnes pratiques :*** suivre les conseils de l'agent de santé relatifs au traitement, au suivi et au transfert.
- ***Soins prénatals :*** chaque femme enceinte devrait bénéficier de soins prénatals adéquats, comprenant au moins quatre visites prénatales auprès d'un prestataire de soins de santé qualifié et recevoir les doses recommandées du vaccin contre le tétanos. Elle doit aussi pouvoir compter sur l'appui de sa famille et de sa communauté pendant et après l'accouchement et la période de lactation.

Autres pratiques importantes pour protéger les enfants : prodiguer des soins de qualité aux enfants affectés par le VIH et le SIDA, notamment à ceux qui sont orphelins et vulnérables; prévenir les accidents, les maladies, les mauvais traitements et la négligence, et faire participer activement les pères aux soins aux enfants.

Nombre de ces pratiques peuvent être appliquées par les agents de santé communautaire ou les membres de la communauté eux-mêmes, à condition qu'ils soient dûment appuyés et aient accès aux produits et services nécessaires. La participation directe de la communauté est probablement celle qui convient le mieux pour les aspects des soins de santé et de la nutrition qui touchent le plus directement les intéressés dans leur vie de tous les jours jour, à savoir l'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants et autres pratiques de soins, l'eau et l'assainissement.

Voir Références, page 107.

Les facteurs de réussite des partenariats communautaires

Les stratégies communautaires qui réussissent ont plusieurs caractéristiques communes. En toutes circonstances, la mise en œuvre dépend du contexte local. Le fait de déterminer les facteurs de succès est non seulement une manière positive d'évaluer les programmes et d'apprendre par la pratique, mais aussi une solution nettement plus aisée que d'essayer de séparer des facteurs contextuels les éléments qui n'ont pas fonctionné dans un programme communautaire. En conséquence, si l'encadré de la page 48 présente un certain nombre de problèmes communs aux partenariats communautaires de soins de santé primaires, le présent chapitre vise avant tout à définir et à expliquer les principes communs des initiatives couronnées de succès.

Les principaux facteurs de réussite suggérés par les données et par l'expérience sont présentés ci-après et résumés plus bas.

- Organisation et participation communautaires cohésives englobant tous les membres de la communauté.
- Appui et incitations aux agents de santé communautaire.
- Encadrement adéquat des programmes.
- Systèmes d'orientation efficaces pour les soins en établissement.
- Coopération et coordination avec d'autres programmes et secteurs.
- Garantie de financement.
- Intégration des programmes communautaires dans les services au niveau du district et dans les politiques nationales.

Chacun de ces principes est résumé brièvement dans les pages suivantes.

Organisation et participation communautaires cohésives englobant tous les membres de la communauté

Une organisation cohésive et inclusive est un gage de réussite pour les partenariats communautaires. Les communautés fonctionnent selon des normes et des pratiques établies, souvent bien ancrées dans l'héritage social, religieux ou culturel. Les programmes respectant cet héritage se sont révélés être les initiatives communautaires les plus réussies en matière de soins de santé et d'alimentation. En Asie, par exemple, les initiatives à grande échelle introduites au Bangladesh (BRAC), en Inde (Jamkhed et autres), au Pakistan (Lady Health Workers) et dans d'autres pays ont été menées sous l'impulsion d'organisations locales – souvent

Aspects et défis communs des partenariats communautaires en matière de santé et de nutrition

But principal

- Réduire la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infantiles.

Objectifs

- Améliorer l'accès aux services préventifs et curatifs de base.
- Encourager les contacts directs et plus fréquents entre les agents de santé et les dispensateurs de soins, les mères et les enfants.
- Encourager des changements de comportement durables.
- Soutenir les pratiques de soins.
- Encourager la communauté à se mobiliser pour exiger des services de meilleure qualité et une plus grande responsabilité de la part du secteur public.

Caractéristiques essentielles

- Les activités liées aux soins de santé et à la nutrition se déroulent en dehors des établissements de santé officiels.
- Les agents de santé communautaire, qui travaillent souvent à titre bénévole ou à temps partiel, sont très souvent des acteurs clés de la prestation de services essentiels et de la promotion de meilleures pratiques de soins.
- La formation, l'appui et la supervision des agents de santé communautaire sont des caractéristiques communes de ces programmes.
- Il existe souvent dans le voisinage un centre de référence pour la prestation de services ou les visites à domicile.
- Une organisation communautaire appuie le programme et participe non seulement à son administration et à sa mise en œuvre, mais souvent aussi à sa conception et à son évaluation.
- D'autres aspects des soins de santé primaires – notamment les interventions dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'agriculture – font partie intégrante du programme.

Autres caractéristiques communes à certains partenariats communautaires

- Aiguillage vers les soins en établissement.
- Appui des agents de vulgarisation.
- Intégration des programmes dans le secteur de la santé au sens large.
- Intégration dans les politiques et programmes de développement nationaux.
- Mesures visant à créer un environnement porteur, par ex., initiatives d'égalité entre les sexes.

Obstacles communs aux partenariats communautaires

- Manque d'effectifs au niveau des agents de santé communautaire pour assurer des services de qualité.
- Coordination insuffisante des divers participants.
- Pénurie de fonds pour financer les activités reposant sur la collectivité.
- Approvisionnement irrégulier en médicaments et produits de base.
- Supervision et soutien insuffisants aux agents de santé communautaire.
- Pratiques de soins aux enfants solidement ancrées dans la tradition.
- Situation économique précaire des femmes.

Voir Références, page 107.

des associations féminines. Ces groupes ont tiré parti de structures déjà établies au sein des communautés et qui s'étendent à d'autres secteurs du développement, notamment à l'éducation, au crédit, et à la santé[7].

L'organisation ne suffit pas à elle seule pour créer un changement durable. Pour être réellement efficace et de portée universelle, la participation communautaire ne doit exclure personne sur le plan social. Sachant que la structure et la composition des communautés sont souvent hétérogènes, établir un partenariat communautaire qui est une source de cohésion sociale peut représenter un véritable défi. Des formes d'exclusion et de discrimination fondées sur le sexe, la religion, l'origine ethnique ou un handicap peuvent restreindre la portée des interventions. Il se peut aussi que les divisions entre les membres de la communauté remontent à des événements et à des circonstances plus récents, tels que les troubles civils et l'exclusion liée au VIH et au SIDA[8].

Même lorsque les communautés ont des organisations qui sont respectées et n'excluent personne sur le plan social, la participation de tous aux programmes n'est pas automatique. Les activités de sensibilisation et de communication sont indispensables pour permettre aux organisations communautaires d'exprimer leurs préférences et leurs besoins en matière de soins de santé, de nutrition, d'approvisionnement en eau et de services d'assainissement. Une fois qu'un programme a été lancé et mis en œuvre, les membres de la communauté doivent veiller à ce qu'il progresse dans le sens de leurs objectifs déclarés, individuels et collectifs. Il importe également d'évaluer régulièrement la pertinence des programmes au fil du temps[9].

Les programmes qui limitent la participation communautaire à la mise en

© UNICEF/HQ07-0463/Christine Nesbitt

Les chefs de village peuvent être des porte-drapeaux des interventions sanitaires essentielles au sein de leur communauté. *Un chef de district vaccine son propre fils contre la poliomyélite, au Nigéria.*

œuvre risquent de ne créer qu'un sentiment limité d'appropriation au niveau local, se traduisant par une participation temporaire et restreinte[10]. Autre élément important : les réunions périodiques des organisations communautaires contribuant aux programmes communautaires. Ces réunions sont une occasion de discuter des résultats et des données factuelles dans le cadre de la planification, du suivi et de l'évaluation.

Appui et incitations aux agents de santé communautaires

Les agents de santé de la communauté font partie intégrante des programmes communautaires, servant d'intermédiaires entre les professionnels de la santé et la collectivité, et aidant les communautés à définir et à satisfaire leurs propres besoins de santé.

Les agents de santé communautaires sont généralement les principaux vecteurs de soins, d'éducation et de conseils, notamment par le biais des visites à domicile. En outre, ils fréquentent les établissements de santé locaux, se procurent et fournissent des médicaments et autres produits essentiels, participent à des assemblées communautaires et assument leurs responsabilités quant à la gestion des programmes. Ils endossent souvent d'autres rôles consistant notamment à participer à des séances locales et régionales de formation et de synthèse, et à représenter la communauté dans les discussions avec d'autres communautés et avec le personnel de santé gouvernemental.

Parce qu'ils sont en contact avec des enfants vulnérables souvent privés d'accès aux services de santé de base, les agents de santé communautaires ont largement contribué à améliorer la survie des enfants dans plusieurs pays, par exemple l'Équateur, l'Éthiopie, la Colombie et le Népal. Les initiatives de passage à plus grande échelle menées avec succès dans le monde en développement confirment la capacité des agents de santé communautaires à offrir des services de santé équitables aux enfants qui vivent dans des zones reculées, et à

contribuer à combler les lacunes des services de santé officiels.

Les initiatives visant à élargir les programmes impliquant des agents de santé communautaires, étudiées plus en détail au Chapitre 4, peuvent se heurter à des obstacles et à des blocages. L'une des plus grandes difficultés consiste souvent simplement à conserver une structure et un nombre de participants suffisants. Les programmes existants, indépendamment de leur échelle, rencontrent des problèmes aux niveaux de la formation, de la supervision et des liens avec les communautés qu'ils prétendent desservir. Les taux d'attrition sont souvent élevés dans les programmes impliquant des agents de santé communautaires. Une étude a par exemple révélé des taux d'attrition de 30 % au bout de neuf mois au Sénégal et de 50 % au bout de deux ans au Nigéria. Des problèmes semblables ont été identifiés en Inde, au Sri Lanka et en République-Unie de Tanzanie[11].

Ce phénomène peut s'expliquer par différents facteurs. Les responsabilités d'un agent de santé communautaire exigent du temps et des ressources financières et entraînent parfois des coûts d'opportunité considérables. Les agents de santé communautaires, en particulier ceux qui travaillent bénévolement ou qui sont payés pour partie ou totalement en nature, ont souvent des obligations à remplir et ont besoin d'un revenu pour subvenir aux besoins de leur famille. Lorsque la tâche des agents de santé est trop prenante et exige trop de ressources, leur travail s'en ressent et ils risquent d'abandonner les partenariats communautaires.

La durabilité des programmes reposant sur les agents de santé communautaires passe par la mise en place d'un ensemble d'incitations suffisamment attrayantes pour les retenir. Ces incitations varient selon le contexte et les attributions de ce personnel au sein de la communauté. De quelque nature qu'elles soient, elles doivent se concentrer sur certaines priorités telles que la compensation des coûts d'opportunité; une supervision adé-

Inde : des partenariats communautaires pour lutter contre la dénutrition

L'enjeu

Malgré la vaste amélioration de l'économie nationale, la dénutrition demeure un problème en Inde. En 1999, l'Enquête nationale sur la santé des familles a révélé que 47 % des enfants de moins de trois ans souffraient d'une insuffisance pondérale – une prévalence moyenne plus élevée qu'en Afrique subsaharienne. Les données de la dernière série d'enquêtes en date, réalisée en 2006, ne font apparaître qu'un léger déclin, avec des niveaux de dénutrition de l'ordre de 45 % pour les enfants de moins de trois ans; dans plusieurs États indiens, notamment le Madhya Pradesh et le Bihar, les niveaux de dénutrition ont augmenté depuis l'enquête précédente. Cette prévalence élevée s'explique entre autres par la méconnaissance qu'ont les dispensateurs de soins des besoins alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants, par des infections fréquentes aggravées par un manque d'hygiène, par une forte pression démographique, par la médiocre condition sociale des femmes et des filles, et par les prestations insuffisantes des services sociaux.

Le Gouvernement indien compte beaucoup sur le Programme de développement intégré du jeune enfant (ICDS) pour lutter contre la malnutrition infantile. Lancé en 1975, ce programme propose aux mères de nourrissons et jeunes enfants des cours d'éducation sur la santé et la nutrition, ainsi que d'autres services tels que l'alimentation d'appoint, les soins de santé primaires et prénatals, la surveillance et la promotion de la croissance, l'enseignement préscolaire non institutionnalisé, la supplémentation en micronutriments et la vaccination. Ces services sont assurés par un réseau de quelque 700 000 agents *anganwadi* (soins aux enfants) des centres communautaires. L'efficacité de ce programme a toutefois été limitée par divers facteurs allant des compétences et des connaissances limitées des agents *anganwadi* à un manque de supervision, des vacances de postes et des imperfections dans la politique du programme, par exemple l'attention insuffisante accordée aux très jeunes enfants.

Stratégie et approche

L'UNICEF s'emploie avec le Gouvernement indien à accroître l'efficacité du Programme ICDS. Les interventions faites à cet égard consistent notamment à renforcer le système de gestion et de supervision; améliorer les connaissances et les compétences des agents *anganwadi*, notamment en les incitant à accorder plus de temps et d'attention aux nourrissons; accroître la participation communautaire par une analyse de la situation menée de concert avec les villageois, le but étant d'identifier des volontaires villageois et de leur proposer une formation de base en matière de soins aux jeunes enfants; et accroître le nombre de visites à domicile effectuées par les agents *anganwadi* et les volontaires afin d'améliorer le comportement des parents en matière de soins, ainsi que la couverture extérieure par les services de santé.

Résultats

La stratégie décrite ci-dessus a été appliquée dans six États, couvrant au moins 1 000 villages, soit plus d'un million de personnes par État. Environ trois ans après la mise en place des interventions, des études d'impact ont été effectuées dans plusieurs États, à l'aide d'enquêtes basées sur les ménages représentatifs, afin de comparer les villages d'intervention avec des villages témoins ayant les mêmes caractéristiques sociales, économiques et géographiques. Au Rajasthan, par exemple, il est ressorti que dans les villages d'intervention, l'adoption pré-

quate et un soutien des pairs; des possibilités de développement et d'épanouissement personnels; et un système de soutien solide au sein de la communauté[12].

Les incitations requises pour retenir et motiver les agents de santé communautaire ne sont pas nécessairement financières. Les résultats décevants des évaluations de la formation des agents de santé et de leur déploiement à grande échelle après Alma-Ata montrent bien qu'une bonne gestion des programmes et des stages de perfectionnement garantissent mieux l'efficacité des agents à long terme que la formation initiale. La participation et le soutien actifs des membres de la communauté sont des facteurs essentiels de réussite et de pérennité des programmes impliquant des agents de santé communautaire dans le monde entier. Aux Philippines, par exemple, les agents de santé travaillant au niveau du *barangay*, la plus petite entité politique du pays, sont devenus un véritable moteur de l'amélioration de la survie des enfants. Ce succès a été encouragé par le Barangay Health Workers' Benefits and Incentives Act de 1995, dont les dispositions portent entre autres sur les allocations de subsistance, l'épanouissement professionnel et des programmes spéciaux de formation, ainsi qu'un accès préférentiel aux prêts. De la même manière, un programme mis en place dans le Ceara, au Brésil, appliquant un système décentralisé qui permet aux agents de santé communautaires d'avoir un revenu mensuel confortable (deux fois plus élevé que la moyenne locale), a engendré des progrès considérable en matière de santé infantile, notamment une baisse de 32 % de la mortalité des enfants[13].

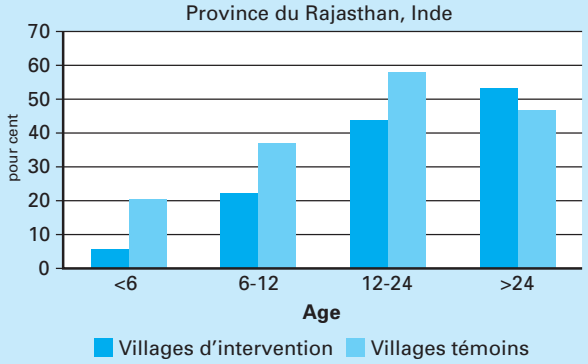
Encadrement adéquat des programmes

L'encadrement des partenariats communautaires axés sur les soins de santé primaires peut combattre le sentiment d'isolement des agents de santé communautaires et contribuer à maintenir leur intérêt et leur motivation, réduisant ainsi les risques de départ. La fonction de superviseur incombe souvent aux agents de santé qualifiés qui sont attachés ou étroitement liés à

coce de l'allaitement maternel était plus importante et la prévalence des retards de croissance largement plus faible que dans les villages témoins (*Voir Figure 3.1*). Au Bengale Occidental, l'adoption précoce de l'allaitement maternel (76 % dans les villages d'intervention contre 44 % dans les villages témoins), la supplémentation en vitamine A (50 % contre 33 %) et les taux de vaccination (89 % contre 71 % pour la rougeole) étaient plus élevés dans les villages d'intervention que dans les villages témoins, et les taux de malnutrition plus faibles (27 % de retards de croissance contre 32 %). Le coût de ces interventions « supplémentaires » est modeste : 150 à 200 dollars par village et par année, ce qui représente 9 à 10 % du coût permanent payé par le Gouvernement indien dans le cadre du programme ICDS par village et par an.

Figure 3.1

Prévalence des retards de croissance par âge (mois)



Source : UNICEF Inde, *Rapport annuel 2006,* p. 47.

Les enseignements tirés

Compte tenu du niveau élevé et constant de dénutrition infantile en Inde, il est important de démontrer qu'il est possible d'apporter des changements peu onéreux au programme ICDS existant pour améliorer considérablement les soins de santé aux nourrissons et aux jeunes enfants, et que ces changements peuvent, en très peu de temps, se traduire par des progrès nutritionnels. Sachant que l'Inde compte environ 43 % d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale, le succès des solutions à faible coût dans les États prioritaires de ce pays aura de profondes conséquences.

Les difficultés restantes

Les gouvernements des États où ces interventions sont effectuées ont décidé de passer à plus grande échelle en utilisant leurs propres ressources. L'UNICEF continuera sa collaboration afin de garantir la qualité de la mise en œuvre, et de s'attaquer à certains comportements particulièrement tenaces comme la tendance des dispensateurs de soins à retarder le début de l'alimentation complémentaire (nettement au-delà de six mois). Malgré une amélioration de l'état nutritionnel des nourrissons et des enfants dans les États où ces interventions ont été mises en œuvre, il reste manifestement encore bien des améliorations à apporter.

Voir Références, page 107.

un établissement de santé, ce qui alourdit une charge de travail déjà considérable. Les superviseurs doivent eux-mêmes être formés pour acquérir les compétences nécessaires à la supervision d'un programme communautaire. Il arrive que des contraintes en matière de ressources – humaines, financières ou organisationnelles – limitent la profondeur et l'étendue de cette formation, ce qui signifie que les superviseurs et les agents de santé communautaires se trouvent nettement défavorisés en ce qui concerne la mise en œuvre et la gestion des programmes. Il est important, pour les deux parties, que les superviseurs se rendent dans les communautés, que ce soit pour la formation sur le tas ou l'apprentissage par la pratique, mais ces visites sont souvent compromises par des contraintes financières ou des problèmes de transport.

L'administration efficace des programmes communautaires facilite l'évaluation, et le suivi peut aider à rendre la couverture aussi universelle que possible. Les dossiers des patients, les fiches de soins et les résultats des traitements doivent être tenus à jour, et des réunions doivent être organisées régulièrement pour entretenir les liens entre les agents de santé et les superviseurs, et pour faciliter l'évaluation du programme et sa modification éventuelle. Les technologies telles que les bases de données informatisées, le courrier électronique et les téléphones cellulaires peuvent aider à rationnaliser la collecte et la diffusion des informations tout en économisant du temps que les agents et les superviseurs peuvent utiliser pour se réunir et rendre visite aux communautés et aux familles.

Les programmes ont aussi besoin de soutien en termes de logistique, fournitures et équipements. Les agents de santé locaux ont besoin, quant à eux, d'outils, notamment de formation et de produits, pour faire leur travail et conserver leur standing dans la communauté. Les évaluations déjà évoquées de programmes à grande échelle impliquant des agents de santé locaux lancés dans les années 1980 révèlent que quand ces outils et ces produits – surtout les médicaments –

Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant : l'influence des programmes de « mère à mère » en Afrique de l'Est et australe

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est de toute évidence une tâche prioritaire. Quelque 530 000 enfants ont été infectés par le VIH en 2006, en majorité par une transmission de la mère à l'enfant. Sans traitement, un bébé sur deux, né avec le virus, mourra avant l'âge de deux ans.

Il est néanmoins possible de faire reculer de manière significative la transmission du VIH de la mère à l'enfant avec des initiatives fondamentales : identifier les femmes infectées par le VIH en offrant un dépistage de routine; les enrôler dans des programmes de PTME; garantir que les systèmes de santé sont pleinement en mesure de fournir des régimes antirétroviraux prophylactiques et thérapeutiques; et encourager les femmes à donner à leurs nourrissons une alimentation optimale et sans risque.

Même lorsque de tels services et initiatives existent, de nombreuses femmes enceintes n'y ont pas accès pour diverses raisons – manque d'information, peur de l'exclusion ou surcharge de travail des agents de santé. Le faible taux de participation aux programmes de PTME post-partum est un problème que connaissent de nombreux pays, même lorsque les femmes ont bénéficié de services de PTME durant leur grossesse.

Le soutien de mère à mère est un programme original, organisé sur place dans 73 sites d'Afrique du Sud et 15 sites du Lesotho. Il utilise l'éducation et l'autonomisation pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, lutter contre l'exclusion au sein des familles et des communautés, et prolonger la vie des mères par un suivi scrupuleux des prescriptions médicales. Fondé par le Dr Mitch Besser en 2001, ce programme part du principe selon lequel les mères sont elles-mêmes d'excellentes conseillères et assistantes pour les femmes enceintes.

Le programme de mère à mère vise à réunir les femmes bénéficiant de soins prénatals avec des mères conseillères ou des mentors pour discuter des problèmes de santé, de prévention du VIH et de soins aux enfants durant la période néonatale. Il forme et engage des mères séropositives qui ont déjà participé à des programmes de PTME comme éducatrices (« mères mentors »), et travaille de concert avec des organisations non gouvernementales et des établissements de soins locaux à la création d'un modèle qui puisse s'intégrer au cadre des initiatives nationales de PTME en Afrique subsaharienne. Les mères mentors sont des éducatrices pour les femmes enceintes. Leur formation leur permet de se livrer à diverses activités : prodiguer des conseils sur l'infection par le VIH et sur la thérapie antirétrovirale, encourager les comportements qui empêchent la transmission du VIH de la mère à l'enfant, discuter de l'importance d'un suivi adéquat de la mère et de l'enfant après l'accouchement, proposer des méthodes allant dans le sens de comportements sexuels moins dangereux et des directives nutritionnelles pour les femmes vivant avec le VIH.

Dans le cadre de cette initiative en pleine expansion, des partenariats internationaux ont été créés au Botswana et en Éthiopie, et de nouveaux programmes sont en passe de débuter au Kenya, au Rwanda et en Zambie.

L'importance de programmes tels que le soutien de mère à mère ne saurait être surestimée, compte tenu de la com-

ne sont pas appropriés et que les livraisons ne suivent pas, ce personnel ne peut pas faire son travail efficacement. Lorsque les communautés sont éloignées de tout établissement de santé susceptible de les soutenir, il apparaît clairement que les programmes sont plus efficaces lorsqu'un calendrier précis des visites des superviseurs et des agents de santé a été établi et que les transports entre les deux sites ont été organisés.

La supervision ne devrait pas être assumée par les seuls fonctionnaires responsables de la santé; les organisations communautaires ont aussi leur rôle à jouer dans la surveillance des agents de santé et le suivi des résultats des programmes. Selon des principes largement acceptés par le personnel soignant, il est recommandé que la communauté participe à la sélection initiale des agents de santé, et que ceux-ci acceptent que les membres de la communauté participent à l'identification des priorités et à la planification des projets[14].

Des systèmes d'aiguillage efficaces

Les systèmes d'aiguillage, lorsqu'ils sont efficaces, sont le pendant essentiel de tout programme communautaire couronné de succès visant à assurer le continuum des soins (*voir Chapitre 4*). Les hôpitaux fournissent des services qui ne peuvent pas être dispensés ailleurs en toute sécurité, comme les césariennes et d'autres soins obstétricaux d'urgence. Cependant, dans les pays les plus pauvres qui affichent des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, les ressources affectées aux soins de santé sont souvent limitées et l'accès aux hôpitaux centraux est généralement faible. Dans ces situations, des millions d'enfants peuvent être pris en charge très rapidement en développant des interventions éprouvées et d'un bon rapport coût-efficacité en matière de soins de santé primaires, en particulier les interventions communautaires.

En même temps, il convient d'investir dans le renforcement des systèmes de santé au niveau du district de façon à ce que les établissements concernés

plexité croissante du schéma thérapeutique et des ressources limitées de nombreux établissements de santé dans les contextes de prévalence élevée du VIH. De nouvelles directives sur la PTME publiées par l'Organisation mondiale de la Santé, préconisent l'introduction de schémas antirétroviraux plus complexes, afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. On insiste de plus en plus sur la nécessité, d'une part, d'améliorer l'accès des femmes enceintes séropositives à un traitement antirétroviral compte tenu de leur état de santé, et d'autre part, d'élargir l'accès au dépistage précoce pour les enfants ayant bénéficié d'un programme de PTME. Les programmes tels que le soutien de mère à mère, qui associent des membres engagés et bien informés de la communauté à la réussite des initiatives de PTME, sont de plus en plus essentiels pour soutenir l'action des dispensateurs de soins en matière de prévention et de traitement du SIDA.

Les partisans des programmes de « mère à mère » sont fermement convaincus que les « mères mentors » devraient être reconnues à leur juste valeur pour la contribution très précieuse qu'elles apportent. Selon le Dr Besser, « des mères mentors ayant elles-mêmes consulté des services de PTME sont recrutées sur place et touchent un salaire pour leur travail, devenant ainsi des membres professionnels à part entière de l'équipe soignante. »

Une évaluation indépendante des programmes de mère à mère a été menée récemment par le Programme Horizons du Conseil de la Population. Un certain nombre de résultats encourageants ont été constatés à cet égard, notamment :

- Les femmes venant d'accoucher qui avaient eu au moins deux contacts avec des services de mère à mère étaient beaucoup plus susceptibles que les non-participantes d'avoir dévoilé leur séropositivité à quelqu'un (97 % pour les participantes contre 85 % pour les non-participantes; valeur p <.01).
- Les participantes au programme post-partum étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir pris de la névirapine pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant que les non-participantes (95 % pour les participantes contre 86 % pour les non-participantes; valeur p <.05).
- Les participantes au programme de mère à mère étaient beaucoup plus susceptibles de témoigner d'un mode exclusif d'alimentation (soit l'allaitement exclusif au sein, soit le lait maternisé pour nourrisson mais pas de lait maternel) que les non-participantes.
- Les participantes au programme de mère à mère étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir subi un test CD4 durant leur dernière grossesse que les non-participantes (79 % contre 57 %; valeur p <.01). (Les cellules CD4 sont un type de globules blanc qui servent à combattre les infections. Ce sont aussi les cellules que le VIH contamine le plus facilement. Plus la numération CD4 est faible, plus le système immunitaire est affaibli et plus le risque d'infection opportuniste augmente.)

Voir Références, page 107.

Quand les autorités favorisent le changement pour les mères et les enfants en Éthiopie

par Tedros Adhanom, Ministre de la santé, Éthiopie

L'expérience de l'Éthiopie en matière de survie de l'enfant révèle que lorsque les autorités politiques s'engagent dans un rôle dynamique de chef de file, les résultats peuvent être extraordinaires. En 2004, le Premier Ministre Meles Zenawi encouragea le gouvernement et ses partenaires à l'aider à élaborer un document d'orientation en faveur des soins de santé universels, malgré d'énormes obstacles à surmonter. Bien que plus de 80 % des décès d'enfants soient évitables, la couverture et l'utilisation des services de prévention restaient faibles : moins de 30 % des femmes recevaient des soins prénatals et 49 % seulement des enfants recevaient toute la gamme des vaccins requis avant leur premier anniversaire.

Le Programme de vulgarisation de la santé

Le gouvernement et ses partenaires font face à ces problèmes par l'intermédiaire du Programme de vulgarisation de la santé, une stratégie nationale ayant pour but de promouvoir la santé maternelle et infantile au niveau communautaire. Ancré dans la philosophie selon laquelle la santé est un produit qui peut être élaboré par des personnes, le Programme de vulgarisation de la santé donne les moyens aux communautés de prendre des décisions éclairées sur leur propre santé en leur inculquant des compétences et des connaissances appropriées.

Pour s'assurer de la réussite de ce plan, le gouvernement est en train de déployer 30 000 agents de vulgarisation sanitaire de sexe féminin – un engagement de ressources financières et humaines extraordinaire – afin de promouvoir 16 interventions de base permettant de lutter contre les principales causes de mortalité infantile et maternelle. Plus de 17 000 agents ont été employés à ce jour et 7 000 autres sont en formation. Chaque *kebele* (la plus petite unité administrative du pays) possède un agent de vulgarisation sanitaire recruté localement et formé par le Ministère de la santé. Le gouvernement a également mis en place une Stratégie améliorée de sensibilisation, un programme de transition qui fournit des services d'urgence et des soins de base aux communautés en attendant l'arrivée d'agents sanitaires qualifiés.

Parallèlement, d'autres initiatives visant à renforcer l'infrastructure qui soutient les hôpitaux centraux sont sur le point d'aboutir. Le gouvernement investit dans un Système informatisé d'aide à la gestion de la santé qui a pour but de réunir des données à tous les niveaux, même au niveau du poste sanitaire. En octobre 2006, le gouvernement a adopté un Système national d'approvisionnement en fournitures sanitaires pour s'assurer que les vaccins, médicaments essentiels et autres produits sanitaires sont disponibles à tout moment dans les établissements de santé du secteur privé. Ces initiatives sont essentielles pour garantir la pérennité des progrès accomplis à ce jour grâce aux initiatives de santé verticales et communautaires.

Enseignements tirés

Le Programme de vulgarisation sanitaire a permis de tirer de précieux enseignements. La première leçon à retenir est que l'élargissement d'une initiative dépend de trois facteurs : rapidité, volume et qualité. Des processus de planification bien réglés ont résolu les problèmes de rapidité et de volume. Par exemple, quand le gouvernement a organisé une campagne nationale de distribution de moustiquaires traitées à l'insecticide, les donateurs, en particulier la Banque mondiale, le Centre Carter, le Fonds mondial et l'UNICEF, ont coordonné leur soutien à la campagne nationale, contribuant ainsi à atteindre le cible de distribution de 20 millions de moustiquaires en deux ans. Chaque ménage a eu droit à deux moustiquaires qui sont utilisées essentiellement pour protéger les femmes et les enfants contre le paludisme.

Le deuxième enseignement tiré est que rapidité et volume ne sont pas nécessairement synonymes de qualité. Des efforts supplémentaires devront être déployés pour s'assurer que les ménages savent quand et comment utiliser les ressources sanitaires, y compris les moustiquaires. Les femmes agents de vulgarisation sanitaire s'efforcent de combler les lacunes en matière de communication entre le secteur de la santé et les communautés qu'il dessert en gagnant la confiance des communautés et en s'adressant directement aux mères.

Le troisième enseignement tiré, qui est peut-être le plus important de tous, concerne l'importance exceptionnelle des autorités politiques. Un « leadership » politique véritable exige un engagement actif et réel à toutes les étapes du processus – de l'identification du problème et de l'établissement des objectifs, à la mobilisation des ressources et à l'encouragement à la participation communautaire. Les discussions publiques sur les besoins et les priorités en matière de soins, et la coopération entre tous les acteurs, y compris les donateurs, les prestataires de soins et les communautés, ont contribué à renforcer l'adhésion de la communauté au Programme de vulgarisation sanitaire.

Nos partenaires, et notamment l'UNICEF et les autres donateurs, soutiennent le mécanisme de planification nationale en harmonisant leurs activités et leur soutien aux priorités établies par l'Éthiopie. On ne peut que se féliciter que les donateurs aient signé un code de conduite et adopté un manuel commun d'harmonisation, dans le but d'établir un plan unique, un budget unique et de présenter un rapport final commun. Il s'agit d'un objectif ambitieux que nous espérons atteindre à long terme.

Même munie de son document d'orientation en faveur de la réalisation de l'OMD 4, l'Éthiopie est encore confrontée à plusieurs obstacles, mais les progrès accomplis jusqu'ici prouvent que notre vision d'un accès universel à des soins de santé abordables peut devenir réalité.

© UNICEF/HQ06-1855/Josh Estey

Les changements de comportement positifs au sein du ménage et de la communauté entraînent des améliorations de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. *Un agent de santé local explique comment utiliser des appareils de traitement de l'eau, Indonésie.*

puissent prendre en charge les patients aiguillés vers eux et pour soutenir l'expansion des services de soins de santé primaires essentiels. Les agents de santé communautaires ont prouvé qu'ils étaient capables de prendre en charge plusieurs maladies infantiles graves comme la diarrhée, le paludisme, la malnutrition aiguë et la pneumonie; la supervision et l'accès aux services d'aiguillage renforcent la qualité de cette activité.

Les agents de santé communautaire sont moins efficaces en ce qui concerne l'identification et la prise en charge des complications lors de l'accouchement. Pour faire reculer la mortalité maternelle, il convient de renforcer le rôle des soignants qualifiés lors de l'accouchement et les systèmes d'aiguillage vers les soins obstétricaux d'urgence.

Les systèmes de santé au niveau du district servent de centre de coordination des programmes de santé publique, en intégrant les soins directs proposés aux patients lors des campagnes ciblant l'ensemble de la population, ainsi que la supervision et la coordination des soins communautaires et d'autres services de santé de plus faible niveau. Aux échelons supérieurs (hôpitaux régionaux ou nationaux), ce rôle est souvent élargi pour y inclure des fonctions telles que la formation et la recherche, ainsi que le soutien technique et la garantie de qualité pour les niveaux inférieurs.

L'un des éléments essentiels d'un système d'aiguillage efficace est la qualité de la communication entre les participants au programme communautaire et le personnel hospitalier.

Pour reprendre les points évoqués précédemment, les hôpitaux centraux devraient contribuer aux programmes communautaires en accordant un soutien vigoureux aux agents sanitaires locaux et en consacrant une partie de leur temps à les conseiller dans le cadre de contacts personnels ou d'autres formes de communication. La modernisation des technologies de l'information et de la communication facilitera le dialogue et l'aiguillage des patients vers des services appropriés même dans les pays à revenu faible[15].

Coordination et coopération avec d'autres programmes et secteurs

Tout comme les systèmes d'aiguillage sont essentiels pour soutenir et coordonner les activités au niveau communautaire, la coopération et la communication entre les programmes au

© UNICEF/MENA06218/Shehzad Noorani

Les agents de santé locaux sont les moteurs des partenariats communautaires établis dans le secteur des soins de santé primaires. *Un agent de santé pèse un enfant dans le cadre de la surveillance de la croissance dans une communauté rurale, Iraq.*

niveau du district, ainsi que la collaboration intersectorielle, sont également importantes. La coordination avec les autres services de santé peut revêtir diverses formes. Les avantages qu'on peut en tirer sont multiples : échange de nouvelles idées, d'activités de formation, de ressources et de compétences en matière d'évaluation; mais aussi alerte rapide, prise en charge et maîtrise des épidémies[16].

Au Cambodge, par exemple, des organisations non gouvernementales partagent des ressources dans le cadre d'un groupe national d'ONG pour la survie de l'enfant qui se réunit régulièrement à Phnom Penh. Les membres de ce groupe et des représentants du Ministère de la santé rendent visite aux différents projets pour les examiner, tirer parti des progrès accomplis et des adaptations apportées aux activités relatives aux soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant[17]. Grâce aux groupes de ce genre, les organisations internationales ont pu échanger leurs meilleures pratiques partout dans le monde. Par exemple, les méthodes du Groupe de santé (Care Group) mentionnées dans l'encadré sur le Mozambique à la page 59 sont également utilisées au Cambodge, au Malawi et au Rwanda[18].

Au sein des communautés, les liens entre les groupes peuvent également contribuer à la pérennité des programmes de santé. Une série d'enquêtes à grande échelle sur les ménages, réalisée dans sept régions de Colombie, Équateur, Nicaragua et Pérou, a permis d'évaluer les problèmes opérationnels pratiques liés à la distribution et à l'utilisation de moustiquaires traitées à l'insecticide. Les enquêtes ont révélé des variations profondes concernant l'utilisation de moustiquaires imprégnées, allant de 25 % des ménages dans les régions du Nicaragua et atteignant jusqu'à 90 % en Amazonie péruvienne. Dans quatre des secteurs couverts par l'étude, des associations locales de femmes fabriquaient les moustiquaires, qui étaient ensuite commercialisées par les agents de santé locaux dans les communautés, et les gains étaient placés dans un fonds autorenouvelable[19].

La collaboration intersectorielle implique une coopération avec tous les secteurs qui exercent une influence sur la santé au niveau de la famille et de la communauté. Non seulement une telle coopération fournit une base intégrée et potentiellement plus durable pour réaliser des progrès dans le domaine sanitaire, mais elle donne aussi des moyens d'action aux communautés en créant un tremplin qui leur permet d'apporter leur contribution à un éventail plus large de questions relatives à leur santé. Sans collaboration, les divers secteurs risquent de faire cavalier seul ou de poursuivre des objectifs croisés, perdant de vue les synergies qui pourraient avoir un effet multiplicateur.

Toute approche intégrée de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant repose sur une collaboration entre les programmes et les secteurs axés sur la santé, la nutrition, l'hygiène, les principales maladies et la sécurité alimentaire, ainsi que les initiatives visant à combler les lacunes en matière d'infrastructure des transports et d'accès aux équipements sanitaires et d'approvisionnement en eau[20].

La prévalence élevée de co-morbidité chez les enfants malades est une autre

bonne raison d'établir une collaboration intersectorielle. Bien que ce problème soit abordé dans le programme de prise en charge intégrée par la communauté des maladies de l'enfant, lorsque les conditions environnementales s'améliorent, les actions de lutte contre la maladie en sont renforcées. Par exemple, dans le cas des maladies diarrhéiques – l'une des causes majeures de mortalité infantile – il arrive que l'enfant souffre aussi de dénutrition. La collaboration intersectorielle entre les agents de santé locaux et les responsables de l'amélioration des équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement s'impose donc. Les mesures visant à améliorer les pratiques alimentaires – en accordant, par exemple, davantage d'attention à l'hygiène alimentaire – ne donnent pas les résultats escomptés parce que l'approvisionnement en eau est déficient et contaminé, et les installations sanitaires peu performantes[21]. Dans le même ordre d'idées, les mesures visant à renforcer les systèmes d'aiguillage vers des établissements mieux équipés bénéficieraient d'une amélioration de l'infrastructure routière : les transports de patients et du personnel soignant d'un établissement à l'autre ainsi que les livraisons de fournitures médicales et d'aliments essentiels en seraient donc facilités.

Garantie de financement

Le financement des programmes communautaires de santé peut provenir d'un large éventail de sources : membres de la communauté; autorités municipales ou du district par l'intermédiaire des établissements de santé locaux; clients privés ou organisations communautaires; autorités nationales ou organisations non gouvernementales à des niveaux administratifs plus élevés au sein du pays et à l'étranger.

La garantie de financement pour les programmes communautaires est un mécanisme complexe et parfois contesté et l'examen des arguments de part et d'autre dépasse la portée du présent rapport. Dans les pays à revenu faible, les donateurs extérieurs continueront toutefois à financer dans une large mesure la santé des enfants. Pour qu'un programme communautaire soit couronné de succès, il doit être viable à long terme, en assumant qu'il bénéficie d'une base financière solide lorsque le financement des donateurs prend fin.

C'est loin d'être facile. Les pays et districts dont les capacités du système de santé sont faibles et les moyens financiers limités ont souvent beaucoup de difficultés pour maintenir des programmes, même ceux de taille moyenne, en l'absence de donateur. Par ailleurs, il n'existe pas de panacée universelle permettant de créer des structures financières solides et indépendantes. En ce qui concerne les agents de santé, particulièrement au niveau de la communauté, certains types d'incitations financières sont nécessaires pour les aider à nourrir leur famille, pérenniser leur participation au programme et conserver leur motivation. De même, il faut parfois avoir recours à des compensations pour que des professionnels qualifiés mais souvent mal payés acceptent de travailler dans des régions défavorisées et des programmes communautaires.

À des fins de viabilité et d'équité, la question du partage des coûts en demandant une participation financière aux utilisateurs des services de santé et autres services essentiels de la communauté doit souvent être résolue par la communauté elle-même. Lorsque les usagers doivent payer pour un service, il faut s'assurer que le prix demandé n'est pas prohibitif. Certains services, comme la vaccination et les urgences, doivent être gratuits. Il est souhaitable que les sommes perçues pour des services fournis au sein de la communauté soient conservées et gérées par celle-ci et utilisées pour financer des activités dont elle bénéficie directement, comme l'achat de médicaments ou les incitations à fournir un travail de qualité pour les agents de santé. La rémunération des agents de santé locaux doit passer par les comités de santé communautaire, idéalement composés de membres de la communauté, d'agents de santé et d'administrateurs des établissements de santé locaux. Lorsque la communauté décide de faire payer les services de santé, il convient de mettre en place un système permettant à ceux qui ne peuvent pas payer, d'après la communauté, d'avoir accès aux soins gratuitement[22].

Intégration des programmes communautaires dans les services au niveau du district et dans les politiques nationales

Les partenariats communautaires dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'eau et de l'assainissement et de la lutte contre le SIDA abondent dans le monde en développement. Leur utilité potentielle n'est pas en cause, cependant divers éléments contribuent à leur succès et, à l'inverse, d'autres facteurs menacent leur viabilité et leur portée. Deux éléments essentiels soutiennent les initiatives communautaires et assurent leur pérennité : un appui actif de la part des autorités provinciales et centrales, et l'intégration dans les politiques, plans et budgets gouvernementaux.

La survie, la santé et la nutrition maternelles et infantiles doivent avoir une place prioritaire dans les plans et les budgets nationaux et décentralisés, et elles doivent être assorties d'objectifs clairs et d'étapes concrètes. Les stratégies en faveur de la survie de l'enfant seront l'aboutissement d'un processus de consultation impliquant des représentants à tous les

© UNICEF/HQ97-1086/Giacomo Pirozzi

Les programmes communautaires bénéficient d'un accès aux soins en établissement. *Cet agent de santé prépare une solution composée de sels de réhydratation orale, Érythrée.*

niveaux : communautaire, district et national, ainsi que des représentants de la communauté des donateurs. La première étape d'une stratégie bien ciblée consiste à déterminer les variations des profils épidémiologiques qui existent au sein d'un même pays. Il est tout aussi important de procéder à des évaluations détaillées des réalités financières et du développement des infrastructures aux niveaux communautaire, du district et national des prestations de soins. Ces aspects sont la pierre angulaire d'une mise en œuvre réussie d'une stratégie nationale en faveur de la santé de l'enfant et de la mère et ils doivent donc être pris en compte dès le début de tout exercice de planification.

Les stratégies nationales doivent accorder une attention prioritaire à l'élimination des obstacles qui entravent une mise en œuvre à différents niveaux et un élargissement réels des systèmes de santé (*voir Chapitre 4 pour plus de détails sur les mesures qui permettraient d'éliminer les blocages, ou goulets d'étranglement, qui entravent les prestations de soins*). Au nombre des blocages, on peut citer l'irrégularité des séances de vaccination, la mauvaise expérience subie par des patients venus en consultation, l'éloignement des centres de santé et l'absence d'information. Au niveau familial et communautaire, la pénurie de fournitures de base à un prix abordable, une demande faible et d'autres problèmes fondamentaux, comme la vente de moustiquaires non traitées à l'insecticide, limitent l'efficacité de la couverture par les services de soins de santé primaires[23].

Il est probable que tant les initiatives à court terme ciblant une maladie spécifique – qui sont de plus en plus souvent soutenues par de nouveaux partenariats internationaux de donateurs – que les programmes de développement à long terme du secteur de la santé continueront à coexister. Des ressources humaines et financières doivent être investies dans ces deux types d'initiatives pour produire des gains durables pour la santé de l'enfant. Dans le cas des partenariats déterminés par les donateurs, spécifiques à une maladie particulière, il faudrait que les dispositions s'intègrent dans des cadres multisectoriels alignés sur les priorités nationales en matière de santé, en garantissant des prestations équitables dans l'ensemble du système de santé[24].

La responsabilité de garantir les droits de l'enfant à la santé et à une bonne nutrition incombe aux gouvernements nationaux, en partenariat avec la société civile. Les gouvernements ont un rôle important à jouer dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques aplanissant les obstacles qui limitent l'accès aux soins de santé primaires, dans l'amélioration de la qualité et de la performance des prestataires de services et dans le renforcement du contrôle public. En même temps, les responsables des politiques de santé doivent rendre compte aux communautés et aux districts desservis. Les gouvernements et les services de santé doivent être au diapason des besoins et des intérêts de la population. Il est essentiel d'élaborer des politiques de santé efficaces, axées sur l'enfant, et d'édifier des institutions vigoureuses reliant les communautés et les systèmes de santé; dans la plupart des pays, l'augmentation des dépenses de santé doit s'accompagner d'un remaniement en profondeur du contexte politique pour que des progrès réels soient affichés en faveur de la réalisations des Objectifs du Millénaire liés à la santé[25].

À la recherche d'un éventail approprié de solutions pour améliorer la santé et la nutrition

Tout pays en développement soucieux d'améliorer son système de santé est confronté à un éventail unique de possibilités et de difficultés, compte tenu de ses différentes caractéristiques : progrès économiques, conditions écologiques et développement institutionnel, situation politique et capacités des services sanitaires en place. Il n'existe donc pas de panacée univer-

Pleins feux

Le Mozambique : un programme communautaire pour faire reculer la mortalité des moins de 5 ans

Contexte et défi : avec un PIB par habitant d'à peine 340 dollars É.-U. en 2006 et un taux de mortalité des moins de 5 ans de 138 décès pour 1000 naissances vivantes, le Mozambique est l'un des pays les plus pauvres du monde. L'espérance de vie dépasse à peine 42 ans, plus de 40 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de retards de croissance modérés à graves, et seul un tiers de la population a accès à un assainissement correct. L'accès aux services de santé essentiels est limité, et 23 % des nourrissons ne sont pas vaccinés contre la rougeole. Dix pour cent seulement des enfants dorment protégés par une moustiquaire (traitée ou non). Et près des deux tiers de la population vivent en zone rurale, où seule une personne sur quatre a accès à une eau de boisson provenant d'une source améliorée.

Le défi consistait à offrir un programme communautaire efficace pour assurer la survie des enfants vivant dans des communautés rurales dotées d'une infrastructure de santé publique et environnementale insuffisante, et à s'assurer que le programme communautaire contribuait effectivement à faire reculer la mortalité.

Approche : le Ministère de la santé de Chokwe et le projet de partenariat World Relief, à l'œuvre entre 1999 et 2003, ont choisi l'approche dite du Groupe de soins (Care Group) pour lancer un programme visant à assurer la survie des enfants et portant sur trois éléments de la prise en charge intégrée par la communauté des maladies de l'enfant, (C-IMCI) :

- Partenariats améliorés entre le système de santé et la communauté.
- Accès facilité aux soins de santé pour les prestataires locaux.
- Promotion de pratiques hygiéniques à la maison pour améliorer la santé des enfants.

L'approche Care Group forme des éducatrices communautaires par des interactions en groupe. Une éducatrice bénévole en santé maternelle est chargée de l'éducation à la santé « de pair à pair » au sein de 15 foyers du voisinage, et 10 éducatrices en santé maternelle forment un Groupe de soins qui se réunit une fois par mois avec un/e responsable rémunéré/e. À l'occasion de ces réunions, un membre du personnel de santé travaillant sur le terrain ou le/la responsable des éducatrices en santé maternelle transmettent d'importants messages relatifs à la santé insistant sur la survie des enfants et la santé maternelle. Ensuite, les membres du Groupe de soins font des exercices pratiques entre eux, et partagent les messages reçus. Avant la réunion suivante du Groupe de soins, chaque bénévole est chargée de rendre visite aux foyers placés sous sa juridiction, afin de faire passer les messages qu'elle vient d'entendre.

Le programme pour la survie des enfants a été conçu de manière à être aussi étendu que possible, et englobe l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire, le recours à la thérapie de réhydratation orale et l'usage de moustiquaires traitées à l'insecticide. Ce programme a également permis de renforcer le recours aux services de santé locaux et la prise en charge cas par cas des maladies courantes dans ces services.

Les partenariats avec l'UNICEF et le Comité international de la Croix-Rouge ont facilité la distribution de moustiquaires traitées à l'insecticide, de vaccins et de suppléments en vitamine A. Une étroite collaboration avec les comités de santé des villages et les pasteurs locaux a permis de soutenir les bénévoles dans leurs activités de promotion de la santé et de mobilisation communautaire, notamment en ce qui concerne la distribution de moustiquaires traitées à l'insecticide et la conduite de campagnes de vaccination.

Résultats : le programme a également permis de créer un système communautaire d'état civil et d'information sanitaire grâce au travail de 2 300 bénévoles communautaires qui, chaque mois, ont récolté des données sur les naissances, les décès et les maladies infantiles. Ces données ont été regroupées lors des réunions mensuelles, et les registres ont été envoyés aux postes sanitaires tenus par des intervenants communautaires ou des secouristes formés par les autorités sanitaires du district. Les informations ainsi recueillies ont été transmises aux comités de santé et aux centres de santé des villages locaux, ainsi qu'au Ministère de la santé.

Les données du système communautaire d'état civil et d'information sanitaire ont révélé que la mortalité des nourrissons avait reculé de 66 % et celle des moins de 5 ans de 62 %. Afin de vérifier la fiabilité de ces résultats, une évaluation indépendante a été effectuée par des chercheurs expérimentés qui ont étudié les dossiers contenant des renseignements sur le déroulement des grossesses, à l'aide des méthodes normalisées appliquées dans le cadre de l'Enquête démographique et sanitaire. Cette enquête sur la mortalité a permis d'établir que la mortalité des nourrissons et la mortalité des enfants de moins de 5 ans avaient diminué de 49 % et de 42 %, respectivement.

Ces résultats témoignent de l'efficacité de la prise en charge intégrée par la communauté des maladies de l'enfant, (IMCI) et confirment que les agents de santé communautaires peuvent récolter des données sanitaires fiables, qui peuvent être utilisées pour le suivi de la mortalité.

Voir Références, page 107.

Des partenariats communautaires pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement scolaire

Systèmes d'approvisionnement en eau salubre en Afghanistan

Depuis plusieurs années déjà, l'approvisionnement en eau salubre fait partie des priorités des programmes de développement et des programmes d'urgence en cours partout dans le monde. L'amélioration de la qualité de l'eau de boisson au niveau des foyers par un système local de traitement et de stockage amélioré de l'eau a été largement reconnue comme une méthode simple et peu coûteuse qui permet de prévenir les maladies d'origine hydrique. Un partenariat pour le développement a été mis en place entre les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, Population Services International, l'UNICEF, l'Agency for International Development des États-Unis (USAID) et l'OMS, ainsi que d'autres institutions, afin d'élaborer et de distribuer aux familles les produits dont elles ont besoin pour parvenir à un approvisionnement en eau salubre au foyer; l'ensemble de ces produits est appelé « Systèmes d'approvisionnement en eau salubre » (en anglais : Safe Water Systems – SWS).

Ces systèmes comportent trois volets essentiels :

- Le traitement de l'eau sur le lieu d'utilisation par les consommateurs, à l'aide d'une solution diluée d'hypochlorite de sodium (eau de Javel) fabriquée sur place.
- Le stockage sûr de l'eau traitée dans des récipients conçus pour prévenir les risques de contamination.
- Un changement de comportement allant dans le sens d'une amélioration des pratiques de manipulation de l'eau et des aliments, d'assainissement et d'hygiène au niveau domestique et communautaire.

Associant les compétences et les ressources des divers partenaires, les produits SWS sont élaborés et distribués par le biais de partenariats entre les secteurs public et privé, et d'approches axées sur le marché, dans le cadre de projets de mobilisation communautaire mis en œuvre par des organisations non gouvernementales afin de promouvoir une utilisation adéquate et constante, et d'atteindre les populations à haut risque.

Les systèmes d'approvisionnement en eau salubre sont encouragés et introduits dans 23 pays et ont permis de faire reculer l'incidence des maladies diarrhéiques de 25 à 84 %. Ils se sont révélés particulièrement efficaces au sein des populations les plus vulnérables : nourrissons, personnes immunodéprimées et leurs familles, communautés où sévissent des épidémies de choléra.

En Afghanistan, un pays où la mortalité maternelle est élevée et où le recours aux services de soins prénatals et postnatals est faible, les SWS ont été introduits dans le cadre des programmes de santé maternelle. Afin d'attirer plus de monde dans les services de soins, les femmes enceintes et les jeunes mères ont reçu des trousses SWS de purification de l'eau et d'hygiène, et on leur a appris à utiliser ces outils simples pour préserver leur propre santé et celle de leur famille.

Bangladesh : assainissement dans les écoles et éducation sanitaire

Un projet d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène réalisé dans un village isolé du Bangladesh, allié à un volet SSHE (Assainissement des écoles et éducation sanitaire) à l'école secondaire, démontrent l'importance de la participation et de l'action communautaires, ainsi que les effets positifs de ces mesures sur la communauté. Le village de Gava est situé au sud-ouest du Bangladesh. Le Forum des ONG a décidé de revoir son approche de l'éducation en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène à l'échelle des villages. Une méthode apparemment prometteuse devrait être appliquée dans les écoles villageoises.

selle applicable à tous les projets visant à apporter des améliorations. Pour certains pays, la difficulté ne consiste pas à appliquer à l'ensemble du pays des trains de mesures sanitaires essentielles mises en places dans les communautés, mais plutôt à renforcer et à élargir les prestations de service grâce à des programmes axés sur les établissements, à décentraliser les services de santé et à prendre en charge les maladies non contagieuses et certains problèmes de santé comme le diabète et l'obésité[26].

Pour les pays à faible revenu, en particulier ceux dans lesquels un pourcentage élevé de mères et d'enfants n'ont toujours pas accès à des programmes de soins en institution, et où les capacités du système de santé sont affaiblies par des années de sous-investissement et de mauvaise gestion, de mauvaise gouvernance, de migration à grande échelle des agents de santé professionnels, de situations d'urgence complexes ou d'épidémies de SIDA, déterminer la meilleure stratégie n'est pas une entreprise simple ni dénuée de risque. Dans ces pays, une considération importante, voire primordiale, est la faisabilité, qui se cache derrière les questions suivantes : quelle est la stratégie la plus appropriée, la plus rentable, la plus opportune et la plus durable pour améliorer la santé et la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants, et pour étendre la couverture des services et ressources essentiels, compte tenu de l'état actuel du système de santé, de nutrition et de santé environnementale du pays[27] ?

Le paradigme de la faisabilité vise à répondre aux besoins urgents des sociétés les plus démunies et les plus marginalisées – au sein desquelles les taux de mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants sont les plus élevés, et où les services de préven-

Les enfants d'âge scolaire sont ouverts aux idées nouvelles et il est facile de les motiver, et l'organisation a décidé d'en tirer parti.

Des comités WatSan ont été créés au niveau de l'école et dans chaque classe. Le directeur de l'établissement scolaire a été choisi pour présider le Comité WatSan de son école. Chaque classe a établi un comité composé d'enseignants et d'élèves des deux sexes. Plusieurs séances d'orientation ont été organisées pour ces comités sur des sujets tels que la promotion et l'utilisation d'une eau salubre, les bonnes pratiques d'assainissement et d'hygiène, l'efficacité de la communication interpersonnelle entre parents et élèves, et la mobilisation de la communauté. Des films de motivation ont été présentés et du matériel d'information sur les changements de comportement, l'éducation et la communication ont été distribués aux enseignants et aux élèves pour les groupes de discussion communautaires.

Les élèves ont organisé des rallyes et des défilés avec différents types d'affiches et de banderoles frappées de slogans soulignant l'importance de l'utilisation d'une eau salubre et de latrines hygiéniques, ainsi que de l'hygiène personnelle. Ces manifestations ont contribué à sensibiliser les populations villageoises. Parallèlement à ces comités, des brigades d'élèves des deux sexes ont été crées dans chaque classe et chargées de veiller à ce que les foyers adoptent de bonnes pratiques d'hygiène, d'approvisionnement en eau et d'assainissement (WatSan). Ces brigades ont également fourni des soins de santé primaires non techniques comme la réhydratation orale. Elles ont en outre préparé des plans de gestion des catastrophes naturelles. Un autre comité baptisé *Teachers' and Parents' Forum* (Forum enseignants et parents) a été mis sur pied et s'est réuni tous les trois mois pour évaluer les progrès accomplis.

Une étude du projet a démontré qu'un programme de SSHE peut améliorer le bien-être et les résultats des élèves, par exemple en aidant à garder les filles à l'école. L'utilisation des écoles et des élèves pour motiver les communautés est un outil très efficace pour améliorer les pratiques d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène. Dans le village de Gava, des études réalisées avant et après le projet ont fait apparaître une meilleure connaissance des maladies liées à l'hygiène, une plus grande volonté de construire et d'utiliser des latrines hygiéniques, une consommation plus fréquente d'eau potable, et une pratique plus systématique du lavage des mains au sein des foyers. Le processus de motivation a débuté au sommet et s'est poursuivi jusqu'à la base.

Le Forum des ONG est en train d'étendre son activité qui, au départ, portait sur quelques villages pilotes, à un nombre de villages beaucoup plus important, nécessitant chacun l'établissement d'un programme. Deux défis de taille doivent cependant être relevés. Premièrement, il faut parfaire le système de financement des projets villageois pour qu'ils puissent devenir autosuffisants; et deuxièmement, il faut obtenir le même impact dans un nombre de village plus élevé avec moins d'intrants. Les avantages que de tels programmes peuvent procurer aux écoliers et à leur communauté sont considérables. Les projets pilote tels que celui de Gava démontrent qu'il est possible de parvenir à des résultats positifs.

Voir Références, page 107.

tion de base comme la vaccination et l'accès aux médicaments et aux soins d'urgence font le plus défaut. Dans les pays dotés d'un système relativement faible en matière de santé, de nutrition, d'eau et d'assainissement, et d'un système sanitaire aux capacités limitées, les approches reposant sur la collectivité, qui s'appuient moins sur les établissements de santé et les services mobiles, peuvent aider à élargir la couverture par les services, produits et pratiques essentiels – tout particulièrement lorsque des services de prévention de base comme la vaccination sont déjà en place[28]. On notera toutefois que pour renforcer la durabilité, il faut que l'expansion des partenariats communautaires s'accompagne d'initiatives visant à surmonter les blocages qui nuisent au fonctionnement des services en institution de santé et de nutrition maternelles et infantiles, ainsi que d'autres contraintes de nature comportementale, institutionnelle et environnementale.

Le chapitre qui suit met l'accent sur le renforcement des partenariats communautaires en matière de santé, de nutrition et d'hygiène du milieu. Même si une bonne partie des arguments mentionnés ici semblent s'appliquer principalement aux pays à revenu faible et aux communautés marginalisées ou défavorisées, ils sont néanmoins largement pertinents pour les pays et les communautés qui se trouvent dans des situations moins difficiles.

RÉSUMÉ

Pour accélérer les progrès en faveur de la survie de l'enfant, il faudra appliquer les leçons d'un siècle d'innovations dans le secteur de la santé et adopter des approches efficaces pour renforcer les partenariats communautaires, le continuum de soins et les systèmes de santé.

Ce chapitre réunit deux lignes d'action – les initiatives et les partenariats – au sein d'un cadre qui permettra d'étendre efficacement le continuum de soins de santé maternelle, néonatale et infantile et d'en faire le principal moyen de s'assurer que le développement des systèmes de santé s'appuie sur des résultats. Il décrit cinq initiatives distinctes, mais liées entre elles, qui devront être reprises dans les programmes, les politiques et les partenariats que l'on adoptera au cours des dix prochaines années.

Initiative no. 1 : réaligner les programmes pour passer d'interventions spécifiquement axées sur des maladies à des panoplies d'interventions intégrées, de fort impact et ayant fait leurs preuves pour garantir un continuum de soins.

Initiative no. 2 : faire de la santé maternelle et infantile un principe fondateur des processus de planification nationaux intégrés afin de réaliser à grande échelle la prestation de services essentiels.

Initiative no. 3 : améliorer la qualité et la cohérence des financements pour renforcer les systèmes de santé.

Initiative no. 4 : encourager et soutenir les engagements politiques, la prise d'initiatives nationales et internationales et l'apport de financements durables pour développer les systèmes de santé.

Initiative no. 5 : créer les conditions propices à une meilleure harmonisation des programmes et des partenariats mondiaux pour la santé.

Pour faire passer à plus grande échelle les interventions et approches essentielles en faveur de la santé, il est nécessaire de comprendre à la fois les stratégies qui permettent d'accélérer les progrès et les difficultés qui gênent leur exécution.
Un agent de santé pèse un bébé pour surveiller sa croissance aux Philippines.

Pour les gouvernements, les donateurs, les organismes internationaux et les partenariats mondiaux pour la santé, l'expansion des services à plus grande échelle exigera que les principaux intervenants adoptent de nouveaux modes de prestation des soins de santé primaires. Le thème central de ce paradigme est l'*unité.* Les initiatives et les partenariats qui visent à améliorer tel ou tel aspect de la santé maternelle et infantile ne manquent pas, et il s'en crée sans cesse de nouveaux. Mais ils devront faire des efforts accrus de cohérence et d'harmonisation si l'on veut atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé des mères et des enfants.

4

Renforcer les partenariats communautaires, le continuum de soins et les systèmes de santé

© UNICEF/HQ96-1005/Shehzad Noorani

L'examen des partenariats communautaires décrits au Chapitre 3 révèle qu'ils peuvent améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Il est prouvé, par exemple, qu'avec une couverture de 90 %, la mise en œuvre combinée de programmes de mobilisation et de stratégies de soins familiaux communautaires peut faire reculer la mortalité néonatale de 18 à 37 %, même lorsque les services de soins en centres de santé ne s'améliorent pas[1]. C'est donc sur l'élaboration de stratégies innovantes qui exploitent pleinement le potentiel des partenariats communautaires à fournir des soins de santé primaires à grande échelle qu'il faut se concentrer, et l'idéal, c'est de le faire dans le cadre d'un renforcement de l'ensemble des systèmes de santé nationaux.

Les leçons tirées du passage à plus grande échelle d'approches efficaces sont appliquées dans un esprit de collaboration croissant. Les grandes institutions internationales qui travaillent pour la survie et la santé des mères et des enfants – l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale – collaborent avec des donateurs, des gouvernements et d'autres organismes internationaux de premier plan, comme l'Union africaine, en utilisant des cadres et des stratégies qui visent à élargir l'accès aux soins de santé primaires.

Le « passage à une échelle supérieure » : quelles sont les conditions nécessaires ?

Il est impératif d'intensifier les interventions qui existent actuellement si l'on veut accélérer les progrès de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé des femmes et des enfants – notamment en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, deux régions qui, ensemble, ont enregistré plus de 80 % de tous les décès d'enfants en 2006.

On admet généralement que la prestation de services et de pratiques essentiels doit se faire à grande échelle, mais, de toute évidence, cela est plus facile à dire qu'à faire. L'élargissement nécessite un ensemble d'interventions, dont beaucoup sont interdépendantes, pour garantir à la fois le rayon d'action et la durabilité de l'expansion à long terme.

Aux niveaux de la programmation et des politiques, il ne suffit pas d'étendre simplement la prestation de panoplies d'interventions de faible coût dont le succès a été prouvé : les obstacles comportementaux, institutionnels et environnementaux qui entravent l'accès doivent aussi être pris en compte au cours du processus d'élargissement. Pour réussir, il est nécessaire de bien comprendre ces obstacles, ainsi que les stratégies qui permettent de les contourner.

Pour les gouvernements, les donateurs, les organismes internationaux et les partenariats mondiaux pour la santé, l'expansion efficace des services nécessitera que les principaux intervenants adoptent de nouveaux modes de prestation des soins de santé primaires. Les initiatives et les partenariats qui visent à améliorer tel ou tel aspect de la santé maternelle et infantile ne manquent pas, et il s'en crée sans cesse de nouveaux, mais s'ils ne sont pas plus cohérents et mieux harmonisés, ces efforts disparates risquent de ne pas suffire à atteindre les OMD concernant la santé au cours des prochaines années.

Ce chapitre réunit ces deux éléments – *les initiatives et les partenariats* – au sein d'un cadre qui permettra d'élargir efficacement le continuum de soins de santé maternelle, néonatale et infantile. Il décrit cinq initiatives distinctes mais liées entre elles dont les programmes, les politiques et

les partenariats devront obligatoirement tenir compte au cours des dix prochaines années.

- **Initiative no. 1 :** réaligner les programmes pour passer d'interventions spécifiquement axées sur des maladies à des panoplies d'interventions intégrées, de fort impact et éprouvées pour garantir un continuum de soins dans le temps et à tous les niveaux de service.

- **Initiative no. 2 :** s'assurer que la santé maternelle, néonatale et infantile occupe une place centrale au sein d'un processus de planification stratégique national amélioré et intégré afin d'étendre les services et de renforcer les systèmes de santé.

- **Initiative no. 3 :** améliorer la qualité et la cohérence des financements pour renforcer les systèmes de santé.

- **Initiative no. 4 :** encourager et soutenir les engagements politiques, ainsi que la prise d'initiatives nationales et internationales et l'apport de financements durables pour garantir l'accès au continuum de soins[2].

- **Initiative no. 5 :** créer les conditions propices à une meilleure harmonisation des programmes et des partenariats mondiaux en faveur de la santé.

I. Réaligner les programmes

Passer d'interventions spécifiques à un continuum de soins

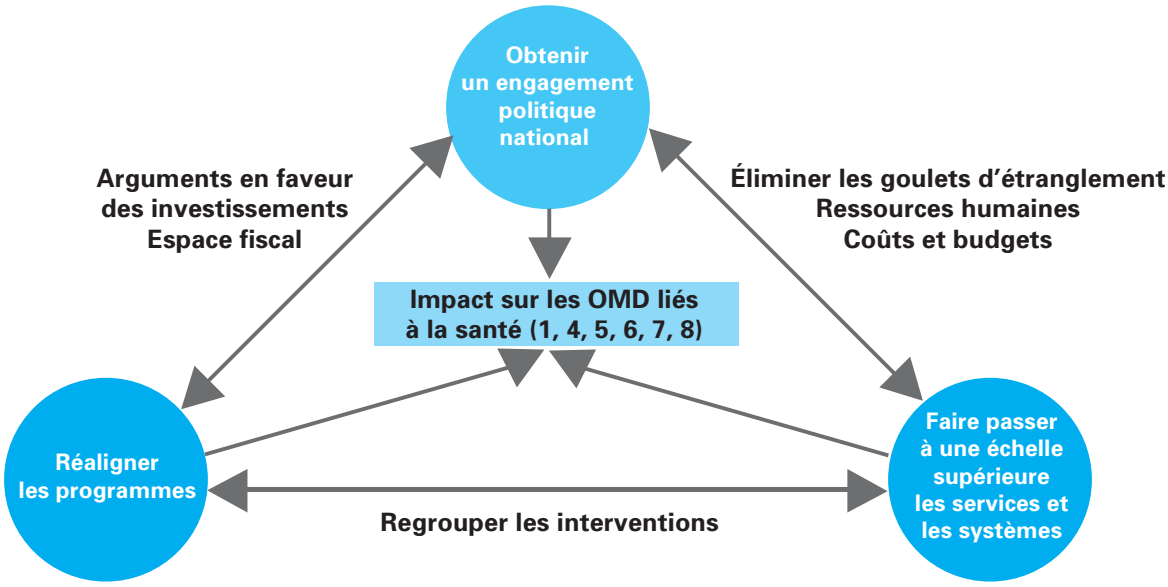
Jusqu'à présent, la plupart des efforts et de l'aide de la communauté internationale en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile a privilégié des approches spécifiques à certaines maladies, dont le processus d'élargissement est bien connu et bien documenté. Lorsqu'elles disposent des ressources nécessaires et qu'elles sont bien ciblées, gérées, financées et appliquées à l'échelle voulue, ces interventions spécifiques ont souvent contribué à réduire l'incidence des maladies et la mortalité infantile.

Toutefois, elles ont aussi leurs points faibles – y compris le fait qu'elles n'ont souvent pas tenu compte d'obstacles qui existaient en amont, par exemple, des problèmes de gouvernance, de gestion et de ressources humaines. En outre, le ciblage étroit des approches spécifiquement axées sur des maladies peut gêner la formation de synergies à l'échelle du système de santé.

Le passage à une échelle supérieure, en vue d'offrir un continuum de soins dans la durée et à tous les niveaux, est de plus en plus considéré comme un moyen particulièrement prometteur d'accélérer la réalisation des OMD concernant la santé. Toutefois, les preuves de l'efficacité et de la viabilité de ce continuum étant beaucoup moins élaborées que celles dont nous disposons pour des interventions spécifiquement axées sur des

Figure 4.1

Cadre conceptuel du passage à une échelle supérieure des soins de santé primaires dans les pays en développement



Source : tiré de « Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 », UNICEF, New York, novembre 2005. p.10.

maladies, nous devons rassembler des données supplémentaires sur la façon dont cette première approche pourrait fonctionner concrètement. Cela nécessitera la mise en place de nouveaux cadres et de nouveaux processus, notamment en ce qui concerne l'organisation des programmes. Plusieurs changements seront requis, entre autres :

- Spécifier les groupes d'intervention.
- Identifier des critères et des cibles.
- Intégrer les stratégies de prestation.

L'élargissement du continuum de soins demandera aussi que l'on adapte les structures de gestion des programmes de façon à refléter l'intégration des diverses interventions contenues au sein de ces groupes. Pour cela, il faudra améliorer les capacités institutionnelles et individuelles, vaincre la résistance au changement, et intégrer et coordonner des sources de financement fragmentées, notamment celles qui proviennent de donateurs et de partenariats internationaux[3].

Regrouper les interventions en fonction du mode de prestation des services

Le regroupement de plusieurs interventions d'un bon rapport coût/efficacité et ayant fait leurs preuves est peut-être l'une des méthodes les plus efficaces pour accélérer les progrès en faveur de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. L'élargissement, ou le passage à une échelle supérieure, requiert que les pays identifient un continuum de soins en considérant les trois modes de prestation suivants :

- *Services familiaux et communautaires :* fournis régulièrement par des éducateurs communautaires pour la santé/nutrition, sous la surveillance ponctuelle de professionnels qualifiés.
- *Services réguliers à la population :* fournis par un personnel sanitaire qualifié ou semi-qualifié, y compris des aides-soignantes, des accoucheuses et d'autres personnels paramédicaux, dans des cliniques mobiles ou des centres de santé.
- *Services cliniques individuels :* interventions qui requièrent la présence d'agents de santé hautement qualifiés, y compris des sages-femmes, des infirmières ou des médecins, disponibles en permanence[4].

Les services fournis dépendront du contexte offert par le pays et des capacités de son système de santé. L'élimination des goulets d'étranglement peut étendre leur rayon d'action afin d'accroître la couverture.

En combinant l'offre d'interventions en fonction des contacts spécifiques que différents groupes d'âge ont avec les services de nutrition et de santé, des économies d'échelle, du point de vue du coût et du temps, peuvent être réalisées et un plus grand nombre de services mis à la disposition des enfants et des mères. En regroupant des interventions de faible coût, comme la distribution de vaccins, d'antibiotiques, de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de suppléments de vitamine A, et en promouvant en même temps de meilleures pratiques d'alimentation et d'hygiène, l'approche du regroupement peut nettement améliorer la couverture des services[5].

Les partenariats communautaires sont essentiels à la réussite de la prestation groupée de soins intégrés. Si elle est efficace, une seule intervention peut souvent servir de point d'entrée pour intégrer plusieurs autres mesures au sein d'une panoplie d'activités en faveur de la santé de l'enfant.

Au Népal, par exemple, une campagne nationale de distribution de vitamine A a renforcé les capacités d'un groupe de volontaires communautaires, permettant ainsi de disposer d'une équipe crédible et respectée. Lorsqu'ils ont appris à examiner et à traiter les enfants souffrant d'infections respiratoires aiguës, ces volontaires avaient déjà gagné la confiance des parents et acquis l'assurance nécessaire pour accomplir cette tâche plus complexe.

Une expérience similaire a eu lieu à Madagascar, où les familles ont été convaincues d'adopter en même temps plusieurs pratiques de soins améliorés différentes, et où la vaccination sert de point d'entrée pour fournir d'autres services. Un vaste programme de mobilisation communautaire rappelle constamment aux familles les mesures essentielles qu'elles doivent prendre pour que leurs enfants soient en bonne santé[6].

Le principe d'équité doit faire l'objet d'une attention spéciale lors de la prestation d'interventions groupées, afin que les mères et les enfants les plus marginalisés ne soient pas oubliés. Bien que l'approche groupée permette à un grand nombre de mères et d'enfants de recevoir une gamme de services plus étendue à chaque point de prestation, elle peut aussi créer un écart de couverture entre ceux qui ont accès aux services et ceux qui en sont exclus[7].

II. Plans stratégiques nationaux pour élargir les services et renforcer les systèmes de santé

Pour que les soins de santé primaires soient axés sur le continuum de soins

Élargissement : une nutrition adéquate pour les mères, les nouveau-nés et les enfants

La dénutrition est la cause sous-jacente de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans, et le lien entre le statut nutritionnel de la mère et le risque de mortalité maternelle et infantile est bien établi. De 2000 à 2006, dans les pays et territoires en développement, plus d'un quart des enfants de moins de cinq ans souffraient d'une insuffisance pondérale modérée ou sévère ou d'un retard de croissance, et 28 % des enfants de 6 à 59 mois ne recevaient toujours pas de suppléments de vitamine A en 2005.

Quoique nécessaire, la sécurité alimentaire ne suffit pas à elle seule à prévenir la dénutrition, comme le prouve le cas de nombreux enfants atteints d'insuffisance pondérale ou d'un retard de croissance dans des environnements qui ne sont ni pauvres ni exposés au risque de manquer de nourriture. La dénutrition découle d'un ensemble de facteurs interdépendants, y compris une alimentation et des pratiques de soins inadéquates, un manque de moyens d'assainissement, les maladies, un accès insuffisant aux services de santé, et la méconnaissance des avantages de l'allaitement exclusif au sein et de l'alimentation d'appoint, ainsi que du rôle des micronutriments. La diarrhée, qui est souvent attribuable à de mauvaises installations sanitaires et à une hygiène insuffisante, est un facteur qui contribue à la dénutrition. Chez les nourrissons et les jeunes enfants, il faut aussi ajouter l'absence d'un environnement protecteur pour de nombreuses mères, qui peuvent ne pas avoir le temps de prendre soin d'elles pendant leur grossesse ou de s'occuper de leur bébé en raison de leur charge de travail à la maison et d'un accès limité aux services de santé.

L'élargissement de stratégies de nutrition efficaces par le biais d'un continuum de soins offerts aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants requiert la mise en œuvre d'une approche intégrée. Il nécessite la participation durable des parents et des communautés, qui s'appuie sur le développement local et national des soins de santé primaires et des services de santé environnementale, dans les domaines de l'eau et de l'assainissement, par exemple. Lorsque ces conditions sont réunies, on peut obtenir des résultats remarquables en relativement peu de temps. En Thaïlande, par exemple, les taux de malnutrition modérée et sévère ont baissé de 75 % ou plus en dix ans. Et, malgré d'énormes difficultés économiques, de nombreux pays en développement ont réalisé des progrès considérables, réussissant à fournir des vitamines et des minéraux essentiels à leurs populations. Près de 70 % des foyers des pays en développement consomment du sel iodé, près de 450 millions d'enfants reçoivent à présent de la vitamine A, et les stratégies en faveur de la santé, notamment les partenariats communautaires, font appel à des moyens nouveaux et innovants pour promouvoir et soutenir l'allaitement au sein.

De toutes les régions en développement, c'est l'Asie du Sud qui est la plus gravement touchée par la dénutrition. Avec le plus grand nombre de bébés de faible poids à la naissance et d'enfants de moins de cinq ans atteints d'une insuffisance pondérale, d'émaciation ou d'un retard de croissance modérés ou sévères, la région enregistre aussi les taux les plus faibles de distribution de suppléments de vitamine A. Malgré des indicateurs légèrement supérieurs, l'Afrique subsaharienne enregistre les plus faibles taux d'allaitement exclusif au sein des bébés de moins de six mois, et la dénutrition sévère aiguë reste un problème urgent. Les exemples de pays ci-dessous illustrent la façon dont des solutions sont apportées à ces problèmes dans la région.

Bénin : apprendre aux mères l'importance de l'allaitement au sein

Au Bénin, l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 1996 a révélé que seulement 16 % des bébés de la région de Borgou étaient nourris au sein dès l'heure qui suivait leur naissance. Et en 1998, moins d'un nourrisson de moins de quatre mois sur cinq, soit 14 %, bénéficiait d'un allaitement exclusif au sein. Pour remédier à cette situation, et pour éliminer certains autres problèmes nutritionnels associés aux forts taux de malnutrition et de mortalité des nourrissons, le programme Actions essentielles en nutrition a été lancé en 1997. Afin de renforcer des comportements essentiels liés à la nutrition, ce programme comprenait six mesures à appliquer dans les centres de santé et les communautés :

- L'allaitement exclusif au sein des nourrissons pendant les six premiers mois.
- Une alimentation d'appoint adéquate en plus de l'allaitement au sein de 6 à 24 mois.
- La distribution de suppléments de vitamine A pour les enfants.
- La distribution de suppléments de fer et d'acide folique pour les femmes enceintes.
- La distribution de sel iodé.
- Un soutien et des conseils pour les enfants dénutris et malades.

Le programme Actions essentielles en nutrition utilise à la fois des mesures conçues pour renforcer le système de santé, comme la formation des agents de santé, la mobilisation des communautés et une campagne de communication à grande échelle adaptée à la situation spécifique des populations ciblées.

Les dirigeants communautaires ont activement participé à la sélection de volontaires, appelés relais communautaires, chargés de faire le lien entre les communautés et les centres de santé, qui ont reçu une formation sur la nutrition. Des jeunes, des chanteurs traditionnels, des troupes de théâtre communautaires, des femmes, et d'autres groupes de la collectivité ont participé à des ateliers pour élaborer des messages et des matériels.

Les troupes de théâtre communautaires ont monté des spectacles dans les villages et les quartiers, pendant que les stations de radio diffusaient des spots, des jeux et des pièces produits pendant les ateliers.

Grâce à cette vaste mobilisation communautaire, les attitudes des mères au sujet de l'allaitement ont changé du tout au tout. En 2001, dans cette région, près de la moitié des mères qui avaient un bébé de moins de quatre mois déclarait qu'il était nourri exclusivement au sein. De plus, en 2002, plusieurs communautés de Borgou ont signalé des taux d'allaitement exclusif au sein de 61 % chez les bébés de moins de quatre mois, contre 40 % en 1999.

Prise en charge de la dénutrition sévère aiguë basée sur la communauté en Éthiopie, au Malawi et au Soudan

La dénutrition sévère aiguë reste l'une des principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans. Jusqu'à une date récente, les traitements étaient administrés uniquement en centres de santé, ce qui limitait considérablement leur couverture et leur impact puisque, dans beaucoup de pays pauvres, les enfants gravement dénutris ne sont jamais conduits dans un établissement de soins. Tout indique cependant maintenant qu'un grand nombre de ces enfants peuvent être traités dans leur communauté, sans avoir besoin d'être admis dans un centre de santé ou d'alimentation thérapeutique. Cette approche fondée sur la communauté consiste à déceler en temps voulu les cas de dénutrition sévère aiguë dans la communauté, et d'offrir aux enfants qui ne présentent pas de complications médicales des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ou d'autres aliments à forte teneur en nutriments qu'ils consommeront à la maison. Combinée comme il se doit avec des soins fournis en établissement dans le cas d'enfants dénutris souffrant de complications médicales, et mise en œuvre à grande échelle, la prise en charge communautaire de la dénutrition sévère aiguë pourrait prévenir des centaines de milliers de décès d'enfants.

Les résultats obtenus récemment en Éthiopie, au Malawi et au Soudan illustrent le fort impact et la rentabilité de la prise en charge des cas de dénutrition sévère aiguë dans la communauté. À la différence des traitements administrés en centres de soins – où, dans la plupart des pays en développement, les taux de décès n'ont pratiquement pas diminué depuis cinquante ans – cette thérapeutique communautaire a provoqué un changement fondamental en matière de compréhension de la maladie et d'adhérence aux traitements. À ce jour, les données provenant de plus de 20 programmes mis en œuvre en Éthiopie et au Malawi, ainsi que dans le Nord et le Sud du Soudan entre 2000 et 2005, indiquent que les taux de guérison enregistrés atteignent presque 80 %, et que les taux de mortalité ont été ramenés à seulement 4 %. Les taux de couverture sont de 73 %, et plus des trois quarts des enfants sévèrement dénutris souffrant de complications ont reçu uniquement des soins externes. En outre, les données initiales indiquent que ces programmes étaient d'un coût abordable, qui se situait entre 12 et 132 dollars É.-U par année de vie gagnée.

Les programmes de soins thérapeutiques basés sur la communauté ont recours à de nouveaux aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, souvent confectionnés à partir de produits cultivés sur place. Leur mise en œuvre repose sur trois conditions :

- Tous les programmes doivent souligner l'importance d'un traitement administré dès les premiers stades de l'évolution de la malnutrition et la nécessité d'adhérer à un programme nutritionnel jusqu'à la guérison.
- Les programmes supposent que pour se présenter dans les plus brefs délais et pour suivre le traitement, les familles et les communautés doivent comprendre les programmes, les accepter et y participer.
- Les programmes font appel à la participation d'intervenants clés qui peuvent bénéficier des suggestions et de l'attention générés par la réussite des initiatives, et par là même, contribuer à leur durabilité à long terme.

Les résultats des programmes mis en œuvre au niveau de la communauté pour lutter contre la dénutrition sévère aiguë laissent penser que, même s'ils n'éliminent pas la nécessité d'une aide externe, les traitements élargis peuvent avoir un impact très important sur la santé publique, en prévenant des centaines de milliers de décès d'enfants.

Voir Références, page 108.

au lieu de l'être sur les interventions contre des maladies spécifiques, et pour étendre la couverture des interventions groupées, des politiques viables devront être adoptées. Ce fait est apparu avec une évidence croissante lors d'une série de forums de haut niveau organisés depuis 2003 pour réfléchir aux moyens d'accélérer les progrès de réalisation des OMD liés à la santé[8]. Au fil du temps, les participants à ces réunions ont identifié certains problèmes critiques en amont au niveau des politiques, problèmes qui devront être réglés de toute urgence pour soutenir un passage à plus grande échelle. L'une des principales conclusions de ces experts est que la faiblesse des systèmes de santé et l'insuffisance des financements pour développer ces systèmes risquent de limiter l'impact de ces efforts de lutte contre des maladies spécifiques, et de rendre les mères et les enfants particulièrement vulnérables au fardeau global de la maladie dans un pays donné.

L'élargissement des services et des systèmes devra s'appuyer sur des stratégies nationales concrètes efficaces qui tiennent compte non seulement du potentiel d'expansion des interventions, mais aussi des limites et des obstacles qui pourraient freiner les progrès, en trouvant les moyens de les contourner. Les principales mesures que les plans stratégiques doivent adopter pour élargir les interventions groupées citées précédemment sont les suivantes :

- Identifier et éliminer les goulets d'étranglement au sein du système de santé.
- Surveiller les progrès et les déficiences de la couverture.
- Introduire progressivement des panoplies d'interventions et de mesures de renforcement du système de santé.
- Aborder la crise des ressources humaines dans le secteur de la santé.
- Développer les systèmes de santé pour obtenir des résultats.
- Renforcer les systèmes de santé au niveau des districts.

Identifier et éliminer les goulets d'étranglement au sein du système de santé

Pour offrir un continuum de soins, des réseaux fonctionnels de prestation de services doivent être mis en place aux trois niveaux décrits dans la partie précédente : famille et communauté; services primaires décentralisés, proches du lieu de résidence des clients; et services d'aiguillage et soins préventifs spécialisés fournis en établissement. La phase initiale consiste à recueillir des données et des informations qualitatives sur tous les prestataires de services existants (publics, privés et informels) et sur les organisations (y compris les organisations non gouvernementales) qui peuvent être mobilisées pour soutenir l'effort d'élargissement.

Le nord-est du Ghana, où de nombreuses organisations non gouvernementales appuient différentes interventions en faveur de la santé, offre un exemple de mise en œuvre de ce processus. La collaboration entre le Club des mères de la Croix-rouge du Ghana, les services de santé nationaux et l'UNICEF, dans le cadre du Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant, a permis d'intégrer les activités de toutes ces organisations et de soutenir l'élargissement d'un ensemble d'interventions de faible coût, de fort impact et ayant fait leur preuves[9].

D'autres étapes importantes consistent à identifier et à analyser les goulets d'étranglement et les problèmes qui existent à l'échelle du système, et à formuler des stratégies pour les éliminer ou les contourner[10]. Ces obstacles peuvent se situer au niveau des centres de santé, des services mobiles, des communautés et des foyers, ou de l'appareil stratégique et bureaucratique qui élabore les politiques, gère la logistique et les approvisionnements, et qui fixe et applique la réglementation. La Figure 4.2, page 69, illustre les principaux goulets d'étranglement qui peuvent entraver la prestation des services à chacun des niveaux du système de santé d'un pays, ainsi que le contexte politique et le système de gouvernance dans lesquels elle s'opère. Le rapport *Marginal Budgeting for Bottlenecks* cité dans l'encadré de la page 70 offre un nouvel outil pour analyser ces problèmes.

Pour résorber de nombreux goulets d'étranglement, il faudra s'attaquer spécifiquement à des problèmes existant à divers niveaux de la prestation des services. Par exemple, la demande insuffisante de services de santé de bonne qualité de la part des membres de la communauté ou la capacité limitée des centres de santé et des agents de vulgarisation à fournir des services essentiels peuvent limiter la couverture des panoplies d'interventions, tout comme les obstacles financiers, sociaux et matériels qui empêchent d'y avoir accès. Ici, comme il se doit, les partenariats communautaires décrits au Chapitre 3 peuvent jouer un rôle unique et fondamental en facilitant les contacts entre des agents de santé – y compris des agents de santé communautaires – et des services consacrés, et les foyers et les communautés qui ne bénéficient pas actuellement d'interventions essentielles. Mais il faudra aussi prévoir des soins en établissement et des éducateurs pour soutenir les agents de santé communautaires et pour fournir des services dans le cadre de

nombreuses interventions qui requièrent une assistance plus spécialisée[11].

Pour soutenir l'action des partenariats communautaires en faveur de la santé et de la nutrition, et pour améliorer la qualité de la prestation des services, certaines conditions secondaires doivent aussi être remplies, à savoir, améliorer les performances des agents de santé, les motiver, et s'assurer que les établissements disposent des équipements adéquats et des médicaments nécessaires. L'amélioration de la prestation des services passe évidemment en partie par l'augmentation des ressources – humaines, financières et administratives – et par l'offre de formations, mais d'autres mesures d'incitation et une meilleure gestion des ressources humaines pourraient également s'avérer nécessaires.

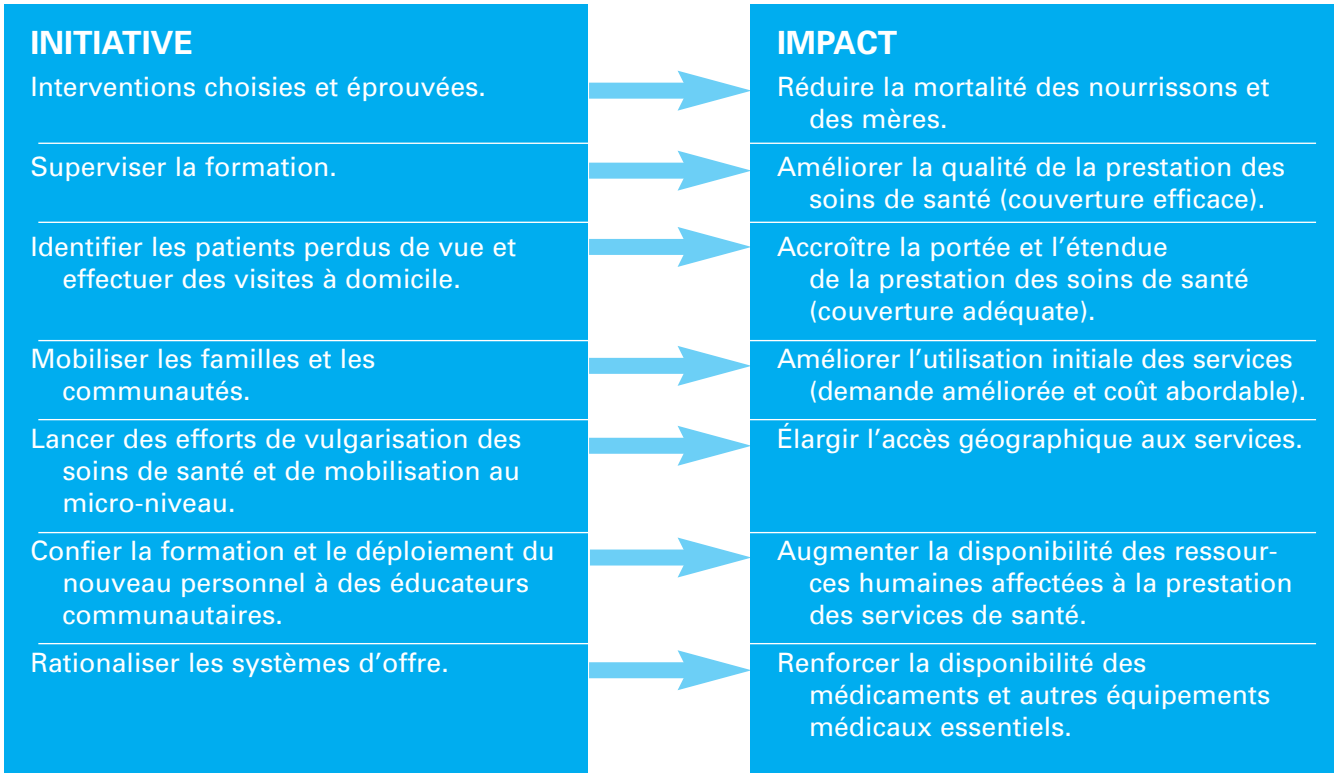
Les déterminants de la performance des systèmes de santé situés aux plus hauts niveaux – la politique et la gestion stratégique, les politiques publiques multisectorielles et les changements environnementaux et conjoncturels – sont au nombre des problèmes les plus complexes du développement des systèmes de santé, car ils font partie intégrante d'un contexte politique et institutionnel que l'on ne peut pas modifier rapidement ou facilement[12]. Néanmoins, des prises d'initiatives avisées, la mobilisation, l'assistance technique et les partenariats peuvent contribuer à apporter des changements.

Surveiller les progrès et les problèmes rencontrés lors de l'élargissement de la couverture

On s'accorde à reconnaître qu'une surveillance régulière, le suivi et l'adaptation des programmes en fonction des évaluations et des résultats sont des rouages essentiels du fonctionnement d'un système de santé performant. Sans cela, il n'est pas possible de faire un examen rigoureux de l'efficacité des programmes. Une gestion de la santé publique avisée et fondée sur des preuves requiert des connaissances solides sur la fréquence et la répartition des maladies, les déterminants et les conséquences des maladies et d'autres problèmes de santé, sur la sécurité, l'efficacité et la qualité des interventions, ainsi que sur leur coût. Des enquêtes sur la santé et des recherches sur l'impact des approches et des stratégies adoptées sont fondamentales pour recueillir des preuves vitales, apprendre des leçons essentielles, et élaborer les meilleures pratiques.

Figure 4.2

Résorber les goulets d'étranglement dans la prestation des services de santé



Source : UNICEF, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé : « A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health system strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions », document préparé à la demande de l'Union africaine par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale, septembre 2006, p. 25.

La « budgétisation marginale des goulets d'étranglement »

La « budgétisation marginale des goulets d'étranglement » est un outil de planification et de budgétisation axé sur les résultats qui utilise l'expérience de l'impact des interventions de réduction de la mortalité maternelle et infantile dans un pays, identifie les obstacles de mise en œuvre et estime le montant des coûts marginaux pour éliminer ces obstacles. Cet outil, qui a servi à préparer d'importants cadres stratégiques pour la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique subsaharienne, a été élaboré conjointement par l'UNICEF, la Banque mondiale et l'OMS. Il aide à fixer les cibles d'interventions à fort impact qui ont fait leurs preuves, à estimer l'impact anticipé, le coût par vie sauvée et d'autres considérations financières, ainsi qu'à prévoir l'espace fiscal requis pour financer ces coûts supplémentaires. (L'espace fiscal peut être défini comme la disponibilité d'un espace budgétaire autorisant un gouvernement à affecter des ressources à un objectif désiré, par exemple, la suppression des obstacles à la santé maternelle, néonatale et infantile sans pour autant porter atteinte à la situation financière de ce gouvernement.)

La budgétisation marginale des goulets d'étranglement comporte cinq étapes clés :

- *Évaluer les principaux indicateurs, les tendances et les causes de la mortalité et de la morbidité maternelle, néonatale et infantile, ainsi que l'accès aux services essentiels, et choisir et regrouper des interventions* à fort impact qui ont fait leurs preuves pour remédier aux problèmes immédiats selon le mode de prestation des services, par exemple, soins familiaux/communautaires, services réguliers aux populations et stratégies mobiles, ou soins cliniques individuels dispensés dans des centres de soins primaires et de centres de tri.
- *Identifier, à l'échelle du système, les goulets d'étranglement de l'offre et de la demande qui bloquent la couverture adéquate et efficace des soins de santé primaires essentiels*, ainsi que les obstacles à la mise en œuvre de groupes d'interventions de fort impact à chacun des principaux niveaux de prestation des soins. Une couverture adéquate implique, entre autres, la disponibilité de médicaments et d'équipements essentiels, l'accès aux services et aux agents de santé, une utilisation initiale des services et la continuité du recours aux services. En examinant plus avant les causes sous-jacentes des goulets d'étranglement et en concevant des stratégies susceptibles de les éliminer, on peut définir des « frontières » – ou des niveaux de couverture des groupes d'interventions qui s'avèrent adéquats, efficaces et réalisables une fois que les goulets d'étranglement sont résorbés.
- *Estimer l'impact anticipé de chacune des interventions sur les taux de survie*. Ces estimations s'appuient sur une analyse récente et détaillée des preuves de l'efficacité des groupes d'interventions de fort impact pour déterminer les progrès accomplis en matière de santé et de survie des mères et des enfants. Elles sont calculées de manière résiduelle pour éviter de compter deux fois les taux de survie.
- *Sélectionner les types, la quantité et les coûts des intrants supplémentaires*, y compris les salaires, les médicaments et la formation, nécessaires à l'application de mesures qui permettront de résorber les goulets d'étranglement et de rehausser la couverture réelle des groupes d'interventions au niveau de leurs frontières.
- *Analyser les implications budgétaires, identifier les sources probables de financement et comparer les coûts marginaux et les besoins de financement requis à « l'espace fiscal » des dépenses de santé*. (L'espace fiscal des dépenses de santé dans chaque pays est estimé par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international.)

Il faut aussi surveiller la couverture pour pouvoir adapter rapidement les politiques et les interventions qui doivent l'être. Les OMD liés à la santé sont en grande partie mesurés à l'aide d'instruments à grande échelle, comme les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). Les indicateurs des OMD fournissent quant à eux les principaux paramètres grâce auxquels on peut mesurer la réalisation des cibles liées à la santé. La plupart d'entre eux font partie du groupe minimum d'indicateurs de haute priorité de la survie de l'enfant adoptés en commun par l'UNICEF et l'OMS, en collaboration avec leurs partenaires, dans le cadre du processus de Compte à rebours pour la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants.

Les EDS et les MICS fournissent des données ponctuelles qui permettent de déterminer la couverture réelle que l'on peut obtenir avec un minimum d'interventions essentielles. Pour améliorer la surveillance, l'intervalle entre ces enquêtes a été ramené de cinq à trois ans. En outre, des processus de surveillance nationaux, sous-nationaux et communautaires sont essentiels pour analyser les progrès et les problèmes associés à l'élargissement des interventions de fort impact.

Plusieurs pays en développement ont pris des mesures originales pour surveiller l'impact de leurs programmes de soins sur les populations et recueillir des informations essentielles sur la santé. En Bolivie, par exemple, une approche basée sur le recensement a été utilisée pour identifier toutes les personnes visées par le programme en rendant visite à la totalité des foyers deux fois par an. Ce recensement a ensuite servi à cibler des interventions spécifiques de fort impact sur les enfants qui présentaient les risques de mortalité les plus élevés. Grâce à cette approche, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les zones

Exemples d'analyses de goulets d'étranglement dans plusieurs pays

Une analyse des goulets d'étranglement a été effectuée dans près de 25 pays en développement et à tous les niveaux de prestation des services. Les approximations utilisées pour évaluer les déterminants de la couverture pour chacun des trois modes de prestation se fondent sur les paramètres suivants (la liste n'est pas exhaustive) :

- *Soins familiaux et communautaires* : les indicateurs comprennent l'utilisation d'eau salubre, d'installations d'assainissement et de moustiquaires imprégnées d'insecticide; l'alimentation des nourrissons et les soins donnés aux enfants malades et aux nouveau-nés.
- *Services réguliers destinés à la population* : les indicateurs comprennent les niveaux de vaccination et de soins prénatals.
- *Soins cliniques* : les indicateurs comprennent les accouchements assistés par un personnel qualifié, les soins obstétriques d'urgence et les soins néonatals.

Les résultats obtenus dans les pays où l'outil a été utilisé ont révélé la présence de goulets d'étranglement qui n'apparaissaient pas immédiatement lors de l'examen des données sur les niveaux et les tendances.

Comme il a été signalé lors d'ateliers récents :

Honduras : une analyse des goulets d'étranglement dans les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène a révélé que, bien qu'ils aient amplement accès à de l'eau de boisson améliorée, moins de la moitié des foyers utilisaient de l'eau qui avait été filtrée pour la rendre propre à la consommation. Les stratégies retenues pour éliminer ces goulets d'étranglement consistent à faire passer les services de traitement de l'eau à plus grande échelle, à diffuser des informations, et à promouvoir l'usage exclusif d'eau potable en lançant des initiatives d'éducation et de communication.

Guinée : en 2000, 70 % des villages des districts concernés par le Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant (ASDE) avaient un éducateur communautaire sur la santé et la nutrition, la moitié des familles possédait une moustiquaire et un quart des femmes enceintes dormait sous une moustiquaire. Toutefois, on a constaté que la couverture réelle était bien inférieure aux niveaux de couverture adéquats, puisque moins de 5 % de la population dormait sous une moustiquaire qui avait récemment été traitée à l'insecticide. Ce goulet d'étranglement de la lutte contre le paludisme a été éliminé en traitant gratuitement toutes les moustiquaires existantes, et en distribuant en priorité aux femmes enceintes qui recevaient des soins prénatals et qui avaient fait vacciner leurs enfants des moustiquaires déjà imprégnées d'insecticide à un prix fortement subventionné. En 2004, cette approche intégrée d'élimination des goulets d'étranglement avait fait progresser la couverture réelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide de 40 %, tout en étendant aussi la couverture vaccinale (toutes les doses administrées aux enfants de moins de cinq ans) et des soins prénatals (au moins trois visites) de 40 % en 2002 à 70 % deux ans après.

Voir Références, page 108.

qui bénéficiaient d'un programme de santé s'est établi à entre un tiers et la moitié du taux moyen enregistré dans les districts de contrôle[13].

Échelonner les panoplies d'interventions et renforcer les systèmes de santé

On se rend compte de plus en plus que l'élargissement des panoplies d'interventions doit parfois se faire en plusieurs phases, en fonction de circonstances comme la disponibilité des budgets, les problèmes logistiques, les capacités techniques ou des facteurs culturels et socio-économiques. Si certaines interventions peuvent rapidement passer à l'échelle supérieure, d'autres exigeront plus de temps. L'élargissement de groupes minimum d'interventions essentielles est un élément clé des nouvelles stratégies qui cherchent à atteindre des cibles de couverture spécifiques. Les interventions sont regroupées afin d'atteindre ces cibles dans chacun des trois modes de prestation des services décrits précédemment, et ce en trois phases[14].

Cette approche échelonnée de la prestation des soins de santé permettra à chaque pays de définir et de mettre en œuvre un groupe d'interventions initial qui pourra ensuite être élargi au fil du temps. Le regroupement et l'offre de ces interventions prioritaires dépendront des capacités du système de santé du pays. L'élimination graduelle des goulets d'étranglement facilitera l'expansion de la prestation des services – notamment dans des situations d'urgence complexes. Puisque l'approche du regroupement est axée sur les résultats, la mise en œuvre d'interventions prioritaires à l'échelle supérieure peut être planifiée et surveillée en plusieurs phases.

Les trois phases recommandées pour étendre la couverture de la prestation des services dans les pays où les capacités du système de santé sont faibles sont les suivantes :

Phase une : la phase initiale vise à réduire de moitié les goulets d'étranglement qui existent à l'échelle du système dans les services familiaux/communautaires et les services de soins à la population, en stimulant la demande de soins cliniques de bonne qualité et en fournissant une *panoplie minimum* d'interventions rentables de fort impact, compatibles avec le contexte politique, les ressources humaines et les capacités disponibles. Les stratégies opérationnelles utilisées sont la formation et le déploiement d'éducateurs communautaires sur la santé et la nutrition afin d'améliorer les pratiques de soins familiaux. Une panoplie minimum d'interventions comprend généralement ce qui suit :

- Interventions contre le paludisme
- Nutrition
- Promotion de l'hygiène
- Vaccination associée à des campagnes de réduction de la mortalité due à la rougeole
- Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles
- Soins spécialisés pendant l'accouchement et pour le nouveau-né et soins obstétriques d'urgence
- Prévention et traitement du VIH/SIDA
- Soins fournis en établissement de soins

Phase deux : la deuxième phase consiste à offrir une *panoplie élargie* regroupant d'autres interventions néonatales et maternelles, un approvisionnement en eau amélioré et un assainissement adéquat dans le cadre des politiques nationales et en mobilisant des financements supplémentaires. Cette phase vise à soutenir et à renforcer les trois modes de prestation de services en résorbant les goulets d'étranglements au niveau de l'offre et de la demande.

Phase trois : la dernière phase vise à introduire et à étendre des interventions innovantes, comme la distribution des vaccins antirotavirus et antipneumococcique, et à stimuler l'offre et la demande de cette *panoplie maximum*[15].

Aborder la crise des ressources humaines du secteur de la santé dans les pays en développement

Dans de nombreux pays, des difficultés économiques et des crises financières ont déstabilisé et démoralisé le personnel médical, en générant un cercle vicieux de démotivation, de faible productivité, et de sous-investissement dans les ressources humaines.

Pour remédier à la crise du personnel de santé dans les pays en développement, un ensemble de mesures devront être prises à diverses échéances.

Court terme : l'une des priorités immédiates est de s'assurer que l'expansion des initiatives nationales et mondiales en faveur de la santé maternelle et infantile ne perturbe pas davantage le fonctionnement des systèmes de santé et ne provoque pas davantage de départs de personnel.

Court à moyen terme : il faut rétablir la productivité et le moral des professionnels de la santé actuellement en poste, notamment en leur offrant des mesures d'incitation comme des augmentations de salaires et une meilleure supervision. Les effectifs des personnels de santé – y compris les agents de santé communautaires – doivent aussi être augmentés, autant que le permettent la conjoncture macroéconomique du pays et ses stratégies de réduction de la pauvreté.

Long terme : pour résoudre la crise du personnel de santé, il faudra aussi accroître massivement les possibilités d'éducation et de formation des professionnels de la santé. Si le personnel médical n'est pas mieux formé, et si des financements supplémentaires ne sont pas mobilisés, la crise pourrait s'aggraver, ce qui aurait des conséquences désastreuses sur la santé et la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants.

Ces mesures devront bénéficier de l'appui ferme des dirigeants nationaux, motivé par un vaste consensus au sein de la société en faveur d'une prestation de soins de santé de bonne qualité. Des plans généraux devront être élaborés pour remédier à la crise du personnel de santé et préparer les pays à offrir l'accès universel à un continuum de soins. En outre, ces plans doivent dépasser le simple cadre de la santé pour aborder des questions telles que la réforme de la fonction publique, la décentralisation et la conjoncture macroéconomique.

On ne saurait sous-estimer l'ampleur de ce défi. Pour régler la crise du personnel de santé en Afrique subsaharienne uniquement, les effectifs devront être augmentés dans une mesure sans précédent au cours des dix prochaines années. Sur près des 860 000 nouvelles recrues nécessaires pour offrir des soins de santé au niveau requis pour atteindre les OMD liés à la santé dans cette région, plus de la moitié serait des éducateurs communautaires sur la santé et la nutrition.

Dans beaucoup de pays en développement, des efforts sont faits à l'heure actuelle pour augmenter le nombre d'agents de santé communautaires et pour offrir des mesures d'incitation pour diminuer les taux d'attrition. Plusieurs pays, dont l'Inde, le Kenya, l'Afrique du Sud et

© UNICEF/ HQ03-0459/Shehzad Noorani

L'efficacité des interventions en faveur de la santé est évaluée grâce à une surveillance et un suivi réguliers. *Des enfants sont examinés pour détecter la malnutrition avant une distribution de biscuits riches en protéines en Iraq.*

l'Ouganda envisagent d'adopter des grammes nationaux pour les agents de santé communautaires, tandis que l'Éthiopie forme 30 000 agents de vulgarisation communautaires féminines spécialisées dans la santé maternelle, néonatale et infantile, le paludisme et le VIH et le SIDA[16]. Des programmes de formation d'agents de santé communautaires sont aussi offerts dans des pays aussi divers que l'Afghanistan, l'Indonésie, le Mozambique, le Népal et le Pakistan.

Le renforcement des programmes pour les agents de santé mettrait initialement l'accent sur la formation d'éducateurs communautaires sur la santé et la nutrition afin d'améliorer la prestation de services dans trois domaines :

- Meilleures pratiques de soins familiaux encouragées par des visites à domicile.
- Distribution de produits et de fournitures essentiels pour la santé et la nutrition aux foyers des communautés dont l'accès à des soins en établissement est limité.
- Soins de première ligne prodigués aux enfants malades.

Pour motiver le personnel, on pourrait avoir recours à des mesures d'incitation en fonction de la performance, par exemple, des primes accordées lorsque des changements de comportement ont été observés dans leurs communautés, au lieu d'une rémunération fixe.

Tout indique que des mesures d'incitation multiples – qui allient souvent de modestes primes financières ou des compensations « en nature » à la reconnaissance de la communauté et à la supervision, ainsi que des possibilités de développement personnels – tendent à faire diminuer notablement le taux d'attrition des agents de santé communautaires. Au Guatemala, par exemple, les agents de santé communautaires supervisés étaient de deux à trois fois moins nombreux à quitter leur emploi que les agents non supervisés parce que la relation qu'ils entretenaient avec des experts extérieurs leur conférait un statut plus élevé[17].

La remise à niveau des compétences des agents de santé actuellement en poste fait partie intégrante d'un élargissement efficace. Une meilleure supervision et un suivi plus régulier, en plus d'incitations et de contrats accordés en fonction de la performance, peuvent motiver les agents de santé déjà recrutés et offrir des possibilités attractives aux futurs candidats à ces postes.

Élargissement : eau sûre, assainissement adéquat et meilleures pratiques d'hygiène

De l'eau propre et des toilettes qui ne présentent aucun danger peuvent transformer la vie des enfants. Plus que tout autre groupe, les jeunes enfants sont vulnérables aux risques que posent l'eau contaminée, un mauvais assainissement et une hygiène inadéquate. Ensemble, l'eau de boisson impropre à la consommation, le manque d'eau pour se laver et faire la cuisine, et l'accès insuffisant à l'assainissement contribuent à près de 88 %, ou plus de 1,5 million, des décès causés chaque année par les maladies diarrhéiques.

À lui seul, un meilleur assainissement pourrait faire reculer de plus d'un tiers le taux de morbidité associé à la diarrhée; et lorsqu'il s'accompagne d'un meilleur respect de l'hygiène, ce taux peut diminuer de deux tiers. Le simple fait de se laver les mains avec du savon ou de la cendre pourrait éviter de 500 000 à 1,4 million de décès chaque année. À la maison, les pratiques améliorées comprennent l'utilisation systématique, par chaque membre du foyer, de toilettes ou latrines, l'élimination sans risque des excréments des jeunes enfants, le lavage des mains au savon ou avec de la cendre après avoir déféqué et avant de manger, et l'installation de sources d'eau sûre dans les foyers et les communautés. Une première étape essentielle pour améliorer l'assainissement et l'hygiène consiste à donner aux communautés les connaissances et les ressources dont elles ont besoin pour adopter ces pratiques de base à la maison.

Nicaragua et Pérou : promouvoir une meilleure hygiène pour lutter contre la diarrhée
Comme l'Asie du Sud, l'Amérique latine et les Caraïbes ont réalisé d'importants progrès dans les domaines de l'eau et de l'assainissement : 16 des 33 pays de la région sont en bonne voie d'atteindre les cibles des OMD. Pourtant, des disparités continuent d'exister, notamment entre zones urbaines et zones rurales.

En 2002, le Projet de modification des comportements liés à l'hygiène (*Hygiène Behavior Change Project*), lancé conjointement par Environmental Health Project et l'Organisation panaméricaine de la santé, a appliqué des stratégies qui s'appuyaient sur les communautés dans une région où le rotavirus et la diarrhée causaient 15 000 décès et 75 000 hospitalisations par an, malgré des infrastructures satisfaisantes de latrines et d'adduction d'eau. Au Pérou, le nombre de cas de diarrhée signalés après le démarrage du projet a été ramené à 9 %, et au Nicaragua, pratiquement aucun cas de diarrhée n'a été enregistré chez les enfants de trois ans, et aucun chez les enfants de quatre et cinq ans. Dans les deux pays, les pratiques d'hygiène encouragées par ces interventions, comme le fait de mieux se laver les mains et d'utiliser et de stocker l'eau en toute sécurité, ont apporté des améliorations statistiquement importantes entre le début et l'étape intermédiaire de leur mise en œuvre.

Mozambique : comités d'assainissement d'enfant à enfant
Les enfants peuvent souvent être d'efficaces agents du changement dans leurs communautés. Au Mozambique, des comités d'assainissement d'enfant à enfant sont utilisés pour lancer des programmes d'éducation sur l'hygiène axés sur l'enfant dans les écoles. Ces comités servent aussi de point d'entrée pour aider les communautés locales à adopter des pratiques d'hygiène à la maison, en faisant circuler l'information d'enfant à enfant et de l'enfant aux parents. Un comité d'assainissement d'enfant à enfant est un groupe de 15 filles et garçons qui ont reçu une formation pour dispenser une éducation sur l'hygiène basée sur la participation, notamment la diffusion d'informations sur les modes de transmission des maladies liées à l'eau et à l'assainissement et les façons de s'en protéger, le lavage des mains au savon (ou avec de la cendre), et l'utilisation correcte des latrines. Il est particulièrement important que des filles participent aux comités, car leur présence à l'école peut être affectée par le manque d'installations adéquates d'eau et d'assainissement et par le temps qu'elles passent à aller chercher de l'eau potable. Associés à des stratégies qui encouragent la participation des jeunes, ces efforts ont contribué à une progression de 15 à 20 % du taux de scolarisation des filles à l'échelle du pays depuis 2002–2003.

Pour susciter l'intérêt d'autres enfants, les comités utilisent des discussions de groupe, des affiches, des chansons expressives, le théâtre, la danse, des interviews, des dessins et des concours. Grâce à cette approche, des comités d'assainissement d'enfant à enfant ont été créés et sont actifs dans 251 écoles.

Sud-Soudan : eau et assainissement basés sur la communauté dans des environnements complexes
On suppose souvent que les approches basées sur la communauté sont difficiles, sinon impossibles, à mettre en œuvre dans des zones affectées par un conflit armé, une catastrophe naturelle ou d'autres situations d'urgence complexes. Pourtant, les résultats obtenus au Sud-Soudan suggèrent que lorsque la mise en œuvre est efficace, les approches basées sur la communauté peuvent jouer un rôle essentiel dans des environnements difficiles. Au Sud-Soudan, un projet d'eau et d'assainissement est mené à bien par des équipes locales spécialisées dans le forage de puits à la main. Chaque équipe comprend 10 membres, qui sont généralement choisis parmi les habitants des communautés locales; sur ce nombre, sept personnes sont généralement chargées du forage des puits, et trois sont responsables de l'entretien des pompes à main, y compris un chef d'équipe. Le forage manuel offre une approche de faible coût et qui fait appel à une technologie rudimentaire pour fournir l'accès à l'eau. Les équipements de forage peuvent être démontés et transportés sur d'autres sites par les communautés elles-mêmes, même en terrain difficile, et, ce qui est essentiel, permettent de continuer les travaux pendant

la saison humide. En outre, le faible coût et la portabilité des installations comptent pour beaucoup dans les zones à risque. En travaillant avec les communautés, ce projet a réussi à augmenter le nombre de puits tubulaires dans de vastes zones au nord de Bahr-el-Ghazal.

Bangladesh et Inde : l'approche communautaire de l'« assainissement total »

Bien que la construction de toilettes soit un investissement incontournable pour étendre la couverture de l'assainissement, les résultats obtenus en Asie du Sud suggèrent qu'elle ne suffit pas toujours à améliorer la santé publique. L'examen d'évaluations sectorielles effectuées à l'échelle des États en Inde, par exemple, montre que la plupart des gens continuent à déféquer en plein air, non pas parce qu'ils n'ont pas accès à des toilettes, mais principalement parce qu'ils ne voient aucune raison de changer leur comportement, n'ayant pas ou peu conscience des risques sanitaires associés à cette pratique. En fait, l'utilisation des toilettes n'est consistante que dans les foyers qui reconnaissent leur utilité et qui les installent eux-mêmes.

Dans le district de Rajshahi, au Bangladesh, une approche de mobilisation communautaire unique en son genre a été testée en 2001 pour obtenir une couverture en assainissement qui atteigne 100 %. Le projet « assainissement total » mis en œuvre par les communautés part du principe qu'il faut déclencher des changements de comportement collectifs. Cette approche aide les communautés à comprendre les effets nuisibles d'un mauvais assainissement et leur donne les moyens de trouver des solutions collectives. À Rajshahi, elle a conduit la communauté à décréter l'interdiction totale de déféquer en plein air dans les limites du village. Cette interdiction a été appliquée sans aucune subvention extérieure et était entièrement tributaire de la mobilisation de la communauté. Les communautés ont utilisé leurs propres ressources, créé des comités d'action, développé des technologies innovantes de faible coût et surveillé les progrès accomplis.

L'initiative de Rajshahi offrait un nouveau modèle pour promouvoir des pratiques d'assainissement amélioré grâce à une stratégie gérée par la communauté, mais son élargissement dans la région ne s'est fait que village par village. Toutefois, l'expérience de Rajshahi a suscité l'intérêt de plusieurs responsables de politique indiens, y compris des représentants des autorités de l'État de Maharashtra, qui se sont rendus sur place. En s'inspirant de l'expérience du Bangladesh, l'État du Maharashtra a ensuite formulé une stratégie qui visait à mettre fin à la pratique de la défécation en plein air sur son territoire. Sa stratégie consistait principalement à mettre les gouvernements locaux en première ligne, à offrir des incitations fiscales aux pauvres, et à installer des systèmes solides de surveillance et de suivi. La campagne a surtout mis l'accent sur les activités d'information, d'éducation et de communication, ainsi que sur des visites d'exposition dans les villages qui obtenaient les meilleurs résultats. C'est ainsi que, entre 2002 et 2006, plus de 3 800 villages du Maharashtra ont éliminé la défécation en plein air, et que plus de 5 millions de foyers vivent à présent dans un environnement où cette pratique n'a plus cours.

Le succès remporté par l'État du Maharashtra a conduit au remaniement des directives nationales de l'Inde en matière d'assainissement, ainsi qu'à la création du prix Nirmal Gram Puraskar, ou « village propre », décerné pour la première fois par le gouvernement en 2004. Ce prix offre une récompense monétaire aux gouvernements locaux qui obtiennent une couverture de 100 % dans le domaine de l'assainissement. L'accueil a été extraordinaire : en février 2005, ce prix a été décerné à 38 gram panchayats (fonctionnaires de bas niveau de l'administration rurale élue); et en février 2006, 760 gram panchayats et 9 block panchayats (fonctionnaires de niveau intermédiaire de l'administration rurale élue) l'ont reçu.

Ghana : combler l'écart entre zones rurales et zones urbaines

Dans le domaine de l'eau salubre et de l'assainissement de base, les disparités les plus criantes s'observent entre les habitants des zones urbaines et des zones rurales. À l'échelle du monde, 95 % des citadins ont accès à des sources d'eau de boisson améliorée, contre 73 % de ruraux. C'est en Afrique subsaharienne, où 81 % des citadins sont desservis, contre 41 % de ruraux, que l'écart est le plus marqué entre les zones urbaines et les zones rurales.

Au Ghana, la couverture de l'eau et de l'assainissement en milieu rural se situait, jusqu'à une époque récente, en dessous de la moyenne pour l'Afrique subsaharienne, mais elle s'étend actuellement au rythme d'environ 200 000 personnes, soit plus d'1 % de la population, par an. Cette progression spectaculaire est due au programme de réforme ambitieux lancé par le gouvernement au début des années 1990 pour pallier les lacunes d'un système vertical inerte qui ne parvenait pas à répondre aux besoins, notamment dans les zones rurales. À l'issue du processus de réforme, la responsabilité de l'approvisionnement en eau a été transférée aux autorités locales et aux communautés rurales, et de nouvelles structures politiques de gestion de l'eau ont été développées. Les structures villageoises font maintenant partie de ce nouveau système. Pour solliciter des subventions d'équipement, les communautés doivent former des comités villageois de gestion de l'eau, dresser des plans qui expliquent en détail comment elles géreront leurs systèmes, contribuer à hauteur de 5 % aux coûts du projet, et assumer les frais de maintenance. Cette approche participative a permis d'élargir considérablement l'accès à l'eau, qui est passé de 55 % en 1990 à 75 % en 2004, et qui s'accélère à l'heure actuelle.

Voir Références, page 108.

Développer les systèmes de santé pour obtenir des résultats

Dans le cadre de l'harmonisation de l'aide et de l'élargissement des activités, notamment en Afrique, les OMD liés à la santé et d'autres indicateurs servent de plus en plus de critères relatifs aux résultats des initiatives de renforcement des systèmes de santé. Cet accent mis sur les résultats vise à créer une synergie entre ce qui a été accompli et les efforts fournis. De plus en plus, le développement des systèmes de santé s'inscrit dans la réalisation des objectifs, plutôt qu'il n'est considéré comme une démarche à part.

Cette corrélation entre les systèmes et les résultats a été mise en avant dans le cadre stratégique préparé conjointement par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale, à la demande de l'Union africaine, pour atteindre les OMD 4 et 5 en renforçant les systèmes de santé. Ce cadre analyse les goulets d'étranglement dans les systèmes de 16 pays africains et simule l'impact potentiel que leur suppression aurait sur les OMD dans chacun de ces pays. En s'appuyant sur ce cadre, plus de 10 pays d'Afrique modifient actuellement leurs plans et mécanismes budgétaires, entre autres, leurs Documents stratégiques de réduction de la pauvreté, leurs plans de développement du secteur de la santé, leurs approches sectorielles et leurs cadres de dépenses à moyen terme, afin que le renforcement de leurs systèmes de santé se traduise par des résultats concrets pour les mères et les enfants.

Ces pays constituent aussi des « arguments en faveur de l'investissement » qui regroupent les goulets d'étranglement, les stratégies, les résultats anticipés en matière de santé et les financements supplémentaires nécessaires pour obtenir le soutien politique et financier indispensable à la mise en œuvre de leurs plans nationaux.

Renforcer les systèmes de santé au niveau des districts

Le renforcement des systèmes de santé est une tâche aussi redoutable que complexe, notamment dans beaucoup de pays où la réalisation

La crise du personnel de santé en Afrique : il est urgent d'intervenir

La pénurie de ressources humaines compétentes est un obstacle majeur à l'élargissement des approches intégrées en faveur de la survie, de la santé et de la nutrition maternelles, néonatales et infantiles au niveau des communautés. La situation actuelle suggère que la plupart des programmes des pays en développement se caractérisent par un manque d'efficacité, un fort taux de rotation du personnel et une supervision inadéquate. La migration massive des professionnels de la santé, l'impact du SIDA, qui dans certains pays à forte prévalence, a décimé les effectifs, ainsi que les conflits armés, ont affaibli le personnel des systèmes de santé nationaux dans un grand nombre de pays en développement où les progrès pour réduire la mortalité infantile sont lents ou inexistants. Dans ces situations, les agents de santé communautaires ont un rôle important à jouer pour améliorer la santé de la communauté en général, et la santé des enfants en particulier. Il faut souligner, toutefois, que les agents de santé communautaires doivent s'ajouter et non se substituer aux professionnels de la santé formés.

Les agents de santé aux niveaux des districts et des communautés

Le nombre d'agents de santé disponibles pour 1 000 enfants, notamment les infirmières et les médecins, détermine en grande partie les variations des taux de mortalité de l'enfant et maternelle observées dans divers pays. Par exemple, la recherche nous apprend que les chances d'obtenir une couverture de 80 % en matière de vaccination contre la rougeole et d'accouchements assistés par un personnel qualifié augmentent fortement lorsque la densité du personnel médical est supérieure à 2,5 pour 1 000 habitants. Pourtant, de nombreux pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne, souffrent d'une grave pénurie des personnels de santé.

La migration des professionnels de la santé qualifiés pose un problème grave dans beaucoup de pays en développement. En particulier, il est très inquiétant de voir les professionnels de la santé des pays pauvres partir en masse pour les pays riches (ce qu'on appelle la « fuite des cerveaux »). Mais d'autres types de mouvements à l'intérieur des pays – des zones rurales aux zones de conurbation, du secteur public au secteur privé, et du secteur de la santé à d'autres branches d'activité – réduisent aussi le nombre de professionnels de la santé qualifiés disponibles pour fournir des soins de santé primaires dans les pays en développement.

Les raisons pour lesquelles les médecins et les infirmières quittent le secteur de la santé semblent être les mêmes dans des régions aussi diverses que les Îles du Pacifique et l'Union européenne. Ce sont, entre autres, la faiblesse des rémunérations, des horaires inflexibles et de nombreuses responsabilités supplémentaires, l'offre insuffisante de formation professionnelle, des conditions de travail difficiles, des patients exigeants et une pénurie de matériel et d'équipements. Selon des statistiques récentes, par exemple, la moitié des diplômés des écoles de médecine du Ghana émigre dans les 4 années et demi qui suivent la fin des études, et 75 % d'entre eux partent dans les dix années qui suivent. En Afrique du Sud, plus de 300 infirmières spécialisées quittent chaque mois le pays – dont beaucoup pour ne jamais revenir. Les principales destinations des professionnels de la santé sont l'Europe et l'Amérique du Nord. Cela est particulièrement vrai pour le Royaume-Uni, où un tiers des personnels de santé est originaire d'autres pays. La recherche suggère que la densité des professionnels de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes) est plus de 10 fois plus élevée en Europe et en Amérique du Nord qu'en

des OMD liés à la santé n'avance pas assez vite. La décentralisation des systèmes de santé et la préférence donnée aux initiatives prises au niveau des districts peuvent être considérées comme des moyens efficaces pour fournir des soins de santé primaires aux enfants et aux familles marginalisés dans les communautés[18]. Mais la décentralisation n'est pas sans risques : elle peut avoir des conséquences indésirables, par exemple, aggraver les inégalités au sein des communautés, en fonction de facteurs comme la pauvreté, le sexe, la langue et l'appartenance ethnique[19]. En outre, même lorsque les efforts de décentralisation ont porté leurs fruits, l'expérience suggère que la transformation d'un district administratif en un système de santé opérationnel exige du temps. En 2000, par exemple, seulement 13 des hôpitaux de district du Niger étaient équipés pour pratiquer des accouchements par césarienne. Seulement 17 des 53 hôpitaux de district du Burkina Faso disposaient d'installations adéquates dix ans après la création des districts; de plus, seulement 5 de ces 17 hôpitaux avaient recruté les trois médecins requis pour assurer la continuité des soins pendant toute l'année[20].

Néanmoins, l'expérience de la décentralisation des dix dernières années suggère que, en moyenne, les districts sanitaires offrent un moyen rationnel d'offrir des soins de santé primaires dans le cadre de centres de santé, de pratiques familiales ou de structures équivalentes décentralisées, qui s'appuient sur des hôpitaux centraux. Là où les districts sont devenus des structures stables et viables, ils ont donné des résultats remarquables, même dans des situations d'urgence complexes, comme en République démocratique du Congo et en Guinée. De la même façon, le Mali a étendu ses réseaux de centres de santé et les services offerts aux mères et aux enfants[21]. Dans les pays où la décentralisation s'est accompagnée d'une réforme de l'administration publique, des progrès importants ont été enregistrés en l'espace de quelques années. On peut citer les exemples du Mozambique, du Rwanda et de l'Ouganda, pays qui ont enduré des

Afrique subsaharienne. La migration a souvent des conséquences désastreuses sur la prestation des services de santé dans les pays en développement, car ces mouvements de capital humain touchent les professionnels les mieux formés, et dans lesquels les gouvernements ont beaucoup investi par le biais de la formation et du développement de carrière.

En plus de ces raisons générales, l'épidémie de SIDA et les conflits armés ont aussi été des causes importantes des départs des personnels de santé, notamment en Afrique subsaharienne.

Dans des situations de conflit ou pendant la période de reconstruction qui suit un conflit, les prestataires de soins qualifiés jouent un rôle essentiel en fournissant des services généraux et spécialisés à des populations vulnérables qui peuvent avoir été déplacées ou blessées pendant les troubles. Toutefois, dans de nombreux pays frappés par un conflit, des années et parfois des décennies de conflit ont entraîné une grave pénurie de personnel médical formé.

Pour pallier le manque de personnel de santé qualifié, au moins à court et à moyen terme, les systèmes de santé nationaux doivent prendre des dispositions pour encourager les soins dispensés à la maison. Bien que cela reste un défi perpétuel, plusieurs pays ont réussi à recruter et à retenir des professionnels de la santé, y compris dans les zones rurales où les pénuries se font souvent le plus cruellement sentir. Des mesures d'incitation qui visent à retenir le personnel médical ou à inverser les migrations sont actuellement élaborées pour mettre fin à cette crise. On peut citer l'exemple du Mali, où le ministère de la santé encourage les médecins nouvellement diplômés à travailler en zone rurale en leur offrant des formations, un logement, des équipements et un moyen de transport, le cas échéant.

L'offre d'une formation spécialisée sur des problèmes de santé locaux peut aussi contribuer à limiter l'attrition des effectifs. Les efforts persistants pour recruter des agents de santé en milieu rural suggèrent que la formation d'un personnel local – dispensée dans les langues locales et qui offre des compétences spécifiques pour traiter des problèmes locaux – contribue à retenir le personnel. Des formations de ce genre confèrent souvent des titres qui ne sont pas reconnus au plan international, ce qui limite d'autant les possibilités d'émigrer. La réussite, toutefois, est subordonnée à l'offre de mesures d'incitation et d'un soutien au niveau local.

Le fait que les pays riches profitent de la fuite des cerveaux au détriment de l'Afrique est de plus en plus préoccupant. C'est pourquoi un mouvement s'est élevé pour leur demander de ne plus recruter de professionnels de la santé venus d'Afrique, ou, si cette demande s'avère irréaliste, comme on peut le supposer, d'effectuer ces recrutements uniquement d'une manière qui soit mutuellement avantageuse. Au cours des cinq dernières années, une dizaine d'instruments internationaux ont été élaborés par des gouvernements nationaux, des associations professionnelles et des organes internationaux pour fixer les normes de conduite des principales parties prenantes impliquées dans le recrutement international de professionnels de la santé. Des accords bilatéraux ont été aussi passés pour traiter d'autres problèmes similaires.

Voir Références, page 108.

Les arguments en faveur des investissements pour la survie de l'enfant et les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en Afrique subsaharienne

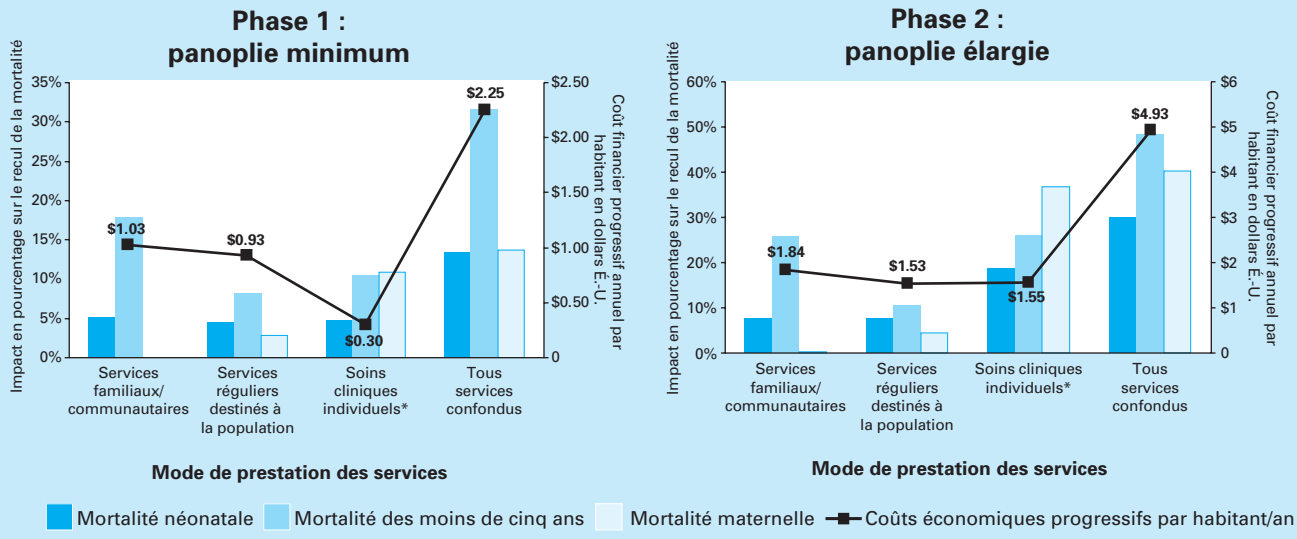
Les stratégies formulées dans le rapport « A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa » – préparé pour l'Union africaine en juillet 2005 – devraient créer, en relativement peu de temps, les conditions minimum requises pour accroître la couverture des soins de santé primaires en Afrique subsaharienne – notamment une gamme minimum de services de faible coût, de fort impact et ayant fait leur preuves, qui peuvent être offerts dans le cadre des soins familiaux et communautaires, des services destinés à la population et des soins cliniques. Les principales interventions devraient être les suivantes : offre d'antibiotiques contre la pneumonie et les infections néonatales; associations de médicaments antipaludéens; alimentation des nourrissons et promotion de l'hygiène; moustiquaires imprégnées d'insecticide; thérapeutique de réhydratation orale; accouchements assistés par un personnel qualifié; et distribution de suppléments de vitamine A, prévention et soins du SIDA pédiatrique, et soins obstétriques et prénatals d'urgence. Ces stratégies et interventions devraient permettre d'améliorer la nutrition des enfants, la mortalité maternelle, le statut des femmes et la réduction de la pauvreté par le biais de l'autonomisation des femmes. (Les trois phases de mise en œuvre sont expliquées aux pages 71-72.)

Au cours de la phase une, on estime que cette stratégie pourrait faire reculer de plus de 30 % le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique, et entraîner au départ une baisse de 15 % de la mortalité maternelle à un coût annuel progressif estimé entre 2 et 3 dollars É.-U. par habitant, ou environ 1 000 dollars É.-U. par vie sauvée.

Au cours de la phase deux, on estime que l'extension d'une panoplie de soins élargie permettrait de faire reculer de plus de 45 % le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la région, tout en réduisant la mortalité maternelle de 40 % et la mortalité néonatale d'environ 30 %. Le coût économique annuel progressif de ces mesures est estimé à environ 5 dollars É.-U. par habitant, ou moins de 1 500 dollars É.-U. par vie sauvée.

Figure 4.3

Impact et coût estimatifs des panoplies minimum, élargies et maximum prévues par le Cadre stratégique pour l'Afrique



* Suppose que les soins cliniques individuels sont disponibles en continu.

Au cours de la phase trois, on estime qu'en atteignant les frontières de couverture effective grâce à une panoplie d'interventions maximum, les pays pourraient atteindre les principales cibles des OMD 1, 4, 5 et 6 ou s'en rapprocher en réduisant de plus de 60 % les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et les taux de mortalité maternelle, en réduisant de moitié le taux de mortalité néonatale et en réduisant de moitié l'incidence du paludisme et de la dénutrition. Le coût économique annuel progressif de mise en œuvre de la phase trois est estimé à entre 12 et 15 dollars É.-U. par habitant, ou environ 2 500 dollars É.-U. par vie sauvée.

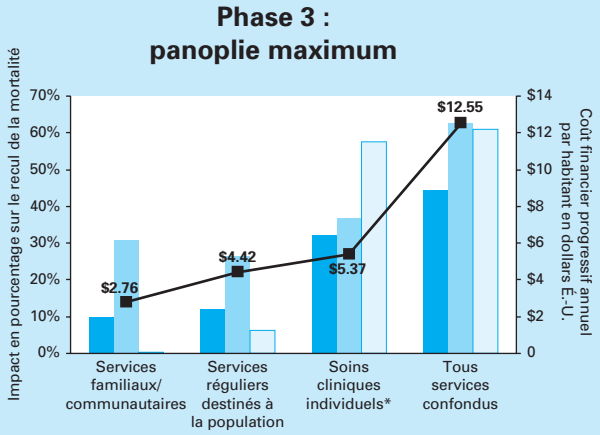
Si l'on suppose un rythme graduel de mise en œuvre, le financement supplémentaire annuel requis pour effectuer cette accélération en trois phases sera de 2 à 3 dollars É.-U. par habitant et par an pour élargir la panoplie minimum en phase une; et il passera de plus de 12 à 15 dollars É.-U. par habitant et par an pour élargir la panoplie maximum d'ici à 2015 en phase trois. Il faut noter que l'estimation de ces montants a été faite récemment à l'aide d'outils différents de calcul des coûts, qui ont tous produit des projections similaires, ce qui laisse à penser qu'elles sont fiables. Elles correspondent à l'achat de marchandises, de médicaments et de fournitures. Une fraction importante de ces coûts recouvre l'achat de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de médicaments. Les coûts sont répartis entre les ressources humaines, les établissements et équipements médicaux, la promotion, la création d'une demande, le suivi et l'évaluation.

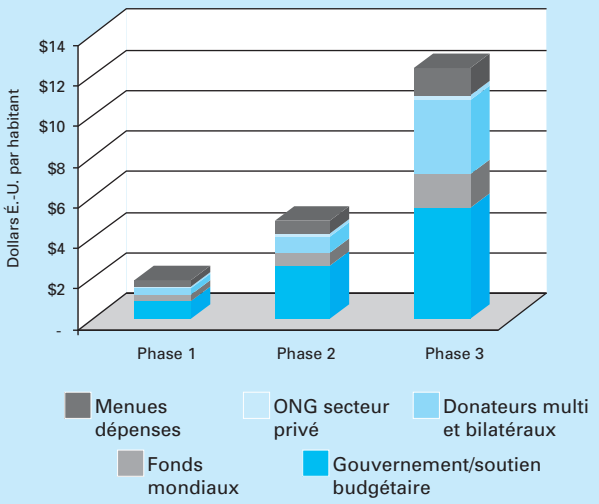
Le Cadre stratégique propose le scénario de cofinancement suivant : à chacune des trois phases, près de la moitié des fonds supplémentaires requis pour élargir la panoplie minimum proviendrait des budgets nationaux, y compris le soutien budgétaire, 15 % proviendrait des frais et débours divers, et un tiers proviendrait du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFTAM), de l'UNICEF, de la Banque mondiale, de l'OMS et d'autres donateurs.

Voir Références, page 108.

Figure 4.4

Sources de financement 2007–2015





Sources Figures 4.3 et 4.4, pp. 78-79 : estimations préliminaires s'appuyant sur la version modifiée de l'UNICEF, de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la Santé de : « A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health system strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions », projet préparé à la demande de l'Union africaine par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale. Modifié en octobre 2007.

© UNICEF/HQ04-0689/Giacomo Pirozzi

La pénurie de personnel médical dans les pays en développement doit être abordée dans les plans nationaux afin d'inverser son impact négatif sur la santé maternelle, néonatale et infantile. *Un agent de santé examine un enfant dans un centre régional de prévention et de lutte contre le SIDA en Fédération de Russie.*

années de conflit et de crise économique mais qui ont depuis fait des progrès notables pour réformer les institutions gouvernementales et améliorer leur performance, y compris leurs systèmes de santé[22].

Au cours des récentes décennies, les systèmes de santé de district ont prouvé qu'ils pouvaient être performants. Toutefois, ces éléments de preuve sont encore relativement peu nombreux, la couverture de l'étude est fragmentaire, et les approches recommandées par les professionnels ne suscitent pas le même degré de consensus et n'ont pas la même visibilité que les interventions essentielles dans le milieu scientifique.

Les travaux sur l'approche de la prestation d'un continuum de soins de santé maternelle, néonatale et infantile au niveau des districts doivent être relancés et plus rigoureusement complétés. En particulier, il faudrait envisager de réorienter les systèmes de santé nationaux pour créer des conditions favorables au bon fonctionnement de systèmes de santé et de nutrition offrant un continuum de soins au niveau des districts. Une analyse systématique et des études de cas menées dans les pays qui ont essayé cette approche pourraient fournir des aperçus utiles sur le fonctionnement actuel et les améliorations possibles des processus d'élaboration des politiques. Certains problèmes importants – comme le renforcement des capacités institutionnelles et la collecte d'informations stratégiques pour affecter et surveiller les flux de ressources et les performances des systèmes de santé – sont déjà bien connus des professionnels.

Manifestement, beaucoup de travail reste à faire pour recueillir les preuves et les connaissances qui permettront de renforcer les capacités à définir des politiques, des réglementations et des directives qui puissent informer la gestion du secteur de santé global, ainsi que la mise en place d'un continuum de soins pour les mères, les nouveau-nés et les enfants au niveau des districts.

III. Améliorer la qualité et la fiabilité des financements pour renforcer les systèmes de santé

Trouver les fonds nécessaires pour financer les soins de santé constitue un obstacle important à l'élargissement dans les pays à faible revenu, où les secteurs de la santé souffrent déjà d'énormes pénuries de ressources budgétaires. Les politiques relatives aux dépenses publiques affectées à la santé peuvent avoir un impact profond sur la santé des enfants et des mères en subventionnant ou en imposant des services essentiels à la survie, à la santé et à la nutrition maternelles, néonatales et infantiles, ou en soutenant des mécanismes équitables de partage des coûts.

Il est impératif de financer adéquatement le secteur de la santé, en plus de la lutte contre des maladies spécifiques, pour que l'extension des services soit durable. Les résultats moins qu'optimaux obtenus avec le soutien accordé à ce secteur dans le passé et à l'heure actuelle ont été attribués en grande partie à plusieurs facteurs, dont :

L'absence d'une budgétisation des résultats de santé en fonction des preuves et des pays. Étant donné que la lutte contre des maladies spécifiques est prioritaire, les stratégies nationales en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile ne font souvent pas assez appel à une approche multisectorielle qui permettrait d'obtenir des résultats, de résorber les goulets d'étranglement systémiques de la prestation des services ou de budgétiser de manière adéquate des stratégies sanitaires – y compris pour éliminer les goulets d'étranglement de l'offre et de la demande de services de soins de santé primaires.

La lenteur des progrès et l'insuffisance de l'alignement sur les processus des pays et de l'harmonisation. Dans les pays à faible revenu, les liens entre le secteur de la santé et certains processus de développement plus généraux (réforme du secteur public et du budget, stratégies de réduction de la pauvreté, conjoncture macroéconomique et planification fiscale, etc.) sont bien des fois ténus. Souvent, les systèmes de surveillance des flux de ressources, des progrès et des résultats obtenus sont très inadéquats, et les engagements mondiaux sur l'efficacité de l'aide n'ont été suivis que d'un nombre limité d'actions concrètes au niveau des

pays – surtout en ce qui concerne l'offre de financements prévisibles à long terme et la réduction de la fragmentation de l'aide visant à réduire les coûts de transaction, comme le stipule la Déclaration de Paris sur l'efficacité et l'harmonisation de l'aide.

Le mauvais ciblage des fonds mobilisés pour éliminer les obstacles au renforcement des systèmes de santé. Malgré l'engagement renouvelé de la communauté mondiale en faveur d'objectifs liés à la santé, de graves pénuries de fonds empêchent encore les pays de développer leurs systèmes de santé – entre autres, de produire et de retenir des ressources humaines essentielles, d'offrir des incitations à la performance, de renforcer les systèmes logistiques et de passation de marchés et de faciliter les transferts aux foyers les plus pauvres pour éliminer les obstacles à la demande de soins de santé de meilleure qualité. Alors que de plus en plus de fonds sont mobilisés pour lutter contre des problèmes spécifiques, comme le VIH, on observe souvent un déséquilibre croissant au niveau des pays, car les mécanismes de prestation des services et de financement qui permettraient d'absorber les sommes mises à la disposition d'initiatives spéciales font souvent défaut. Par conséquent, les niveaux d'exécution et d'efficacité des programmes de lutte contre les maladies sont insuffisants. Le contrôle faible ou inexistant des gouvernements sur l'utilisation des fonds publics par les prestataires de services de santé et les bénéficiaires des soins empêche une mise en œuvre efficace[23].

Les partenariats internationaux pour la santé récemment forgés proposent de mobiliser des ressources plus importantes pour élargir les initiatives qui permettront d'atteindre les OMD. Ces initiatives s'attachent à privilégier les résultats et à établir un lien clair entre les ressources affectées et les progrès réalisés en matière de santé. Chacune d'elles fait une plus large place au renforcement des systèmes de santé en tant que moyen de soutenir le développement – à la fois directement et en influençant d'autres donateurs – et appelle à une meilleure harmonisation de l'architecture de l'aide dans le secteur de la santé[24].

De plus en plus, on reconnaît qu'il est important de soutenir des plans sectoriels robustes, et qu'il est souhaitable de mener des actions pleine-

Pleins feux — Botswana : étendre la prévention et le traitement du VIH à travers des partenariats communautaires

Contexte et défi : le SIDA est l'une des principales causes de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique australe. Au Botswana, près d'une personne de 15 à 49 ans sur 4 est infectée par le VIH. Pour les enfants, le risque commence même avant la naissance; un tiers des femmes enceintes de 15 à 24 ans sont séropositives dans ce pays. Le statut séropositif des mères a pour conséquence un taux accru de mortinatalité et de mortalité durant la période néonatale et infantile, même si le VIH n'est pas transmis à l'enfant. Les femmes qui contractent le VIH pendant leur grossesse ou pendant qu'elles allaitent courent un risque élevé de transmettre l'infection à leur nouveau-né. En outre, les mères courent un risque croissant de décéder en laissant derrière elles des bébés dont les chances de survie sont limitées. Le SIDA est un facteur important d'infirmité et de décès chez les bébés et les enfants au-delà du premier mois.

Interventions et approches : au Botswana, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) a bénéficié dès 1999 d'un fort engagement politique et d'une généreuse affection de ressources. Dès le départ, le Gouvernement du Botswana a pris des mesures pour garantir la couverture nationale des interventions. Les services sont fournis gratuitement aux femmes et aux enfants, et sont intégrés aux services de santé maternelle et infantile existants. Ces interventions sont, entre autres, des pratiques obstétriques sans risque, le conseil, le dépistage du VIH, la prophylaxie ou le traitement du VIH, selon le cas, et des tests du VIH pour les bébés de six semaines. Des thérapies antirétrovirales sont aussi offertes aux mères qui répondent aux critères, ainsi qu'à leur famille. Le suivi et l'évaluation sont rigoureux et la chaîne d'approvisionnement est surveillée de près.

L'un des facteurs essentiels à la réussite du Botswana a été le mécanisme unifié de coordination mis en place autour d'un plan national d'élargissement unique. La PTME a été pleinement intégrée aux services de santé maternelle et infantile existants, mais des ajustements continuels ont été faits pour améliorer la qualité et la mise en œuvre des services. L'engagement politique a aussi été déterminant, ainsi que la gestion cohérente du programme. La participation communautaire et l'engagement des hommes ont aussi été des éléments fondamentaux pour aider les femmes qui choisissaient de ne pas allaiter leur enfant, et pour faciliter les soins et le suivi pédiatriques.

Résultats : au Botswana, le programme a été élargi à l'ensemble du pays en 2004. En 2005, 54 % des mères séropositives recevaient des médicaments antirétroviraux pendant leur grossesse.

Voir Références, page 108.

© UNICEF/HQ05-1876/Donna DeCesare

Les gouvernements doivent prendre des engagements politiques fermes et affecter des financements adéquats pour garantir l'accès à un continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. *Un enfant tient sa petite sœur dans ses bras au Guatemala.*

ment compatibles avec les initiatives déjà en place pour renforcer les systèmes de santé. Les questions clés liées à ces nouvelles initiatives sont le développement et la qualité des plans d'élargissement, les processus de validation et la sélection des pays, ainsi que les flux et la gestion des fonds[25].

Dans ce contexte, un consensus s'est dégagé autour de cinq principes régissant l'apport de l'aide :

- Récompenser la performance d'une façon prévisible en passant des accords.
- Aligner l'aide au développement sur les systèmes des pays.
- Accorder des financements en fonction des résultats.
- Établir des critères et des indicateurs de résultats du développement des systèmes de santé.
- Élaborer des stratégies de financement innovantes et équitables.

Récompenser la performance d'une façon prévisible en passant des pactes

En plus du ciblage des résultats, on s'accorde aussi à reconnaître que l'affectation des ressources devrait répondre à certains critères : le besoin (déterminé par des facteurs tels que la taille de la population, les niveaux de pauvreté et l'état actuel de la santé nationale) et la performance (résultats sanitaires et capacité à absorber les fonds à des fins utiles). La performance serait liée à des résultats décisifs et à des méthodes d'action convenus au niveau du pays dans un « pacte » inspiré des cadres orientés sur les résultats, comme ceux qui ont été élaborés par la Commission européenne, la Banque mondiale et la Banque africaine de développement pour soutenir les budgets généraux, et par des donateurs bilatéraux pour soutenir des budgets sectoriels[26].

Ces pactes constituent des accords mutuels passés entre les pays en développement et les donateurs. Ils sont établis sur la base de critères de responsabilité et de performance pour les bénéficiaires et d'un apport prévisible de financements de la part des donateurs.

Aligner l'aide au développement sur les systèmes des pays

Aligner les apports de fonds et la mise en œuvre des initiatives sur les systèmes nationaux est fondamental pour améliorer l'efficacité de l'aide. Dans les pays où les environnements fiduciaires (gestion financière et passation de marchés publics) sont jugés adéquats par les donateurs multilatéraux et bilatéraux et où un mécanisme de contrôle des dépenses publiques et de responsabilité financière permet d'assurer collectivement la surveillance, les fonds destinés à l'élargissement pourraient être déboursés au titre de l'aide budgétaire sectorielle – en affectant des financements supplémentaires à la mise en œuvre du volet santé du budget national, ainsi qu'à des activités liées. La surveillance de l'efficacité de ces fonds serait intégrée à la surveillance du soutien budgétaire existant, tant général que sectoriel. Un mécanisme similaire pourrait être utilisé dans les pays qui ont adopté des approches sectorielles et des financements communs pour complémenter les méthodes d'évaluation existantes.

On s'accorde de plus en plus à reconnaître que les ressources destinées au secteur de la santé devraient aller à des institutions qui visent à offrir une couverture universelle, plutôt qu'à des projets et des programmes spécifiques. Les services de santé maternelle, néonatale et infantile doivent faire partie du panier d'interventions sanitaires essentielles compris dans toutes les prestations forfaitaires financées par ces institutions. L'augmentation des ressources affectées à la santé maternelle, néonatale et infantile pourrait nécessiter la suppression d'autres dépenses publiques, soit au sein du budget de la santé lui-même, soit au sein du budget natio-

Renforcer la transparence et la gouvernance de la prestation des services de santé

La transparence de la prestation des services peut être conçue comme le processus qui permet aux communautés et aux foyers de tenir les prestataires responsables de la validité et de la qualité des services qu'ils offrent. Pour les communautés et les foyers pauvres et marginalisés, la possibilité de demander des comptes au gouvernement passe par le droit à l'expression de leur opinion et au suffrage; pour les responsables de politique, la transparence peut être exigée dans le cadre du contrat social en vertu duquel les gouvernements soutiennent, financent et réglementent les prestataires de soins de santé et de services nutritionnels et environnementaux. Lorsque les communautés ont les moyens d'exiger des services adéquats et efficaces, les familles sont informées des services que l'État s'est engagé à fournir et connaissent les normes minima qui s'appliquent.

En associant la participation à la vie publique et l'éducation civique à tous les programmes pour la survie maternelle, néonatale et infantile, on s'assure que les familles connaissent les mesures qu'elles peuvent prendre pour protéger la vie de leur enfant et stimuler son développement à un jeune âge. En étant au courant des services disponibles et des normes de qualité requises pour ces services, les foyers et les communautés sont mieux à même de demander des comptes aux gouvernements et aux prestataires de services.

Les contrats sociaux passés entre les gouvernements et les prestataires peuvent aussi être des outils efficaces pour garantir la transparence des initiatives pour la survie et la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants lorsque les gouvernements accordent une haute priorité à ces questions dans la législation, les budgets, les programmes et les recherches – et rémunèrent adéquatement les prestataires de services essentiels, tout en surveillant leur performance de prestation.

Le renforcement de la responsabilité doit correspondre aux différents modes de prestation des services. Au niveau primaire des services familiaux et communautaires – y compris l'information et le soutien social pour promouvoir l'allaitement au sein ou les soins au nouveau-né – la capacité des foyers à acheter des marchandises, à accéder à l'information sur les services et à transformer ces opportunités en résultats de santé améliorés, est essentielle pour encourager la responsabilité du côté de la demande. Les organisations communautaires et de la société civile et les réseaux commerciaux sont souvent bien placés pour offrir aux foyers pauvres et marginalisés des mécanismes qui peuvent surveiller directement la qualité des services et exiger la transparence.

Voir Références, page 108.

nal. Ces compromis doivent être négociés en fonction de la conjoncture macroéconomique générale, qui peut justifier des dépenses supplémentaires dans le secteur de la santé si les raisons qui les motivent sont convaincantes. Au niveau des pays, des ressources doivent aussi être mobilisées en dehors du secteur public en sollicitant la participation du secteur privé, des organisations de la société civile, des communautés et des foyers.

Financement en fonction des résultats

L'une des composantes clés des nouvelles initiatives d'élargissement est le financement en fonction des résultats. Elle permet de disposer de fonds complémentaires importants et constitue une approche potentiellement prometteuse pour surmonter les obstacles inhérents aux systèmes de santé afin d'obtenir des résultats en matière de santé, de nutrition et de population.

Les expériences récentes menées en Afghanistan, en Argentine, au Cambodge et au Rwanda (*voir l'encadré de la page 84 sur le financement en fonction des performances au Rwanda*) ont donné de bons résultats, et une évaluation plus rigoureuse de ce processus devrait être réalisée.

Le financement en fonction des résultats offre plusieurs avantages par rapport aux approches traditionnelles fondées sur les intrants, entre autres :

- Il privilégie des dénouements et des résultats obtenus relativement vite au sein d'une période bien définie.
- Il offre des incitations à la performance à des points décisifs de la chaîne de prestation des services.
- Il remédie à de graves pénuries de fonds, offre aux gouvernements des financements souples pour compenser les distorsions financières et leur donne la possibilité de se concentrer sur des questions prioritaires, par exemple, le ciblage des pauvres.
- De par sa conception, le financement en fonction des résultats est essentiellement un outil de surveillance et d'évaluation fondé sur une stratégie mesurable et ciblée pour laquelle il faut recueillir, aux niveaux pertinents, des données de base sur le ciblage et les progrès. Par conséquent, il permettra d'effectuer un examen régulier des succès, des échecs et des goulets d'étranglement et de modifier les plans de mise en œuvre à mi-parcours.
- En outre, il apporte une vaste gamme de solutions à des problèmes de santé qui échappent au contrôle officiel du secteur de la santé, comme l'amélioration des routes, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

- Et ce qui est peut-être le plus important, le financement en fonction des résultats offre l'occasion de regrouper une aide fragmentée, ce qui, pour les pays, réduit des coûts de transactions. Cela peut se faire dans le cadre d'un arrangement unique de financement orienté sur les résultats qui porte essentiellement sur des dénouements auxquels de nombreux donateurs peuvent contribuer simultanément[27].

Établir des critères et des indicateurs de résultats du développement des systèmes de santé

Les indicateurs associés aux OMD liés à la santé peuvent servir de repères utiles ou de variables subrogatives pour évaluer la performance des systèmes de santé. De nouvelles initiatives prévoient de fournir une aide aux gouvernements pour obtenir les résultats convenus dans des zones cibles choisies en accordant des financements qui tiennent compte des résultats et en établissant un dispositif d'incitation adéquat. Leur objectif est d'atteindre des cibles précises de couverture de services dont le lien avec l'amélioration de la santé et de la survie maternelles, néonatales et infantiles est bien connu – par exemple : la proportion d'accouchements réalisés dans un établissement accrédité; la couverture des trois doses de vaccin contre la diphtérie, l'anatoxine tétanique et la coqueluche; ou la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les zones où le paludisme est endémique. Ces dénouements et ces cibles seraient choisis en fonction des facteurs de risque qui contribuent à la mortalité et à la morbidité dans chaque pays.

Les principaux indicateurs de résultats peuvent revêtir diverses formes. Ces paramètres peuvent mesurer des chiffres effectifs, comme le nombre absolu d'enfants vaccinés; la couverture, par exemple, le pourcentage de la population cible vaccinée, par antigène, dans un rayon déterminé; ou des tendances, comme l'augmentation du nombre d'enfants vaccinés ou les niveaux de couverture obtenus au fil du temps. Un ensemble d'indicateurs principaux peut aussi être défini pour tous les projets, afin de pouvoir faire des comparaisons entre les pays et d'en tirer des leçons. Les pays pour-

Financement en fonction de la performance au Rwanda

Le gouvernement du Rwanda, avec le soutien de donateurs, a récemment étendu plusieurs programmes innovants qui transfèrent aux municipalités des subventions conditionnelles publiques pour l'achat de services de santé essentiels. Le programme de santé comprend trois volets principaux :

Partenariats communautaires pour la santé : des ressources (environ 25 *cents* par habitant) sont directement transférées aux municipalités pour recruter, dans le cadre d'un contrat basé sur la performance, des institutions communautaires, des organisations non gouvernementales, des éducateurs de santé, des fournisseurs privés de soins de santé et d'autres services connexes pour mener des interventions essentielles au niveau des foyers et des communautés. Un contrat de performance appelé IMIHIGO – un mot traditionnel qui est devenu synonyme de transparence des services publics à travers tout le pays – est conclu chaque année entre le Président du Rwanda et les maires de district, au nom de leurs administrés. Les services fournis dans le cadre de cette approche sont simples et bon marché, centrés sur la promotion de pratiques sanitaires et d'hygiène améliorées, de mesures propres à changer les comportements, et sur des services préventifs tels que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la thérapeutique de réhydratation orale, les suppléments nutritionnels et l'approvisionnement en eau sûre.

Ces partenariats ont démarré dans plusieurs districts en 2005 et ont été élargis à l'échelle nationale en 2006 à l'aide de fonds publics. Le gouvernement central a conclu des contrats de performance avec 30 municipalités en avril 2006 et a choisi comme principal indicateur de performance la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Depuis le début de cette initiative, des résultats notables ont été obtenus. Une évaluation effectuée en juin 2007 a révélé que la proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires avait augmenté de 4 % en 2004 à plus de 70 % en 2007. Le nombre de cas de paludisme a considérablement diminué, ce qui a vidé les centres de soins pédiatriques, et les enquêtes démographiques réalisées à partir d'échantillons de sang ont conclu que la prévalence de la maladie avait fortement diminué. Les responsables de politique jugent ces progrès sans précédent et ont entrepris de formuler une stratégie d'éradication complète du paludisme.

Centres de santé : ce volet consiste à transférer des ressources (environ 1 dollar par habitant en 2007, ou près de 15 % des ressources publiques affectées à la santé) à des centres de soins primaires en vertu d'un contrat basé sur la performance. Ce plan a d'abord été testé dans deux provinces, Butare et Cyangugu, avec le soutien d'organisations non gouvernementales et d'organismes d'aide bilatéraux à partir de 2002. Le contrat de performance contient des indicateurs relatifs à une couverture adéquate (quantité) et effective (qualité) des services. Une évaluation a montré que le recours aux services de santé, notamment la vaccination et les accouchements assistés, avait fortement augmenté dans les provinces où les contrats avaient été exécutés, par rapport aux provinces qui n'étaient pas couvertes par ces accords.

Par la suite, le gouvernement rwandais a décidé d'élargir graduellement ce programme à d'autres provinces, en tenant

raient aussi se servir d'indicateurs supplémentaires pour surveiller des composantes importantes de leurs programmes de santé maternelle, néonatale et infantile.

Élaborer des stratégies de financement innovantes et équitables

Pour investir dans les ressources humaines et renforcer les systèmes de santé, il faut disposer de ressources importantes. Les pays dans lesquels l'aide des donateurs est un facteur essentiel du financement de ces programmes ne peuvent pas planifier des activités à long terme à moins d'avoir obtenu les fonds nécessaires. Pourtant, en calculant le montant de cette assistance affectée à la santé maternelle, néonatale et infantile, on constate que les 60 pays prioritaires qui comptent pour plus de 90 % des décès d'enfants n'ont reçu que 1,4 milliard de dollars au titre de l'aide officielle au développement en 2004, à savoir 3,10 dollars par enfant[28]. Bien que le Cadre stratégique suggère qu'il sera possible de combler l'écart entre les niveaux actuels et une couverture quasi-universelle d'ici à 2015, il montre aussi que l'élargissement des interventions ne pourra pas se faire sans investir massivement dans la santé maternelle, néonatale et infantile[29].

Pour offrir l'accès universel à un continuum de soins de santé maternelle, néonatale et infantile de bonne qualité, il ne suffit pas toutefois de trouver les fonds nécessaires pour étendre l'offre des services ou payer les prestataires. Pour que les OMD liés à la santé soient atteints, les stratégies de financement devront s'attacher à éliminer les obstacles monétaires qui limitent l'accès des femmes et des enfants aux services et garantir aux usagers une protection contre les difficultés financières dans lesquelles le paiement des soins pourrait les entraîner.

Cela a des implications importantes. Il pourrait être simpliste ou irréaliste de recommander la suppression immédiate et universelle de la participation des utilisateurs aux frais des services de santé. Les décisions politiques relatives à cette participation devraient être prises dans le contexte plus général du budget du secteur de la santé et du cadre budgétaire national, compte de l'expérience des projets pilotes. En 2005, des allocations budgétaires ont été versées aux deux premières provinces concernées par ce plant afin de financer des programmes. L'année suivante, le programme a été élargi à l'ensemble du pays et totalement pris en charge par le budget national. Il établissait un lien direct entre la prestation des services, les résultats et les décaissements de fonds.

Un comité directeur a été formé dans chaque province pour surveiller de manière indépendante la performance des centres de santé, à l'aide de techniques d'évaluation de la qualité et d'enquêtes de satisfaction auprès des utilisateurs. Les résultats de cette vérification indépendante affectent directement les sommes d'argent versées à chaque centre. Ici encore, les chiffres annoncés par les centres étaient impressionnants, y compris des taux de couverture vaccinale de 95 %, une augmentation du recours annuel aux services de 0,4 visites par habitant en 2004 à 0,7 visites en 2006, et une progression du nombre d'accouchements assistés de 29 % en 2000 à 52 % en 2006. L'impact global de ces mesures sur la santé est actuellement analysé dans le cadre d'une étude prospective contrôlée randomisée. Le programme a aussi été élargi à tous les hôpitaux de district du pays.

Plans de micro-assurance santé : des *mutuelles* – ou plans informels de micro-assurance auxquels contribuent les membres d'une communauté pour financer des services de santé de base fournis dans des centres de santé, ainsi que le transfert des patients vers des hôpitaux centraux, si nécessaire – ont été testées avec succès au cours des dix dernières années. Ces mutuelles rendent le coût des services de santé plus abordable pour leurs membres et évitent les situations difficiles où les usagers assument seuls toutes les dépenses.

Les *mutuelles* jouent un rôle d'intermédiaire important entre les centres de santé, les hôpitaux de district et la population en général. Des évaluations montrent qu'elles sont surtout efficaces lorsqu'elles font appel à une forte participation de la communauté dans leurs structures de gouvernance et que leurs paiements aux centres de santé sont proportionnels au nombre d'habitants, ce qui revient, en substance, à transférer tous les risques d'assurance aux centres de santé.

Au départ, l'accent a été mis sur le soutien administratif et organisationnel et le développement des capacités techniques, y compris la formation et l'élaboration d'outils adéquats. Mais depuis 2006, le gouvernement rwandais transfère des fonds (environ 15 *cents* par habitant) pour couvrir les primes des membres les plus pauvres des communautés, qui sont identifiés à l'aide d'une évaluation participative de la pauvreté appelée *Ubudehe*. Le Rwanda a systématiquement soutenu l'expansion des *mutuelles*, qui couvraient environ 70 % de la population en 2007, contre seulement 7 % en 2003. Le nombre de personnes pauvres qui sont membres d'une *mutuelle* est un indicateur clé du contrat de performance passé entre le maire et le président. Le gouvernement s'est aussi engagé à créer des fonds communs municipaux, ainsi qu'un fond national de réassurance financé les contributions des travailleurs du secteur formel.

Voir Références, page 108.

nal. Au fil du temps, les frais payés par les utilisateurs pourraient être remplacés par la mise en commun de fonds et par des plans de remboursement anticipé, à condition que cette mesure s'accompagne, dès le départ, de changements structurels permettant de garantir la durabilité à long terme du financement de la santé.

IV. Obtenir un engagement politique national

Compte tenu du niveau de ressources nécessaires pour garantir l'accès à des soins de santé primaires de bonne qualité et une protection financière effective, l'élargissement constitue un défi qui est autant politique que technique.

Pour améliorer durablement la santé maternelle, néonatale et infantile, il est nécessaire de prendre des engagements à long terme qui continueront d'être respectés bien au-delà de la vie politique de nombreux décideurs. Dans des pays comme le Brésil, la Malaisie, Sri Lanka et la Thaïlande, des résultats impressionnants ont été obtenus en étendant graduellement la couverture du système de santé et des services de nutrition sur de nombreuses années. Au cours des récentes décennies, les progrès accomplis en Amérique latine pour améliorer la couverture des soins de santé ont été remarquables, en dépit de crises économiques, de carences institutionnelles et de profondes disparités socio-économiques. Tous les pays susmentionnés sont passés par plusieurs phases distinctes :

- La formation d'équipes d'agents de santé professionnels sur lesquelles s'appuie le système.

Plein feux

Brésil : créer un réseau national de systèmes de santé gérés par les communautés

Contexte et problèmes : le Brésil est l'un des 60 pays que le groupe du Compte à rebours jusqu'en 2015 a sélectionnés en tant que cibles prioritaires des efforts pour la survie de l'enfant dans de cadre de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. (*Pour une explication plus détaillée du Compte à rebours jusqu'en 2015, voir chapitre 1, page 16.*) Ces pays sont ceux qui enregistrent au moins 50 000 décès d'enfants ou un taux de mortalité des moins de cinq ans équivalent à 90 décès ou plus pour 1 000 naissances vivantes. En 2006, 74 000 enfants sont morts avant d'avoir atteint leur cinquième anniversaire, selon les dernières estimations publiées par l'UNICEF.

Bien que le Brésil ait fait des progrès solides et réguliers pour réduire ses taux de mortalité des moins de cinq ans, on observe de profondes disparités géographiques et ethniques dans les taux de décès des nourrissons. Selon les données de 2002, le taux global de mortalité des nourrissons dans la région du Nord-Est est deux fois plus élevé que dans les provinces du Sud, du Sud-Est et du Centre-Ouest. Dans l'Alagoas, l'État le plus durement touché du Nord-Est, le taux de mortalité des nourrissons en 2002 était de 58 pour 1 000 naissances vivantes, contre une moyenne nationale d'environ 28 pour 1 000 naissances cette année-là. Des disparités raciales et ethniques évidentes sont aussi liées aux risques de mortalité infantile, et les enfants dont la mère est d'origine autochtone ou africaine courent un risque de mourir beaucoup plus élevé que les enfants dont la mère est d'origine européenne.

La difficulté, pour le Brésil, consiste donc à maintenir la tendance à la baisse de son taux global de mortalité infantile tout en donnant une priorité élevée aux régions et aux groupes ethniques défavorisés dans la prestation des soins de santé.

Approches et interventions : après plusieurs projets pilotes lancés dans des villes brésiliennes au début des années 1980, un réseau d'agents de santé communautaires a été créé avec l'aide de l'UNICEF dans le cadre d'une initiative globale d'offre de soins de santé primaires, le Programa Saúde da Família (Programme de santé familiale). Chaque agent de santé communautaire est chargé d'effectuer des visites à domicile dans sa collectivité, de donner des informations à jour sur la santé, l'hygiène et les soins des enfants, et de surveiller et d'évaluer la croissance et la santé des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des femmes enceintes. Les agents de santé communautaires aiguillent aussi les résidents vers des unités de soins locales et alertent les équipes de santé familiale – qui comprennent généralement un médecin, une infirmière, un technicien infirmier, une assistante sociale et un dentiste – en cas de problèmes ou de crises locaux. Les médecins et infirmières du Programme de santé familiale reçoivent des salaires compétitifs pour les inciter à travailler dans des zones rurales pauvres. Chaque équipe est responsable d'environ 1 000 familles. Les équipes sont financées en commun par le gouvernement fédéral, les autorités des États et les municipalités.

Les agents de santé communautaires du Programa da Saúde dispensent aussi une éducation sur le développement et la protection de l'enfant. L'UNICEF fournit des kits d'information familiaux qui contiennent des tableaux de papier sur l'allaitement au sein et qui expliquent le rôle à jouer par chaque membre de la famille pour que les mères et les enfants soient en bonne santé. Plus de 222 280 agents de santé communautaires couvrent environ 110 millions de personnes dans tout le Brésil, ce qui fait de ce réseau l'un des plus vastes du monde. Le réseau est intégré au système national, et le gouvernement fédéral, les autorités des États et les municipalités sont pleinement responsables du financement et de la gestion du programme dans l'ensemble du Brésil.

Les essais effectués sur le terrain avant la mise en œuvre du programme ont prouvé qu'il pouvait produire des améliora-

- La création d'un réseau accessible de services primaires et d'aiguillage basés sur la communauté.

- La consolidation des progrès en améliorant la qualité des soins, tout en améliorant aussi les conditions de vie et le statut des femmes.

- L'établissement en priorité de vastes filets de sécurité sociale qui garantissent un accès équitable à la santé, à la nutrition et à l'éducation en mettant les services de santé et de nutrition à la portée d'un grand nombre.

- La réduction des obstacles qui freinent l'accès aux services clés et l'offre d'une éducation primaire et secondaire à tous les enfants.

Même dans certains des pays les plus pauvres d'Amérique latine, où les crises économiques, les carences institutionnelles et de profondes disparités socio-économiques continuent d'entraver les progrès, on a constaté une nette amélioration de l'accès généralisé à des soins de santé de bonne qualité.

Lorsque les pays exercent un contrôle et que le secteur public assume la direction des programmes, les chances que l'élargissement réussisse augmentent considérablement. À maintes reprises, on a vu que lorsque les gouvernements prennent des initiatives et s'engagent à élargir des projets pilote et à petite échelle dont l'efficacité est avérée, il est possible de parvenir rapidement à une couverture nationale. Au Brésil, le programme des agents de santé communautaires (*voir Encadré page 86*), au Mexique, l'initiative Bolsa Familia, le programme

Figure 4.5

Brésil : vastes disparités des taux de mortalité des nourrissons entre et au sein de régions choisies, en fonction du revenu familial et de l'ethnicité de la mère, 2002

	Taux de mortalité des nourrissons (pour 1 000 naissances vivantes)
2000	
Disparités en fonction de l'ethnicité de la mère	
20 % des foyers plus riches	15.8
20 % des foyers les plus pauvres	34.9
Disparités en fonction de l'ethnicité de la mère	
Blanche	22.9
Ascendance africaine	38
Indienne	94
Moyenne nationale	**30.2**
2002	
Régions/Etats choisis	
Centre-Ouest	20.4
District fédéral	17.5
Nord-Est	41.4
Alagoas	57.7
Nord	27.7
Sud-Est	20.2
Sao Paolo	17.4
Sud	17.9
Rio Grande do sol	15.4
Moyenne nationale	**28.4**

Source : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development », UNICEF, Brasilia, 2005, pp. 10-11.

tions notables dans le domaine de la santé. L'engagement politique dont bénéficie le réseau a garanti sa viabilité. Les rôles des agents de santé communautaires sont bien définis, y compris le fait qu'ils font partie d'unités de soins locales. La hiérarchie de l'aiguillage et de la supervision est claire : l'unité de soins soutient les agents de santé, qui, à leur tour, se chargent des activités de vulgarisation dans les communautés pour le compte du système de santé. Les agents de santé communautaires occupent une place centrale dans leurs communautés locales, et l'intégration du réseau au sein du gouvernement national, des autorités des États et des municipalités contribue à assurer à la fois la durabilité du programme et son élargissement dans de nouvelles zones du système de santé national.

Résultats : depuis 1990, le programme des agents de santé communautaires a permis de faire reculer les décès de nourrissons dans l'ensemble du pays. En outre, le gouvernement a donné la priorité à la région du Nord-Est et aux groupes ethniques marginalisés ces dernières années. Il a aussi adopté une approche régionale des soins de santé infantile et maternelle, et près de la moitié des participants qui ont reçu des aides monétaires du Programa da Saúde vivent dans le Nord-Est.

Voir Références, page 108.

PROGRESA pour la santé, la nutrition et l'éducation, et le plan d'assurance santé Seguro Popular de Salud, la formation d'agents de santé communautaires en Indonésie et la thérapie de réhydratation orale en Égypte, et bien d'autres exemples, illustrent le potentiel d'élargissement lorsque les gouvernements sont prêts à affecter des financements, même modestes, aux programmes de santé et de sécurité sociale.

Toutefois, le contrôle ne se réduit pas au seul financement. Les gouvernements doivent aussi s'engager à créer et à maintenir durablement les capacités techniques et administratives requises. Un soutien devra être fourni à chaque niveau de l'administration du système de santé – fédéral, provincial et des districts – pour coordonner et superviser l'expansion. Les questions soulevées par la durabilité doivent aussi être abordées au niveau national, et le programme doit être pleinement approuvé par le système politique – notamment la législature – pour s'assurer qu'il durera au-delà des transitions et des changements politiques.

Les gouvernements peuvent fournir les capacités et la volonté nécessaires pour monter un réseau national qui s'appuie sur la santé communautaire. Lorsque cela s'est produit, les résultats sont souvent impressionnants. Dans le cas de la Chine, par exemple, le gouvernement a relevé un défi de taille en lançant le Programme national d'élimination des troubles dus à la carence en iode, une stratégie visant à garantir dans tout le pays un approvisionnement en sel iodé vendu sur le marché, et à promouvoir la consommation universelle. À cette époque, la Chine comptait le plus grand nombre d'enfants exposés au risque de la carence en iode, qui est la cause principale du retardement mental évitable dans le monde. Les troubles dus à la carence en iode peuvent être évités en consommant, dans le courant de la vie, une cuiller à café d'iode. La difficulté consistait à sensibiliser le public à l'importance cruciale du sel iodé, notamment dans les régions produc-

Un nouveau mode de collaboration pour les institutions multilatérales

À New York, le 19 juillet 2007, les responsables mondiaux de la santé de huit organisations internationales ont tenu une réunion informelle pour examiner les moyens de renforcer leur collaboration afin d'accroître l'efficacité de leurs interventions sanitaires dans les pays en développement. Profitant de la nomination récente de plusieurs dirigeants, les participants souhaitaient examiner les progrès accomplis ces dernières années, évaluer les tendances actuelles de la santé dans le monde et les problèmes à venir, et convenir d'une action collective, en fonction des opportunités du moment. Ils ont recommandé plusieurs engagements importants, notamment :

- **Susciter un sentiment collectif d'urgence mondial pour réaliser les OMD liés à la santé.** Les participants ont reconnu que, malgré l'amélioration importante des soins de santé offerts aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants dans certains pays et la hausse de certains indicateurs, la communauté internationale – en partenariat avec les gouvernements nationaux – devait considérablement accélérer et intensifier ses efforts pour atteindre tous les Objectifs du développement liés à la santé. Les huit organisations représentées ont un rôle essentiel à jouer pour encourager ces efforts. Les participants ont convenu de se tenir responsables du soutien nécessaire à apporter aux pays pour atteindre les objectifs et pour accélérer les initiatives à tous les niveaux dans chacune de leurs organisations.

Action : les responsables mondiaux de la santé ont promis d'encourager un vif sentiment d'urgence au sein de leurs propres organisations et de l'illustrer par la prise de décisions pertinentes en matière de budget et de ressources humaines.

- **Modifier les modes de fonctionnement des institutions.** La réalisation des OMD liés à la santé nécessitera un surcroît de collaboration et de travail en équipe. Les points mis en avant sont : la clarification des principales responsabilités de chaque organisme; la nécessité d'une approche interinstitutions coordonnée pour fournir une assistance technique de bonne qualité et en fonction de la demande; et la création d'un système de suivi et d'évaluation fiable bénéficiant d'un soutien collectif. Ces approches doivent s'appuyer sur les structures et les programmes déjà en place aux niveaux mondial, régional et des pays. Chacune des organisations a promis d'évaluer son personnel, ses programmes de formation et ses structures d'incitation pour refléter ce nouveau mode de travail en collaboration, en reconnaissant que de nouvelles compétences devront être développées, notamment au niveau des pays. L'élaboration d'un cadre de responsabilité mutuelle permettrait de mieux définir les rôles, les responsabilités et les étapes, et d'établir un système pour surveiller la mise en œuvre des engagements contractés.

Action : les responsables mondiaux de la santé ont convenu de travailler ensemble pour mieux définir leurs responsabilités individuelles et collectives en vue d'obtenir des résultats meilleurs et plus rapides.

- **Encourager une approche plus systématique et plus fiable de la gestion des connaissances et de l'apprentissage.** En raison de la magnitude des nouveaux investissements en faveur de la santé mondiale, des opportunités se présentent d'exploiter les connaissances et les leçons tirées des programmes de santé précédents. Les participants ont notamment déclaré que l'on pourrait établir une cartographie plus systématique du secteur de la santé au niveau des pays, y compris le rôle joué par le secteur privé.

Action : les responsables mondiaux de la santé ont convenu

trices de sel où l'idée de payer cette denrée a rencontré une certaine résistance de la part des habitants.

Grâce au soutien politique des gouverneurs des provinces, à une surveillance et une application rigoureuses de la réglementation relative au sel iodé, et à une campagne nationale de santé publique qui, au moyen d'affiches placardées sur les autobus, d'articles de presse et de documentaires télévisés, a informé les consommateurs et créé la demande de sel enrichi, 90 % des foyers ont consommé du sel adéquatement iodé. La carence en iode a fortement reculé, mais malgré ce progrès remarquable, compte tenu de la taille de sa population, la Chine reste l'un des 10 pays qui comptent le plus grand nombre d'enfants encore vulnérables à la carence en iode[30].

La dimension politique de la mise en place d'un continuum de soins de santé durable et de bonne qualité exige toutefois que l'on présente des arguments autres que techniques, aussi probants qu'ils soient. Il faut en effet bien comprendre les contraintes et les opportunités qui permettent de mobiliser la volonté et le soutien d'acteurs politiques importants.

Il pourrait être nécessaire de convaincre les responsables politiques que les mesures prises pour soutenir le continuum de soins doivent répondre à plusieurs critères pratiques, notamment :

- Donner des résultats visibles et tangibles en relativement peu de temps.
- Être d'un coût abordable et rentables à l'échelle.
- Se conformer aux structures et aux hiérarchies existantes et avoir le soutien d'associations et de groupes d'intérêts professionnels.

Ces considérations politiques limiteront sans aucun doute certains choix

d'explorer les moyens d'exploiter systématiquement les connaissances accumulées par les programmes de santé précédents et d'élaborer une approche de gestion des connaissances en général plus fiable et mieux coordonnée. Enfin, les participants se sont engagés à mettre leurs ressources en commun lorsque leurs organisations se livreront à des exercices de cartographie et d'évaluation du secteur de la santé.

- **Reconnaître l'opportunité décisive que présente le regain d'intérêt pour les systèmes de santé.** Les participants se sont félicités des engagements pris pour atteindre les OMD liés à la santé formulés dans le cadre de plusieurs nouvelles initiatives mondiales actuellement menées pour renforcer les systèmes de santé. Ce soutien est bien aligné sur les priorités des organisations participantes. De nombreux participants ont reconnu qu'il convenait d'adopter l'approche « systèmes pour résultats » en vertu de laquelle le renforcement des systèmes de santé serait évalué en fonction de leur capacité à produire des améliorations de la santé. En outre, le groupe a reconnu le rôle d'intermédiaire clé que jouent les institutions des Nations Unies pour accommoder le besoin de transparence et le souhait des pays de contrôler leurs propres processus de développement. La nécessité urgente d'établir des critères de performance des systèmes de santé a été soulignée. Enfin, compte tenu du nombre croissant de parties prenantes actives dans le domaine de la santé mondiale, la nécessité de s'aligner plus étroitement sur une stratégie de santé dominante au niveau du pays a été mise en avant. À cet égard, les responsables de la santé mondiale ont examiné l'expérience des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, qui pourrait offrir des occasions d'apprendre.

Action : les responsables mondiaux de la santé ont convenu de lancer de nouvelles initiatives mondiales d'une manière coordonnée afin de garantir que leurs organisations soutiennent efficacement les pays en offrant une assistance financière et/ou technique et politique. En outre, l'OMS et la Banque mondiale se sont engagées à traiter en priorité l'établissement de critères de performance des systèmes de santé.

- **Reconnaître que le rôle de la société civile et du secteur privé est essentiel pour réussir.** Le secteur privé a plusieurs rôles à jouer pour assurer la prestation des services de santé, financer les soins et introduire de nouvelles technologies sur le marché. Les innovations peuvent contribuer à accélérer les progrès, qu'il s'agisse de nouvelles technologies ou de nouveaux modèles de programmes, comme la micro-entreprise et le financement en fonction de la performance. Les organisations non gouvernementales fournissent depuis longtemps des services dans les pays en développement, et leur expérience du terrain offre des leçons précieuses. Pour aider les pays en développement à atteindre les OMD liés à la santé, il faudra renforcer des systèmes intégrés de prestation de soins à la fois dans le secteur public et le secteur privé, et donner au secteur privé des opportunités de s'impliquer et d'investir.

Action : les responsables mondiaux de la santé ont déclaré qu'ils s'engageaient à impliquer plus systématiquement le secteur privé et la société civile alors que les activités de soutien aux OMD liés à la santé s'étendent aux niveaux mondial, régional et des pays.

Le groupe a également convenu de surveiller les progrès réalisés pour respecter les engagements contractés lors de la réunion.

Voir Références, page 108.

Soins et survie de l'enfant fondés sur les droits humains et sur la communauté

Par Paul Farmer et Jim Yong Kim

Après 20 ans passés à sillonner les zones rurales de Haïti pour apporter des soins de santé modernes à des millions de personnes qui n'y avaient pas accès auparavant, nous connaissons bien les conditions requises pour lancer un programme efficace de soins de santé dans des régions dévastées par les maladies et la pauvreté. Pour fournir des soins primaires et des traitements spécialisés contre les maladies infectieuses tout en promouvant la santé des femmes et des enfants, les agents de santé communautaires doivent être formés pour prévenir les maladies et dispenser des soins de bonne qualité. Avec l'élargissement récent de ces initiatives au Lesotho, au Malawi et au Rwanda, nous voyons à présent que les leçons apprises à Haïti sont universelles et permettent d'améliorer la santé des enfants et des adultes du monde entier.

Dans tous les cadres où Partners In Health travaille, notre objectif est de « faire tout le nécessaire » pour améliorer la santé et le bien-être de ceux que nous servons, dont près de la moitié vit dans la pauvreté. Dans chaque situation, nous avons appris que les problèmes de santé sont indissociables d'autres besoins de base, comme une nutrition adéquate, de l'eau propre, l'assainissement, le logement et l'éducation primaire. Nous avons aussi appris que les organisations non gouvernementales ne peuvent pas travailler seules, mais doivent collaborer avec les membres des communautés desservies et avec les autorités sanitaires locales pour renforcer la santé publique et faire en sorte que les générations futures considèrent ces services comme des droits plutôt que comme des privilèges.

Cette approche fondée sur les droits et sur la communauté pour promouvoir la santé permet d'avoir une vision claire de la santé des enfants

En Haïti, au Lesotho, au Malawi et au Rwanda, Partners In Health – en collaboration avec les communautés locales et des organisations partenaires très diverses, comme la Fondation Clinton, des ministères de la santé, l'UNICEF et le Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme – a identifié cinq composantes clés d'un programme complet géré par la communauté en faveur de la survie de l'enfant.

Tout d'abord, nous travaillons avec les autorités sanitaires pour lancer des interventions qui ont prouvé qu'elles pouvaient améliorer la survie de l'enfant. Ce sont, entre autres, les campagnes élargies de vaccination; la distribution de vitamine A; les sels de réhydratation orale pour traiter les maladies diarrhéiques et l'approvisionnement en eau salubre pour les prévenir; un programme agressif de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; la prévention du paludisme à l'aide de moustiquaires, appuyée par des soins cliniques améliorés et basés sur la communauté; une aide nutritionnelle pour les enfants souffrant ou menacés de malnutrition; et des services pédiatriques hospitaliers ou ambulatoires de bonne qualité pour les enfants qui tombent malades. À l'heure actuelle, nous travaillons avec le gouvernement du Rwanda et d'autres partenaires pour montrer comment des interventions intégrées en faveur de la survie de l'enfant, y compris la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, peuvent être rapidement déployées dans le cadre du modèle de soins de santé renforcé mis en œuvre par le gouvernement en milieu rural. Avec le soutien de l'Initiative internationale d'apprentissage sur les enfants et le VIH/SIDA, un exercice interdisciplinaire et intersectoriel mené en collaboration avec des experts, des responsables de politique et des chercheurs, les responsables de l'élargissement des interventions pour la survie de l'enfant dans les districts ruraux échangent des innovations et des résultats dans le cadre d'un réseau collaboratif qui leur permettra d'améliorer la qualité des services, même lorsqu'ils sont offerts à un plus grand nombre d'enfants et de familles dans des zones précédemment non desservies.

Deuxièmement, puisque la santé et le bien-être des mères sont des facteurs déterminants de la survie de l'enfant, nous nous efforçons de promouvoir une santé maternelle et infantile intégrée. Les activités que nous menons au nom des enfants sont liées à celles que nous destinons aux mères et à d'autres membres de la famille à travers des programmes de planning familial, de soins prénatals et de soins obstétriques modernes qui protègent la santé des femmes, et de campagnes d'alphabétisation des adultes et de réduction de la pauvreté en général.

techniques privilégiés par les partisans du continuum de soins, mais tant que ces questions politiques ne seront pas pris en compte et abordées, les stratégies qu'ils promeuvent ont peu de chances de réussir.

La stabilité, autant politique que macroéconomique, ainsi qu'un budget viable, sont indispensables pour mobiliser les ressources institutionnelles, humaines et financières dont il faut disposer pour renforcer les systèmes de santé et les services de nutrition. Dans un grand nombre de pays, notamment en Afrique subsaharienne, les difficultés rencontrées pour atteindre les OMD sont dues à un manque de stabilité politique ou économique. Dans ces circonstances, il convient de mobiliser tous les responsables qui ont un réel un pouvoir de décision dans la société, que ce soit au niveau national où sont formulées les politiques sectorielles générales ou à divers niveaux sous-nationaux (provincial, de district)

Troisièmement, nous élaborons et/ou renforçons des programmes pédiatriques de prévention et de lutte contre le SIDA. Dans le cadre d'une prochaine campagne, et selon les modalités décrites ci-dessus, nous allons lancer une grande initiative pédiatrique contre le SIDA au Rwanda, en collaboration avec la Fondation Clinton et les responsables et prestataires des soins de santé rwandais. Cette initiative établira un centre national d'excellence pour le traitement du SIDA chez les enfants. Ces services pédiatriques de qualité seront liés aux soins fournis aux enfants séropositifs dans les communautés et aux efforts de prévention de la maladie dans les écoles primaires et secondaires des zones rurales du Rwanda.

Quatrièmement, nous devons entreprendre des programmes opérationnels de recherche et de formation destinés à améliorer la qualité des soins offerts aux enfants ruraux. Ces recherches examineront la programmation des initiatives réussies de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; le diagnostic et la gestion du VIH chez les nourrissons; le diagnostic et le traitement de la tuberculose pédiatrique; le rôle des agents de santé communautaires pour mieux prendre en charge les troubles pédiatriques chroniques, y compris le SIDA et la tuberculose, et pour prévenir, diagnostiquer et traiter à domicile des maladies communes comme le paludisme et la diarrhée; et évalueront l'impact des interventions sociales, y compris celles qui visent à faire reculer l'insécurité alimentaire et l'illettrisme, sur la santé et le bien-être des enfants du monde entier.

Cinquièmement, nous nous efforçons de soutenir ces efforts en tandem avec ceux qui promeuvent les droits de base, notamment les droits sociaux et économiques de l'enfant. Le Programme de défense des droits économiques et sociaux de Partners In Health (POSER) propose, à travers des projets concrets et des campagnes de mobilisation, un modèle d'atténuation de la pauvreté fondé sur les droits, qui utilise l'accès aux soins de santé pour établir le contact et travailler avec les enfants et les familles les plus pauvres des communautés desservies. Le programme POSER soutient des projets en faveur de l'éducation, de l'agriculture, du logement et de l'eau pour garantir les droits de base sociaux et économiques de chaque enfant et de chaque famille. Si nous savons que la faim et la malnutrition sont les causes sous-jacentes de millions de décès d'enfants chaque année – et nous le savons – nous devons alors prescrire une alimentation adéquate en tant que médicament essentiel pour soutenir la vaccination et les soins pédiatriques. De la même façon, si des études montrent que l'éducation réduit le risque de contracter le VIH – et elles le montrent – nous devons être prêts à investir dans l'accès à l'instruction en tant qu'élément rentable et puissant de notre formulaire de lutte contre le VIH et d'autres maladies de la pauvreté.

Nous savons maintenant que faute d'une stratégie globale, gérée par la communauté, les efforts entrepris pour traiter les enfants – et ultérieurement leur mère, leur père et leurs frères et soeurs – n'aboutiront pas aux dénouements souhaités. En travaillant avec les ministères de la santé, des institutions internationales et d'autres organisations à but non lucratif, nous nous sommes engagés à inverser la vague montante des décès et des maladies infantiles dans les zones que nous desservons. Notre expérience en Haïti et dans le reste du monde à présent nous a appris que les services qui s'appuient sur la communauté pour améliorer la santé et réduire la pauvreté, liés, le cas échéant, à d'excellentes ressources cliniques, offrent les normes les plus élevées de soins dans le monde aujourd'hui, et sont essentiels pour améliorer la survie de l'enfant.

Le Dr Paul Farmer et le Dr Jim Yong Kim sont les co-fondateurs de Partners In Health, une organisation internationale qui œuvre en faveur de la santé et de la justice sociale en Haïti, au Lesotho, au Malawi, au Pérou, dans la Fédération de Russie, au Rwanda et aux États-Unis. Paul Farmer est Presley Professor of Medical Anthropology à Harvard University et médecin traitant au Brigham and Women's Hospital à Boston. Jim Yong Kim est président du Département de médecine sociale à la Harvard Medical School, chef de la division de la médecine sociale et des inégalités sanitaires du Brigham and Women's Hospital, directeur du Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme et ancien directeur du département du VIH/SIDA de l'Organisation mondiale de la santé.

où ont lieu les interactions avec les communautés[31].

Nous avons accumulé une vaste somme de connaissances sur les interventions techniques et contextuelles que l'on doit mettre en œuvre pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. En revanche, nous savons moins bien ce qui permet de respecter et de maintenir durablement un engagement politique en faveur d'une approche de prestation de soins de santé orientée sur les résultats, notamment lorsque les capacités d'un système de santé sont insuffisantes. La communauté internationale est parfaitement capable de fixer des ordres du jour – comme le montre la façon dont les OMD ont été extraits de la Déclaration du Millénaire et sont devenus les critères incontournables du développement humain au début du millénaire. Mais à mi-parcours de la réalisation des objectifs, il existe encore un fossé entre les intentions et les actions.

Des dirigeants et chefs de file engagés sont souvent essentiels à la réussite de l'élargissement des services de santé

L'une des conclusions les plus fascinantes d'une étude sur l'élargissement des services de santé effectuée par le Disease Control Priorities Project, une initiative rassemblant plusieurs grands spécialistes mondiaux de la santé pour évaluer les priorités de la lutte contre les maladies, est le rôle important que jouent les chefs de file nationaux pour générer et soutenir la volonté et les engagements politiques nécessaires à l'extension des programmes de santé. Outre qu'ils apportent eux-mêmes un vigoureux soutien à ces initiatives, ces chefs de file ont aussi pu réunir des participants clés, coordonner les activités et maintenir l'impulsion donnée à l'élargissement.

Le rôle des dirigeants peut revêtir des formes très différentes : une initiative individuelle comme celle de Fazle Hasan Abed, fondateur du BRAC, un programme de santé communautaire qui fournit des services de santé à des millions de personnes au Bangladesh; une mobilisation aux plus hauts niveaux du gouvernement, comme au Mexique, où le programme PROGRESA a été défendu par le Président Ernesto Zedillo de Leon, puis maintenu et élargi par ses successeurs, Vicente Fox et Felipe Calderón; et les initiatives internationales comme le Programme élargi de vaccination, la révolution de la survie de l'enfant, le programme GOBI (surveillance de la croissance, thérapeutique de réhydratation orale, allaitement au sein et vaccination), les multiples partenariats et programmes mondiaux crées depuis soixante ans pour lutter contre diverses maladies, et plus récemment, la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PIME) et l'Initiative accélérée pour la survie et le développement de l'enfant.

L'une des conclusions de l'examen des résultats et de l'expérience de l'élargissement des services de santé est que le soutien de ces initiatives exige du temps et des engagements. Des investissements durables en temps et en ressources devront être faits sur plusieurs années pour étendre les programmes sans interruption. Parmi les exemples clés de ces engagements, on peut citer le programme lancé sur 50 ans par le Sri Lanka pour créer un réseau de santé rural et les longues campagnes menées au Népal en faveur des suppléments de micronutriments[33].

Inscrire ces engagements nationaux au sein d'un cadre légal peut garantir la continuité nécessaire de l'appui à l'élargissement du continuum de soins au-delà de la durée de vie politique des premiers chefs de file. Un tel cadre permet de traduire les engagements politiques en mesures concrètes pour mobiliser des ressources et établir un budget. Ce programme politique à long terme doit s'appuyer sur des partenariats forgés entre le gouvernement, les organisations de la société civile et les organismes de développement pour maintenir l'élan politique, vaincre la résistance au changement et mobiliser des ressources. Il requiert aussi des mécanismes de reddition des comptes, ainsi que des freins et des contrepoids pour garantir le bon fonctionnement du système.

V. Mieux harmoniser les partenariats et les programmes mondiaux pour la santé

Au cours des dix dernières années, l'architecture de l'aide destinée à la santé a acquis un degré de complexité supplémentaire avec la création de grands Partenariats mondiaux pour la santé. En fonction de la définition choisie, on estime qu'il existe plus d'une centaine de ces Partenariats[34]. Ces partenariats forment un groupe diversifié dont les fonctions vont de la mobilisation à l'exécution, et sont de nature, d'ampleur et de portée différentes. La grande majorité d'entre eux s'intéressent surtout aux maladies transmissibles – notamment le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Certains promeuvent aussi des projets en faveur de la nutrition, comme l'allaitement au sein exclusif précoce et la distribution de suppléments de vitamine A, ou militent pour une amélioration de l'eau et des moyens d'assainissement. Au cours des années récentes, leurs activités se sont surtout concentrées sur la réalisation de l'OMD 1, qui vise à réduire de moitié, d'ici à 2015, le nombre de personnes souffrant de la faim et de la pauvreté dans le monde, grâce à des programmes tels que l'Initiative pour mettre fin à la faim et à la malnutrition des enfants, l'Alliance mondiale pour une nutrition améliorée, l'Initiative en faveur des micronutriments et l'Initiative d'enrichissement de la farine.

Sur le grand nombre de Partenariats mondiaux pour la santé qui ont été créés, seuls quelques-uns ont un impact profond sur le financement de la santé – notamment, l'Alliance GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les Partenariats mondiaux pour la santé ont mobilisé une quantité importante de nouvelles ressources pour lutter contre de graves menaces sanitaires, et ont obtenu un soutien politique et technique crucial en faveur de programmes ou d'interventions prioritaires contre certaines maladies. Ils ont insufflé une nouvelle énergie à l'aide au développement en soutenant le secteur privé et en encourageant les partenariats communautaires à jouer un rôle plus actif dans la fourniture des soins de santé.

En raison de la rapidité avec laquelle ces nouvelles institutions sanitaires se sont constituées, les pays en développement ont du mal à savoir ce qu'elles font, et encore plus à les gérer et les coordonner. En outre, ces nouvelles initiatives pourraient bien compliquer les efforts d'harmonisation et de coordination des actions mondiales en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile. La prolifération de ces Partenariats mondiaux qui insistent sur des résultats rapides, rentables et mesurables risque d'aggraver la nature « verticale » des financements de la santé en allouant une grande partie des nouveaux fonds à des programmes et des interventions spécifiques à certaines maladies, en créant des silos de financement et de prestation séparés, et en laissant aux gouvernements bénéficiaires une marge de manœuvre limitée pour réaffecter ces fonds en fonction de leurs priorités, ou pour financer les coûts et les investissements dans leurs systèmes, comme les salaires et les centres de soins.

Instaurer les conditions d'une meilleure unification des programmes et des partenariats mondiaux pour la santé

Face à la prolifération des partenariats et des initiatives en faveur de la santé, un ensemble de principes relatifs aux meilleures pratiques des partenariats mondiaux pour la santé a été formulé. S'inspirant de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, ces principes ont été avalisés par les participants et ont à présent été adoptés par les conseils d'administration de plusieurs Partenariats mondiaux pour la santé. En outre, le Comité d'aide au développement de l'OCDE a examiné un « Guide de bonnes pratiques pour aligner les programmes mondiaux au niveau des pays ». Cette démarche répond à un besoin reconnu dans la Déclaration de Paris, à savoir, prendre des mesures concrète et efficaces pour remédier à la mauvaise intégration des programmes et des efforts mondiaux aux programmes de développement généraux des pays partenaires. Dans les domaines de la gouvernance et de l'exécution des programmes mondiaux, les bonnes pratiques stipulent les rôles interdépendants des financiers (donateurs bilatéraux, institutions multilatérales et fondations privées), des pays partenaires et des programmes mondiaux.

Les programmes mondiaux pour la santé, menés en partenariat ou individuellement par des organisations isolées ou des donateurs, sont devenus un outil important de l'aide au développement, alors que les donateurs bilatéraux, les institutions multilatérales et les fondations privées augmentent rapidement le montant des financements destinés à la prestation des services au niveau des pays. Ces programmes, qui bénéficient aussi d'une aide publique substantielle, appellent l'attention de la communauté internationale sur des questions d'importance mondiale, encouragent l'innovation et la diffusion des meilleures pratiques, et mettent en commun les financements de multiples donateurs (harmonisation en amont).

Les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide – qui insistent sur le contrôle des pays, l'harmonisation et l'alignement, et la responsabilité mutuelle – s'appliquent à des programmes menés aussi bien à l'échelle mondiale qu'à celle des pays. Des études de pays confirment que les problèmes de mise en œuvre sont les mêmes dans les deux cas, mais que de nombreux programmes mondiaux rencontrent des difficultés spécifiques. Ce sont, par exemple, le manque de représentation locale et l'harmonisation insuffisante des efforts des donateurs qui en découle, l'incompatibilité des initiatives avec les priorités et les budgets du gouvernement, des mécanismes parallèles de coordination et d'exécution, et une traction centrifuge des ressources humaines et financières qui sont détournées des programmes nationaux pertinents.

Les bonnes pratiques se fondent sur les principes — et leurs indicateurs — de la Déclaration de Paris, en les appliquant et en les étendant pour refléter la situation spécifique des programmes mondiaux. Elles visent principalement à améliorer l'efficacité des programmes mondiaux, en cours ou en projet, qui fournissent des financements importants au niveau des pays. Toutefois, certaines de ces bonnes pratiques, notamment celles qui ont trait à la sélectivité et à la gouvernance, ont aussi des implications pour les programmes mondiaux en général.

Les financiers, les pays partenaires, les programmes mondiaux et les donateurs privés sont invités à se servir de ces directives à titre expérimental. La surveillance d'une application pilote des bonnes pratiques s'effectuera dans le cadre de l'utilisation de la santé comme secteur témoin pour évaluer la mise en œuvre effective de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, et sera soumise à l'attention du Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide qui se tiendra à Accra, Ghana, en septembre 2008.

Pour atteindre les OMD relatifs à la santé, il faudra mener une action unifiée et s'appuyer sur des partenariats en faveur de la survie et de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. *Des enfants attendent d'être vaccinés au Bangladesh.*

RÉSUMÉ

Les OMD ne sont pas l'invention d'un groupe d'utopistes. Ils sont le fruit de réflexions rigoureuses et de calculs précis effectués par certains des hommes politiques, experts du développement, économistes et scientifiques les plus en vue du monde et représentent à l'heure actuelle le meilleur espoir qu'a l'humanité d'orienter la planète vers un avenir plus viable.

Lorsque les objectifs seront réalisés, des centaines de millions d'enfants, d'hommes et de femmes seront à l'abri de la faim, auront accès à de l'eau salubre et à des installations sanitaires de base, s'instruiront et bénéficieront des mêmes avantages économiques et possibilités politiques que le reste de la population. Bien que plusieurs régions et pays aient pris du retard, il est encore possible d'atteindre tous les objectifs dans le temps qu'il reste à condition de disposer de la volonté politique, des ressources et des stratégies nécessaires.

Peut-on mobiliser cette volonté politique ? Peut-on intensifier à l'échelle individuelle et collective les structures, stratégies, actions et ressources de façon à mener une action unifiée en vue d'atteindre dans leur intégralité et dans les délais impartis les OMD relatifs à la santé ? Pour résumer, la réponse est « oui », mais seulement à condition que les gouvernements, les donateurs, la société civile et les autres parties concernées s'unissent en faveur de la survie de l'enfant et s'engagent à veiller à la réalisation des OMD relatifs à la santé.

Il s'agit de refuser tout cynisme et toute léthargie et de dépasser les promesses sans lendemain du passé. Car en dernière analyse, rien n'est plus noble ou précieux que de sauver la vie d'un enfant.

5

S'unir pour la survie des enfants

© UNICEF/HQ06-0963/Shehzad Noorani

Même si les Objectifs du Millénaire pour le développement sont réalisés, le monde ne sera pas parfait. La pauvreté existera encore. Des enfants et leurs mères mourront encore de causes que l'on aurait pu éviter. Et il faudra encore se préoccuper de l'environnement. Mais d'après les estimations du Projet du Millénaire, le conseil consultatif indépendant qui a présenté les recommandations portant sur les OMD lors du Sommet mondial de 2005, la réalisation des objectifs pourrait permettre de sauver la vie de 30 millions d'enfants et de 2 millions de mères. Plus de 300 millions de personnes ne souffriraient plus de la faim. Des centaines de millions auraient accès à de l'eau potable et à des installations sanitaires de base. Des millions d'enfants iraient à l'école et des millions de femmes bénéficieraient de possibilités sur les plans économique et politique[1].

Les OMD ne sont pas l'invention d'un groupe d'utopistes. Ils sont le fruit de réflexions rigoureuses et de calculs précis effectués par certains des hommes politiques, experts du développement, économistes et scientifiques les plus en vue du monde et représentent à l'heure actuelle le meilleur espoir qu'a l'humanité d'orienter la planète vers un avenir plus viable. Il s'agit d'objectifs réalisables, qui sont tout à fait du domaine du possible – à condition de disposer de la volonté politique, des moyens et des stratégies nécessaires. Décider de réaliser ces objectifs est la première étape indispensable. Les autres mesures nécessaires à la réalisation des OMD relatifs à la santé – énoncées ci-après – peuvent être prises en grande partie dans le cadre des approches actuelles de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

Peut-on mobiliser cette volonté politique ? Peut-on intensifier à l'échelle individuelle et collective les programmes, stratégies, actions et ressources de façon à mener une action unifiée en vue d'atteindre dans leur intégralité et dans les délais impartis les OMD relatifs à la santé ? Le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2008* définit à l'échelle globale six domaines d'action essentiels dans lesquels il est nécessaire de s'engager de façon unifiée afin d'intensifier de toute urgence l'action en faveur de la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants ainsi que du droit des femmes et des enfants à la santé et au bien-être :

- Œuvrer à la mise en place de conditions favorables à la survie et à la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.
- Instaurer et renforcer le continuum de soins dans la durée et à grande échelle.
- Mettre en œuvre à plus grande échelle des services essentiels intégrés en renforçant les systèmes de santé et les partenariats communautaires.
- Développer les données, les recherches et les conclusions sur lesquelles s'appuie l'action.
- Mobiliser des ressources pour les mères, les nouveau-nés et les enfants.
- Faire de la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants un impératif mondial.

Instaurer des conditions favorables à la survie et à la santé de l'enfant

Si *La Situation des enfants dans le monde 2008* met principalement l'accent sur les interventions et les approches essentielles qui permettent véritablement de sauver des enfants, des changements plus profonds et structurels sont nécessaires. Il faut, pour fournir des services de santé de qualité aux femmes et aux enfants, disposer de conditions dans lesquelles ils puissent se maintenir en vie et

© UNICEF/HQ05-1173/Roger LeMoyne

Un cadre de vie sain et sûr est une condition essentielle à la survie et au bien-être des mères et de leurs enfants. *Une femme reçoit un diplôme après avoir suivi un cours d'éducation parentale, Turquie.*

s'épanouir. L'absence de conflit est la condition préalable la plus évidente. La paix et la sécurité sont des conditions essentielles au bon fonctionnement des programmes de santé, qu'il s'agisse de services dispensés dans des centres de santé, de services fournis sur le terrain ou de partenariats communautaires. Lorsqu'on ne parvient pas à régler les conflits, il est de la plus haute importance d'aider et de protéger les enfants et leur famille pris au piège de situations d'urgence complexes. Bien que le droit international ne reconnaisse pas les enfants comme des « zones de paix », des « journées de tranquillité » au cours desquelles l'arrêt des combats permet aux agents de santé d'administrer des vaccins, ont été décrétées au cours des dernières décennies dans des pays aussi divers que l'Afghanistan, l'Angola, le Liban, la République démocratique du Congo, El Salvador, la Somalie, le Soudan et Sri Lanka[2].

Il est tout aussi important que l'enfant se sente en sécurité, ce qui n'est pas le cas lorsqu'il vit en période de conflit armé, dans des communautés où sévissent la violence et la criminalité ou dans un foyer déchiré par des conflits. Les nourrissons et les jeunes enfants sont très sensibles au monde qui les entoure. L'attente de la crise à venir, qu'il s'agisse de l'explosion d'une mine terrestre ou d'une agression sexuelle par un membre ou un ami de la famille, est parfois presque aussi traumatisante et déstabilisante que la crise elle-même. Pour prévenir la violence à l'égard des enfants, il est essentiel de reconnaître leur droit à un environnement protecteur, d'adopter les mesures législatives adéquates et de les faire appliquer.

L'équité est une autre dimension cruciale d'un environnement protecteur. Dans de trop nombreux pays, les pauvres sont automatiquement négligés et marginalisés par le système de santé. D'autres sont exclus de services et de pratiques essentiels en raison de leur sexe, de leur handicap, de la couleur de leur peau ou de leur origine ethnique. Il est impératif de veiller à ce que les systèmes de santé et les programmes de survie de la mère et de l'enfant soient fondés sur l'égalité des droits et rectifient de telles iniquités. En outre, pour soigner ceux qui sont actuellement exclus, les programmes de santé doivent être intégrés aux stratégies visant à remédier aux causes profondes, ainsi qu'aux effets, de la marginalisation et de l'exclusion.

Pour améliorer durablement la santé des femmes et des enfants, il faudra également faire progresser l'égalité des sexes et accroître le pouvoir d'action des femmes. Quels que soient les services de santé proposés et la façon dont ils sont dispensés, de nombreux enfants seront exclus tant que les femmes n'auront pas un plus grand pouvoir de décision au sein du foyer. Bon nombre d'études ont confirmé l'influence importante et positive de l'éducation et des possibilités de travail sur le bien-être des femmes, qui se traduisent par de meilleurs soins et une plus grande chance de survie pour leurs enfants.

Instaurer et renforcer le continuum de soins dans la durée et à grande échelle

C'est à la naissance et pendant les premiers jours de leur vie que les enfants sont le plus vulnérables. Ces soins de santé sont donc cruciaux

pendant la grossesse, à la naissance et pendant la période néonatale. Ce continuum de soins devrait se poursuivre pendant la première enfance et le bas âge, des services essentiels devant être dispensés à la mère et à l'enfant à des stades décisifs du cycle de vie. Cette approche fondée sur le cycle de vie reconnaît qu'il sera nécessaire de fournir aux filles, éducation, autonomie et services de santé reproductive à l'adolescence, car bon nombre d'entre elles deviendront mères à leur tour – en 2005, environ 13 % des enfants sont nés de mères âgées de 15 à 19 ans[3]. Et il faudra maintenir ce continuum de soins tout au long de leur vie de femme. Pour être efficace, il doit s'appuyer sur de solides liens entre les foyers, la communauté, les services de proximité, les services cliniques dans les centres de santé primaires. Ces derniers, à leur tour, devront forger des liens étroits avec des hôpitaux de district. Établir de tels liens permet généralement d'augmenter le taux d'utilisation des services. Cela signifie également que les femmes et les enfants seront moins nombreux à passer entre les mailles du filet.

Le foyer et la communauté sont les lieux où les pratiques de soins des enfants et les comportements ayant trait à la demande de soins sont acquis et entretenus. Ils sont souvent initiés au cours d'une visite dans un centre de santé pendant la grossesse, qui constitue parfois la première prise de contact d'une femme avec le système de santé officiel. Les soins anténatals sont importants car ils aident les femmes à identifier les risques potentiels et à planifier une grossesse sans risque. En l'absence de centres de santé proches, il faut fournir des services sur le terrain en faisant appel à du personnel des centres périphériques et de district. Ces services se composent généralement de soins anténatals, postnatals et infantiles.

L'hôpital de district est au sommet des systèmes de santé destinés aux communautés et ménages et doit disposer de personnel et d'équipement adéquat pour prendre en charge d'éventuelles complications pendant l'accouchement. Au niveau des soins de santé primaires, il faut que les installations et le personnel soient préparés à assister des accouchements sans complication et à prodiguer d'urgence des soins obstétriques de base et des soins immédiats aux nouveau-nés, y compris des soins de réanimation. La qualité des soins fournis à ces trois niveaux, et leur interconnexion, est essentielle pour fournir un continuum de soins dans la durée et à grande échelle[4].

Développer les services essentiels intégrés en renforçant les systèmes de santé et les partenariats communautaires

Dans beaucoup des pays les plus pauvres, les systèmes de santé sont précaires et morcelés, accablés de problèmes allant d'une grave pénurie de personnel qualifié au manque de financement, de matériel et de fournitures et à l'incapacité de produire et d'utiliser de l'information. À moyen et à long terme, le plus sûr moyen de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement consiste à renforcer les systèmes de santé nationaux. Les partenariats communautaires dans le domaine des soins de santé primaires peuvent permettre de mettre en œuvre à grande échelle des services dans les régions d'un pays qui sont difficiles d'accès et de renforcer les systèmes de santé. Comme cela est indiqué dans le présent rapport, de plus en plus d'études montrent que des interventions intégrées peuvent être efficacement fournies à l'échelle communautaire tout au long du cycle de vie. En outre, on peut, en donnant aux individus les moyens de prendre en charge, en partie au moins, leur propre santé – et celle de leur famille – avoir un impact profond et durable sur le développement.

Les médias, qui sont en mesure de diffuser des messages essentiels de santé à faible coût, peuvent contribuer à transmettre aux membres d'une communauté les informations dont ils ont besoin pour réaliser des changements dans leur vie. On peut en outre faire appel à des organisations de la société civile spécialistes des approches participatives pour promouvoir certains aspects de la survie et de la santé de l'enfant, à condition de leur donner les consignes nécessaires et d'assurer un suivi attentif. La mobilisation communautaire ne doit pas incomber seulement à des ministères de la santé déjà débordés. Les autorités locales et les ministères chargés de la promotion de la femme peuvent jouer un rôle crucial à cet égard, aux côtés des associations de femmes et des responsables de la société civile, si la possibilité leur est donnée de participer dès le début.

Bien que les programmes actuels de survie de l'enfant mettent l'accent sur des solutions de faible technicité, les derniers progrès technologiques pourraient permettre de soigner les populations les plus difficiles à atteindre. De simples outils de diagnostic ont par exemple été mis au point pour détecter le paludisme et le VIH et analyser la qualité de l'eau. Après une formation de base, ces tests peuvent être administrés même dans les dispensaires les plus rudimentaires. Les progrès de la biotechnologie permettent de produire des vaccins recombinés plus sûrs et des recherches sont actuellement menées pour fabriquer des vaccins n'ayant pas à être réfrigérés et pouvant être administrés par timbre cutané, pulvérisation nasale ou autres techniques, plutôt que par injection. Ces avancées potentielles pourraient avoir d'immenses

© UNICEF/HQ06-2402/Susan Markisz

Cette approche intégrée du développement des systèmes de santé est essentielle à la promotion de la survie et de la santé de l'enfant. *Cette famille participe au programme Trio por la Vida ('Trio pour la vie'), qui a pour but de promouvoir l'inscription des naissances, l'allaitement maternel et la vaccination au Venezuela.*

répercussions sur l'extension des services de vaccination[5].

Bien qu'elles commencent à peine à être utilisées dans ce domaine, les technologies de l'information ont aussi un rôle à jouer en matière de survie et de santé de l'enfant dans les pays en développement. Grâce à l'utilisation croissante de téléphones portables, de courrier électronique et d'Internet, la « santé électronique » (*eHealth*) et la télémédecine peuvent déjà venir en aide aux habitants de régions éloignées et pourraient avoir de bien plus nombreuses applications. En outre, les agents de santé peuvent ainsi contacter plus facilement les centres de soins et, si besoin est, les services et les centres d'orientation des hôpitaux[6].

Réunir davantage de données

Comprendre un problème permet de le résoudre à moitié. Si la situation générale des enfants dans le monde est clairement définie, les conditions locales sont parfois mal connues. Faute de statistiques fiables, il est difficile pour les dirigeants de nombreux pays d'établir des priorités, d'évaluer l'efficacité des programmes ou de suivre les progrès réalisés. Il arrive même que les systèmes d'état civil – qui permettent d'inscrire les principaux événements de la vie, y compris les naissances et les décès – ne couvrent parfois qu'une partie du pays, à supposer qu'ils existent. L'inscription des naissances, en particulier, est essentielle pour protéger les droits des enfants et obtenir des données exactes sur la population d'un pays (*voir Chapitre 1, page 22*).

Pour formuler des stratégies visant à développer les partenariats communautaires, le continuum de soins et des systèmes de santé efficaces, il est indispensable de disposer d'informations et d'analyses de situation exactes sur la santé, la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ainsi que le VIH et le SIDA parmi les enfants du monde. La diffusion de données, l'évaluation des résultats et la planification stratégique dans les pays en développement s'appuient sur un vaste ensemble de ressources, dont les enquêtes auprès des ménages, les enquêtes en grappe à indicateurs multiples, les bilans statistiques comme la série *Progrès pour les enfants* publiée par l'UNICEF ; la série de *The Lancet* portant sur la survie et la santé de l'enfant, des

nouveau-nés et des mères ; et les publications évaluant les progrès accomplis dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement publiées par le Programme des Nations Unies pour le développement, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé, entre autres. Ces initiatives viennent compléter les efforts entrepris par les pays en développement à l'échelle nationale pour obtenir, analyser et diffuser des données et informations essentielles portant sur les moyens déployés et les résultats obtenus dans le domaine de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

L'obligation de rendre compte étant de plus en plus importante, à la fois à la suite des OMD et des nouvelles initiatives mondiales de santé, il est impératif de pouvoir s'appuyer sur un solide ensemble de données. Bien qu'il existe déjà largement assez d'information pour agir, il reste toutefois nécessaire de mener des recherches et évaluations plus rigoureuses sur les programmes qui marchent, de partager systématiquement les bonnes pratiques et de mieux diffuser les nouvelles informations.

Mobiliser des ressources pour les mères, les nouveau-nés et les enfants

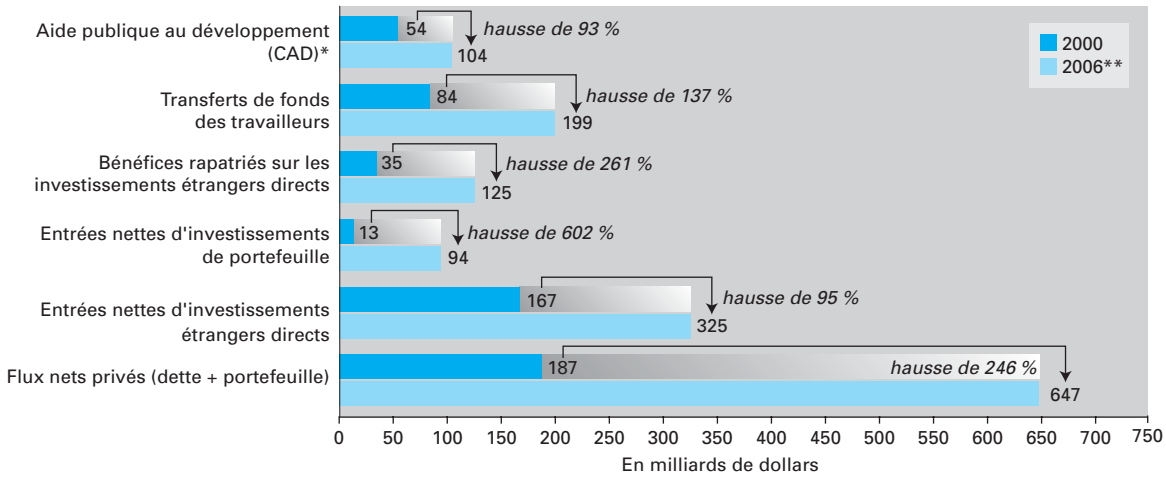
Il est généralement admis que, en plus de mobiliser leurs propres ressources, les pays les plus pauvres auront besoin d'une aide importante des pays plus riches afin de réaliser les OMD. D'après les estimations du Projet du Millénaire, le montant total de l'aide publique au développement (APD) nécessaire à la réalisation des OMD était de 135 milliards de dollars É.-U. en 2006, mais seuls 104 milliards de dollars ont été accordés en 2006[7] (*voir Figure 5.1*). Au vu des tendances actuelles, l'APD devrait atteindre environ 200 milliards de dollars en 2015. Ces montants estimatifs représentent environ 0,5 % du produit national brut (PNB) des pays donateurs - 0,44 % en 2006 et 0,54 % en 2015, respectivement. Lorsqu'on tient compte des coûts supplémentaires – liés par exemple à de grands projets d'infrastructure, à l'adaptation aux changements climatiques et à la reconstruction après des conflits, on arrive à un objectif plus probable de 0,7 % du PNB des pays donateurs. Paradoxalement, ce montant tout à fait abordable correspond aux engagements déjà pris par les pays donateurs. Il y a plus de 35 ans, les principaux pays industrialisés ont promis d'allouer 0,7 % de leur PNB à l'APD[8]. En 2002, cet objectif de 0,7 % a été de nouveau confirmé par tous les pays dans le cadre du Consensus de Monterrey.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Seize des 22 pays membres du Comité d'aide au développement de l'OCDE ont atteint le montant d'APD qu'ils se sont fixé comme objectif en 2006 à Monterrey. Mais il faut encourager les six autres pays à tenir leurs promesses[9].

Bien entendu, les pays qui cherchent à réaliser les OMD ont des besoins différents. D'après les dernières données disponibles, l'UNICEF met actuellement au point pays par pays

Figure 5.1

Une sélection de flux financiers en direction des pays en développement



* Aide publique au développement fournie par les membres du Comité d'aide au développement de l'OCDE. **Estimation.

Source : Banque mondiale, *Global Development Finance 2007: The globalization of corporate finance in developing countries,* Washington, D.C., 2007, p. 37, 55.

une liste de politiques à envisager pour réaliser les OMD relatifs à la santé, qui sera soumise à l'examen des gouvernements et de leurs partenaires du domaine de la santé maternelle et infantile. Cela aidera également les pays à mettre en évidence et à combler les lacunes de l'assistance financière.

En Afrique subsaharienne, où la situation des jeunes enfants est la plus critique, l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont collaboré en 2006 à une analyse des budgets qu'il faudrait allouer pour réduire la mortalité infantile (*voir Encadré, chapitre 4, page 78*). En mettant en œuvre à plus grande échelle les interventions en cours présentées dans ce rapport, on pourrait réduire de 35 % d'ici à 2009 le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans en allouant 2,50 dollars de plus par habitant (ou environ 800 dollars par vie sauvée). Pour réaliser dans son intégralité le quatrième OMD – réduire de deux tiers d'ici à 2015 la

Renforcer la collecte des données et le suivi pour prendre des décisions en matière de santé publique

« Ce n'est pas parce que les pays sont pauvres qu'ils ne peuvent pas se permettre d'obtenir de bonnes informations sanitaires; c'est parce qu'ils sont pauvres qu'ils ne peuvent pas se permettre de s'en passer. » Réseau de métrologie sanitaire, Organisation mondiale de la Santé

Disposer d'informations fiables est essentiel à la prise de décisions en matière de santé publique, car elles influencent les politiques, programmes, budgets et évaluations et constituent la base à partir de laquelle les pouvoirs publics rendent compte à leurs citoyens de la réalisation de leurs engagements. Dans de nombreux pays en développement, des lacunes existent cependant en matière de collecte, de diffusion et d'analyse de données du fait d'investissements insuffisants dans les systèmes d'information sanitaire. À mesure que les problèmes de santé se multiplient et que l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé se rapproche, il est impératif de disposer d'informations fiables.

Avant le milieu des années 1990, de graves insuffisances en matière de données empêchaient d'effectuer les analyses exactes et efficaces nécessaires à la prise de ces décisions de santé publique. Par exemple, seuls 38 pays en développement disposaient de données permettant de déterminer si les taux de dénutrition augmentaient ou baissaient parmi les enfants – un indicateur de base de la santé et du bien-être des enfants. Pour combler ces graves lacunes et faciliter le suivi de la réalisation des objectifs fixés lors du Sommet mondial de 1990 pour les enfants, l'UNICEF a mis au point en 1995 les enquêtes en grappes à indicateurs multiples, conçues pour fournir des données quantitatives sur un grand nombre de domaines, dont la santé et la nutrition de l'enfant, la protection des enfants, l'éducation, le VIH et le SIDA et la santé maternelle.

Depuis 1995, près de 200 enquêtes de ce type ont été réalisées dans une centaine de pays et territoires. Le cycle actuel d'enquêtes, mis en œuvre dans plus de 50 pays en 2005 et 2006, fournit des données relatives à 21 des 53 sous-indicateurs des OMD. Il s'agit, conjointement aux enquêtes démographiques et sanitaires, d'une initiative complémentaire parrainée par l'Agency for International Development des Etats-Unis (USAID) avec laquelle les données sont harmonisées, de la première source d'information servant au suivi de la réalisation des OMD.

Le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement a également favorisé la création d'une série de groupes interorganisations qui traitent spécifiquement de questions techniques et méthodologiques, y compris des indicateurs de normalisation et des outils de suivi, et renforcent les capacités statistiques à l'échelle des pays, procèdent à des estimations communes et harmonisent le travail de suivi entre partenaires. Ces groupes s'occupent par exemple de la mortalité des moins de cinq ans et de la mortalité maternelle, de l'eau et de l'assainissement, de la vaccination, du paludisme et du VIH et du SIDA.

Il est également urgent d'améliorer les systèmes généraux de données à l'échelle nationale afin de pouvoir davantage compter sur des données utiles et actualisées servant à la prise de décisions en matière de santé publique. Il s'agit d'un effort de longue haleine et l'Organisation mondiale de la Santé et le Réseau de métrologie sanitaire, entre autres, coopèrent étroitement avec les pays et d'autres initiatives en vue d'améliorer les systèmes d'information sanitaire. Plus précisément, l'objectif consiste à mettre au point un système global intégrant les nombreux sous-systèmes et sources de données qui, considérés dans leur intégralité, contribuent à la production d'informations sanitaires : enquêtes, inscriptions à l'état civil, recensements, surveillance de maladies et mesures de lutte contre les maladies, statistiques sur les services, informations sur la gestion de la santé, données financières et suivi des ressources. La mise au point d'un système aussi complet nécessiterait la coordination et la coopération accrue des pays et des partenaires internationaux, selon un plan harmonisé débouchant sur un système unifié. Ce système de données globales permettrait de réduire le double emploi et la dispersion des efforts en matière de collecte et de présentation des données.

Voir Références, page 108.

mortalité des moins de cinq ans – il faudrait renforcer davantage les systèmes de santé africains, ainsi que mener de nouvelles interventions, en administrant par exemple les vaccins contre le rotavirus et les infections à pneumoccoques. Il est ressorti de cette analyse qu'il était tout à fait possible de sauver la vie de plus de 5 millions d'enfants et de près de 200 000 mères par an. Quel en serait le coût ? Dix dollars supplémentaires par habitant et par an (ou moins de 2 000 dollars par vie sauvée)[10].

Lors du sommet du G8 de 2005 tenu à Gleneagles, en Écosse, les principaux pays industrialisés se sont engagés à doubler d'ici à 2010 le montant de l'aide accordée à l'Afrique. Mais en milieu d'année 2007, peu de progrès ont été réalisés dans ce sens[11]. Les pays africains, eux non plus, n'ont pas concrétisé l'engagement pris en faveur de leurs propres enfants. Dans la Déclaration d'Abuja, adoptée lors du sommet spécial de l'Organisation de l'unité africaine sur le SIDA en 2001, les dirigeants africains se sont entre autres engagés à consacrer 15 % de leur budget national à la santé. Six ans plus tard, seuls quelques pays y sont parvenus[12].

Les ressources nécessaires à la réalisation des OMD relatifs à la santé existent. Jamais le monde n'a été aussi riche. Les flux financiers en direction des pays en développement ont atteint un niveau record, qu'il s'agisse de la dette du secteur privé, des investissements étrangers directs, des investissements de portefeuille et des transferts de fonds. Mais bien que l'aide publique au développement ait doublé depuis 2000, cette augmentation est légèrement inférieure à celle d'autres flux financiers (*voir Figure 5.1, page 99*). Les donateurs n'ont pas encore tenu la promesse qu'ils ont faite d'accroître l'assistance à

© UNICEF/ HQ00-0001/Giacomo Pirozzi

Des partenariats et le renouvellement de l'engagement de tous les partenaires sont nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé de toutes les mères, tous les nouveau-nés et tous les enfants. *Un agent de santé parle de vaccination à une mère, en République-Unie de Tanzanie.*

l'Afrique et devront considérablement intensifier leurs efforts dans les années à venir.

Faire de la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants un impératif mondial

L'appel en faveur de la survie des enfants et des mères n'est pas resté sans réponse. Depuis les toutes premières années de la révolution en faveur de la survie de l'enfant, les partenariats mondiaux pour la santé, bénéficiant souvent de financements privés, se sont multipliés et ont redynamisé ce domaine d'action. Citons notamment, entre autres, l'Initiative d'enrichissement de la farine, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, le projet Faire reculer le paludisme et le Programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales.

Grâce à ces alliances et à d'autres, le public n'a jamais accordé autant d'attention aux questions de santé mondiale qu'à l'heure actuelle. La recherche et le développement financés par ces partenariats commencent à donner des résultats, 25 médicaments, 8 microbicides et 50 vaccins étant en cours d'élaboration, contre des maladies touchant majoritairement les populations les plus pauvres. Un certain nombre de ces partenariats ont remarquablement bien réussi à offrir aux collectivités des médicaments gratuits ou à coût réduit dont la qualité est assurée, ainsi que des vaccins. D'autres améliorent les politiques nationales et appuient les réformes institutionnelles. D'autres encore contribuent à l'établissement de normes et de références en matière de protocoles de traitement[13].

Mais, au vu de leur détermination à obtenir des résultats, il a souvent été dit que ces partenariats mondiaux

L'autre côté de la natte : s'unir pour la survie et la santé des mères, nouveau-nés et enfants

Par Melinda French Gates, co-présidente de la Fondation Bill & Melinda Gates

Lorsque Bill et moi rencontrons des gens dans les pays en développement que nous visitons, il est facile de voir ce que nous avons en commun avec eux, malgré les circonstances différentes dans lesquelles nous vivons. Comme nous, ils espèrent en l'avenir. Ils ont des parents qui les aiment et des enfants qui ont besoin d'eux. Ils font preuve de curiosité intellectuelle, d'esprit d'entreprise et de la détermination nécessaire pour améliorer leur vie ainsi que celle de leurs enfants.

Je suis particulièrement émue par les mères que je rencontre. Elles m'invitent chez elles, et nous nous asseyons sur le sol, souvent aux deux extrémités d'une petite natte et nous discutons. J'ai moi-même de jeunes enfants et j'essaie de me mettre à leur place. Que ferais-je si j'étais de l'autre côté de la natte ? Que souhaiterais-je pour mes enfants ?

Si j'étais une mère enceinte au Bangladesh, je souhaiterais une accoucheuse qualifiée qui m'aide à mettre au monde en sécurité mon enfant. Si j'étais une jeune mère en Inde, je souhaiterais connaître les faits : qu'allaiter au sein au lieu d'utiliser du lait maternel est l'un des meilleurs moyens de protéger mon nouveau-né du choléra. Si j'étais une mère au Malawi et que ma fille avait la diarrhée, je souhaiterais qu'elle puisse recevoir les électrolytes dont elle a besoin avant qu'il ne soit trop tard.

Ce seraient mes espoirs, mes rêves, mes souhaits. Mais, pour beaucoup, la réalité en va autrement. La réalité est la suivante : en 2006, 9,7 millions d'enfants sont morts avant d'atteindre l'âge de 5 ans – dans la plupart des cas de causes qu'il aurait été facile de prévenir ou de traiter.

Dans certains des pays que j'ai visités, les mères attendent des semaines, voire des mois, après la naissance de leur enfant pour lui donner un nom car elles ne veulent pas s'y attacher. Le risque que leur enfant meure pendant les premières semaines est tout simplement trop élevé. Lorsque je me trouve face à ces situations, je suis brusquement renvoyée de mon côté de la natte. Comment est-ce que ces situations tragiques peuvent être aussi courantes dans les pays en développement ?

De mon côté de la natte, lorsque les enfants sont malades, on leur donne des antibiotiques. De l'autre côté de la natte, lorsque les enfants sont malades, cela équivaut parfois à une condamnation à mort. Nous, les habitants des pays riches, devons essayer de voir les choses comme si nous étions de l'autre côté.

Heureusement, la situation commence à changer. Des gouvernements du monde entier interviennent avec plus de vigueur pour la santé des enfants. Les efforts déployés afin de traiter et de prévenir les maladies les plus dévastatrices du monde améliorent la vie de millions d'enfants.

Pour continuer sur cette lancée, nous devons nous rappeler que ces mères aiment les enfants autant que nous aimons les nôtres. Nous devons voir que ces enfants disposent d'un potentiel illimité. Et nous devons les aider à réaliser ce potentiel en amenant davantage de gouvernements, d'entreprises et de particuliers à agir – à unir leurs efforts en faveur de la survie et de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Toutes les mères auront ainsi la possibilité de voir leurs enfants grandir heureux et en bonne santé et tous les enfants auront la possibilité de concrétiser leurs rêves.

étaient régis par les donateurs et les produits au lieu d'être axés sur les pays et la population. Entre autres, la priorité souvent accordée à la lutte contre une seule maladie s'est parfois traduite par un recours excessif aux interventions verticales et une attention insuffisante à l'intégration des services et au renforcement des systèmes de santé nationaux[14]. La nécessité pour les pays en développement de prendre l'initiative et de « s'approprier » les solutions à leurs problèmes de santé a été comprise et mise en pratique. Une plus grande harmonisation et un meilleur alignement sur les priorités, systèmes et procédures des pays en développement eux-mêmes seront nécessaires à cette fin, comme l'indique la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide adoptée en mars 2005, qui définit un cadre de référence dans lequel les partenariats entre donateurs et pays en développement peuvent pleinement exploiter leur potentiel.

Où en est-on aujourd'hui, alors que l'on est maintenant plus qu'à mi-chemin de l'échéance prévue pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement ? La moitié des régions du monde sont bien parties pour réaliser le quatrième OMD et réduire de deux tiers de 1990 à 2015 les taux de mortalité infantile. Il s'agit là sans aucun doute d'une situation sans précédent, qui témoigne des progrès réalisés en matière de santé maternelle et infantile au cours du siècle dernier et de la volonté à la fois des donateurs et des gouvernements d'unir leurs efforts pour assurer la survie et l'épanouissement des enfants.

De nombreux pays en développement et plusieurs régions sont parve-

nus à considérablement réduire la mortalité des enfants et quelques-uns ont réussi à ramener les taux de mortalité à des niveaux voisins de ceux des pays industrialisés, en ayant cependant un niveau de revenu par habitant beaucoup plus faible. Trois régions – l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Asie de l'Est et le Pacifique et l'Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants – ont considérablement réduit ces taux depuis 1960, malgré des périodes d'instabilité économique et politique. Ce succès permet d'espérer que les taux de mortalité des enfants continueront de diminuer encore plus rapidement à l'échelle mondiale si l'on trouve des moyens d'améliorer l'accès des mères, des nouveau-nés et des enfants à des soins de santé de qualité dans les pays en développement.

Il s'agit de poursuivre les progrès réalisés dans les pays en développement, notamment au cours des dernières années, en ce qui concerne les interventions préventives réalisées par des services sur le terrain. Le développement des interventions menées sur le terrain – notamment les programmes de vaccination élargie, l'amélioration de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la distribution à plus grande échelle des traitements de réhydratation orale et de suppléments de vitamine A – a renforcé les moyens déployés en faveur de la santé des enfants et des mères. L'analyse de ces résultats devrait, conjointement avec la fréquence accrue de la collecte des données, permettre une nette amélioration de la survie des enfants et des mères dans les années à venir.

Indépendamment des initiatives, programmes et politiques qui se sont multipliés depuis le début du nouveau millénaire, la possibilité de réduire le nombre de décès des enfants de moins de cinq ans n'a jamais été aussi claire. Ce qu'il faut faire pour améliorer le taux de survie des enfants est clairement défini, ainsi que quand il faut le faire et avec qui. La nécessité de s'unir – en paroles et dans les faits – pour garantir le droit des mères, des nouveau-nés et des enfants à des soins de santé primaires de qualité est encore plus claire.

Il s'agit donc de refuser tout cynisme et toute léthargie et de dépasser les promesses sans lendemain du passé. À mi-chemin entre l'inauguration des OMD en 2000 et leur réalisation escomptée en 2015, beaucoup de choses ont déjà été faites. Les fondements de l'action – données, recherche et évaluation – sont déjà bien établis. Il est temps de se rallier derrière les objectifs de la survie et de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, avec un regain d'énergie et une vision d'avenir plus précise, et d'inscrire ces objectifs au cœur du programme d'action de la communauté internationale afin de faire respecter les principes de base de la justice sociale et le caractère sacré de la vie.

Nous disposons des moyens nécessaires. C'est maintenant une question de volonté et d'action – car rien n'est plus noble ou précieux que de sauver la vie d'un enfant.

Références

CHAPITRE 1

[1] Estimations de l'UNICEF fondées sur les travaux du Groupe interinstitutions pour l'estimation de la mortalité de l'enfant.

[2] Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Integration of Vitamin A Supplementation with Immunization: Policy and programme implications, Rapport de séance (OMS/EPI/GEN/98.07)' OMS, Genève, 1998, pp. 4-12.

[3] Darmstadt, Gary 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.

[4] Phillips, James F., Ayaga A. Bawah et Fred N. Binka, 'Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: The Navrongo experiment in Ghana', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* vol. 84, no. 12, déc. 2006, pp. 949-953.

[5] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants bilan statistique, Numéro 6,* UNICEF, New York, déc. 2007, p. 19.

[6] OMS, Bureau régional pour l'Afrique, *The Health of the People: The African regional health report,* OMS Press, Genève, 2006, p. 19.

[7] Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis', The Lancet, vol. 364, no. 9441, 2 oct. 2004, pp. 1236-1243.

[8] De Cock, Kevin M., et al., 'Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries: Translating research into policy and practice', *Journal of the American Medical Association,* vol. 283, no. 9, 1 mars 2000, pp. 1175-1182.

[9] Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé* – Rapport de situation, avril 2007, OMS, Genève, 2007, pp. 6, 30.

[10] Ngongo, Ngashi, 'PMTCT Report Card 2005: Monitoring progress on the implementation of programs to prevent mother to child transmission of HIV', UNICEF, New York, p. 5.

[11] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants, bilan statistique, Numéro 6,* UNICEF, New York, déc. 2007, p. 36.

[12] Fonds des Nations Unies pour l'enfance et le Partenariat faire reculer le paludisme, 'Malaria & Children: Progress in intervention coverage', UNICEF et RBM, New York, 2007, pp. 1, 7.

[13] Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme : *Bilan et impact des trois maladies,* Genève, 2005, p. 39.

[14] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants bilan statistique, Numéro 6,* UNICEF, New York, déc. 2007, pp. 39-41.

[15] Organisation mondiale de la Santé, 'Situation sanitaire : Mortalité', *Statistiques sanitaires mondiales* 2006, OMS, Genève, 2007, pp. 29-31.

[16] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un bilan de l'eau et de l'assainissement, Numéro 5,* UNICEF, New York, sept. 2006, p. 3.

[17] Black, Robert E., Saul S. Morris et Jennifer Bryce, 'Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year?', *The Lancet,* vol. 361, no. 9376, 28 juin 2003, p. 2230.

[18] Organisation mondiale de la Santé, 'Improving Child Health in the Community', OMS, Genève, déc. 2002, p. 7.

[19] *Compte à rebours jusqu'en 2015 : suivre les progrès en faveur de la survie de l'enfant* : rapport 2005, UNICEF, Section de la santé, New York, 2005, p. 9.

[20] Estimations de l'UNICEF fondées sur les travaux du Groupe interinstitutions pour l'estimation de la mortalité de l'enfant.

[21] Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many lives of newborn babies can we save?', *The Lancet,* <www.thelancet.com>, 3 mars 2005, p. 11.

[22] Organisation mondiale de la Santé, *Making a Difference in Countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health,* OMS, Genève, 2006, p. 9.

[23] 'Tableau 1. Indicateurs de base, pp. 114-117 du présent rapport.

[24] Pinheiro, Paulo Sérgio, *Etude du Secrétaire général des Nations-Unies sur la violence contre les enfants,* New York, 2006, p. 51.

[25] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Early Marriage: Child spouses', *Innocenti Digest,* no. 7, UNICEF Centre de recherche Innocenti, Florence, mars 2001, p. 11.

[26] Ibid.

[27] Ibid.

[28] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration,* UNICEF, New York, 2005, pp. 1, 13.

[29] Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2007 : Un bon départ : éducation et protection de la petite enfance,* UNESCO, Paris, 2006, p. 2.

[30] Porterfield, Shirley L., et Timothy D. McBride, 'The Effect of Poverty and Caregiver Education on Perceived Need and Access to Health Services among Children with Special Health Care Needs', *American Journal of Public Health,* vol. 97, no. 2, févr. 2007, p. 323.

[31] Ibid.

[32] White, Howard, *Maintaining Momentum to 2015? An impact evaluation of interventions to improve maternal and child health and nutrition in Bangladesh,* Banque mondiale, Washington, D.C., sept. 2005, p. 25.

[33] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2006 : exclus et invisibles,* UNICEF, New York, déc. 2005, p. 18.

[34] Victora, Cesar G., et al., 'Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough', *The Lancet,* vol. 362, no. 9379, 19 juillet 2003, p. 234.

[35] Ibid.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 1

Le taux de mortalité des moins de 5 ans : indicateur indispensable de la santé des enfants

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde 2007: Femmes et enfants – Le double dividende de l'égalité des sexes,* UNICEF, New York, déc. 2006, pp. 137, 141.

Causes sous-jacentes et structurelles de la mortalité maternelle et infantile

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Stratégie commune de l'UNICEF concernant la santé et la nutrition (2006-2015) (E/ICEF/2006/8)', Nations Unies, Conseil économique et social, New York, 15 nov. 2005, pp. 3-4.

Survie des nouveau-nés

Darmstadt, Gary L., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet,* vol. 365, no. 9463, 12 mars 2005, pp. 977-988; The Lancet Series Team, 'Executive Summary of The Lancet Neonatal Survival Series', The Lancet, 3 mars 2005, p. 1; Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet,* 5 mars 2005, vol. 365, no. 9462, pp. 891-900; Save the Children, *State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns,* Save the Children, Westport, CT, mai 2006, pp. 3, 8; 'Tableau 8. Les femmes', pp. 142-145 du présent rapport ; Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant,* OMS, Genève, 2005, pp. 9-10.

Les principales causes immédiates des décès d'enfants

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', *The Lancet,* vol. 370, no. 9583, 21 juillet 2007, pp. 285-289; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un bilan de l'eau et de l'assainissement, Numéro 5,* UNICEF, New York, sept. 2006, p. 2, et *Progrès pour les enfants: Un monde digne des enfants, bilan statistique, Numéro 6,* déc. 2007, pp. 19, 24; UNICEF et Organisation mondiale de la Santé, Pneumonia: The forgotten killer of children, UNICEF et OMS, New York et Genève, 2006, p. 5.

La pneumonie de l'enfant : un fléau oublié

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', The Lancet, vol. 370, no. 9583, 21 juillet 2007, pp. 285-289; Sazawal, Sunil, et Robert E. Black, 'Effect of Pneumonia Case Management on Mortality in Neonates, Infants, and Preschool Children: A meta-analysis of community-based trials', *The Lancet Infectious Diseases,* vol. 3, no. 9, sept. 2003, pp. 547-556; Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, La pneumonie de l'enfant : un fléau oublié, UNICEF et OMS, New York, et Genève, 2006, p. 5, 7-9, 14, 26, 27; Organisation mondiale de la Santé, 'Evidence Base for the Community Management of Pneumonia (WHO/FCH/CAH/02.23)', OMS Dépt. Santé et développement des enfants et des adolescents, Stockholm, juin 2002, pp. 2, 5-6.

Le continuum des soins de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant dans l'espace temporel et géographique

Lawn, Joy, et Kate Kerber, editors, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa,* Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Genève, 2006, p. 3, 5, 9, 24; Le Galès-Camus, Catherine, 'Stratégie commune de l'UNICEF concernant la santé et la nutrition (2006-2015), déclaration à la première session ordinaire du Conseil d'administration, New York, 17 janv. 2006, pp. 3-4; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Stratégie commune de l'UNICEF concernant la santé et la nutrition (2006-2015) (E/ICEF/ 2006/8),* Nations Unies, Conseil économique et social, New York, 15 nov. 2005, p. 3.

La santé de l'enfant dans des situations d'urgence complexes

CIEDRS Working Group, 'Building the Evidence Base on the Provision of Health Care to Children in Complex Emergencies, Draft 4.0', Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, sept. 2003, pp. 3-4, 11, 14-15; Collins, Steve, 'Community-Based Therapeutic Care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crises – Network paper no. 48', Humanitarian Practice Network, Overseas Development Institute, Londres, nov. 2004, p. 24; Collins, Steve, et. al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', *Food and Nutrition Bulletin,* vol. 27, no. 3 (suppl.), sept. 2006, p. 58; Équipe 4 du Projet Objectifs du Millénaire sur la santé maternelle et infantile, *Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children,* Earthscan, Londres, 2005, p. 77; Organisation mondiale de la Santé, *Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments,* OMS, Genève, 2005, p. 2.

Donner des moyens d'action aux femmes pour promouvoir la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Perry, Henry, et al., 'Barriers to Immunization among Women and Children in Slums of Zone 3 of Dhaka City, Bangladesh: A qualitative assessment', International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Dhaka, avril 2007, pp. 16-19; Seidel, Renata, *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions,* Academy for Educational Development et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., déc. 2005, p. 20; Équipe 4 du Projet Objectifs du Millénaire sur la santé maternelle et infantile, *Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children,* Earthscan, Londres, 2005, p. 36; OMS Centre pour le développement de la santé, 'A Toolkit for Women's Empowerment and Leadership in Health and Welfare', Kobe, Japon, 2005, pp. 26-28; Organisation mondiale de la Santé, 'Women's Health in Afghanistan', OMS Dépt. Genre et santé de la femme, Family and Community Health Cluster, Genève, mars 2002, pp. 1-2.

L'enregistrement des naissances : un pas important vers les services essentiels

'Tableau 9. Protection de l'enfant', pp. 146-147 du présent rapport; UNICEF Centre de recherche Innocenti, 'Birth Registration and Armed Conflict', *Innocenti Insight,* UNICEF IRC, Florence, 2005, p. vii; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *'Birth Registration', Child Protection Information Sheets,* UNICEF, New York, mai 2007, pp. 13-14; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants, bilan statistique, Numéro 6,* UNICEF, New York, déc. 2007, p. 42, et *The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration,* 2005, pp. 2, 15-16.

CHAPITRE 2

1 Lee, Ronald, 'The Demographic Transition: Three centuries of fundamental change', *Journal of Economic Perspectives,* vol. 17, no. 4, 2003, pp. 167-190.

2 Van Lerberghe, Wim, et Vincent De Brouwere, 'Of Blind Alleys and Things that Have Worked: History's lessons on reducing maternal mortality', *Safe Motherhood Strategies: A review of the evidence,* publié par Wim Van Lerberghe et Vincent De Brouwere, *Studies in Health Services Organisation & Policy,* vol. 17, 2001, pp. 7-34.

3 Claeson, Mariam, et Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* vol. 78, no. 10, 2000, p. 1235; Oliveira-Cruz, Valeria, Christoph Kurowski et Anne Mills, 'Delivery of Priority Health Services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate', *Journal of International Development,* vol. 15, 2003, p. 68; et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *1946-2006: Soixante ans au service des enfants,* UNICEF, New York, 2006, pp. 7-9.

4 Mills, Anne, Fawzia Rasheed et Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapitre 3, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, p. 88.

5 Green, Andrew, *An Introduction to Health Planning in Developing Countries,* 2nd ed., Oxford University Press, New York, 1999; et Morley, David, 'Under-Five Clinics', *Medical Care in Developing Countries: A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere,* publié par Maurice H. King, Oxford University Press, New York, 1966.

6 Basch, Paul F., *Textbook of International Health,* 2nd ed., Oxford University Press, New York, juillet 1999.

7 Thieren, Michel, 'Background Paper on the Concept of Universal Access', réunion technique sur l'élaboration d'un cadre pour parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé, OMS, Genève, oct. 2005; et Vaccine Safety Datalink Group, 'The Use of a Computerized Database to Monitor Vaccine Safety in Viet Nam', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* vol. 83, no. 8, août. 2005, p. 605.

8 Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', *The International Journal of Health Planning and Management,* vol. 12, no. S1, 12 juin 1997, pp. S29-S47.

9 Walsh, J. A., et K. S. Warren, 'Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries', *New England Journal of Medicine,* vol. 301, no. 18, 1er nov. 1979, pp. 967-974.

10 Ibid.

11 Ibid.

11 Claeson, Mariam, et Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* vol. 78, no. 10, 2000, p. 1235.

12 Ibid.

13 Black, Maggie, 'Children First: The story of UNICEF, past and present', Oxford University Press, New York, 1996, p. 19.

14 Claeson, Mariam, et Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* vol. 78, no. 10, 2000, p. 1235.

15 UNICEF Statistics, 'Integrated Management of Childhood Illness: An initiative for effective case management', *UNICEF End Decade Databases: IMCI,* <www.childinfo.org/eddb/imci/>, consulté le 15 nov. 2007.

16 Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, 'Management of Childhood Illness in Developing Countries: Rationale for an integrated strategy', *IMCI Information (OMS/CHS/CAH/98.1A Rev. 1),* OMS, Genève, 1999, p. 3.

17 Bryce, Jennifer, et al., 'The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the evaluation of public health interventions', *American Journal of Public Health,* vol. 94, no. 3, mars 2004, pp. 406-415; Lucas, Jane E., et al., *Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival,* UNICEF New York et UNICEF ESARO, 2005, p. xii.

18 Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Chapitre 63, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, p. 1189.

19 Armstrong Schellenberg, Joanna R. M., et al., 'Effectiveness and Cost of Facility-Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania', *The Lancet,* vol. 364, no. 9445, 30 oct. 2004, p. 1583.

20 Lucas, Jane E., et al., *Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival,* UNICEF New York et UNICEF ESARO, 2005, p. 86.

21 Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Chapitre 63, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, pp. 1188-1189.

22 Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', *The Lancet,* vol. 365, no. 9465, 26 mars 2005, p. 1191.

23 Chen, Shaohua, et Martin Ravallion, 'Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981-2004', Groupe de recherche sur le développement, Banque mondiale, Washington, D.C., mars 2007, p. 12.

24 Bryce, Jennifer, et al., 'Countdown to 2015: Tracking intervention coverage for child survival', *The Lancet,* vol. 368, no. 9541, 23 sept. 2006, pp. 1070-1071.

25 Jones, Gareth, et al., 'How Many Child Deaths Can We Prevent this Year?', *The Lancet,* vol. 362, no. 9377, 5 juillet 2003, p. 65; et Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Chapitre 27, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, p. 547.

26 Campbell, Oona M. R., et Wendy J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', *The Lancet,* vol. 368, no. 9543, 28 sept. 2006, p. 1297.

27 Hill, Zelee, Betty Kirkwood et Karen Edmond, Family and Community Practices that Promote *Child Survival, Growth and Development: A review of the evidence,* Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004, p. 1.

28 Wagstaff, Adam, et al., 'Millennium Development Goals for Health: What will it take to accelerate progress?', Chapitre 9, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, pp. 181-194.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 2

L'Initiative de lutte contre la rougeole

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Un monde digne des enfants,* UNICEF, New York, 2006, p. 29; Wolfson, Lara J., et al., 'Has the 2005 Measles Mortality Reduction Goal Been Achieved?: A natural history modelling study', *The Lancet,* vol. 369, no. 9557, 20 janv. 2007, pp. 191-192; Organisation mondiale de la Santé, 'Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, Résolution 52.20: Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde, OMS, Genève, 28 mai 2003; Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Rougeole : *Réduction de la mortalité et élimination régionale. Plan stratégique 2001-2005,* OMS, Genève, 2001, pp. 6-7.

Journées nationales de vaccination et journées de la santé de l'enfant
Levine, Ruth, 'Case 4: Reducing Child Mortality with Vitamin A in Nepal', Chapitre 4, *Case Studies in Global Health: Millions saved,* Jones et Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007; Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 'Journées nationales de la vaccination', <www.polioeradication.org/content/fixed/national.shtml>, consulté le 24 août. 2007; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Rapport annuel 2006,* UNICEF, New York, juin 2007, p. 12, et *1946–2006: Soixante ans au service des enfants, nov.* 2006, pp. 18-19.

Financement du secteur de la santé : approches sectorielles et initiative en faveur des pays pauvres très endettés
Gottret, Pablo, et George Schieber, *Health Financing Revisited: A practitioner's guide,* Banque mondiale, Washington, D.C., 2006; Schieber, George, et al., 'Financing Health Systems in the 21st Century', Chapitre 12, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, pp. 225-242; Banque mondiale, 'Services de santé et de nutrition', Chapitre 8, Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde, 2004 : des services pour les pauvres,* Banque mondiale et Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, pp. 133-156.

Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles en Inde
Ramji, Siddarth, 'Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI): Implementation challenges in India', *Indian Pediatrics,* vol. 43, no. 12, 17 déc., 2006, pp. 1029-1031; Sines, Erin, Anne Tinker et Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', *Policy Perspectives on Newborn Health,* Save the Children et Population Reference Bureau, Washington, D.C., mars 2006, p. 2.

L'Initiative de Bamako
Ebrahim, G. J., *'The Bamako Initiative', Journal* of *Tropical Pediatrics,* vol. 39, no. 2, 1993, pp. 66-67; Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', *International Journal of Health Planning and Management,* vol. 12, no. S1, 1997, pp. S29-S47; Küchler, Von Felix, 'Manageable Bamako Initiative Schemes', *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz,* no. 84, avril 2002; Paganini, Agostino, 'The Bamako Initiative Was Not about Money', *Health Policy and Development,* vol. 2, no. 1, 2004, pp. 11-13; Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde, 2004 : des services pour les pauvres,* Banque mondiale et Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, pp. 72-73, 76-77.

Approches diagonales : la méthode mexicaine
Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Comprehensive reform to improve health in Mexico', Commission on Social Determinants of Health, Nairobi, 29 juin 2006, pp. 4-5; Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico', The Lancet, vol. 368, no. 9539, 9 sept. 2006, pp. 954, 957; Sepúlveda, Jaime, et al., 'Improvement of Child Survival in Mexico: The diagonal approach', *The Lancet,* vol. 368, no. 9551, 2 déc. 2006, pp. 2017-2027.

La stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant en Afrique de l'Ouest
Bryce, Jennifer, et al., 'A Retrospective Evaluation of the Accelerated Child Survival and Development Project in West Africa: Inception Report', soumis à l'UNICEF et à l'Agence canadienne de développement international, 15 janv. 2007; Bryce, Jennifer, et al., 'Independent Evaluation of Accelerated Child Survival and Development (ACSD)', exposé à la 2e Réunion mondiale sur la vaccination, New York, 13-15 févr. 2007; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Accelerated Child Survival and Development in Ghana,* UNICEF Ghana, mars 2005, pp. 1-2.

Le VIH et le SIDA en Afrique et leur impact sur les femmes et les enfants
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Agency for International Development des États-Unis, *Les enfants au bord du gouffre 2004,* statistiques actuelles les plus récentes, USAID, Washington, D.C., 2004, p. 10; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour la population et Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, *Les femmes et le VIH/sida : faire face à la crise,* ONUSIDA, UNFPA et UNIFEM, Genève et New York, 2004, p. 2; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, 'Le point sur l'épidémie mondiale de SIDA', ONUSIDA et OMS, Genève, déc. 2006, p. 1.

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, < http://www.who.int/pmnch/fr/>, consulté le 24 août 2007.

CHAPITRE 3

1 *Déclaration d'Alma-Ata,* articles 6-8, Conférence internationale sur les soins de santé primaire, Alma-Ata, URSS, 6-12 sept. 1978, < http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French >, consulté le 15 oct. 2007.

2 Adapté de Claeson, Mariam, et al., 'Health, Nutrition and Population', Chapitre 18, A *Sourcebook for Poverty Reduction Strategies,* vol. 2, publié par Jeni Klugman, Banque mondiale, Washington, D.C., 2002, pp. 211-212.

3 Zakus, J. David L., et Catherine L. Lysack, 'Revisiting Community Participation', *Health Policy and Planning,* vol. 13, no. 1, Oxford University Press, New York, 1998, pp. 1-12.

4 Gryboski, Kristina, et al., 'Working with the Community for Improved Health', Health Bulletin No. 3, Population Reference Bureau, Washington, D.C., juin 2006, pp. 1-3.

5 Lehmann, Uta, et David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?', Organisation mondiale de la Santé, Genève, janv. 2007, p. 26.

6 Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Chapitre 56, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison et al., Oxford University Press et Banque mondiale, New York, 2006, pp. 1053.

7 BRAC, <www.brac.net/history.htm>, consulté le 22 oct. 2007; Comprehensive Rural Health Project: Jamkhed, <www.jamkhed.org>, consulté le 22 oct. 2007; et Organisation mondiale de la Santé, 'Pakistan's experience in Lady Health Workers (LHWs) Programme (EM/RC51/12)', 51e session du Comité régional pour la Méditerranée orientale, OMS, Le Caire, 3-6 oct. 2004.

8 Wallerstein, Nina B., et Bonnie Duran, 'Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities', *Health Promotion Practice,* vol. 7, no. 3, juillet 2006, pp. 312-323.

9 Organisation mondiale de la Santé, 'What Is the Effectiveness of Empowerment to Improve Health?' OMS Europe, Health Evidence Network, Copenhagen, févr. 2006, p. 5.

10 Rifkin, Susan B., 'Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes', *Acta Tropica,* vol. 61, 1996, pp. 88-90.

11 Bhattacharyya, Karabi, et al., *Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability,* Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), Agency for International Development des États-Unis, Arlington, VA, oct. 2001, pp. 1-3, 20-21.

12 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.

13 Bhattacharyya, Karabi, et al., *Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability,* Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), Agency for International Development des États-Unis, Arlington, VA, oct. 2001, p. 6.

14 Lehmann, Uta, et David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?' Organisation mondiale de la Santé, Genève, janv. 2007, pp. 21-22.

15 Hensher, Martin, Max Price et Sarah Adomakoh, 'Referral Hospitals', Chapitre 66, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison et al., Oxford University Press et Banque mondiale, New York, 2006, p. 1233.

16 Seidel, Renata, *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions,* Academy for Educational Development et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., déc. 2005.

17 Adventist Development and Relief Agency International, *Final Evaluation Child Survival XVII Baray-Santuk Operational District Kampong Thom Province,* ADRA, Silver Spring, MD, 2006, p. 26.

18 Laughlin, Megan, The Care Group Difference: A guide to mobilizing community-based volunteer health educators, World Relief, Baltimore, MD, 2004, p. 5.

19 Kroeger, A., et al., 'Operational Aspects of Bednet Impregnation for Community-Based Malaria Control in Nicaragua, Ecuador, Peru and Colombia', *Tropical Medicine & International Health,* vol. 2, no. 6, juin 1997, pp. 590, 593.

20 Perlman, Daniel, Bertha Pooley et Alejandra Villafuerte, 'Como Sera, Pues?: The NGO contribution to neonatal health in Bolivia', The CORE Group, Washington, D.C., avril 2006, pp. 1-26.

21 Perry, Henry B., David S. Shanklin et Dirk G. Schroeder, 'Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia,' *Journal of Health, Population and Nutrition,* vol. 21, no. 4, déc. 2003, p. 386.

22 England, Sarah, et al., 'Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries', Département Vaccins et produits biologiques, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2001, pp. 10-11.

23 Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies, *Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement,* Programme des Nations Unies pour le développement, New York, p. 34; et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goal on Child Survival in Africa', projet préparé à la demande de l'Union africaine, 27 sept. 2006, pp. 25, 26.

24 Claeson, Mariam, et Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', Bulletin of the Organisation mondiale de la Santé, vol. 78, no. 10, 2000, p. 1238.

25 Wagstaff, Adam, et Mariam Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges,* Banque mondiale, Washington, D.C., 2004, p. 132.

26 Tollman, Stephen, Jane Doherty et Jo-Ann

Mulligan, 'General Primary Care', Chapitre 64, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison et al., Oxford University Press et Banque mondiale, New York, 2006, p. 1195.

27 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, UNICEF 'Stratégie commune de l'UNICEF concernant la santé et la nutrition (2006-2015) (E/ICEF/20006/8)', Nations Unies, Conseil économique et social, New York, 15 nov. 2005, pp. 1-13.

28 Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Chapitre 56, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison et al., Oxford University Press et Banque mondiale, New York, 2006, p. 1056.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 3

Les pratiques fondamentales des interventions de soins de santé axées sur la collectivité

Organisation mondiale de la Santé, *Improving Child Health in the Community,* OMS, Genève, 2002, pp. 7-8.

Aspects et défis communs des partenariats communautaires en matière de santé et de nutrition

Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Chapitre 56, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, New York, 2006, pp. 1054-1055.

Inde : des partenariats communautaires pour lutter contre la dénutrition

UNICEF Inde, *Rapport annuel 2006,* pp. 46-47.

Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant : l'influence des programmes de « mère à mère » en Afrique orientale et australe

Baek, Carolyn, et al., *Key Findings from an Evaluation of mothers2mothers in KwaZulu-Natal, South Africa,* Horizons/Population Council, Washington, D.C., 2007, p. 4; mothers2mothers, <www.m2m.org/programmes/where-we-work.html>, consulté le 11 sept. 2007; Population Council, 'Helping Mothers Saving Babies: mothers2mothers initiative,' <www.popcouncil.org/pdfs/m2m/m2mDescription.pdf>, consulté le 15 oct. 2007; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Les enfants et le SIDA : un bilan de la situation* Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, UNICEF et Organisation mondiale de la Santé, New York, 2007, p. 6; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Les enfants : la face cachée du SIDA,* UNICEF, New York, 2005, p. 7.

Pleins feux sur le Mozambique : un programme communautaire pour faire reculer la mortalité des moins de 5 ans

Bradbury, Kathryn, et Anbrasi Edward, 'Community-Based Solutions for Effective Malaria Control: Lessons from Mozambique', World Relief, The CORE Group et l'Agency for International Development des États-Unis, Washington, D.C., 2005, p. 7; Edward, Anbrasi, et al., 'Examining the Evidence of Under-Five Mortality Reduction in a Community-Based Programme in Gaza, Mozambique', *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene,* vol. 101, no. 8, août 2007, pp. 816-819; 'Tableau 1. Indicateurs de base'', 'Tableau 2. Nutrition', 'Tableau 3. Santé' et 'Tableau 6. Indicateurs démographiques', pp. 114-117, 120-121, 122-125 et 134-137 du présent rapport.

Des partenariats communautaires pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement scolaires

Rashid, S. M. A., 'Bangladesh: School sanitation and hygiene education – The story of its impact on one village and its school', NGO Forum, <www.schools.watsan. net/redir/content/download/219/1923/file/Banglades h.doc>, consulté le 2 nov. 2007; 'Safe Water System: A low-cost technology for safe drinking water', mars 2006, World Water Forum 4 update, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., pp. 1-2; 'Safe Water System (SWS): Where has the SWS been used? – Afghanistan', Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, <www.cdc.gov/safewater/where_pages/ where_afghanistan.htm>, consulté le 23 sept. 2007; Snel, Marielle, *The Worth of School Sanitation and Hygiene Education (SSHE),* IRC International Water and Sanitation Centre, Delft, Pays-Bas, 2004, pp. 57-64.

CHAPITRE 4

1 Dormstadt, Gary, et al, 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet,* vol. 265, no. 9463, 12 mars 2005, p. 977.

2 Fonds des Nations Unies pour la population, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, Banque mondiale et OMS, New York, 24 mars 2007, pp. 4-5, 10-11.

3 Ibid., p. 5.

4 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet préparé à la demande de l'Union africaine, 27 sept. 2006 , p. 18.

5 Ibid., p. 24.

6 Seidel, Renata, *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions,* Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., déc. 2005, p. 10.

7 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet préparé à la demande de l'Union africaine, 27 sept. 2006, p. 24.

8 High-Level Forum Secretariat, 'High-Level Forum on the Health MDGs', Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, Genève et Washington, D.C., <www.hlfhealthmdgs.org>, consulté le 16 nov. 2007.

9 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Accelerated Child Survival and Development in Ghana,* UNICEF Ghana, Accra-North, mars 2005, pp. 1-2.

10 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet préparé à la demande de l'Union africaine, 27 sept. 2006, pp. 24-28.

11 Mills, Anne, Fawzia Rasheed et Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapitre 3, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, p. 101.

12 Ibid., p. 90.

13 Perry, Henry, et al., 'The Census-Based Impact-Oriented Approach: Its effectiveness in promoting child health in Bolivia', *Health Policy and Planning,* vol. 13, no. 2, 1998, p. 140.

14 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet préparé à la demande de l'Union africaine, 27 sept. 2006, p. 5.

15 Ibid., pp. 5, 28-30.

16 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.

17 Bhattacharyya, Karabi, et al., 'Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability', Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASIC II) for USAID, Arlington, VA, oct. 2001, p. 19.

18 Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant,* OMS, Genève, 2005, pp. 21-22.

19 Ibid., pp. 25-30.

20 Bodart, Claude, 'The Influence of Health Sector Reform and External Assistance in Burkina Faso', *Health Policy and Planning,* vol. 16, no. 1, mars 2001, p. 74.

21 Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant,* OMS, Genève, 2005, p. 33.

22 Mills, Anne, Fawzia Rasheed et Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapitre 3, *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2nd ed., publié par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., p. 91.

23 Fonds des Nations Unies pour la population, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, Banque mondiale et OMS, New York, 24 mars 2007, pp. 4-8.

24 Banque mondiale, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges,* Banque mondiale, Genève, 2004, p. ix.

25 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet préparé à la demande de l'Union africaine, 27 sept. 2006, p. 40.

26 'International Health Partnership: A global ' compact' for achieving the health Millennium Development Goals', accord signé par tous les partenaires lors du lancement du Partenariat international pour la santé, Londres, 5 sept. 2007.

27 Soeters, Robert, Christian Habineza et Peter Bob Peerenboom, 'Performance-Based Financing and Changing the District Health System: Experience from Rwanda', *Bulletin de l' Organisation mondiale de la Santé,* vol. 84, no. 11, nov. 2006, pp. 885, 887.

28 Powell-Jackson, Timothy, et al. 'Countdown to 2015: Tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health', *The Lancet,* vol. 368, no. 9541, sept. 2006, p. 25.

29 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet préparé à la demande de l'Union africaine, 27 sept. 2006.

30 Center for Global Development, 'Case 15: Preventing iodine deficiency disease in China', *Millions Saved: Proven successes in global health,* <www.cgdev.org> consulté le 16 nov. 2007; et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants: Un monde digne des enfants, bilan statistique,* UNICEF, New York, déc. 2007, p. 8.

31 Levine, Ruth, 'Case 6: Saving mothers' lives in Sri Lanka', Case Studies in Global Health: Millions saved, Jones et Bartlett Publisher, Sudbury, MA,

2007, pp. 41-48; et MOST: The USAID Micronutrient Program, *Cost Analysis of the National Vitamin A Supplementation Programs in Ghana, Nepal, and Zambia: Synthesis of three studies,* USAID, Washington, D.C., 2004, p. 4.

32 Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper no. 15, ODI, Londres, janv. 2007, p. 1.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 4

Élargissement : Une nutrition adéquate pour les mères, les nouveau-nés et les enfants

Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project, *Basics II Country Report: Benin, BASICS II,* Agency for International Development des États-Unis, Arlington, VA, 2004, pp. 7-15; Collins, Steve, et al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', *Food and Nutrition Bulletin,* vol. 27, no. 3, 2006, pp. S49-S51; Collins, Steve, et al., 'Management of severe acute malnutrition in children', The Lancet, vol. 368, no. 9551, 2 déc. 2006, p. 1992; Banque mondiale, *Repositioning Nutrition as Central to Development: A strategy for large-scale action,* Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, pp. 10-11; et Organisation mondiale de la Santé, Programme alimentaire mondial, Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition', OMS, PAM, SCN et UNICEF, Genève, Rome, New York, mai 2007, p. 2.

La « budgétisation marginale des goulets d'étranglement »

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet préparé à la demande de l'Union africaine, 27 sept. 2006, p. 25.

Élargissement : eau salubre, assainissement adéquat et meilleures pratiques d'hygiène

Black, Robert E., Saul S. Morris et Jennifer Bryce, ' Where and why are 10 million children dying every year?', *The Lancet,* vol. 361, 28 juin 2003, p. 2227; Curtis, Val, et Sandy Cairncross, 'Effect of Washing Hands with Soap on Diarrhoea Risk in the Community: A systematic review', *The Lancet Infectious Diseases,* vol. 3, no. 5, mai 2003, p. 275; Favin, Michael, Promoting Hygiene Behavior Change within C-IMCI: *The Peru and Nicaragua experience, Activity Report 143,* Environmental Health Project, Washington, D.C., oct. 2004, p. xi; IRC, Centre international de l'eau et de l'assainissement et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Water, Sanitation and Hygiene Education for Schools,* rapport publié à l'issue de la Table ronde d'Oxford, 24-26 janv. 2005, UNICEF et IRC, New York, p. 32; Lane, Jon, 'Ghana, Lesotho and South Africa: Regional expansion of water supply in rural areas', étude de cas extraite de 'Reducing Poverty, Sustaining Growth: What works, what doesn't, and why – A global exchange for scaling up success', document présenté à la conférence intitulée Scaling Up Poverty Reduction, Shanghai, 25-27 mai 2004, Groupe de la Banque mondiale, 2004, pp. 1-10; Organisation panaméricaine de la santé, 'Rotavirus Update', *Immunization Newsletter,* vol. 27, no. 3, juin 2005, pp. 1-2; Slaymaker, Tom, et Karin Christiansen, 'Community- Based Approaches and Service Delivery: Issues and options in difficult environments and partnerships', Overseas Development Institute, Londres, févr. 2005, p. 26; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un bilan de l'eau et de l'assainissement, Numéro 5,* UNICEF, New York, sept. 2006, pp. 3, 22, 30; Water and Sanitation Program, 'Community-Led Total Sanitation in Rural Areas: An approach that works', WSP, New Delhi, févr. 2007, pp. 4, 6-9.

La crise du personnel de santé en Afrique : il est urgent d'intervenir

Les effectifs sanitaires en Afrique, Difficultés et perspectives, ' A Report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development', sept. 2006, p. 3; Équipe 4 du Projet Objectifs du Millénaire sur la santé maternelle et infantile, *Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children,* Earthscan, Londres, 2005, p. 77; Organisation mondiale de la Santé, 'Guide to Health Work-Force Development in Post- Conflict Environments', OMS, Genève, 2005, pp. 6-13, 52- 77, 119-122; Organisation mondiale de la Santé, 'Working together for health', *Rapport sur la santé dans le monde 2006,* OMS, Genève, 2006.

Les arguments en faveur des investissements pour la survie de l'enfant et les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en Afrique subsaharienne

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet préparé à la demande de l'Union africaine, 27 sept. 2006, pp. 5-6, 38-43.

Pleins feux sur le Botswana : étendre la prévention et le traitement du VIH à travers des partenariats communautaires

Rapport d'activité du Botswana, 'A World Fit for Children 2007', Gouvernement du Botswana, juillet 2007, pp. 11- 12, 15, 18; Kak, Lily, et al., 'Prevention of Mother-to- Child transmission of HIV/AIDS Programmes', Chapitre 7, *Opportunities for Africa's Newborns, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health,* Cape Town, 2006, pp. 113-127; et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Bilan statistique, Numéro 6,* UNICEF, New York, déc. 2007, pp. 30, 34, 60.

Renforcer la transparence et la gouvernance de la prestation des services de santé

Banque mondiale, *Rapport 2004 sur le développement dans le monde : Des services pour les pauvres,* Banque mondiale, Washington, D.C., 2003, pp. 133-156.

Financement en fonction de la performance au Rwanda

Sekabaraga, Claude, Louis Rusa et Agnes Soucat, 'What it Takes to Scale up for Better Health: The experience of Rwanda 2004-2007', Background paper to 'Innovations in service delivery', 2007.

Plein feux sur le Brésil : créer un réseau national de systèmes de santé gérés par les communautés

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development,* UNICEF, Brasilia, 2005, pp. 10-11.

Un nouveau mode de collaboration pour les institutions multilatérales

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Informal Meeting of Global Health Leaders: Final summary', UNICEF, New York, juillet 2007.

CHAPITRE 5

1 Projet Objectifs du Millénaire (Nations Unies), *Investir dans le développement : Plan pratique de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement,* Earthscan, Londres, 2005, pp. 1-2.

2 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde 2005 : L'enfance en péril,* UNICEF, New York, 2004, pp. 57-58; UNICEF, *Les enfants touchés par les conflits armés : actions de l'UNICEF,* mai 2002, p. 15; et UNICEF, *Outlook Special Edition: Crisis in Middle East,* août. 2006, p. 2.

3 Extrait de : Département des Nations Unies des affaires économiques et sociales, Bases de données de la Division de la population, *Perspectives démographiques mondiales : la révision de 2006 et Perspectives d'urbanisation dans le monde : la revision 2005,* <http://esa.un.org/unpp>, consulté le 30 sept. 2007.

4 Organisation mondiale de la Santé, *Rapport 2006 sur la santé dans le monde : Travailler ensemble pour la santé,* OMS, Genève, 2006, p. 119; Sines, Erin, Anne Tinker et Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', *Policy Perspectives on Newborn Health,* Save the Children and Population Reference Bureau, Washington, D.C., mars 2006, pp. 2-3.

5 Juma, Calestous, et Lee Yee-Cheong, 'Reinventing Global Health: The role of science, technology, and innovation', *The Lancet,* vol. 365, no. 9464, 19 mars 2005, pp. 1105-1106; Acharya, Tara, Abdallah S. Daar et Peter A. Singer, 'Biotechnology and the UN's Millennium Development Goals', *Nature Biotechnology,* vol. 21, no. 12, déc. 2003, pp. 1434-1436.

6 Department of Essential Health Technologies, Organisation mondiale de la Santé, 'Strategy for 2004- 2007: eHealth for health-care delivery', OMS, Genève, 2004, p. 2.

7 Projet Objectifs du Millénaire (Nations Unies), *Investir dans le développement : Plan pratique de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement,* Earthscan, Londres, 2005, p. 240; Nations Unies, *Objectifs du Millénaire pour le développement Rapport 2007,* ONU, New York, juin 2007, p. 28.

8 Nations Unies, *Rapport 2005 sur la situation sociale dans le monde : La crise de l'inégalité,* ONU, New York, 2005, p. 114.

9 Nations Unies, *Rapport 2007 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement,* ONU, New York, juin 2007, p. 28.

10 Gautum, Kul C., 'Pre-Conference Report on Diseases of Poverty, Child Survival and MDGs', présenté lors de BioVision 2007, Conférence préparatoire sur la maladie et la pauvreté, Lyon, France, 12 mars 2007.

11 Nations Unies, *Rapport 2007 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement,* ONU, New York, juin 2007, p. 29.

12 Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', The Lancet, vol. 365, no. 9465, 26 mars 2005, pp. 1193-1194.

13 Buse, Kent, et Andrew M. Harmer, 'Seven Habits of Highly Effective Global Public-Private Health Partnerships: Practice and potential', *Social Science & Medicine,* vol. 64, no. 2, janv. 2007, p. 261.

ENCADRÉ DU CHAPITRE 5

Renforcer la collecte des données et le suivi pour prendre des décisions en matière de santé publique

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants: Un monde digne des enfants bilan statistique, Numéro 6,* UNICEF, New York, déc. 2007, p. 68; Health Metrics Network, *Framework and Standards for Country Health Information Systems,* 2nd ed., OMS, Genève, 2007, pp. 5, 17, 60.

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 110
Explication des signes .....page 112
Classement des pays et territoires selon leur taux de mortalité des moins de 5 ans .....page 113
Index des pays par régions et catégories.....page 148
Mesurer le développement humain : Introduction au tableau 10 .....page 149

TABLEAUX

1 Indicateurs de base .....page 114
2 Nutrition .....page 118
3 Santé .....page 122
4 Le VIH/SIDA .....page 126
5 Éducation .....page 130
6 Indicateurs démographiques .....page 134
7 Indicateurs économiques .....page 138
8 Femmes .....page 142
9 Protection de l'enfant .....page 146
10 Le taux du progrès .....page 150

Note générale sur les données

Les données rassemblées dans les tableaux statistiques suivants s'appuient sur des informations comparables au plan international et statistiquement fiables et elles 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 des bureaux extérieurs de l'UNICEF concernés. Des informations plus détaillées sur la méthodologie employée et les données présentées sont disponibles sur le site < www.childinfo.org>.

Plusieurs des indicateurs relatifs, notamment, à l'espérance de vie, à l'indice synthétique 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, ainsi que d'autres estimations internationales, font l'objet de mises à jour périodiques, ce qui explique que certaines données diffèrent de celles de publications antérieures de 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 divers 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 le rapport sur *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). Le Groupe met chaque année 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 et 1990 et l'année la plus récente sont disponibles au tableau 10. Pour tous les pays, la série complète est disponible sur le site www.childinfo.org. Ces statistiques se fondent sur les estimations les plus récentes fournies par le Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile.

Par ailleurs, ce rapport présente des estimations à jour de la mortalité maternelle pour l'année 2005. Ces estimations, qui se fondent sur les travaux d'un groupe interinstitutions regroupant Banque mondiale/OMS/UNICEF/Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), ont été publiées conjointement par le groupe dans *Maternal Mortality in 2005* (Mortalité maternelle en 2005), OMS, Genève, 2007. Ces estimations fondées sur un modèle utilisent une méthode double afin de tenir compte du fait que les décès maternels ne sont pas systématiquement déclarés et qu'ils sont parfois mal classifiés.

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. Avec les enquêtes démographiques et sanitaires, les MICS, soutenues par l'UNICEF, sont la source principale d'informations sur laquelle baser le suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD); elles peuvent aussi être utilisées pour établir des rapports sur 21 des 53 indicateurs des OMD. Ces données permettent également de faire le point sur les engagements pris au niveau international dans 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 statistiques figurant dans le présent rapport, et elles ont étayé les analyses présentées ici. Pour plus d'informations, consulter le site <www.childinfo.org>.

Révisions

Plusieurs tableaux statistiques ont été révisés cette année.

Tableau 2. Nutrition : le taux de couverture par la supplémentation en vitamine A est calculé aujourd'hui pour les enfants âgés de 6 à 59 mois auxquels on a administré deux doses supplémentaires à forte teneur en vitamine A, en plus de l'indicateur utilisé précédemment portant sur des enfants de 6 à 59 mois auxquels on a administré au moins une dose de vitamine A au cours des 6 mois précédents. Par couverture totale, on entend l'administration de deux doses supplémentaires à forte teneur en vitamine A au cours de l'année civile précédente.

Tableau 3. Santé : on note deux changements importants dans le tableau de cette année sur les indicateurs de santé des enfants.

Vaccination – L'OMS et l'UNICEF ont mis au point une nouvelle méthodologie qui permet de faire des estimations sur la protection à la naissance (PAN) contre le tétanos; ainsi, les chiffres cités dans le présent rapport ne sont pas comparables aux estimations publiées dans des éditions précédentes.

Cette nouvelle méthodologie suit des cohortes de femmes depuis leur petite enfance et tout au long de leur vie, sur la base d'estimations de l'OMS/UNICEF de la couverture par trois doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT3), ainsi que d'estimations communiquées ou extraites d'études de la proportion de femmes enceintes qui sont vaccinées par l'anatoxine antitétanique dans le cadre de soins de routine. Des ajustements permettent de tenir compte des femmes vaccinées contre le tétanos dans le cadre d'activités de vaccination supplémentaires. Les données communiquées sont parfois réévaluées pour tenir compte des caractéristiques de la couverture d'autres années et, le cas échéant, des résultats obtenus par la recherche. La durée de la protection est calculée ensuite sur la base des estimations publiées par l'OMS relatives à la durée de la protection garantie par toutes les doses reçues au cours de la vie. Le résultat final est la probabilité qu'un enfant soit protégé contre le tétanos grâce à l'immunisation de sa mère s'il naît au cours d'une année donnée.

Utilisation d'antibiotiques chez les patients présumés atteints de pneumonie – Les données fournissent aujourd'hui une estimation du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présumés atteints de pneumonie à qui l'on administre des antibiotiques, ajouté aux estimations précédentes d'enfants présumés atteints de pneumonie traités par un soignant approprié. Les Enquêtes en grappe à indicateur multiple mises en œuvre récemment ont permis de réunir une large quantité de nouvelles données sur l'administration d'antibiotiques en cas de pneumonie chez l'enfant.

Tableau 4. VIH et SIDA : les données relatives à la prévalence du VIH chez les adultes et le nombre estimatif de personnes qui vivent avec le VIH se fondent sur des estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et de l'OMS réunies en 2005. Ces estimations ont été mises à jour à la fin de 2007, mais les nouveaux chiffres n'étaient pas disponibles au moment où nous mettions ce rapport sous presse.

L'OMS et l'ONUSIDA allient leurs efforts dans le cadre de la surveillance mondiale du VIH, du SIDA et des infections sexuellement transmissibles. Dans les pays où l'épidémie s'est généralisée, les estimations nationales de la prévalence du VIH se fondent sur des données réunies grâce à des systèmes de surveillance ciblant les femmes enceintes qui viennent en consultation dans des centres de soins prénatals sentinelles. Plus récemment, un nombre accru de pays s'est mis à utiliser le test du SIDA dans le cadre d'enquêtes sur la population représentatives au niveau national. Dans la mesure du possible, les résultats de ces enquêtes sur la population sont inclus dans les estimations de la prévalence du VIH dans la population adulte d'un pays donné. Dans les pays où l'épidémie est de faible niveau ou concentrée, les estimations nationales de la prévalence du VIH reposent essentiellement sur les données réunies dans les populations surveillées à haut risque (professionnels du sexe, hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autre hommes, toxicomanes qui s'injectent de la drogue) et sur des estimations de la taille des populations à haut risque et à faible risque. Des informations plus détaillées sur ces estimations sont disponibles sur le site <www.epidem.org>.

Tableau 5. Éducation : le taux d'alphabétisation des adultes a été remplacé par le taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans), ventilé par sexe.

Tableau 8. Femmes : on note trois changements importants dans le tableau de cette année :

Scolarisation/fréquentation de l'école primaire et secondaire – Dans le passé, ce tableau présentait le taux brut de scolarisation (filles en pourcentage des garçons) pour l'éducation primaire et secondaire. Cette année, ces chiffres ont été remplacés par le taux net de fréquentation

Note générale sur les données (suite)

scolaire (filles en pourcentage des garçons) pour ces deux niveau d'étude; ces données sont présentées parallèlement au taux net de scolarisation (filles en pourcentage des garçons) pour les deux niveaux d'étude. Les taux nets de scolarisation/fréquentation scolaire reflètent mieux les niveaux de participation scolaire, tant au niveau de l'école primaire qu'au niveau de l'école secondaire.

Accouchements en institution – En plus de la proportion d'accouchements en présence d'un soignant qualifié, le tableau de cette année donne aussi la proportion de naissances qui interviennent dans un établissement de santé.

Mortalité maternelle – Comme indiqué plus haut, les estimations mises à jour de la mortalité maternelle présentées dans le présent rapport pour 2005 reposent sur les travaux du Groupe interinstitutions Banque mondiale/OMS/UNICEF/UNFPA et elles sont publiées dans *Maternal Mortality in 2005* (Mortalité maternelle en 2005), OMS, Genève, 2007. Ces estimations de la mortalité maternelle sont ajustées pour tenir compte du fait que les décès maternels ne sont pas systématiquement déclarés et qu'ils sont parfois mal classifiés. Pour plus d'information, se connecter sur le site <www.childinfo.org>.

Tableau 9. Protection de l'enfant : trois nouveaux indicateurs figurent dans ce tableau, qui s'appuie largement sur les nombreuses données relatives à la protection de l'enfant dont nous disposons depuis peu grâce aux MICS, aux Enquêtes démographiques et sanitaires et à d'autres études réalisées au niveau national.

Attitudes vis-à-vis de la violence familiale – Cet indicateur décrit le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui considèrent qu'un conjoint est en droit de frapper ou de battre son épouse pour au moins l'une des raisons suggérées. On a demandé aux femmes si elles considéraient qu'un homme avait de bonnes raisons de frapper ou de battre son épouse dans certains cas, par ex. si l'épouse fait brûler le repas, si elle le contredit, si elle sort sans le lui dire, si elle néglige les enfants ou refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui.

Enfants handicapés – Cet indicateur décrit le pourcentage d'enfants âgés de 2 à 9 ans qui ont été testés et dont le résultat est positif pour au moins l'un des handicaps évalués. Les questions sont posées au parent ou à la personne qui élève l'enfant; la personne interrogée doit effectuer une évaluation personnelle du développement et du fonctionnement physique et mental de l'enfant. Les données relatives à la prévalence des handicaps décrivent donc le pourcentage d'enfants pour lesquels la réponse à l'une de ces questions a été positive et elles doivent être considérées comme une indication du pourcentage d'enfants qui pourraient souffrir d'un handicap et qui devraient être soumis à une évaluation plus poussée de leur état de santé et de leur développement.

Discipline imposée à l'enfant – Cet indicateur décrit le pourcentage d'enfants âgés de 2 à 14 ans qui ont été soumis à des châtiments psychologiques ou physiques. Les châtiments psychologiques consistent à crier, hurler et insulter l'enfant. Les châtiments physiques ou corporels ont pour but de provoquer une douleur ou une gêne physique chez l'enfant, sans le blesser. Les châtiments physiques mineurs consistent à secouer l'enfant, le gifler, le frapper sur les mains, les bras, les jambes ou les fesses. Les châtiments corporels graves consistent à frapper l'enfant sur le visage, la tête ou les oreilles, ou à battre l'enfant avec force ou à plusieurs reprises.

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 n'avait pas sa place dans cette section. Les signes suivants s'appliquent à tous les tableaux; l'explication des signes spécifiques à un tableau se trouve dans les notes en bas de la dernière page du tableau.

- \- 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 des territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional. Les pays et territoires dans chaque catégorie de pays ou groupe régional figurent sur la liste page 148.

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 2006. 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 2005	
	Taux	Classement
Sierra Leone	270	1
Angola	260	2
Afghanistan	257	3
Niger	253	4
Libéria	235	5
Mali	217	6
Tchad	209	7
Guinée équatoriale	206	8
Congo, République démocratique du	205	9
Burkina Faso	204	10
Guinée-Bissau	200	11
Nigéria	191	12
Zambie	182	13
Burundi	181	14
République centrafricaine	175	15
Swaziland	164	16
Guinée	161	17
Rwanda	160	18
Cameroun	149	19
Bénin	148	20
Somalie	145	21
Mozambique	138	22
Ouganda	134	23
Lesotho	132	24
Djibouti	130	25
Côte d'Ivoire	127	26
Congo	126	27
Mauritanie	125	28
Botswana	124	29
Éthiopie	123	30
Kenya	121	31
Ghana	120	32
Malawi	120	32
Tanzanie, République-Unie de	118	34
Sénégal	116	35
Madagascar	115	36
Gambie	113	37
Togo	108	38
Zimbabwe	105	39
Myanmar	104	40
Yémen	100	41
Pakistan	97	42
Sao Tomé-et-Principe	96	43
Gabon	91	44
Soudan	89	45
Azerbaïdjan	88	46
Cambodge	82	47
Haïti	80	48
Inde	76	49
Rép. démocratique populaire lao	75	50
Érythrée	74	51
Iles Salomon	73	52
Papouasie-Nouvelle-Guinée	73	52
Bhoutan	70	54
Afrique du Sud	69	55
Bangladesh	69	55
Comores	68	57
Tadjikistan	68	57
Kiribati	64	59
Guyana	62	60
Bolivie	61	61
Namibie	61	61
Népal	59	63
Iles Marshalls	56	64
Corée, République populaire démocratique de	55	65
Timor-Leste	55	65
Turkménistan	51	67
Iraq	46	68
Mongolie	43	69
Ouzbékistan	43	69
Guatemala	41	71
Kirghizistan	41	71
Micronésie, Etats fédérés de	41	71
Suriname	39	74
Algérie	38	75
Trinité-et-Tobago	38	75
Tuvalu	38	75
Maroc	37	78
Nicaragua	36	79
Vanuatu	36	79
Égypte	35	81
Mexique	35	81
Cap-Vert	34	83
Indonésie	34	83
Iran, République islamique d'	34	83
Géorgie	32	86
Philippines	32	86
Jamaïque	31	88
Liban	30	89
Maldives	30	89
Nauru	30	89
Kazakhstan	29	92
République dominicaine	29	92
Samoa	28	94
Honduras	27	95
Turquie	26	96
Arabie saoudite	25	97
El Salvador	25	97
Jordanie	25	97
Pérou	25	97
Arménie	24	101
Chine	24	101
Equateur	24	101
Tonga	24	101
Ukraine	24	101
Panama	23	106
Tunisie	23	106
Territoire palestinien occupé	22	108
Paraguay	22	108
Colombie	21	110
Qatar	21	110
Venezuela, République bolivarienne du	21	110
Brésil	20	113
Grenade	20	113
Saint-Vincent-et-Grenadines	20	113
Iles Cook	19	116
Moldova, République de	19	116
Saint-Kitts-et-Nevis	19	116
Fidji	18	119
Jamahiriya arabe libyenne	18	119
Roumanie	18	119
Albanie	17	122
Ex-République yougoslave de Macédoine	17	122
Viet Nam	17	122
Argentine	16	125
Belize	16	125
Russie, Fédération de	16	125
Bosnie-Herzégovine	15	128
Dominique	15	128
Bahamas	14	130
Bulgarie	14	130
Maurice	14	130
Sainte-Lucie	14	130
Syrie, République arabe de	14	130
Bélarus	13	135
Seychelles	13	135
Sri Lanka	13	135
Barbade	12	138
Costa Rica	12	138
Malaisie	12	138
Oman	12	138
Uruguay	12	138
Antigua-et-Barbuda	11	143
Koweït	11	143
Palaos	11	143
Bahreïn	10	146
Monténégro	10	146
Brunéi Darussalam	9	148
Chili	9	148
Lettonie	9	148
Emirats arabes unis	8	151
Etats-Unis	8	151
Lituanie	8	151
Serbie	8	151
Slovaquie	8	151
Thaïlande	8	151
Cuba	7	157
Estonie	7	157
Hongrie	7	157
Pologne	7	157
Australie	6	161
Canada	6	161
Croatie	6	161
Malte	6	161
Nouvelle-Zélande	6	161
Royaume-Uni	6	161
Autriche	5	167
Corée, République de	5	167
Danemark	5	167
Irlande	5	167
Israël	5	167
Pays-Bas	5	167
Portugal	5	167
Suisse	5	167
Allemagne	4	175
Belgique	4	175
Chypre	4	175
Espagne	4	175
Finlande	4	175
France	4	175
Grèce	4	175
Italie	4	175
Japon	4	175
Luxembourg	4	175
Monaco	4	175
Norvège	4	175
République tchèque	4	175
Slovénie	4	175
Andorre	3	189
Islande	3	189
Liechtenstein	3	189
Saint-Marin	3	189
Singapour	3	189
Suède	3	189
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 2000	Population totale (milliers) 2006	Nombre annuel de naissances (milliers) 2006	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2006	RNB par habitant ($EU) 2006	Espérance de vie à la naissance (années) 2006	Taux d'alpha-bétisation des adultes 2000-2005*	Taux nets de scolarisation/ fréquentation à l'école primaire (%) 2000-2006*	Part du revenu des ménages (%) 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Afghanistan	3	260	257	168	165	60	26088	1272	327	250x	43	28	53s	-	-
Afrique du Sud	55	60	69	45	56	21	48282	1102	76	5390	50	82x	87	10	62
Albanie	122	45	17	37	15	12	3172	52	1	2960	76	99	94	21	40
Algérie	75	69	38	54	33	20	33351	694	26	3030	72	70	97	19	43
Allemagne	175	9	4	7	4	3	82641	683	3	36620	79	-	96	22	37
Andorre	189	6	3	5	3	4	74	0	0	d	-	-	80	-	-
Angola	2	260	260	154	154	54	16557	792	206	1980	42	67	58s	-	-
Antigua-et-Barbuda	143	-	11	-	10	8	84	0	0	11210	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	97	44	25	35	21	12	24175	612	15	12510x	72	83	78	-	-
Argentine	125	29	16	25	14	10	39134	690	11	5150	75	97	99	11	55
Arménie	101	56	24	47	21	17	3010	36	1	1930	72	99	99s	21	43
Australie	161	10	6	8	5	3	20530	255	2	35990	81	-	97	18x	41x
Autriche	167	10	5	8	4	3	8327	77	0	39590	80	-	97	22	38
Azerbaïdjan	46	105	88	84	73	36	8406	129	11	1850	67	99x	85	19	45
Bahamas	130	29	14	22	13	10	327	6	0	14920x	73	-	91	-	-
Bahreïn	146	19	10	15	9	11	739	13	0	14370x	75	87	97	-	-
Bangladesh	55	149	69	100	52	36	155991	4013	277	480	63	48	81s	21	43
Barbade	138	17	12	15	11	8	293	3	0	d	77	-	98	-	-
Bélarus	135	24	13	20	12	5	9742	91	1	3380	69	100x	89	22	38
Belgique	175	10	4	8	4	3	10430	110	0	38600	79	-	99	21	41
Belize	125	43	16	35	14	18	282	7	0	3650	76	70x	95	-	-
Bénin	20	185	148	111	88	38	8760	358	53	540	56	35	54s	19	44
Bhoutan	54	166	70	107	63	38	649	12	1	1410	65	-	70s	-	-
Bolivie	61	125	61	89	50	27	9354	264	16	1100	65	87	78s	7	63
Bosnie-Herzégovine	128	22	15	18	13	11	3926	35	1	2980	75	97	91s	24	36
Botswana	29	58	124	45	90	40	1858	47	6	5900	49	81	85	7x	70x
Brésil	113	57	20	48	19	15	189323	3720	74	4730	72	89	95	9	61
Brunéi Darussalam	148	11	9	10	8	4	382	8	0	24100x	77	93	93	-	-
Bulgarie	130	18	14	14	12	8	7693	69	1	3990	73	98	93	22	38
Burkina Faso	10	206	204	123	122	36	14359	641	131	460	52	24	45	18	47
Burundi	14	190	181	114	109	41	8173	381	69	100	49	59	71s	15	48
Cambodge	47	116	82	85	65	40	14197	377	31	480	59	74	75s	17	50
Cameroun	19	139	149	85	87	40	18175	649	97	1080	50	68	84s	15	51
Canada	161	8	6	7	5	4	32577	338	2	36170	80	-	100	20	40
Cap-Vert	83	60	34	45	25	10	519	15	1	2130	71	81	90	-	-
Chili	148	21	9	18	8	6	16465	249	2	6980	78	96	90	11	60
Chine	101	45	24	36	20	21	1320864	17309	415	2010	73	91	99	13	52
Chypre	175	12	4	11	3	4	846	10	0	18430x	79	97	99	-	-
Colombie	110	35	21	26	17	14	45558	884	19	2740	73	93	87	9	63
Comores	57	120	68	88	51	29	818	28	2	660	65	-	72	-	-
Congo	27	103	126	67	79	32	3689	132	17	950x	54	85	86s	-	-
Congo, République démocratique du	9	205	205	129	129	47	60644	3026	620	130	46	67	52s	-	-
Corée, République de	167	9	5	8	5	3	48050	455	2	17690	78	-	100	21	37
Corée, République populaire démocratique de	65	55	55	42	42	22	23708	321	18	a	67	-	-	-	-
Costa Rica	138	18	12	16	11	7	4399	80	1	4980	79	95	92	12	54
Côte d'Ivoire	26	153	127	105	90	65	18914	684	87	870	48	49	62s	14	51
Croatie	161	12	6	10	5	5	4556	41	0	9330	76	98	87	21	40
Cuba	157	13	7	11	5	4	11267	121	1	1170x	78	100	97	-	-
Danemark	167	9	5	7	4	4	5430	62	0	51700	78	-	95	23	36
Djibouti	25	175	130	116	86	38	819	24	3	1060	54	-	79s	-	-
Dominique	128	17	15	15	13	7	68	0	0	3960	-	-	84	-	-
Egypte	81	91	35	67	29	21	74166	1828	64	1350	71	71	94	21	44
El Salvador	97	60	25	47	22	16	6762	159	4	2540	72	81	93	10	56
Emirats arabes unis	151	15	8	13	8	5	4248	69	1	23950x	78	89	71	-	-
Equateur	101	57	24	43	21	16	13202	285	7	2840	75	91	98	11	58
Erythrée	51	147	74	88	48	25	4692	186	14	200	57	-	67s	-	-
Espagne	175	9	4	7	4	3	43887	468	2	27570	81	97x	99	19	42
Estonie	157	16	7	12	5	6	1340	14	0	11410	71	100	95	18	43
Etats-Unis	151	12	8	10	6	5	302841	4248	34	44970	78	-	92	16	46
Ethiopie	30	204	123	122	77	51	81021	3159	389	180	52	36	45s	22	39
Ex-République yougoslave de Macédoine	122	38	17	33	15	9	2036	23	0	3060	74	96	92	17	46

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2000	Population totale (milliers) 2006	Nombre annuel de naissances (milliers) 2006	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2006	RNB par habitant ($EU) 2006	Espérance de vie à la naissance (années) 2006	Taux d'alpha-bétisation des adultes 2000-2005*	Taux nets de scolarisation/ fréquentation à l'école primaire (%) 2000-2006*	Part du revenu des ménages (%) 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Fidji	119	22	18	19	16	9	833	18	0	3300	69	-	96	-	-
Finlande	175	7	4	6	3	2	5261	58	0	40650	79	-	98	24	37
France	175	9	4	7	4	3	61330	763	3	36550	80	-	99	20	40
Gabon	44	92	91	60	60	31	1311	34	3	5000	56	84	94s	-	-
Gambie	37	153	113	103	84	46	1663	60	7	310	59	-	61s	13	53
Géorgie	86	46	32	39	28	25	4433	48	2	1560	71	-	93	16	46
Ghana	32	120	120	76	76	27	23008	700	84	520	59	58	75s	16	47
Grèce	175	11	4	9	4	4	11123	103	0	21690	79	96	99	19	41
Grenade	113	37	20	30	16	13	106	2	0	4420	68	-	84	-	-
Guatemala	71	82	41	60	31	19	13029	445	18	2640	70	69	94	10	59
Guinée	17	235	161	139	98	48	9181	374	60	410	55	30	51s	18	46
Guinée équatoriale	8	170	206	103	124	40	496	19	4	8250	51	87	81	-	-
Guinée-Bissau	11	240	200	142	119	48	1646	82	16	190	46	-	54s	14x	53x
Guyana	60	88	62	64	46	25	739	13	1	1130	66	-	96s	14	50
Haïti	48	152	80	105	60	34	9446	269	22	480	60	-	50s	9	63
Honduras	95	58	27	45	23	18	6969	199	5	1200	70	80	79s	11	58
Hongrie	157	17	7	15	6	6	10058	93	1	10950	73	-	89	23	37
Iles Cook	116	32	19	26	16	12	14	0	0	-	-	-	77	-	-
Iles Marshall	64	92	56	63	50	26	58	0	0	3000	-	-	90	-	-
Iles Salomon	52	121	73	86	55	12	484	15	1	680	63	-	63	-	-
Inde	49	115	76	82	57	43	1151751	27195	2067	820	64	61	84s	19	45
Indonésie	83	91	34	60	26	18	228864	4427	151	1420	70	90	96	20	43
Iran, République islamique d'	83	72	34	54	30	22	70270	1407	48	3000	71	82	95	15	50
Iraq	68	53	46	42	37	63	28506	937	43	2170x	58	74	88	-	-
Irlande	167	10	5	8	4	4	4221	66	0	45580	79	-	96	20	42
Islande	189	7	3	5	2	2	298	4	0	50580	82	-	99	-	-
Israël	167	12	5	10	4	4	6810	137	1	18580x	80	-	97	16	45
Italie	175	9	4	8	4	3	58779	544	2	32020	80	98	99	18	42
Jamahiriya arabe libyenne	119	41	18	35	17	11	6039	144	3	7380	74	84	-	-	-
Jamaïque	88	33	31	28	26	10	2699	55	2	3480	72	80	97s	14	52
Japon	175	6	4	5	3	2	127953	1087	4	38410	82	-	100	25x	36x
Jordanie	97	40	25	33	21	17	5729	152	4	2660	72	91	99s	18	46
Kazakhstan	92	60	29	51	26	32	15314	289	8	3790	66	100x	98s	19	41
Kenya	31	97	121	64	79	29	36553	1447	175	580	53	74	79	16	49
Kirghizistan	71	75	41	63	36	31	5259	113	5	490	66	99x	92s	22	39
Kiribati	59	88	64	65	47	27	94	0	0	1230	-	-	97	-	-
Koweït	143	16	11	14	9	6	2779	50	1	30630x	77	93	87	-	-
Lesotho	24	101	132	81	102	28	1995	59	8	1030	42	82	87	6	66
Lettonie	148	18	9	14	8	7	2289	21	0	8100	72	100	88	18	45
Liban	89	37	30	32	26	20	4055	74	2	5490	72	-	92	-	-
Libéria	5	235	235	157	157	66	3579	184	43	140	45	52	66	-	-
Liechtenstein	189	10	3	9	3	-	35	0	0	d	-	-	88	-	-
Lituanie	151	13	8	10	7	5	3408	30	0	7870	73	100	89	18	43
Luxembourg	175	10	4	8	4	4	461	5	0	76040	79	-	95	21	39
Madagascar	36	168	115	103	72	33	19159	714	82	280	59	59	76s	13	54
Malaisie	138	22	12	16	10	5	26114	556	7	5490	74	89	95	13	54
Malawi	32	221	120	131	76	40	13571	566	68	170	47	64x	87s	18	47
Maldives	89	111	30	78	26	37	300	7	0	2680	68	96	79	-	-
Mali	6	250	217	140	119	55	11968	579	126	440	54	24	51	16	47
Malte	161	11	6	10	5	5	405	4	0	13610x	79	88x	86	-	-
Maroc	78	89	37	69	34	21	30853	635	23	1900	71	52	86	17	47
Maurice	130	23	14	21	13	12	1252	19	0	5450	73	84	95	-	-
Mauritanie	28	133	125	85	78	70	3044	102	13	740	64	51	72	17	46
Mexique	81	53	35	42	29	15	105342	2109	74	7870	76	92	98	13	55
Micronésie, Etats fédérés de	71	58	41	45	33	12	111	3	0	2380	68	-	92	-	-
Moldova, République de	116	37	19	30	16	16	3833	44	1	1100	69	99	86	20	41
Monaco	175	9	4	7	3	3	33	0	0	d	-	-	-	-	-
Mongolie	69	109	43	79	34	26	2605	49	2	880	66	98	97s	20	40
Monténégro	146	16	10	15	9	-	601	8	0	3860	74	96	97s	-	-
Mozambique	22	235	138	158	96	48	20971	856	118	340	42	39x	60s	15	54
Myanmar	40	130	104	91	74	40	48379	897	93	220x	61	90	84s	-	-
Namibie	61	86	61	60	45	25	2047	53	3	3230	52	85	72	4x	79x
Nauru	89	-	30	-	25	14	10	0	0	-	-	-	60	-	-

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 2000	Population totale (milliers) 2006	Nombre annuel de naissances (milliers) 2006	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2006	RNB par habitant ($EU) 2006	Espérance de vie à la naissance (années) 2006	Taux d'alpha-bétisation des adultes 2000-2005*	Taux nets de scolarisation/ fréquentation à l'école primaire (%) 2000-2006*	Part du revenu des ménages (%) 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Népal	63	142	59	99	46	40	27641	791	47	290	63	49	87	15	55
Nicaragua	79	68	36	52	29	18	5532	139	5	1000	72	77	87	15	49
Niger	4	320	253	191	148	43	13737	683	173	260	56	29	40	10	53
Nigéria	12	230	191	120	99	53	144720	5909	1129	640	47	69	68	15	49
Nioué	-	-	-	-	-	13	2	0	-	-	-	-	90	-	-
Norvège	175	9	4	7	3	3	4669	56	0	66530	80	-	98	24	37
Nouvelle-Zélande	161	11	6	9	5	4	4140	57	0	27250	80	-	99	18	44
Oman	138	32	12	25	10	6	2546	57	1	9070x	75	81	73	-	-
Ouganda	23	160	134	93	78	32	29899	1406	188	300	50	67	82s	15	53
Ouzbékistan	69	74	43	61	38	27	26981	619	27	610	67	-	100s	19	45
Pakistan	42	130	97	100	78	57	160943	4358	423	770	65	50	68	22	40
Palaos	143	21	11	18	10	14	20	0	0	7990	-	-	96	-	-
Panama	106	34	23	27	18	11	3288	70	2	4890	75	92	99	9	60
Papouasie-Nouvelle-Guinée	52	94	73	69	54	32	6202	191	14	770	57	57	-	12	57
Paraguay	108	41	22	33	19	16	6016	153	3	1400	71	94	88	9	62
Pays-Bas	167	9	5	7	4	4	16379	188	1	42670	79	-	99	21	39
Pérou	97	78	25	58	21	16	27589	584	15	2920	71	88	97	11	57
Philippines	86	62	32	41	24	15	86264	2295	73	1420	71	93	94	15	51
Pologne	157	18	7	16	6	6	38140	358	3	8190	75	-	96	19	42
Portugal	167	14	5	11	3	3	10579	113	1	18100	78	94	98	17	46
Qatar	110	26	21	21	18	5	821	13	0	12000x	75	89	96	-	-
Rép. démocratique populaire lao	50	163	75	120	59	35	5759	156	12	500	64	69	84	20	43
République centrafricaine	15	173	175	114	115	48	4265	157	27	360	44	49	59s	7x	65x
République dominicaine	92	65	29	50	25	19	9615	231	7	2850	72	87	88	12	57
République tchèque	175	13	4	11	3	2	10189	93	0	12680	76	-	92	25	36
Roumanie	119	31	18	23	16	9	21532	213	4	4850	72	97	93	21	39
Royaume-Uni	161	10	6	8	5	4	60512	715	4	40180	79	-	99	18	44
Russie, Fédération de	125	27	16	23	14	9	143221	1506	24	5780	65	99	92	17	47
Rwanda	18	176	160	106	98	45	9464	420	67	250	46	65	86s	14	53
Sainte-Lucie	130	21	14	17	12	10	163	3	0	5110	73	-	97	15	48
Saint-Kitts-et-Nevis	116	36	19	30	17	12	50	1	0	8840	-	-	93	-	-
Saint-Marin	189	14	3	13	3	2	31	0	0	d	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	113	25	20	20	17	11	120	2	0	3930	71	-	90	-	-
Samoa	94	50	28	40	23	13	185	5	0	2270	71	99	90	-	-
Sao Tomé-et-Principe	43	100	96	65	63	38	155	5	0	780	65	85	97	-	-
Sénégal	35	149	116	72	60	31	12072	435	50	750	63	39	58s	17	48
Serbie	151	-	8	-	7	-	9851	126	1	3910	74	96	96	-	-
Seychelles	135	19	13	17	12	9	86	3	0	8650	-	92	99	-	-
Sierra Leone	1	290	270	169	159	56	5743	262	71	240	42	35	69s	3x	63x
Singapour	189	9	3	7	2	1	4382	37	0	29320	80	89x	-	14	49
Slovaquie	151	14	8	12	7	5	5388	53	0	9870	74	-	92	24	35
Slovénie	175	10	4	8	3	4	2001	18	0	18890	78	100	98	23	36
Somalie	21	203	145	121	90	49	8445	371	54	130x	47	-	22s	-	-
Soudan	45	120	89	74	61	29	37707	1225	109	810	58	61	58s	-	-
Sri Lanka	135	32	13	26	11	11	19207	295	4	1300	72	91	97	17	48
Suède	189	7	3	6	3	2	9078	101	0	43580	81	-	96	23	37
Suisse	167	9	5	7	4	3	7455	69	0	57230	81	-	93	20	41
Suriname	74	48	39	35	29	18	455	9	0	3200	70	90	94	-	-
Swaziland	16	110	164	78	112	38	1134	33	5	2430	40	80	80	13	56
Syrie, République arabe de	130	38	14	31	12	9	19408	529	7	1570	74	81	95	-	-
Tadjikistan	57	115	68	91	56	38	6640	185	13	390	66	100	89s	20	41
Tanzanie, République-Unie de	34	161	118	102	74	43	39459	1589	188	350	52	69	73s	19	42
Tchad	7	201	209	120	124	45	10468	482	101	480	50	26	36s	-	-
Territoire palestinien occupé	108	40	22	34	20	-	3889	143	3	1230x	73	92	80	-	-
Thaïlande	151	31	8	26	7	13	63444	936	7	2990	70	93	98s	16	49
Timor-Leste	65	177	55	133	47	40	1114	46	3	840	60	-	75s	-	-
Togo	38	149	108	88	69	40	6410	242	26	350	58	53	78	-	-
Tonga	101	32	24	26	20	10	100	3	0	2170	73	99x	95	-	-
Trinité-et-Tobago	75	34	38	30	33	13	1328	20	1	13340	69	98	98s	16x	46x
Tunisie	106	52	23	41	19	14	10215	172	4	2970	74	74	97	16	47

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2000	Population totale (milliers) 2006	Nombre annuel de naissances (milliers) 2006	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2006	RNB par habitant ($EU) 2006	Espérance de vie à la naissance (années) 2006	Taux d'alphabétisation des adultes 2000-2005*	Taux nets de scolarisation/ fréquentation à l'école primaire (%) 2000-2006*	Part du revenu des ménages (%) 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Turkménistan	67	99	51	81	45	35	4899	108	6	1340x	63	99x	99s	16	47
Turquie	96	82	26	67	24	22	73922	1378	36	5400	72	87	89	15	50
Tuvalu	75	54	38	42	31	22	10	0	0	-	-	-	100	-	-
Ukraine	101	25	24	22	20	9	46557	417	10	1950	68	99	97s	23	38
Uruguay	138	23	12	20	11	7	3331	51	1	5310	76	97x	93	14	50
Vanuatu	79	62	36	48	30	19	221	6	0	1710	70	74	94	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	110	33	21	27	18	12	27191	595	12	6070	73	93	91	12	52
Viet Nam	122	53	17	38	15	15	86206	1654	28	690	74	90x	94s	20	44
Yémen	41	139	100	98	75	37	21732	839	84	760	62	54	75	20	41
Zambie	13	180	182	101	102	40	11696	470	86	630	41	68x	57s	11	55
Zimbabwe	39	76	105	52	68	33	13228	372	39	340x	42	89	82	13	56
DONNÉES CONSOLIDÉES															
Afrique subsaharienne	187	160	111	95	44	748886	29889	4786	851	50	58	66	13	55	
Afrique de l'Est et australe	165	131	102	83	40	370361	14074	1844	1171	50	60	70	11	58	
Afrique de l'Ouest et centrale	208	186	119	107	48	378525	15815	2942	553	50	57	62	16	49	
Asie du Sud	123	83	87	62	44	1542571	37942	3149	777	64	58	82	19	46	
Asie de l'Est et Pacifique	55	29	41	23	20	1968675	29764	863	2371	72	91	97	17	46	
Amérique latine et Caraïbes	55	27	43	22	15	559525	11418	308	4847	73	90	93	12	56	
ECO/CEI	53	27	43	24	18	405584	5529	149	4264	68	97	92	20	42	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	79	46	57	36	26	382048	9617	442	2104	69	73	85	17	46	
Pays industrialisés§	10	6	9	5	4	969949	11003	66	37217	79	-	96	21	40	
Pays en développement§	103	79	70	54	33	5358223	121685	9614	1967	66	76	84	15	50	
Pays les moins avancés§	180	142	113	90	43	785444	28661	4070	438	55	55	65	15	50	
Total mondial	93	72	64	49	30	6577236	135163	9733	7406	68	78	86	20	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 148.

DÉFINITIONS

Taux de mortalité des moins de 5 ans – Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième 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 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.133

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'Evaluation de l'éducation pour tous de 2000.

Scolarisation/fréquentation de l'école, cycle primaire – UIS, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS).

Revenu des ménages – Banque mondiale.

NOTES

a : revenus peu élevés (905 dollars ou moins).
b : revenus moyens-inférieurs (de 906 à 3 595 dollars).
c : revenus moyens-supérieurs (de 3 596 à 11 115 dollars).
d : revenus élevés (11 116 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.
* données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
s données des enquêtes nationales sur les ménages.

TABLEAU 2 : NUTRITION

Pays et territoires	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 1999-2006*	% d'enfants nourris au sein (2000-2006*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2006)* souffrant				Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2005		% de ménages consommant du sel iodé 2000-2006*
					d'insuffisance pondérale		d'émacia-tion	de retard de croissance			
		exclusive-ment (<6 mois)	plus aliments de sevrage (6-9 mois)	encore allaités (20-23 mois)	modérée et grave	grave	modérée et grave	modéré et grave	Au moins une dose‡ (%)	couverture totale‡ (%)	
Afghanistan	-	-	29	54	39	12	7	54	95	91	28
Afrique du Sud	15	7y	46y	-	12x	2x	3x	25x	33	29	62x
Albanie	7	2	38	20	8	1	7	22	-	-	62
Algérie	6	7	39	22	4	1	3	11	-	-	61
Allemagne	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	12	11	77	37	31	8	6	45	79	65	35
Antigua-et-Barbuda	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	11	31x,k	60x	30x	14x	3x	11x	20x	-	-	-
Argentine	7	-	-	-	4	-	1	4	-	-	90x
Arménie	8	33	57	15	4	0	5	13	-	-	97
Australie	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	12	7	39	16	7	1	2	13	29	29w	26
Bahamas	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	8	34x,k	65x	41x	9x	2x	5x	10x	-	-	-
Bangladesh	22	37	52	89	48	13	13	43	83	82	84
Barbade	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	4	9	38	4	1	0	1	3	-	-	55
Belgique	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	6	24x,k	54x	23x	7	-	1	18	-	-	90x
Bénin	16	70	50	57	23	5	7	38	94	92	72
Bhoutan	15	-	-	-	19x	3x	3x	40x	-	-	96
Bolivie	7	54	74	46	8	1	1	27	39	39	90
Bosnie-Herzégovine	5	18	29	10	2	0	3	7	-	-	62
Botswana	10	34	57	11	13	2	5	23	-	-	66
Brésil	8	-	30x	17x	6x	1x	2x	11x	-	-	88
Brunéi Darussalam	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Burkina Faso	16	7	50	85	37	14	23	35	95	95	34
Burundi	11	45	88	-	39	14	7	53	69	17	98
Cambodge	11	60	82	54	36	7	7	37	79	65	73
Cameroun	11	21	64	21	19	5	6	30	95	95	49
Canada	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cap-Vert	13	57x,k	64x	13x	-	-	-	-	-	-	0x
Chili	6	63	47	-	1	-	0	1	-	-	100
Chine	2	51	32	15	7	-	-	11	-	-	90
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	9	47	65	32	7	1	1	12	-	-	92x
Comores	25	21	34	45	25	-	8	44	-	-	82
Congo	13	19	78	21	14	3	7	26	90	9	82
Congo, République démocratique du	12	24	79	52	31	9	13	38	92	87	72
Corée, République de	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corée, République populaire démocratique de	7	65	31	37	23	8	7	37	95	95	40
Costa Rica	7	35x,k	47x	12x	5x	0x	2x	6x	-	-	97x
Côte d'Ivoire	17	4	54	37	20	4	7	34	95	89	84
Croatie	6	23x	-	-	1x	-	1x	1x	-	-	90x
Cuba	5	41	42	9	4	0	2	5	-	-	88
Danemark	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	10	1	23	18	29	10	21	33	52	0	0
Dominique	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egypte	14	38	67	37	6	1	4	18	-	-	78
El Salvador	7	24	76	43	10	1	1	19	-	-	62
Emirats arabes unis	15	34x,k	52x	29x	14x	3x	15x	17x	-	-	-
Equateur	16	40	77	23	9	1	2	23	-	-	99x
Erythrée	14	52	43	62	40	12	13	38	57	50	68
Espagne	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etats-Unis	8	-	-	-	2	0	0	1	-	-	-
Ethiopie	20	49	54	-	38	11	11	47	59	59	20
Ex-République yougoslave de Macédoine	6	37x	8x	10x	2	0	2	9	-	-	94

	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 1999-2006*	% d'enfants nourris au sein (2000-2006*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2006)* souffrant				Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A 6-59 mois 2005		% de ménages consommant du sel iodé 2000-2006*
					d'insuffisance pondérale		d'émacia-tion	de retard de croissance			
		exclusive-ment (<6 mois)	plus aliments de sevrage (6-9 mois)	encore allaités (20-23 mois)	modérée et grave	grave	modérée et grave	modéré et grave	Au moins une dose‡ (%)	couverture totale△ (%)	
Fidji	10	47x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	31x
Finlande	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	14	6	62	9	12	2	3	21	-	-	36
Gambie	20	41	44	53	20	4	6	22	95	16	7
Géorgie	7	18x,k	12x	12x	3x	0x	2x	12x	-	-	91
Ghana	9	54	58	56	18	3	5	22	95	95	32
Grèce	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	9	39x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	12	51	67	47	23	4	2	49	44	36w	67
Guinée	12	27	41	71	26	7	9	35	95	95	51
Guinée équatoriale	13	24	-	-	19	4	7	39	-	-	33
Guinée-Bissau	24	16	35	61	19	4	7	41	-	-	1
Guyana	13	11	42	31	14	3	11	11	-	-	-
Haïti	25	41	87	35	22	6	9	24	42	42	3
Honduras	10	30	69	48	11	1	1	25	40	40	80x
Hongrie	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Cook	3	19x,k	-	-	10x	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	12	63x,k	-	-	-	-	-	-	6	6	-
Iles Salomon	13	65k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	30	46	56	-	43	16	20	48	64	64w	51
Indonésie	9	40	75	59	28	9	-	-	76	76	73
Iran, République islamique d'	7	44	-	0	11x	2x	5x	15x	-	-	99
Iraq	15	25	51	36	8	1	5	21	-	-	28
Irlande	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	7	-	-	23x	5x	1x	3x	15x	-	-	90x
Jamaïque	12	15	36	24	4	-	4	3	-	-	100x
Japon	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	12	27	70	12	4	1	2	9	-	-	88
Kazakhstan	6	17	39	16	4	1	4	13	-	-	92
Kenya	10	13	84	57	20	4	6	30	69	69	91
Kirghizistan	5	32	49	26	3	0	4	14	88	87	76
Kiribati	5	80x,k	-	-	13x	-	-	-	62	60	-
Koweït	7	12x,k	26x	9x	10x	3x	11x	24x	-	-	-
Lesotho	13	36	79	60	20	4	4	38	9	2	91
Lettonie	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	6	27k	35	11	4	-	5	11	-	-	92
Libéria	-	35	70	45	26	8	6	39	95	79	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	17	67	78	64	42	11	13	48	95	95	75
Malaisie	9	29x,k	-	12x	8	1	-	-	-	-	-
Malawi	13	56	89	73	19	3	3	46	94	86	48
Maldives	22	10	85	-	30	7	13	25	-	-	44
Mali	23	25	32	69	33	11	11	38	66	66	74
Malte	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	15	31	66	15	10	2	9	18	-	-	59
Maurice	14	21k	-	-	15x	2x	14x	10x	-	-	0x
Mauritanie	-	20	78	57	32	10	13	35	96	57	2
Mexique	8	38x,k	36x	21x	5	-	2	13	68	63	91
Micronésie, Etats fédérés de	18	60x,k	-	-	15x	-	-	-	89	73	-
Moldova, République de	6	46	18	2	4	1	4	8	-	-	60
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	6	57	57	65	6	1	2	21	92	92	83
Monténégro	4	19	35	13	3	1	3	5	-	-	71
Mozambique	15	30	80	65	24	6	4	41	95	16	54
Myanmar	15	15k	66	67	32	7	9	32	95	95	60

TABLEAU 2 : NUTRITION

	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 1999-2006*	% d'enfants nourris au sein (2000-2006*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2006)* souffrant				Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A 6-59 mois 2005		% de ménages consommant du sel iodé 2000-2006*
					d'insuffisance pondérale		d'émaciation	de retard de croissance			
		exclusivement (<6 mois)	plus aliments de sevrage (6-9 mois)	encore allaités (20-23 mois)	modérée et grave	grave	modérée et grave	modéré et grave	Au moins une dosse‡ (%)	couverture totale△ (%)	
Namibie	14	19	57	37	24	5	9	24	68	0	63
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	21	53	75	95	39	11	13	49	96	96	63
Nicaragua	12	31	68	39	10	2	2	20	98	0	97
Niger	13	14	62	62	44	15	10	50	94	94	46
Nigéria	14	17	64	34	29	9	9	38	73	73	97
Nioué	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83x
Oman	8	-	92	73	18x	1x	7x	10x	-	-	61x
Ouganda	12	60	80	54	20	5	5	32	78	78	95
Ouzbékistan	5	26	45	38	5	1	3	15	82	82	53
Pakistan	19	16x,k	31x	56x	38	13	13	37	95	95	17
Palaos	9	59x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	10	25x	38x	21x	8x	1x	1x	18x	4	4	95x
Papouasie-Nouvelle-Guinée	11	59x	74x	66x	-	-	-	-	90	0	-
Paraguay	9	22	60	-	5	-	1	14	-	-	88
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	11	64	81	41	8	0	1	24	-	-	91
Philippines	20	34	58	32	28	-	6	30	85	85	56
Pologne	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	10	12x,k	48x	21x	6x	-	2x	8x	-	-	-
Rép. démocratique populaire lao	14	23	10	47	40	13	15	42	63	62	75
République centrafricaine	13	23	55	47	29	8	10	38	-	-	62
République dominicaine	11	4	36	15	5	1	1	7	-	-	19
République tchèque	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Roumanie	8	16	41	-	3	0	2	10	-	-	74
Royaume-Uni	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Russie, Fédération de	6	-	-	-	3x	1x	4x	13x	-	-	35
Rwanda	6	88	69	77	23	4	4	45	100	99	88
Sainte-Lucie	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	9	56x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	8	60	60	18	9	1	8	23	33	28	37
Sénégal	19	34	61	42	17	3	8	16	95	86	41
Serbie	5	15	39	8	2	0	3	6	-	-	73
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	24	8	52	57	30	8	9	40	95	95	45
Singapour	8	-	-	-	3	0	2	2	-	-	-
Slovaquie	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	11	9	15	35	36	12	11	38	-	-	1
Soudan	31	16	47	40	41	15	16	43	90	90	1
Sri Lanka	22	53	-	73	29	-	14	14	64	61w	94
Suède	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	13	9	25	11	13	2	7	10	-	-	-
Swaziland	9	24	60	25	10	2	1	30	59	40	59
Syrie, République arabe de	9	29	37	16	10	2	9	22	-	-	79
Tadjikistan	10	25	15	34	17	4	7	27	98	98	46
Tanzanie, République-Unie de	10	41	91	55	22	4	3	38	95	95	43
Tchad	22	2	77	65	37	14	14	41	95	93	56
Territoire palestinien occupé	7	27	-	-	3	0	1	10	-	-	86
Thaïlande	9	5	43	19	9	0	4	12	-	-	58
Timor-Leste	12	31	82	35	46	15	12	49	91	35	72
Togo	12	28	35	44	26	7	14	24	95	92	25
Tonga	3	62x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 1999-2006*	% d'enfants nourris au sein (2000-2006*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2006)* souffrant				Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A 6-59 mois 2005		% de ménages consommant du sel iodé 2000-2006*
		exclusivement (<6 mois)	plus aliments de sevrage (6-9 mois)	encore allaités (20-23 mois)	d'insuffisance pondérale modérée et grave	d'insuffisance pondérale grave	d'émaciation modérée et grave	de retard de croissance modéré et grave	Au moins une dose‡ (%)	couverture totale△ (%)	
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	11	2	6	15	-	-	87
Turquie	16	21	38	24	4	1	1	12	-	-	64
Tuvalu	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	4	6	83	11	1	0	0	3	-	-	18
Uruguay	8	-	-	-	5	1	2	11	-	-	-
Vanuatu	6	50x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	9	7x,k	50x	31x	5	1	4	13	-	-	90x
Viet Nam	7	17	70	23	25	3	7	30	99	99w	93
Yémen	32	12	76	-	46	15	12	53	15	15w	30
Zambie	12	40	87	58	20	-	6	50	66	66	77
Zimbabwe	11	22	79	28	17	3	6	29	81	81	93x
DONNÉES CONSOLIDÉES											
Afrique subsaharienne	14	30	67	50	28	8	9	38	79	73	64
Afrique de l'Est et australe	14	39	71	56	28	7	7	41	73	64	54
Afrique de l'Ouest et centrale	14	21	63	46	28	9	10	36	85	82	72
Asie du Sud	29	45	55	-	42	15	18	46	71	71	51
Asie de l'Est et Pacifique	6	43	45	27	14	-	-	16	84	82**	84
Amérique latine et Caraïbes	9	-	-	-	7	-	2	16	-	-	85
ECO/CEI	6	19	44	23	5	1	2	12	-	-	50
Moyen-Orient et Afrique du Nord	16	28	57	25	17	5	8	25	-	-	64
Pays industrialisés§	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays en développement§	16	38	56	40	26	10	11	32	75	72**	69
Pays les moins avancés§	17	35	64	63	35	10	10	42	82	77	55
Total mondial	15	38	56	39	25	9	11	31	75	72**	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 148.

DÉFINITIONS

Insuffisance pondérale à la naissance – Nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes.

Insuffisance pondérale – Modérée et grave : pourcentage d'enfants dont le poids pour l'âge est inférieur de deux écarts-types à la médiane de la population de référence; grave : pourcentage d'enfants dont le poids pour l'âge est inférieur de trois écarts-types à la médiane de la population de référence.

Émaciation – Modérée et grave : pourcentage d'enfants dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types à la médiane de la population de référence.

Retard de croissance – Modéré et grave : pourcentage d'enfants dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts-types à la médiane de la population de référence.

Vitamine A – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu une supplémentation en vitamine A en 2005.

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 – EDS, enquêtes en grappes à indicateurs multiples et autres enquêtes et données nationales sur les ménages à partir des rapports établis régulièrement.

Allaitement maternel – EDS, enquêtes en grappes à indicateurs multiples et UNICEF.

Insuffisance pondérale, émaciation, retard de croissance – EDS, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, OMS et UNICEF.

Vitamine A – UNICEF et OMS.

Iodation du sel – EDS, enquêtes en grappes à indicateurs multiples 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.
- * données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- 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.
- ‡ Indique le pourcentage d'enfants qui ont reçu au moins une dose en 2005 (le point de couverture le plus récent au moment de l'enquête).
- △ Le pourcentage d'enfants qui ont reçu deux doses en 2005 est présenté comme le pourcentage le plus bas de deux points de couverture. « 0 » (zéro) signifie qu'une dose seulement a été donnée en 2005.
- ** À l'exception de la Chine.

TABLEAU 3 : SANTÉ

Pays et territoires	% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées 2004			% de la population ayant accès à des installations d'assainissement adéquates 2004			% de vaccins PEV réguliers financés par l'Etat 2006	Vaccination 2006								% de nouveau-nés protégés contre le tétanos[λ]	% 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	Paludisme 2003-2006*		
								Enfants d'un an vaccinés contre :												% 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							
								Vaccins correspondants														
	totale	urbaine	rurale	totale	urbaine	rurale	totale	BCG	DTC1[β]	DTC3[β]	polio3	rougeole	HepB3	Hib3		2000-2006*						
Afghanistan	39	63	31	34	49	29	0	90	90	77	77	68	-	-	88	28	-	48	-	-	-
Afrique du Sud	88	99	73	65	79	46	100	97	99	99	99	85	99	99	88	75x	-x	37x	-	-	-
Albanie	96	99	94	91	99	84	-	98	98	98	97	97	98	-	87	45	38	50	-	-	-
Algérie	85	88	80	92	99	82	100	99	98	95	95	91	80	-	70	53	59	24	-	-	-
Allemagne	100	100	100	100	100	100	-	-	96	90	96	94	86	94	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	100	100	100	100	100	100	-	-	97	93	93	91	84	93	-	-	-	-	-	-	-
Angola	53	75	40	31	56	16	67	65	66	44	44	48	-	-	80	58	-	32	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	91	95	89	95	98	94	100	-	96	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	97	-	-	100	-	100	95	97	96	96	95	96	96	56	-	-	-	-	-	-
Argentine	96	98	80	91	92	83	-	99	93	91	92	97	84	91	-	-	-	-	-	-	-
Arménie	92	99	80	83	96	61	30	91	95	87	87	92	78	-	-	36	11	59	-	-	-
Australie	100	100	100	100	100	100	-	-	97	92	92	94	94	94	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	100	100	100	100	100	100	88	-	94	83	83	80	83	83	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	77	95	59	54	73	36	70	99	97	95	97	96	93	-	-	36	-	40	12x	1x	1x
Bahamas	97	98	86	100	100	100	100	-	95	95	94	88	96	95	65	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	100	-	-	100	-	100	-	99	98	98	99	98	97	92	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	74	82	72	39	51	35	63	96	96	88	88	81	88	-	92	30	22	49	-	-	-
Barbade	100	100	100	100	99	100	100	-	81	84	85	92	84	84	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	100	100	100	84	93	61	100	99	99	99	97	97	98	-	-	90	67	54	-	-	-
Belgique	-	100	-	-	-	-	-	-	98	97	97	88	78	95	94	-	-	-	-	-	-
Belize	91	100	82	47	71	25	100	97	96	98	98	99	98	98	80	66x	-x	-	-	-	-
Bénin	67	78	57	33	59	11	10	99	99	93	93	89	93	93	84	35	-	42	47	20	54
Bhoutan	62	86	60	70	65	70	-	92	98	95	96	90	95	-	88	-	-	-	-	-	-
Bolivie	85	95	68	46	60	22	69	93	94	81	79	81	81	81	-	52	-	54	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	97	99	96	95	99	92	85	97	94	87	91	90	82	85	85	91	73	53	-	-	-
Botswana	95	100	90	42	57	25	100	99	98	97	97	90	85	-	71	14	-	7	-	-	-
Brésil	90	96	57	75	83	37	-	99	99	99	99	99	97	99	84	46x	15x	28x	-	-	-
Brunéi Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	96	99	99	99	97	99	99	92	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	99	100	97	99	100	96	100	98	97	95	96	96	96	-	65	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	61	94	54	13	42	6	17	99	99	95	94	88	76	76	-	39	15	42	18	10	48
Burundi	79	92	77	36	47	35	1	84	86	74	64	75	74	74	84	38	26	23	13	8	30
Cambodge	41	64	35	17	53	8	0	87	85	80	80	78	80	-	80	48	-	59	88	4	0
Cameroun	66	86	44	51	58	43	20	85	87	81	78	73	81	-	52	35	38	22	27	13	58
Canada	100	100	99	100	100	99	-	-	97	94	94	94	14	94	82	-	-	-	-	-	-
Cap-Vert	80	86	73	43	61	19	90	70	74	72	72	65	69	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	95	100	58	91	95	62	100	98	95	94	94	91	94	94	-	-	-	-	-	-	-
Chine	77	93	67	44	69	28	-	92	94	93	94	93	91	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	100	100	100	100	100	100	36	-	99	97	97	87	93	90	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	93	99	71	86	96	54	100	88	95	86	86	88	86	86	88	62	-	39	24x	-	-
Comores	86	92	82	33	41	29	0	84	78	69	69	66	69	-	77	49	-	31	36x	9x	63x
Congo	58	84	27	27	28	25	75	84	81	79	79	66	-	-	84	48	-	39	68	6	48
Congo, République démocratique du	46	82	29	30	42	25	0	87	87	77	78	73	-	-	77	36	-	17	12x	1x	52x
Corée, République de	92	97	71	-	-	-	-	98	98	98	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Corée, République populaire démocratique de	100	100	100	59	58	60	-	96	91	89	98	96	96	-	-	93	-	-	-	-	-
Costa Rica	97	100	92	92	89	97	-	88	89	91	91	89	90	89	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	84	97	74	37	46	29	28	77	95	77	76	73	77	-	-	35	19	45	17	6	36
Croatie	100	100	100	100	100	100	100	98	96	96	96	96	-	96	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	91	95	78	98	99	95	99	99	96	89	99	96	89	97	-	-	-	-	-	-	-
Danemark	100	100	100	-	-	-	100	-	93	93	93	99	-	93	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	73	76	59	82	88	50	-	88	76	72	72	67	-	-	77	62	43	33	9	1	10
Dominique	97	100	90	84	86	75	100	99	99	95	88	99	7	7	-	-	-	-	-	-	-
Egypte	98	99	97	70	86	58	100	99	98	98	98	98	98	-	86	63	-	27	-	-	-
El Salvador	84	94	70	62	77	39	100	93	98	96	96	98	96	96	91	62	-	-	-	-	-
Emirats arabes unis	100	100	100	98	98	95	-	98	97	94	94	92	92	94	-	-	-	-	-	-	-
Equateur	94	97	89	89	94	82	100	99	99	98	97	97	98	98	66	-	-	-	-	-	-
Erythrée	60	74	57	9	32	3	10	99	99	97	96	95	97	-	79	44	-	54	12x	4x	4x
Espagne	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	97	81	98	72	-	-	-	-	-	-
Estonie	100	100	99	97	97	96	100	99	98	95	95	96	95	88	-	-	-	-	-	-	-
Etats-Unis	100	100	100	100	100	100	-	-	99	96	92	93	92	94	-	-	-	-	-	-	-
Ethiopie	22	81	11	13	44	7	0	72	80	72	69	63	-	-	80	19	-	15	2	2	3
Ex-République yougoslave de Macédoine	-	-	-	-	-	-	-	92	95	93	92	94	89	-	88	93	74	45	-	-	-
Fidji	47	43	51	72	87	55	100	93	84	81	83	99	81	81	93	-	-	-	-	-	-
Finlande	100	100	100	100	100	100	100	98	99	97	97	97	-	98	-	-	-	-	-	-	-

	% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées 2004			% de la population ayant accès à des installations d'assainissement adéquates 2004			% de vaccins PEV réguliers financés par l'Etat 2006	Vaccination 2006							% de nouveau-nés protégés contre le tétanos[λ]	% 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	Paludisme 2003-2006*		
								Enfants d'un an vaccinés contre :											% 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							
								Vaccins correspondants													
	totale	urbaine	rurale	totale	urbaine	rurale	totale	BCG	DTC1[β]	DTC3[β]	polio3	rougeole	HepB3	Hib3		2000-2006*					
France	100	100	100	-	-	-	-	84	98	98	98	87	29	87	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	88	95	47	36	37	30	100	89	69	38	31	55	38	-	63	48	-	44	-	-	-
Gambie	82	95	77	53	72	46	35	99	95	95	95	95	95	95	94	69	61	38	63	49	63
Géorgie	82	96	67	94	96	91	71	95	99	87	88	95	83	-	87	99	-	-	-	-	-
Ghana	75	88	64	18	27	11	-	99	87	84	84	85	84	84	-	59	33	29	33	22	61
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	88	96	88	87	88	88	88	69	-	-	-	-	-	-
Grenade	95	97	93	96	96	97	100	-	87	91	91	98	91	91	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	95	99	92	86	90	82	-	96	93	80	81	95	80	80	91	64	-	22x	6x	1x	-
Guinée	50	78	35	18	31	11	40	90	99	71	70	67	-	-	79	42	-	38	12	0	44
Guinée équatoriale	43	45	42	53	60	46	0	73	65	33	39	51	-	-	59	-	-	36	15x	1x	49x
Guinée-Bissau	59	79	49	35	57	23	-	87	85	77	74	60	-	-	91	57	42	25	73	39	46
Guyana	83	83	83	70	86	60	100	96	95	93	92	90	93	93	31	78	-	40	74	6	1
Haïti	54	52	56	30	57	14	-	75	83	53	52	58	-	-	94	31	3	43	-	-	5
Honduras	87	95	81	69	87	54	100	90	95	87	87	91	87	87	-	56	54	49	-	-	1
Hongrie	99	100	98	95	100	85	100	99	99	99	99	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-
Iles Cook	94	98	88	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	87	82	96	82	93	58	100	92	90	74	95	96	97	60	-	-	-	-	-	-	-
Iles Salomon	70	94	65	31	98	18	-	84	96	91	91	84	93	-	74	-	-	-	-	-	-
Inde	86	95	83	33	59	22	100	78	78	55	58	59	6	-	83	69	-	32	-	-	12x
Indonésie	77	87	69	55	73	40	87	82	88	70	70	72	70	-	87	61	-	56	32x	0x	1
Iran, République islamique d'	94	99	84	-	-	-	100	99	99	99	99	99	99	-	-	93	-	-	-	-	-
Iraq	81	97	50	79	95	48	100	91	83	60	63	60	75	-	89	82	82	64	7x	0x	1x
Irlande	-	100	-	-	-	-	100	93	97	91	91	86	-	91	-	-	-	-	-	-	-
Islande	100	100	100	100	100	100	-	-	97	97	97	95	-	97	86	-	-	-	-	-	-
Israël	100	100	100	-	100	-	-	-	98	95	93	95	95	96	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	97	87	96	95	52	-	-	-	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	-	97	97	96	100	99	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	93	98	88	80	91	69	100	90	86	85	86	87	87	87	72	75	52	39	-	-	-
Japon	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	97	99	-	-	86	-	-	-	-	-	-
Jordanie	97	99	91	93	94	87	100	95	99	98	98	99	98	98	-	78	-	44	-	-	-
Kazakhstan	86	97	73	72	87	52	100	99	99	99	99	99	99	-	-	71	32	48	-	-	-
Kenya	61	83	46	43	46	41	80	92	90	80	77	77	80	80	74	49	-	33	15	5	27
Kirghizistan	77	98	66	59	75	51	40	99	96	92	93	97	90	-	82	62	45	22	-	-	-
Kiribati	65	77	53	40	59	22	100	99	98	86	86	61	88	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	90	-	-	-	-	-	-
Lesotho	79	92	76	37	61	32	1	96	95	83	80	85	85	-	72	59	-	53	-	-	-
Lettonie	99	100	96	78	82	71	100	99	99	98	98	95	97	99	-	-	-	-	-	-	-
Liban	100	100	100	98	100	87	100	-	98	92	92	96	88	92	72	74	-	-	-	-	-
Libéria	61	72	52	27	49	7	0	89	99	88	87	94	-	-	-	70	-	-	11	3	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	100	99	98	94	94	97	95	94	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	100	100	100	-	-	-	-	-	99	99	99	95	95	98	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	50	77	35	34	48	26	18	72	71	61	63	59	61	-	67	48	-	47	30x	0x	34
Malaisie	99	100	96	94	95	93	100	99	88	96	96	90	87	89	88	-	-	-	-	-	-
Malawi	73	98	68	61	62	61	20	99	99	99	99	85	99	99	84	51	29	26	29	23	24
Maldives	83	98	76	59	100	42	75	99	99	98	98	97	98	-	85	22	-	-	-	-	-
Mali	50	78	36	46	59	39	77	85	95	85	83	86	90	16	-	36	-	45	-	-	-
Malte	100	100	100	-	100	-	70	-	85	85	83	94	86	83	62	-	-	-	-	-	-
Maroc	81	99	56	73	88	52	100	95	99	97	97	95	95	10	-	38	-	46	-	-	-
Maurice	100	100	100	94	95	94	100	97	96	97	98	99	97	96	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	53	59	44	34	49	8	100	86	85	68	68	62	68	-	94	41	-	9	31	2	33
Mexique	97	100	87	79	91	41	100	99	99	98	98	96	98	98	87	-	-	-	-	-	-
Micronésie, Etats fédérés de	94	95	94	28	61	14	100	55	86	67	81	83	84	59	-	-	-	-	-	-	-
Moldova, République de	92	97	88	68	86	52	-	99	97	97	98	96	98	-	-	60	-	48	-	-	-
Monaco	100	100	-	100	100	-	-	90	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	62	87	30	59	75	37	-	98	99	99	98	99	98	56	87	63	71	47	-	-	-
Monténégro	-	-	-	-	-	-	-	98	95	90	90	90	90	90	85	89	57	64	-	-	-
Mozambique	43	72	26	32	53	19	100	87	88	72	70	77	72	-	85	55	-	47	10	-	15
Myanmar	78	80	77	77	88	72	-	85	86	82	82	78	75	-	87	66	-	65	-	-	-
Namibie	87	98	81	25	50	13	100	88	90	74	74	63	-	-	81	53	-	39	7x	-	14x
Nauru	-	-	-	-	-	-	0	99	98	72	45	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	90	96	89	35	62	30	18	93	93	89	91	85	69	-	83	43	25	43	-	-	-
Nicaragua	79	90	63	47	56	34	83	99	94	87	88	99	87	87	94	57	-	49	-	-	2x
Niger	46	80	36	13	43	4	19	64	58	39	55	47	-	-	53	27	-	43	15	7	33
Nigéria	48	67	31	44	53	36	100	69	72	54	61	62	41	-	71	33	-	28	6	1	34

TABLEAU 3 : SANTÉ

	% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées 2004			% de la population ayant accès à des installations d'assainissement adéquates 2004			% de vaccins PEV réguliers financés par l'Etat 2006	Vaccination 2006								% 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	Paludisme 2003-2006*		
								Enfants d'un an vaccinés contre :													
								TB	DTC		polio	rougeole	HepB	Hib							
								Vaccins correspondants													
	totale	urbaine	rurale	totale	urbaine	rurale	totale	BCG	DTC1[β]	DTC3[β]	polio3	rougeole	HepB3	Hib3	% de nouveau-nés protégés contre le tétanos[λ]	2000-2006*			% 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
Nioué	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	100	100	100	-	-	-	100	-	97	93	93	91	-	94	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	100	-	-	-	-	100	-	92	89	89	82	87	80	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	97	-	-	99	98	98	98	96	99	98	94	-	-	-	-	-	-
Ouganda	60	87	56	43	54	41	8	85	89	80	81	89	80	80	88	67	-	29	22	10	62
Ouzbékistan	82	95	75	67	78	61	64	98	96	95	94	95	97	-	87	68	56	28	-	-	-
Pakistan	91	96	89	59	92	41	100	89	90	83	83	80	83	-	80	66x	16x	-	-	-	-
Palaos	85	79	94	80	96	52	100	-	98	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-
Panama	90	99	79	73	89	51	100	99	99	99	99	94	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle -Guinée	39	88	32	44	67	41	100	75	85	75	75	65	70	-	81	75x	-x	-	-	-	-
Paraguay	86	99	68	80	94	61	100	75	90	73	72	88	73	73	82	51x	29x	-	-	-	-
Pays-Bas	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	96	-	97	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	83	89	65	63	74	32	96	99	98	94	95	99	94	94	64	68	-	57	-	-	-
Philippines	85	87	82	72	80	59	100	91	90	88	88	92	77	-	57	55	-	76	-	-	-
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	94	99	99	99	99	98	31	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	89	94	93	93	93	94	93	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	100	100	100	100	100	100	100	99	99	96	95	99	96	96	-	-	-	-	-	-	-
Rép. démocratique populaire lao	51	79	43	30	67	20	0	61	68	57	56	48	57	-	52	36	-	37	82x	18x	9x
République centrafricaine	75	93	61	27	47	12	0	70	65	40	40	35	-	-	74	32	39	47	33	15	57
République dominicaine	95	97	91	78	81	73	69	95	93	81	85	99	74	69	85	63	-	42	-	-	-
République tchèque	100	100	100	98	99	97	-	99	98	98	98	97	98	97	-	-	-	-	-	-	-
Roumanie	57	91	16	-	89	-	100	99	98	97	97	95	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni	100	100	100	-	-	-	100	-	97	92	92	85	-	92	-	-	-	-	-	-	-
Russie, Fédération de	97	100	88	87	93	70	-	97	99	99	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	74	92	69	42	56	38	28	98	99	99	99	95	99	99	82	28	-	24	16	13	12
Sainte-Lucie	98	98	98	89	89	89	-	94	94	85	85	94	85	85	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	100	99	99	95	96	96	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	94	95	95	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	-	-	93	-	-	96	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	88	90	87	100	100	100	100	84	80	56	57	54	56	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	79	89	73	25	32	20	0	98	99	99	97	85	75	-	-	47	-	63	53	42	25
Sénégal	76	92	60	57	79	34	37	99	99	89	89	80	89	89	86	47	-	43	14	7	27
Serbie	-	-	-	-	-	-	-	99	97	92	97	88	93	42	-	93	57	31	-	-	-
Seychelles	88	100	75	-	-	100	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	57	75	46	39	53	30	-	82	77	64	64	67	-	-	-	48	21	31	20	5	52
Singapour	100	100	-	100	100	-	-	98	96	95	95	93	94	-	4	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	100	100	99	99	100	98	100	98	99	99	99	98	99	99	73	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-	70	-	98	97	97	96	-	97	74	-	-	-	-	-	-
Somalie	29	32	27	26	48	14	0	50	40	35	35	35	-	-	-	13	32	7	18	9	8
Soudan	70	78	64	34	50	24	0	77	91	78	77	73	60	-	-	57	-	38	23x	0x	50x
Sri Lanka	79	98	74	91	98	89	68	99	99	99	98	99	98	-	93	-	-	-	-	-	-
Suède	100	100	100	100	100	100	-	17	99	99	99	95	-	99	86	-	-	-	-	-	-
Suisse	100	100	100	100	100	100	5	-	98	95	94	86	-	92	93	-	-	-	-	-	-
Suriname	92	98	73	94	99	76	-	-	94	84	84	83	84	84	-	58	-	43	77x	3x	-
Swaziland	62	87	54	48	59	44	100	78	73	68	67	57	68	-	-	60	-	24	0x	0x	26x
Syrie, République arabe de	93	98	87	90	99	81	100	99	99	99	99	98	98	99	87	77	71	34	-	-	-
Tadjikistan	59	92	48	51	70	45	5	94	93	86	81	87	86	-	88	64	41	22	2	1	2
Tanzanie, République-Unie de	62	85	49	47	53	43	83	99	94	90	91	93	90	-	-	59	-	53	31	16	58
Tchad	42	41	43	9	24	4	55	40	45	20	36	23	-	-	60	12	-	27	27x	1x	32x
Territoire palestinien occupé	92	94	88	73	78	61	-	99	98	96	96	99	97	-	-	65	-	-	-	-	-
Thaïlande	99	98	100	99	98	99	100	99	99	98	98	96	96	-	-	84	65	46	-	-	-
Timor-Leste	58	77	56	36	66	33	0	72	75	67	66	64	-	-	63	24	-	-	48x	8x	47x
Togo	52	80	36	35	71	15	100	96	91	87	87	83	-	-	84	23	26	22	41	38	48
Tonga	100	100	100	96	98	96	75	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	91	92	88	100	100	100	100	-	93	92	89	89	89	89	-	74	34	32	-	-	-
Tunisie	93	99	82	85	96	65	100	99	99	99	99	98	99	-	89	43	-	-	-	-	-
Turkménistan	72	93	54	62	77	50	-	99	99	98	98	99	98	-	-	83	50	25	-	-	-
Turquie	96	98	93	88	96	72	-	88	92	90	90	98	82	-	67	41	-	19x	-	-	-
Tuvalu	100	94	92	90	93	84	10	99	99	97	97	84	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	96	99	91	96	98	93	99	97	98	98	99	98	96	11	-	-	-	-	-	-	-

	% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées 2004			% de la population ayant accès à des installations d'assainissement adéquates 2004			% de vaccins PEV réguliers financés par l'Etat 2006	Vaccination 2006								% de nouveau-nés protégés contre le tétanos[λ]	% 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	Paludisme 2003-2006*		
								Enfants d'un an vaccinés contre :													
								TB	DTC		polio	rougeole	HepB	Hib							
								Vaccins correspondants													
	totale	urbaine	rurale	totale	urbaine	rurale	totale	BCG	DTC1[β]	DTC3[β]	polio3	rougeole	HepB3	Hib3			2000-2006*			% 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
Uruguay	100	100	100	100	100	99	100	99	99	95	95	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	60	86	52	50	78	42	100	92	90	85	85	99	85	-	52	-	-	-	-	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	83	85	70	68	71	48	-	83	78	71	73	55	71	71	88	72	-	51	-	-	-
Viet Nam	85	99	80	61	92	50	80	95	94	94	94	93	93	-	61	71	-	65	94	5	3
Yémen	67	71	65	43	86	28	100	70	92	85	85	80	85	85	-	47	-	18x	-	-	-
Zambie	58	90	40	55	59	52	85	94	94	80	80	84	80	80	90	69	-	48	27	23	58
Zimbabwe	81	98	72	53	63	47	0	99	95	90	90	90	90	-	80	50x	-	80x	7	3	5
DONNÉES CONSOLIDÉES																					
Afrique subsaharienne	55	81	41	37	53	28	49	82	83	72	74	72	48	24	77	40	-	30	15	8	34
Afrique de l'Est et australe	56	86	42	38	58	30	43	85	86	78	77	76	58	36	81	44	-	32	15	9	28
Afrique de l'Ouest et centrale	55	76	40	36	49	26	55	79	81	67	70	68	38	13	72	36	-	29	16	7	40
Asie du Sud	85	94	81	37	63	27	91	82	82	63	66	65	25	-	84	62	-	35	-	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	79	92	70	51	73	36	-	91	92	89	89	89	86	2	-	64**	-	61**	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	91	96	73	77	86	49	96	96	96	92	92	93	89	90	84	-	-	-	-	-	-
ECO/CEI	91	98	79	84	93	70	-	95	96	95	95	97	92	3	-	57	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	88	95	78	74	90	53	88	92	95	91	91	89	88	24	81	66	-	38	-	-	
Pays industrialisés§	100	100	100	100	100	99	-	-	98	96	94	93	64	82	-	-	-	-	-	-	-
Pays en développement§	80	92	70	50	73	33	78	86	88	78	79	78	59	17	80	56**	-	38**	-	-	-
Pays les moins avancés§	59	79	51	36	55	29	33	85	87	77	77	74	50	17	82	40	-	37	-	-	-
Total mondial	83	95	73	59	80	39	78	87	89	79	80	80	60	22	80	56**	-	38**	-	-	-

§ 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 148.

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 présumés atteints d'une pneumonie et recevant des antibiotiques – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) présumés atteints d'une pneumonie dans les deux semaines précédant l'enquête et qui reçoivent des antibiotiques.

% de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) présumés atteints d'une pneumonie au cours des deux semaines précédent 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).

SOURCES PRINCIPALES

Utilisation de sources d'eau potable améliorées et d'installations sanitaires adéquates – UNICEF, Organisation mondiale de la Santé (OMS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

Financement des vaccins par l'État – UNICEF et OMS.

Vaccination – UNICEF et OMS.

Enfants présumés atteints d'une pneumonie –EDS, MICS et autres enquêtes auprès des ménages nationales.

Réhydratation orale – EDS et MICS.

Paludisme – EDS et MICS.

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.

* données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

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.

± Dans le rapport de cette année, comme dans celui de l'an dernier, nous avons remplacé le terme « infection respiratoire aiguë (IRA) » utilisé dans les éditions antérieures, par « présumé atteint d'une pneumonie ». Toutefois, la méthode de collecte des données n'a pas changé, et les estimations présentées ici sont comparables à celles des rapports antérieurs. Pour obtenir des détails supplémentaires sur cette modification, voir la *Note générale sur les données* page 110.

λ Dans le rapport de cette année, 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 pris au moins deux doses de vaccin tétanos toxoïde (TT). Le modèle entend améliorer la précision de cet indicateur en incluant d'autres scénarios potentiels dans lesquels pourraient être protégées (par exemple, des femmes qui reçoivent des doses de TT lors des activités supplémentaires de vaccination). On trouvera une explication plus complète de la méthodologie dans la *Note générale sur les données*, page 110.

** 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), fin 2005	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2005 (milliers)			Transmission de la mère à l'enfant			Infections pédiatriques	Prévention chez les jeunes						Orphelins		
					Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH , 2005 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) dans la capitale		Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH , 2005 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2005		Connaissance d'ensemble du VIH (%), 2000-2006*		Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risques (%), 2000-2006*		Enfants (0-17 ans)		Taux de fréquentation scolaire des orphelins
		estimation	estimation basse - estimation haute		année	médiane		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	orphelins à cause du SIDA, 2005 estimation (milliers)	orphelins, toutes causes confondues, 2005 estimation (milliers)	2000-2006*
Afghanistan	<0.1	<1.0	<2.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-
Afrique du Sud	18.8	5500	4900 - 6100	3100	2004	25.2	240	4.4h	16.9h	-	-	-	-	1200	2500	-
Albanie	-	-	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Algérie	0.1	19	9.0 - 59	4.1	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-
Allemagne	0.1	49	29 - 81	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	3.7	320	200 - 450	170	2004	2.8	35	0.9	2.5	-	-	-	-	160	1200	90
Antigua-et-Barbuda	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	0.6	130	80 - 220	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	690	-
Arménie	0.1	2.9	1.8 - 5.8	<1.0	-	-	-	-	-	15	23	86	-	-	-	-
Australie	0.1	16	9.7 - 27	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	0.3	12	7.2 - 20	2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	0.1	5.4	2.6 - 17	<1.0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Bahamas	3.3	6.8	3.3 - 22	3.8	-	-	<0.5	-	-	-	-	-	-	-	8	-
Bahreïn	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	<0.1	11	6.4 - 18	1.4	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	4400	-
Barbade	1.5	2.7	1.5 - 4.2	<1.0	-	-	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Bélarus	0.3	20	11 - 47	5.1	-	-	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-
Belgique	0.3	14	8.1 - 22	5.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	2.5	3.7	2.0 - 5.7	1.0	-	-	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	5	-
Bénin	1.8	87	57 - 120	45	2003	1.7 - 2.1	9.8	0.4	1.1	14	8	44	17	62	370	-
Bhoutan	<0.1	<0.5	<2.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	-
Bolivie	0.1	7.0	3.8 - 17	1.9	-	-	-	-	-	18	15	37	20	-	310	74
Bosnie-Herzégovine	<0.1	<0.5	- - <1.0	-	-	-	-	-	-	-	48	-	71	-	-	-
Botswana	24.1	270	260 - 350	140	2005	33.5	14	5.7	15.3	33	40	88	75	120	150	99
Brésil	0.5	620	370 - 1000	220	-	-	-	-	-	67	67	71	58	-	3700	-
Brunéi Darussalam	<0.1	<0.1	<0.2	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-
Bulgarie	<0.1	<0.5	- - <1.0	-	-	-	-	-	-	15	17	70	57	-	-	-
Burkina Faso	2.0	150	120 - 190	80	2005	1.8	17	0.5	1.4	23	19r	67	64r	120	710	71
Burundi	3.3	150	130 - 180	79	2004	8.6	20	0.8	2.3	-	30	-	25	120	600	86
Cambodge	1.6	130	74 - 210	59	2002	2.7	-	0.1h	0.3h	45	50	84	-	-	470	80
Cameroun	5.4	510	460 - 560	290	2002	7.0	43	1.4h	4.8h	34	32r	57	62r	240	1000	87
Canada	0.3	60	48 - 72	9.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cap-Vert	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	0.3	28	17 - 56	7.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	200	-
Chine	0.1	650	390 1100	180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20600	-
Chypre	-	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	0.6	160	100 - 320	45	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	870	-
Comores	<0.1	<0.5	<1.0	<0.1	-	-	<0.1	<0.1	<0.1	-	10	-	-	-	33	59
Congo	5.3	120	75 - 160	61	2002	3.0	15	1.2	3.7	22	10	38	20	110	270	90
Congo, République démocratique du	3.2	1000	560 - 1500	520	2003	3.2	120	0.8	2.2	-	-	-	-	680	4200	72
Corée, République de	<0.1	13	7.9 - 25	7.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	450	-
Corée, République populaire démocratique de	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	0.3	7.4	3.6 - 24	2.0	2002	5.2	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-
Côte d'Ivoire	7.1	750	470 - 1000	400	2002	5.2	74	0.3h	2.4h	28	18	53	39	450	1400	121
Croatie	<0.1	<0.5	<1.0 -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cuba	0.1	4.8	2.3 - 15	2.6	-	-	-	-	-	-	52	-	-	-	120	-
Danemark	0.2	5.6	3.4 - 9.3	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	3.1	15	3.9 - 34	8.4	-	-	1.2	0.7	2.1	22	18	50	26	6	48	82
Dominique	-	-	- -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Egypte	<0.1	5.3	2.9 - 13	<1.0	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
El Salvador	0.9	36	22 - 72	9.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-
Emirats arabes unis	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Equateur	0.3	23	11 - 74	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	230	-
Erythrée	2.4	59	33 - 95	31	-	-	6.6	0.6	1.6	-	37	-	-	36	280	83
Espagne	0.6	140	84 - 230	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	1.3	10	4.8 - 32	2.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etats-Unis	0.6	1200	720 - 2000	300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ethiopie	-	-	420 - 1300	-	2003	11.5	-	0.3h	1.2h	33	21	50	28	-	4800	60
Ex-République yougoslave de Macédoine	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	27	-	70	-	-	-

	Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans), fin 2005	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2005 (milliers)			Transmission de la mère à l'enfant			Infections pédiatriques	Prévention chez les jeunes						Orphelins		
					Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH , 2005 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) dans la capitale		Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH , 2005 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2005		Connaissance d'ensemble du VIH (%), 2000-2006*		Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risques (%), 2000-2006*		Enfants (0-17 ans)		Taux de fréquentation scolaire des orphelins
		estimation	estimation basse -	estimation haute		année	médiane		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	orphelins à cause du SIDA, 2005	orphelins, toutes causes confondues, 2005	
															estimation (milliers)	estimation (milliers)	2000-2006*
Fidji	0.1	<1.0	0.3 - 2.1	<0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-
Finlande	0.1	1.9	1.1 - 3.1	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	0.4	130	78 - 210	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	7.9	60	40 - 87	33	-	-	3.9	1.8	5.4	22	24	48	33	20	65	98
Gambie	2.4	20	10 - 33	11	-	-	1.2	0.6	1.7	-	39	-	54	4	64	87
Géorgie	0.2	5.6	2.7 - 18	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	2.3	320	270 - 380	180	2003	3.9	25	0.1h	1.2h	44	34r	52	42r	170	1000	79p
Grèce	0.2	9.3	5.6 - 15	2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	0.9	61	37 - 100	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	370	98
Guinée	1.5	85	69 - 100	53	2004	4.4	7.0	0.6h	1.2h	23	17	37	26	28	370	73
Guinée équatoriale	3.2	8.9	7.3 - 11	4.7	-	-	<1.0	0.7	2.3	-	4	-	-	5	29	95
Guinée-Bissau	3.8	32	18 - 50	17	-	-	3.2	0.9	2.5	-	18	-	39	11	100	97
Guyana	2.4	12	4.7 - 23	6.6	-	-	<1.0	-	-	47	53	68	62	-	26	-
Haïti	3.8	190	120 - 270	96	2000	3.7	17	0.6h	1.5h	40	32	43	29	-	490	86
Honduras	1.5	63	35 - 99	16	-	-	2.4	-	-	-	30	-	24	-	180	-
Hongrie	0.1	3.2	1.9 - 5.3	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Cook	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Salomon	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde#	0.9	2500	2000 - 3100	1600	-	-	-	-	-	43	24	37	22	-	25700	84
Indonésie	0.1	170	100 - 290	29	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	5300	82
Iran, République islamique d'	0.2	66	36 - 160	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1500	-
Iraq	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	84
Irlande	0.2	5.0	3.0 - 8.3	1.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	0.2	<0.5	<1.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	4.0	2.2 - 9.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	0.5	150	90 - 250	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	1.5	25	14 - 39	6.9	-	-	<0.5	-	-	-	60	-	-	-	55	101
Japon	<0.1	17	10 - 29	9.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	0.1	12	11 - 77	6.8	-	-	-	-	-	-	22	65	32	-	-	98
Kenya	6.1	1300	1100 - 1500	740	-	-	150	1.3h	5.9h	47	34	47	25	1100	2300	95
Kirghizistan	0.1	4.0	1.9 - 13	<1.0	-	-	-	-	-	-	20	-	56	-	-	-
Kiribati	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	23.2	270	250 - 290	150	2004	27.3	18	6h	15.4h	18	26	53	53	97	150	95
Lettonie	0.8	10	6.1 - 17	2.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	0.1	2.9	1.4 - 9.2	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	250	-
Liechtenstein	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	0.2	3.3	1.6 - 10	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	0.2	<1.0	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	0.5	49	16 - 110	13	-	-	1.6	0.6	0.3	16	19	12	5	13	900	76
Malaisie	0.5	69	33 - 220	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	480	-
Malawi	14.1	940	480 - 1400	500	2001	15.0	91	2.1h	9.1h	36	41r	47	40r	550	950	96
Maldives	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	1.7	130	96 - 160	66	2002	2.5	16	0.4	1.2	15	9	35	17	94	710	104
Malte	0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	0.1	19	12 - 38	4.0	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-
Maurice	0.6	4.1	1.9 - 13	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-
Mauritanie	0.7	12	7.3 - 23	6.3	-	-	1.1	0.2	0.5	-	-	-	-	7	170	-
Mexique	0.3	180	99 - 440	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-
Micronésie, Etats fédérés de	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldova, République de	1.1	29	15 - 69	16	-	-	-	-	-	54	42	63	44	-	-	-
Monaco	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	<0.1	<0.5	<2.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	35	-	-	-	79	96
Monténégro	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	30	-	66	-	-	-
Mozambique	16.1	1800	1400 - 2200	960	2002	14.7	140	3.6	10.7	33	20	33	29	510	1500	80
Myanmar	1.3	360	200 - 570	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1700	-
Namibie	19.6	230	110 - 360	130	2004	7.5	17	4.4	13.4	41	31	69	48	85	140	92
Nauru	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 4 : VIH/SIDA

Pays et territoires	Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans), fin 2005	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2005 (milliers)			Transmission de la mère à l'enfant			Infections pédiatriques	Prévention chez les jeunes						Orphelins		
					Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH , 2005 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) dans la capitale		Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH , 2005 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2005		Connaissance d'ensemble du VIH (%), 2000-2006*		Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risques (%), 2000-2006*		Enfants (0-17 ans) orphelins à cause du SIDA, 2005	Enfants (0-17 ans) orphelins, toutes causes confondues, 2005	Taux de fréquentation scolaire des orphelins
		estimation	estimation basse - estimation haute		année	médiane		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	estimation (milliers)	estimation (milliers)	2000-2006*
Népal	0.5	75	41 - 180	16	-	-	-	-	-	44	28	78	-	-	970	-
Nicaragua	0.2	7.3	3.9 - 18	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	130	-
Niger	1.1	79	39 - 130	42	-	-	8.9	0.1h	0.5h	16	13	37	18	46	800	-
Nigéria	3.9	2900	1700 - 4200	1600	-	-	240	0.9	2.7	21	18	46	24	930	8600	64p
Nioué	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	0.1	2.5	1.5 - 4.1	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	0.1	1.4	0.8 - 2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	6.7	1000	850 - 1200	520	2005	5.2	110	1.1h	4.3h	35	30	55	53	1000	2300	94
Ouzbékistan	0.2	31	15 - 99	4.1	-	-	-	-	-	7	31r	50	61r	-	-	-
Pakistan	0.1	85	46 - 210	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4400	-
Palaos	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	0.9	17	11 - 34	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1.8	60	32 - 140	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	350	-
Paraguay	0.4	13	6.2 - 41	3.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-
Pays-Bas	0.2	18	11 - 29	5.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	0.6	93	56 - 150	26	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-	660	85p
Philippines	<0.1	12	7.3 - 20	3.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2000	-
Pologne	0.1	25	15 - 41	7.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	0.4	32	19 - 53	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rép. démocratique populaire lao	0.1	3.7	1.8 - 12	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	290	-
République centrafricaine	10.7	250	110 - 390	130	2002	14.0	24	2.5	7.3	-	17	-	41	140	330	96
République dominicaine	1.1	66	56 - 77	31	-	-	3.6	0.4h	0.7h	-	36	52	29	-	220	93
République tchèque	0.1	1.5	0.9 - 2.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Roumanie	<0.1	7.0	3.4 - 22	-	-	-	-	-	-	3	6	-	-	-	-	-
Royaume-Uni	0.2	68	41 - 110	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Russie, Fédération de	1.1	940	560 - 1600	210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	3.1	190	180 - 210	91	2003	10.3	27	0.4h	1.5h	54	51	40	26	210	820	82
Sainte-Lucie	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	44	-	56	-	-	109
Sénégal	0.9	61	29 - 100	33	2005	0.9	5.0	0.2h	0.6h	24	19	52	36	25	560	83p
Serbie	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	42	-	74	-	-	-
Seychelles	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1.6	48	27 - 73	26	2003	3.2	5.2	0.4	1.1	-	17	-	20	31	340	83
Singapour	0.3	5.5	3.1 - 14	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	-
Slovaquie	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	0.9	44	23 - 81	23	-	-	4.5	0.2	0.6	-	4	-	-	23	630	87
Soudan	1.6	350	170 - 580	180	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	1700	96
Sri Lanka	<0.1	5.0	3.0 - 8.3	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	310	-
Suède	0.2	8.0	4.8 - 13	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	0.4	17	9.9 - 27	5.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	1.9	5.2	2.8 - 8.1	1.4	-	-	<0.1	-	-	-	41	-	49	-	10	97
Swaziland	33.4	220	150 - 290	120	2004	37.3	15	7.7	22.7	52	52	70	54	63	95	97
Syrie, République arabe de	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	106
Tadjikistan	0.1	4.9	2.4 - 16	<0.5	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Tanzanie, République-Unie de	6.5	1400	1300 - 1600	710	2003	8.2	110	3h	4h	40	45	46	34	1100	2400	102
Tchad	3.5	180	88 - 300	90	2005	3.6	16	0.9	2.2	20	8	25	17	57	600	105
Territoire palestinien occupé	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	1.4	580	330 - 920	220	-	-	16	-	-	-	46	-	-	-	1200	99
Timor-Leste	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	3.2	110	65 - 160	61	2004	9.3	9.7	0.8	2.2	-	28	-	50	88	280	94
Tonga	-	-	- - -	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	2.6	27	15 - 42	15	-	-	<1.0	-	-	-	54	-	51	-	28	101
Tunisie	0.1	8.7	4.7 - 21	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans), fin 2005	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2005 (milliers)			Transmission de la mère à l'enfant			Infections pédiatriques	Prévention chez les jeunes						Orphelins		
					Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH , 2005 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) dans la capitale		Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH , 2005 (milliers)	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2005		Connaissance d'ensemble du VIH (%), 2000-2006*		Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risques (%), 2000-2006*		Enfants (0-17 ans)		Taux de fréquentation scolaire des orphelins
		estimation	estimation basse	estimation haute		année	médiane		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	orphelins à cause du SIDA, 2005 estimation (milliers)	orphelins, toutes causes confondues, 2005 estimation (milliers)	2000-2006*
Turkménistan	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-
Turquie	-	<2.0	<5.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	1.4	410	250 - 680	200	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	98
Uruguay	0.5	9.6	4.6 - 30	5.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	-
Vanuatu	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	0.7	110	54 - 350	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	480	-
Viet Nam	0.5	260	150 - 430	84	-	-	-	0.8h	0h	50	42r	68	-	-	1800	84
Yémen	-	-	- - -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	17.0	1100	1100 - 1200	570	2004	20.7	130	3h	11.1h	46	41	38	26	710	1200	103
Zimbabwe	20.1	1700	1100 - 2200	890	2004	18.6	160	4.2h	11h	46	44	68	42	1100	1400	95

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	6.1	24500	21600 - 27400	13200		9.7	2000	1.4	4.3	31	25	47	31	12000	46600	80
Afrique de l'Est et australe	8.6	17500	15800 - 19200	9400		13.5	1400	2.1	6.2	37	31	46	32	8700	24300	84
Afrique de l'Ouest et centrale	3.5	6900	5300 - 8700	3700		4.0	650	0.7	2.3	24	19	47	31	3300	22200	76
Asie du Sud#	0.7	5900	3600 - 9700	1600		-	130	-	-	43	23	38	22	-	37500	84
Asie de l'Est et Pacifique	0.2	2300	1800 - 3200	750		-	50	-	-	-	-	-	-	-	34800	-
Amérique latine et Caraïbes	0.6	1900	1500 - 2800	640		-	54	-	-	-	-	-	47	-	10700	-
ECO/CEI	0.6	1500	1000 - 2300	450		-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0.2	510	320 - 830	210		-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays industrialisés§	0.4	2000	1400 - 3000	530		-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays en développement§	1.1	35100	30300 - 41900	16400		-	2300	-	-	-	25	-	-	-	-	-
Pays les moins avancés§	2.7	11700	10100 - 13500	6000		7.5	1100	1.1	2.9	-	24	-	-	-	-	82
Total mondial	1.0	38600	33400 - 46000	17300		-	2300	-	-	-	25	-	-	15200	132700	-

§ 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 148.

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 2005.

Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH – Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH fin 2005.

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 2005.

Taux de prévalence du VIH chez les femmes (15-24 ans) enceintes jeunes dans la capitale – Pourcentage d'échantillons de sang prélevés chez des femmes enceintes (âgées de 15 à 24 ans) testées positives pour le VIH lors d'examens de surveillance sentinelle « anonymes et non reliés » effectués dans certaines cliniques de soins prénatals.

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 2005.

Taux de prévalence du VIH chez les hommes et les femmes jeunes – Pourcentage d'hommes et de femmes jeunes (âgés de 15 à 24 ans) vivant avec le VIH fin 2005.

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 risques – 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, fin 2003 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 – Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) fin 2005, qui ont perdu au moins un de leurs parents, 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.

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, 2006.*

Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2006.*

Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2006.*

Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) dans la capitale – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2006.*

Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2006.*

Taux de prévalence du VIH chez les hommes et les femmes jeunes – ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2006, Enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS), Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2001-2006.

Connaissance d'ensemble du VIH – EDS, EIS, Etude des surveillances de comportement (ESC), ESP et Enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et Enquêtes sur la santé de la procréation (2000-2006) et Base de données sur les indicateurs du SIDA, www.measuredhs.com/hivdata.

Utilisation d'un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels à risques – EDS, EIS, ESC, ESP (2000-2006) et Base de données sur les indicateurs du SIDA, www.measuredhs.com/hivdata.

Enfants rendus orphelins par le SIDA – ONUSIDA, UNICEF et USAID, *Les générations vulnérables et orphelines d'Afrique : les enfants affectés par le SIDA, 2006.*

Enfants orphelins, toutes causes confondues – UNICEF, ONUSIDA, et USAID, *Les générations vulnérables et orphelines d'Afrique : les enfants affectés par le SIDA, 2006.*

Taux de fréquentation scolaire des orphelins – EIS, EDS et MICS, 2000-2006 ; (1998-2003) et Base de données sur les indicateurs du SIDA, www.measuredhs.com/hivdata.

NOTES

- Données non disponibles.
* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
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).
\# Les données révisées sur la prévalence du VIH chez les adultes en Inde n'étaient pas disponibles au moment où nous mettions sous presse. Les données pour l'Inde les plus récentes sur « Nombre estimatif de personnes de tous âges vivant avec le VIH » sont exclues des résumés régionaux.
r Signale que l'année concernant les données sur les femmes est plus récente que l'année concernant les hommes.
h Données des EDS et AIS menées entre 2001 et 2006.

TABLEAU 5 : ÉDUCATION

Pays et territoires	Taux d'alphabétisation des jeunes 2000-2006*		Nombres pour 100 personnes 2005		Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2006*				Taux net de fréquentation dans le primaire (2000-2006*)		% d'enfants entrés en première année atteignant la cinquième 2000-2006*		Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2006*				Taux de fréquentation dans le secondaire (2000-2006*)	
					brut		net		net				brut		net		net	
	Hommes	Femmes	Télé-phones	Utilisation d'Internet	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Données admin.	Données de l'enquête	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afghanistan	51	18	4	1	108	64	-	-	66	40	-	92	24	8	-	-	18	6
Afrique du Sud	94x	94x	82	11	106	102	87	87	80	83	82	98x,y	90	97	58	65	41x	48x
Albanie	99	100	60	6	106	105	94	94	92	92	90y	9	79	77	75	73	79	77
Algérie	94	86	49	6	116	107	98	95	97	96	96	95	80	86	65	68	57	65
Allemagne	-	-	162	43	101	101	96	96	-	-	99y	-	101	99	-	-	-	-
Andorre	-	-	149	33	89	85	82	79	-	-	-	-	84	93	73	80	-	-
Angola	84	63	11	1	69x	59x	-	-	58	59	-	75	19	15	-	-	22	20
Antigua-et-Barbuda	-	-	150	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	97	95	73	12	91	91	77	79	-	-	96	-	89	86	63	68	-	-
Argentine	99	99	82	18	113	112	99	98	-	-	97	-	83	89	76	82	-	-
Arménie	100	100	30	5	92	96	77	81	99	98	-	100	87	89	83	86	93	95
Australie	-	-	142	70	104	104	96	97	-	-	-	-	152	145	86	87	-	-
Autriche	-	-	152	49	106	106	96	98	-	-	99y	-	105	100	-	-	-	-
Azerbaïdjan	100x	100x	40	8	97	96	85	84	91	91	98y	99	84	81	79	76	87	84
Bahamas	-	-	112	32	101	101	90	92	-	-	99	-	90	91	83	85	-	-
Bahreïn	97	97	130	21	105	104	97	97	86	87	99	99	96	102	87	93	77	85
Bangladesh	67	60	7	0	107	111	93	96	79	84	65	94	47	48	44	45	36	41
Barbade	-	-	127	59	108	108	98	98	-	-	98	-	113	113	96	97	-	-
Bélarus	100x	100x	76	35	103	100	91	88	93	94	99y	100	95	96	88	89	95	97
Belgique	-	-	135	46	104	104	99	99	-	-	-	-	112	108	97	98	-	-
Belize	76x	77x	57	14	130	125	93	96	-	-	91	-	84	85	71	72	-	-
Bénin	59	33	11	6	107	85	86	70	60	47	52	92	41	23	23	11	19	12
Bhoutan	-	-	9	3	-	-	80	79	74	67	93	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie	99	96	33	5	113	113	94	96	78	77	85	50	90	87	73	72	57	56
Bosnie-Herzégovine	100	100	66	21	-	-	-	-	92	89	-	100	-	-	-	-	89	89
Botswana	92	96	54	3	107	105	85	84	83	86	91	96y	72	75	57	62	36	44
Brésil	96	98	68	21	146	135	95	95	95	95	81y	84x,y	101	111	75	81	42x	50x
Brunéi Darussalam	99	99	85	36	108	107	93	94	-	-	100	-	94	98	85	90	-	-
Bulgarie	98	98	113	21	103	102	94	93	-	-	92y	-	106	101	89	87	-	-
Burkina Faso	40	27	5	0	64	51	50	40	49	44	76	91	16	12	13	9	17	15
Burundi	77	70	2	1	91	78	63	58	72	70	67	87	16	12	-	-	8	6
Cambodge	88	79	8	0	139	129	93	90	73	76	56	95	35	24	27	22	24	21
Cameroun	-	-	14	2	126	107	-	-	86	81	64	91	49	39	-	-	45	42
Canada	-	-	117	68	100	99	99	100	-	-	93	-	119	116	-	-	-	-
Cap-Vert	96	97	32	6	111	105	91	89	97	96	78	-	65	70	55	60	-	-
Chili	99	99	90	29	106	101	91	89	-	-	100	-	90	91	-	-	-	-
Chine	99	99	57	8	114	112	99	99	-	-	-	-	74	75	-	-	-	-
Chypre	100	100	136	39	101	101	99	99	-	-	99	-	96	98	93	95	-	-
Colombie	98	98	65	10	113	111	87	87	90	92	81	89	74	82	53	58	64	72
Comores	-	-	4	3	91	80	80	65	31	31	80	25	40	30	-	-	10	11
Congo	98	97	13	1	91	84	40	48	86	87	66	95	42	35	-	-	39	42
Congo, République démocratique du	78	63	5	0	69	54	-	-	55	49	-	54	28	16	-	-	18	15
Corée, République de	-	-	135	68	105	104	100	99	-	-	99	-	96	96	94	94	-	-
Corée, République populaire démocratique de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	97	98	58	21	110	109	91	93	87	89	87	-	77	82	58	64	59	65
Côte d'Ivoire	71	52	14	1	80	63	62	50	66	57	88	92	32	18	26	15	32	22
Croatie	100	100	122	32	95	94	88	87	-	-	100y	-	88	89	84	86	-	-
Cuba	100	100	9	2	104	99	98	96	-	-	97	99y	94	94	87	88	-	-
Danemark	-	-	162	53	98	99	95	96	-	-	93	-	122	126	91	93	-	-
Djibouti	-	-	8	1	44	36	37	30	80	78	77x	96	29	19	27	18	50	42
Dominique	-	-	88	-	93	92	83	85	-	-	93	-	109	106	92	92	-	-
Egypte	90	79	34	7	104	97	96	91	96	94	95	99	89	82	85	79	72	67
El Salvador	87	90	49	9	115	111	93	93	-	-	69	-	62	64	52	54	-	-
Emirats arabes unis	98	96	128	29	85	82	71	70	-	-	97	-	62	66	56	59	-	-
Equateur	96	97	60	7	117	117	97	98	-	-	76	-	61	61	52	53	-	-
Erythrée	-	-	2	2	71	57	51	43	69	64	79	82y	40	23	30	20	23	21
Espagne	100x	100x	142	40	108	105	100	99	-	-	100	-	121	127	97	100	-	-
Estonie	100	100	142	52	102	99	95	95	-	-	99	-	100	101	90	93	-	-
Etats-Unis	-	-	130	66	100	99	92	93	-	-	-	-	94	96	88	90	-	-
Ethiopie	62	39	1	0	107	94	71	66	45	45	68y	78	41	28	38	26	30	23
Ex-République yougoslave de Macédoine	99	99	88	8	98	98	92	92	97	93	98y	100	85	83	83	81	79	78
Fidji	-	-	37	8	107	105	97	96	-	-	99	-	85	91	80	85	-	-
Finlande	-	-	141	53	100	99	98	98	-	-	100	-	108	113	95	95	-	-

	Taux d'alphabétisation des jeunes 2000-2006*		Nombres pour 100 personnes 2005		Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2006*				Taux net de fréquentation dans le primaire (2000-2006*)		% d'enfants entrés en première année atteignant la cinquième 2000-2006*		Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2006*				Taux de fréquentation dans le secondaire (2000-2006*)	
					brut		net		net				brut		net		net	
	Hommes	Femmes	Télé-phones	Utilisation d'Internet	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Données admin.	Données de l'enquête	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
France	-	-	135	43	112	110	99	99	-	-	98x	-	116	116	98	100	-	-
Gabon	97	95	50	5	130	129	77	77	94	94	69	91y	49	42	-	-	34	36
Gambie	-	-	19	4	79	84	78	77	60	62	-	97	51	42	49	41	39	34
Géorgie	-	-	39	6	93	94	93	93	99y	100y	98y	-	82	83	81	81	-	-
Ghana	76	66	14	2	94	93	69	70	75	75	63	90	50	43	40	36	45	45
Grèce	99	99	149	18	101	101	99	99	-	-	99	-	103	101	90	92	-	-
Grenade	-	-	72	19	94	91	84	83	-	-	79	-	99	102	78	80	-	-
Guatemala	86	78	46	8	118	109	96	92	80	76	68	73x,y	54	49	35	32	23x	24x
Guinée	59	34	3	1	88	74	70	61	55	48	76	97	39	21	31	17	27	17
Guinée équatoriale	95	95	21	1	117	111	85	77	61	60	33	72y	38	22	-	-	23	22
Guinée-Bissau	-	-	8	2	84	56	53	38	54	53	-	80	23	13	11	6	8	7
Guyana	-	-	52	21	133	131	-	-	96	96	64	97	101	103	-	-	66	73
Haïti	-	-	8	7	-	-	-	-	48	51	-	89	-	-	-	-	18	21
Honduras	87	91	25	4	113	113	90	92	77	80	70	83	59	73	-	-	29	36
Hongrie	-	-	126	30	99	97	90	88	-	-	98y	-	97	96	90	90	-	-
Iles Cook	-	-	-	-	83	81	78	77	-	-	-	-	72	73	62	68	-	-
Iles Marshall	-	-	9	-	105	101	90	89	-	-	-	-	75	78	72	77	-	-
Iles Salomon	-	-	3	1	99	94	65	62	-	-	-	-	32	27	28	24	-	-
Inde	84	68	13	5	123	116	92	86	84	85	73	95y	63	50	-	-	64	58
Indonésie	99	99	27	7	119	115	97	94	94	95	90	96y	64	63	59	58	54	56
Iran République islamique d'	98	97	38	11	100	122	91	100	94	91	88	-	83	78	79	75	-	-
Iraq	89	81	6	0	108	89	94	81	91	80	81	95	54	36	44	31	46	34
Irlande	-	-	152	34	108	106	96	96	-	-	100	-	108	118	85	91	-	-
Islande	-	-	169	62	101	98	100	97	-	-	100	-	107	109	87	89	-	-
Israël	-	-	155	24	109	110	97	98	-	-	100	-	93	92	89	89	-	-
Italie	100	100	167	48	103	102	99	98	-	-	100	-	100	99	92	93	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	100	97	20	4	106	105	-	-	-	-	-	-	96	115	-	-	-	-
Jamaïque	-	-	118	46	95	94	90	90	97	98	90	99	86	89	77	80	88	92
Japon	-	-	121	67	100	100	100	100	-	-	-	-	102	102	99	100	-	-
Jordanie	99	99	66	13	96	96	88	90	99	99	96	99y	87	88	77	80	85	89
Kazakhstan	100x	100x	55	4	110	108	92	90	99	98	100y	100	100	97	92	91	97	97
Kenya	80	81	14	3	114	110	78	79	79	79	83	98	50	48	42	42	12	13
Kirghizistan	100x	100x	19	5	98	97	87	86	91	93	97y	99	86	87	80	81	90	92
Kiribati	-	-	-	2	111	113	96	98	-	-	82	-	82	93	65	71	-	-
Koweït	100	100	108	26	99	97	87	86	-	-	99y	-	92	98	76	80	-	-
Lesotho	-	-	17	3	132	132	84	89	82	88	73	91	34	43	19	30	16	27
Lettonie	100	100	113	45	94	90	86	89	-	-	98y	-	98	99	-	-	-	-
Liban	-	-	46	20	108	105	93	92	97	97	93	96	85	93	-	-	61	68
Libéria	65	70	-	-	115	83	74	58	-	-	-	-	37	27	22	12	-	-
Liechtenstein	-	-	137	63	106	107	87	89	-	-	-	-	120	104	62	69	-	-
Lituanie	100	100	150	26	95	95	89	89	-	-	98y	-	97	96	91	91	-	-
Luxembourg	-	-	207	68	100	100	95	95	-	-	92	-	91	97	79	85	-	-
Madagascar	59	57	3	1	141	136	93	92	74	77	43	93	14x	14x	11x	11x	17	21
Malaisie	97	97	92	42	96	96	96	95	-	-	98	-	72	81	71	81	-	-
Malawi	82x	71x	4	0	121	124	92	97	86	88	42	87	31	25	25	22	27	26
Maldives	98	98	-	-	95	93	79	79	-	-	92	-	68	78	60	66	-	-
Mali	32x	17x	8	1	74	59	56	45	45	33	87	93	29	18	-	-	15	11
Malte	94x	98x	131	32	101	95	88	84	-	-	99	-	98	101	84	83	-	-
Maroc	81	61	45	15	111	99	89	83	91	87	79	86y	54	46	38	32	39	36
Maurice	94	95	81	24	102	102	94	96	-	-	97	-	89	88	81	82	-	-
Mauritanie	68	56	26	1	93	94	72	72	46	42	57	69y	22	19	17	14	15	9
Mexique	98	98	62	17	110	108	98	98	97	97	94	-	78	83	64	66	-	-
Micronésie, Etats fédérés de	-	-	24	13	116	113	-	-	-	-	-	-	83	88	-	-	-	-
Moldova, République de	100	100	48	13	93	92	86	86	84	85	91y	100	80	83	75	77	82	85
Monaco	-	-	145	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	97	98	27	10	92	94	83	85	96	98	91y	96	86	98	79	90	85	91
Monténégro	-	-	-	-	98	98	-	-	98	97	-	97	88	89	-	-	90	92
Mozambique	60x	37x	8	1	111	94	81	74	63	57	62	84	16	11	8	6	8	7
Myanmar	96	93	1	0	99	101	89	91	83	84	70	100	41	40	38	37	51	48
Namibie	91	94	31	4	99	100	69	74	78	78	86	95	52	60	33	44	29	40
Nauru	-	-	-	-	84	83	-	-	-	-	31	-	46	50	-	-	-	-
Népal	81	60	3	1	129	123	90	83	86	82	79	95	46	40	-	-	46	38
Nicaragua	84	89	23	2	113	110	88	86	77	84	54	63	62	71	40	46	35	47
Niger	52	23	2	0	54	39	46	33	36	25	65	89	10	7	9	6	6	6
Nigéria	87	81	15	4	111	95	72	64	66	58	73	97	37	31	29	25	38	33

TABLEAU 5 : ÉDUCATION

Pays et territoires	Taux d'alphabétisation des jeunes 2000-2006*		Nombres pour 100 personnes 2005		Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2006*				Taux net de fréquentation dans le primaire (2000-2006*)		% d'enfants entrés en première année atteignant la cinquième 2000-2006*		Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2006*				Taux de fréquentation dans le secondaire (2000-2006*)	
					brut		net		net				brut		net		net	
	Hommes	Femmes	Télé-phones	Utilisation d'Internet	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Données admin.	Données de l'enquête	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Nioué	-	-	-	-	78	97	-	-	-	-	-	-	104	94	91x	96x	-	-
Norvège	-	-	149	58	98	98	98	98	-	-	100	-	114	114	97	97	-	-
Nouvelle-Zélande	-	-	131	68	102	102	99	99	-	-	-	-	119	127	90	93	-	-
Oman	98	97	62	11	81	82	73	74	-	-	100	-	90	86	77	77	-	-
Ouganda	83	71	5	2	119	119	-	-	82	81	48	89	21	17	16	14	16	16
Ouzbékistan	-	-	9	3	100	99	-	-	100	100	96y	100	96	93	-	-	91	90
Pakistan	77	53	12	7	99	75	77	59	62	51	70	90	31	23	24	18	23	18
Palaos	-	-	-	-	108	101	98	95	-	-	-	-	97	105	-	-	-	-
Panama	97	96	67	6	113	109	99	98	-	-	85	-	68	73	61	67	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	69	64	2	2	80	70	-	-	-	-	68	-	29	23	-	-	-	-
Paraguay	96	96	36	3	106	103	87	88	95	96	81	90x,y	63	64	-	-	81	80
Pays-Bas	-	-	144	74	108	106	99	98	-	-	99	-	120	117	86	88	-	-
Pérou	98	96	28	16	113	112	96	97	94	94	90	95	91	92	70	69	70	70
Philippines	94	97	45	5	113	112	93	95	88	89	75	93	81	90	55	66	55	70
Pologne	-	-	106	26	98	98	96	97	-	-	99	-	100	99	92	94	-	-
Portugal	100	100	149	27	117	112	98	98	-	-	-	-	94	104	79	87	-	-
Qatar	95	98	119	28	107	106	96	96	-	-	-	-	101	99	91	89	-	-
Rép. démocratique populaire lao	83	75	12	0	123	108	86	81	81	77	63	92	53	40	41	35	40	33
République centrafricaine	70	47	3	0	67	44	44	37	64	54	-	73	-	-	13	9	16	10
République dominicaine	93	95	51	17	116	110	87	88	84	88	86	91	64	78	47	59	27	39
République tchèque	-	-	147	27	102	100	91	93	-	-	98	-	95	97	-	-	-	-
Roumanie	98	98	82	22	108	106	93	92	-	-	95y	-	85	86	79	82	-	-
Royaume-Uni	-	-	167	54	107	107	99	99	-	-	-	-	104	107	94	97	-	-
Russie, Fédération de	100	100	112	15	129	129	92	93	-	-	-	-	93	91	-	-	-	-
Rwanda	79	77	3	1	119	121	72	75	84	87	46	84	15	13	11	10	5	5
Sainte-Lucie	-	-	-	34	111	107	98	96	-	-	96	-	71	85	61	76	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	83	-	97	102	91	96	-	-	87	-	95	93	87	85	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	-	-	78	8	117	105	92	88	-	-	88	-	67	83	57	71	-	-
Samoa	99	99	24	3	100	100	90	91	-	-	94	-	76	85	62	70	-	-
Sao Tomé-et-Principe	96	95	12	15	135	132	97	96	94	95	76	87	43	46	30	34	39	41
Sénégal	59	41	17	5	80	77	70	67	58	59	73	95	24	18	19	15	20	16
Serbie	-	-	-	-	98	98	-	-	98	98	-	100	88	89	-	-	90	93
Seychelles	99	99	97	26	115	116	99	100	-	-	99	-	106	105	94	100	-	-
Sierra Leone	60	37	-	0	171	139	-	-	69	69	-	92	35	26	-	-	22	17
Singapour	99x	99x	143	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	106	35	99	98	91	92	-	-	97y	-	94	95	-	-	-	-
Slovénie	100	100	131	55	102	101	99	98	-	-	99y	-	100	100	94	95	-	-
Somalie	-	-	7	1	-	-	-	-	24	20	56y	92	-	-	-	-	8	4
Soudan	85	71	7	8	65	56	47	39	60	57	79	71	35	33	-	-	19	20
Sri Lanka	95	96	22	2	102	101	99	98	-	-	100	-	82	83	-	-	-	-
Suède	-	-	171	76	97	97	96	96	-	-	-	-	103	103	99	100	-	-
Suisse	-	-	161	51	102	101	93	93	-	-	-	-	98	91	87	81	-	-
Suriname	96	94	70	7	120	120	93	96	94	93	-	93	75	100	63	87	55	66
Swaziland	87	90	23	4	111	104	80	81	73	72	77	89	46	44	31	35	24	33
Syrie, République arabe de	95	90	31	6	127	121	97	92	97	96	92	99	70	65	64	60	64	65
Tadjikistan	100	100	8	0	103	99	99	96	89	88	98y	99	89	74	86	73	89	74
Tanzanie, République-Unie de	81	76	9	1	112	109	99	97	71	75	85	96	7x	5x	-	-	8	8
Tchad	56	23	2	0	92	62	72	50	41	31	33	64y	23	8	16	5	13	7
Territoire palestinien occupé	99	99	39	7	89	88	80	80	91	92	98y	99	96	103	92	98	-	-
Thaïlande	98	98	59	11	98	94	90	86	98	98	-	99	69	72	62	66	77	84
Timor-Leste	-	-	-	-	157	145	-	-	76y	74y	-	-	52	52	-	-	-	-
Togo	84	64	10	6	109	92	84	72	82	76	75	92	54	27	30	14	45	32
Tonga	99x	99x	44	3	118	112	97	93	-	-	89	-	94	102	61	75	-	-
Trinité-et-Tobago	100	100	86	12	102	99	90	90	98	98	91	99	79	82	68	70	84	90
Tunisie	96	92	69	9	111	108	97	97	95	93	97	92y	80	88	62	68	-	-
Turkménistan	100x	100x	10	1	-	-	-	-	99	99	-	100	-	-	-	-	84	84
Turquie	98	93	86	15	96	91	92	87	91	87	97	97x,y	83	68	72	61	53	47
Tuvalu	-	-	-	-	95	102	-	-	-	-	70	100	87	81	-	-	-	-
Ukraine	100	100	90	10	107	107	83	83	96	98	-	100	92	85	82	77	90	93
Uruguay	98x	99x	66	21	110	108	92	93	-	-	91	-	98	113	-	-	-	-
Vanuatu	-	-	9	3	120	116	95	93	-	-	78	-	44	38	42	36	-	-

	Taux d'alphabétisation des jeunes 2000-2006*		Nombres pour 100 personnes 2005		Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2006*				Taux net de fréquentation dans le primaire (2000-2006*)		% d'enfants entrés en première année atteignant la cinquième 2000-2006*		Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2006*				Taux de fréquentation dans le secondaire (2000-2006*)	
					brut		net		net				brut		net		net	
	Hommes	Femmes	Télé-phones	Utilisation d'Internet	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Données admin.	Données de l'enquête	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Venezuela (République bolivarienne du)	96	98	60	13	106	104	91	92	91	93	91	96	70	79	59	68	30	43
Viet Nam	94x	94x	30	13	98	91	97	92	94	94	87	98	77	75	71	68	77	78
Yémen	91	59	14	1	102	75	87	63	68	41	73	88x,y	62	31	46	21	35x	13x
Zambie	73x	66x	9	3	114	108	89	89	55	58	94	88	31	25	29	23	17	19
Zimbabwe	98	98	8	8	97	95	81	82	85	87	70	88	38	35	35	33	45	45
DONNÉES CONSOLIDÉES																		
Afrique subsaharienne	76	64	14	3	102	91	75	70	64	60	70	86	37	30	30	25	25	22
Afrique de l'Est et australe	75	64	17	3	110	104	83	81	66	67	69	87	41	35	35	30	20	19
Afrique de l'Ouest et centrale	76	64	11	2	95	79	68	59	62	55	71	86	34	25	26	20	30	25
Asie du Sud	81	65	12	5	118	109	90	83	81	79	72	94	56	46	-	-	55	50
Asie de l'Est et Pacifique	99	98	52	10	112	110	98	97	91	92	84**	96**	72	72	61**	62**	60**	63**
Amérique latine et Caraïbes	96	97	61	16	120	115	95	94	90	91	85	-	85	92	67	71	-	-
ECO/CEI	99	98	84	14	105	102	91	89	93	91	97	-	90	86	80	75	80	78
Moyen-Orient et Afrique du Nord	92	83	37	9	100	94	86	81	89	86	88	91	74	68	67	62	54	52
Pays industrialisés§	-	-	138	55	102	101	95	96	-	-	-	-	102	103	92	93	-	-
Pays en développement§	90	84	35	8	111	105	90	86	80	78	77**	92**	63	59	52**	50**	50**	46**
Pays les moins avancés§	74	59	6	1	100	91	80	75	65	63	67	85	36	29	33	28	26	24
Total mondial	91	85	53	15	110	104	91	87	80	78	78**	92**	68	64	59**	58**	50**	47**

§ 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 148.

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.

Enfants atteignant la 5e année d'études primaires – Pourcentage d'enfants entrés en première année du cycle d'enseignement primaire atteignant la 5e année.

SOURCES PRINCIPALES

Alphabétisation des jeunes – Institut de la statistique de l'UNESCO (ISU).

Utilisation du téléphone et d'Internet – Union internationale des telecommunications (Genève).

Inscription dans les cycles primaire et secondaire – Institut de la statistique de l'UNESCO (UIS).

Fréquentation dans le primaire et le secondaire – Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

Enfants atteignant la 5e année – Données administratives : Institut de statistique de l'UNESCO. Données de l'enquête : 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.
- y 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, mais qui sont 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'exclusion de la Chine.

TABLEAU 6 : INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et territoires	Population (milliers) 2006		Taux annuel d'accroissement démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Indice synthétique de fécondité 2006	% de la population urbanisée 2006	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006			1970-1990	1990-2006
Afghanistan	13982	4823	0.3	4.5	29	23	20	52	52	49	35	41	43	7.2	23	2.9	6.0
Afrique du Sud	18349	5254	2.4	1.7	14	8	16	38	29	23	53	62	50	2.7	60	2.9	2.6
Albanie	1003	250	2.2	-0.2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2.1	46	2.9	1.2
Algérie	11870	3213	3.0	1.7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2.4	64	4.4	3.0
Allemagne	14517	3548	0.1	0.2	12	11	10	14	11	8	71	75	79	1.4	75	0.1	0.4
Andorre	14	4	3.9	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	3.8	1.9
Angola	8797	3082	2.7	2.8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6.5	54	7.3	5.2
Antigua-et-Barbuda	28	8	-0.6	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-0.3	2.4
Arabie saoudite	9671	2879	5.2	2.5	18	5	4	48	36	25	52	68	72	3.5	81	7.5	2.8
Argentine	12277	3346	1.5	1.1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2.3	90	2.0	1.4
Arménie	789	164	1.7	-1.0	5	8	9	23	21	12	70	68	72	1.3	64	2.3	-1.4
Australie	4803	1267	1.4	1.2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1.8	88	1.4	1.4
Autriche	1584	394	0.2	0.5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1.4	66	0.2	0.5
Azerbaïdjan	2604	547	1.7	1.0	7	7	7	29	27	15	65	66	67	1.7	52	2.0	0.7
Bahamas	106	28	2.0	1.6	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2.0	91	3.1	2.1
Bahreïn	226	65	4.0	2.5	9	4	3	40	29	18	62	72	75	2.4	97	4.3	3.1
Bangladesh	64194	18951	2.4	2.0	20	12	8	45	35	26	44	54	63	2.9	25	7.2	3.6
Barbade	67	17	0.6	0.5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1.5	53	1.0	1.6
Bélarus	1936	455	0.6	-0.3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1.2	73	2.7	0.2
Belgique	2138	561	0.2	0.3	12	11	10	14	12	11	71	76	79	1.6	97	0.3	0.4
Belize	123	36	2.1	2.6	8	5	4	40	35	26	66	72	76	3.0	48	1.7	2.7
Bénin	4437	1488	3.0	3.3	22	15	12	47	47	41	46	53	56	5.6	40	6.7	4.3
Bhoutan	252	61	3.0	1.1	23	14	7	47	38	19	41	52	65	2.3	11	6.1	4.0
Bolivie	4131	1243	2.3	2.1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3.6	65	4.0	3.1
Bosnie-Herzégovine	842	195	0.9	-0.6	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1.2	46	2.8	0.5
Botswana	784	216	3.3	1.9	13	7	15	45	35	25	55	64	49	3.0	58	11.8	4.0
Brésil	62408	18092	2.2	1.5	10	7	6	35	24	20	59	66	72	2.3	85	3.7	2.3
Brunéi Darussalam	131	40	3.4	2.5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2.4	74	3.7	3.2
Bulgarie	1331	341	0.2	-0.9	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1.3	70	1.4	-0.5
Burkina Faso	7573	2605	2.4	3.0	24	17	15	51	49	45	42	50	52	6.1	19	6.8	4.9
Burundi	4249	1461	2.4	2.3	20	19	16	44	48	46	44	46	49	6.8	10	7.3	5.4
Cambodge	6261	1690	1.7	2.4	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3.3	20	2.0	5.4
Cameroun	8791	2851	2.9	2.5	19	13	15	45	42	36	46	55	50	4.5	56	6.4	4.4
Canada	6948	1716	1.2	1.0	7	7	7	17	14	10	73	77	80	1.5	80	1.3	1.3
Cap-Vert	240	73	1.4	2.4	12	8	5	40	39	30	56	65	71	3.5	58	5.5	4.1
Chili	4897	1233	1.6	1.4	10	6	5	29	23	15	62	73	78	1.9	88	2.1	1.7
Chine	348276	84390	1.6	0.9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1.7	41	3.9	3.4
Chypre	202	49	0.5	1.4	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1.6	69	3.0	1.6
Colombie	16233	4438	2.2	1.7	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2.3	73	3.2	2.0
Comores	395	129	3.3	2.8	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4.5	38	5.1	4.6
Congo	1788	587	3.0	2.6	14	11	12	44	39	36	54	57	54	4.6	61	4.7	3.3
Congo, République démocratique du	32671	11843	3.1	2.9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6.7	33	2.6	3.9
Corée, République de	10616	2369	1.5	0.7	9	6	6	31	16	9	60	71	78	1.2	81	4.5	1.3
Corée, République populaire démocratique de	6744	1606	1.7	1.0	7	6	10	35	21	14	62	71	67	1.9	62	2.1	1.4
Costa Rica	1490	393	2.6	2.2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2.1	62	4.0	3.5
Côte d'Ivoire	9179	2849	4.4	2.5	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4.6	45	6.1	3.3
Croatie	859	205	0.4	0.1	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1.3	57	1.9	0.4
Cuba	2630	652	1.0	0.4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1.5	75	2.0	0.5
Danemark	1210	321	0.2	0.3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1.8	86	0.5	0.4
Djibouti	368	107	6.2	2.4	21	14	12	49	42	29	43	51	54	4.1	87	7.3	3.2
Dominique	23	6	0.3	-0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	2.1	0.3
Egypte	29263	8634	2.2	1.9	17	9	6	41	32	25	50	62	71	3.0	43	2.4	1.8
El Salvador	2685	775	1.8	1.8	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2.7	60	2.9	3.0
Emirats arabes unis	976	315	10.6	5.1	11	3	1	36	27	16	61	73	78	2.3	77	10.5	5.0
Equateur	5064	1414	2.7	1.6	12	6	5	42	29	22	58	68	75	2.6	63	4.4	2.4
Erythrée	2330	808	2.7	2.5	21	16	10	47	41	40	43	48	57	5.2	20	3.8	3.9
Espagne	7671	2268	0.7	0.8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1.4	77	1.4	0.9
Estonie	261	67	0.7	-1.0	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1.5	69	1.1	-1.2
Etats-Unis	75757	20776	1.0	1.0	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2.1	81	1.1	1.5

	Population (milliers) 2006		Taux annuel d'accroissement démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Indice synthétique de fécondité 2006	% de la population urbanisée 2006	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006			1970-1990	1990-2006
Ethiopie	41299	13439	2.7	2.9	21	18	13	49	47	39	43	47	52	5.4	16	4.6	4.4
Ex-République yougoslave de Macédoine	486	117	1.0	0.4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1.5	70	2.0	1.6
Fidji	321	90	1.6	0.9	8	6	7	34	29	22	60	67	69	2.8	51	2.5	2.2
Finlande	1097	286	0.4	0.3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1.8	61	1.4	0.3
France	13555	3834	0.6	0.5	11	9	9	17	13	12	72	77	80	1.9	77	0.8	0.7
Gabon	554	158	2.8	2.2	20	11	12	34	36	26	47	61	56	3.1	84	6.6	3.5
Gambie	784	261	3.5	3.4	28	15	11	50	43	36	37	51	59	4.8	55	6.8	5.7
Géorgie	1043	237	0.7	-1.3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1.4	52	1.5	-1.6
Ghana	10452	3195	2.7	2.4	16	11	10	45	40	30	49	57	59	4.0	49	3.9	4.2
Grèce	1917	513	0.7	0.6	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1.3	59	1.3	0.6
Grenade	43	10	0.1	0.6	9	10	8	28	28	18	64	66	68	2.3	31	0.1	0.3
Guatemala	6463	2066	2.5	2.4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4.3	48	3.2	3.3
Guinée	4576	1544	2.3	2.6	27	19	12	50	47	41	38	47	55	5.6	33	5.1	3.7
Guinée équatoriale	241	81	0.8	2.4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5.4	39	2.0	3.1
Guinée-Bissau	889	322	2.8	3.0	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7.1	30	5.9	3.3
Guyana	268	73	0.1	0.1	11	9	9	38	25	18	60	62	66	2.4	28	0.2	-0.2
Haïti	4190	1244	2.1	1.8	18	13	10	39	37	28	47	54	60	3.7	39	4.1	3.6
Honduras	3235	943	3.0	2.2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3.4	47	4.6	3.2
Hongrie	1935	475	0.0	-0.2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1.3	67	0.5	-0.1
Iles Cook	5	2	-0.9	-1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	-0.5	-0.2
Iles Marshall	22	6	4.2	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	4.3	1.5
Iles Salomon	226	70	3.3	2.7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	4.0	17	5.5	4.2
Inde	445361	126843	2.2	1.8	16	10	8	38	32	24	49	59	64	2.9	29	3.5	2.6
Indonésie	76870	21720	2.1	1.4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2.2	49	5.0	4.4
Iran, République islamique d'	24682	6270	3.4	1.3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2.0	67	4.9	2.5
Iraq	13691	4223	3.0	2.7	12	8	10	46	39	33	56	63	58	4.4	67	4.1	2.4
Irlande	1047	315	0.9	1.1	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2.0	61	1.3	1.6
Islande	78	21	1.1	1.0	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2.0	93	1.4	1.1
Israël	2231	679	2.2	2.6	7	6	5	27	22	20	71	76	80	2.8	92	2.6	2.7
Italie	9886	2729	0.3	0.2	10	10	10	17	10	9	72	77	80	1.4	68	0.4	0.3
Jamahiriya arabe libyenne	2154	676	3.9	2.0	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2.8	85	6.7	2.5
Jamaïque	1011	277	1.2	0.8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2.5	53	2.1	1.3
Japon	21393	5622	0.8	0.2	7	7	9	19	10	9	72	79	82	1.3	66	1.7	0.5
Jordanie	2460	718	3.5	3.5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3.2	83	4.8	4.4
Kazakhstan	4595	1253	1.2	-0.5	9	9	10	26	23	19	62	67	66	2.2	58	1.7	-0.3
Kenya	18155	6161	3.7	2.8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5.0	21	6.5	3.7
Kirghizistan	1959	504	2.0	1.1	11	8	8	31	31	21	60	66	66	2.5	36	2.0	0.8
Kiribati	35	10	2.5	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4.0	4.0
Koweït	769	236	5.3	1.6	6	2	2	48	24	18	66	75	77	2.2	98	6.0	1.6
Lesotho	952	272	2.2	1.4	17	11	19	43	36	30	49	59	42	3.5	19	5.7	2.0
Lettonie	427	102	0.6	-0.9	11	13	14	14	14	9	70	69	72	1.3	68	1.3	-1.1
Liban	1367	363	1.0	1.9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2.2	87	2.7	2.2
Libéria	1922	690	2.2	3.2	22	21	19	49	50	50	42	43	45	6.8	59	4.9	4.9
Liechtenstein	7	2	1.5	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1.6	1.5
Lituanie	713	151	0.8	-0.5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1.3	66	2.4	-0.6
Luxembourg	101	27	0.6	1.2	12	11	9	13	13	12	70	75	79	1.7	83	1.0	1.3
Madagascar	9613	3142	2.8	2.9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4.9	27	5.3	3.8
Malaisie	9623	2758	2.6	2.3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2.7	68	4.5	4.3
Malawi	7286	2425	3.7	2.3	24	18	16	56	50	42	41	49	47	5.7	18	7.0	4.8
Maldives	123	30	2.9	2.1	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2.6	30	6.8	3.0
Mali	6528	2247	2.3	2.8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6.6	31	4.7	4.6
Malte	85	20	0.9	0.7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1.4	96	0.9	1.1
Maroc	11135	2978	2.4	1.4	17	8	6	47	30	21	52	64	71	2.4	59	4.1	2.6
Maurice	360	94	1.2	1.1	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1.9	42	1.4	0.8
Mauritanie	1415	456	2.6	2.8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4.5	41	7.6	2.9
Mexique	37911	10445	2.4	1.4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2.3	76	3.4	1.7
Micronésie, Etats fédérés de	50	14	2.2	0.9	9	7	6	41	34	27	62	66	68	3.9	22	2.4	0.0
Moldova, République de	975	213	1.0	-0.8	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1.4	47	2.9	-0.8
Monaco	6	2	1.2	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1.2	0.5

TABLEAU 6 : INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

	Population (milliers) 2006		Taux annuel d'accroissement démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Indice synthétique de fécondité 2006	% de la population urbanisée 2006	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006			1970-1990	1990-2006
Mongolie	918	233	2.8	1.0	14	9	7	42	33	19	53	61	66	1.9	57	4.0	1.0
Monténégro	145	38	0.6	0.1	3	5	9	10	11	13	69	75	74	1.8	-	-	-
Mozambique	10674	3670	1.8	2.7	25	20	20	48	43	41	39	43	42	5.2	35	8.3	5.9
Myanmar	15772	4146	2.1	1.2	15	11	10	40	27	19	51	59	61	2.1	31	2.5	2.6
Namibie	942	248	3.0	2.3	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3.3	36	4.1	3.9
Nauru	4	1	1.7	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1.7	0.6
Népal	12487	3626	2.3	2.3	21	13	8	42	39	29	43	54	63	3.4	16	6.3	6.1
Nicaragua	2446	671	2.7	1.8	13	7	5	47	37	25	54	64	72	2.8	59	3.3	2.5
Niger	7455	2713	3.1	3.5	26	22	14	58	56	50	40	46	56	7.3	17	5.9	4.1
Nigéria	73703	24503	2.8	2.7	22	18	17	47	47	41	42	47	47	5.5	49	5.3	4.8
Nioué	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	-	-
Norvège	1092	284	0.4	0.6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1.8	77	0.9	1.1
Nouvelle-Zélande	1066	284	1.0	1.2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2.0	86	1.2	1.3
Oman	1014	269	4.5	2.0	17	4	3	50	38	22	49	70	75	3.1	71	9.3	2.6
Ouganda	16828	5840	3.2	3.2	16	15	14	49	50	47	50	51	50	6.6	13	5.7	4.1
Ouzbékistan	10673	2861	2.7	1.7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2.6	37	3.1	1.2
Pakistan	70673	19012	3.2	2.2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3.6	35	4.2	3.1
Palaos	8	2	1.4	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	2.2	1.8
Panama	1172	344	2.4	1.9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2.6	72	3.0	3.7
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2899	898	2.4	2.5	19	11	10	42	37	31	43	54	57	4.0	13	3.9	2.7
Paraguay	2522	731	2.7	2.2	7	6	6	37	33	25	65	68	71	3.2	59	4.0	3.4
Pays-Bas	3592	987	0.7	0.6	8	9	9	17	13	12	74	77	79	1.7	81	1.2	1.6
Pérou	10318	2815	2.5	1.5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2.5	73	3.4	1.8
Philippines	36430	11027	2.6	2.1	11	7	5	40	33	27	57	65	71	3.3	63	4.5	3.8
Pologne	7684	1765	0.8	0.0	8	10	10	17	15	9	70	71	75	1.2	62	1.6	0.1
Portugal	1996	557	0.7	0.4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1.5	58	1.8	1.6
Qatar	204	64	7.2	3.5	13	3	2	34	23	17	60	69	75	2.7	96	7.4	3.7
Rép. démocratique populaire lao	2682	715	2.3	2.2	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3.3	21	4.7	4.1
République centrafricaine	2107	668	2.4	2.2	22	16	19	42	42	37	42	50	44	4.7	38	3.9	2.4
République dominicaine	3760	1110	2.3	1.7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2.9	68	3.9	3.0
République tchèque	1857	466	0.2	-0.1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1.2	73	2.1	-0.2
Roumanie	4276	1058	0.7	-0.5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1.3	54	2.2	-0.5
Royaume-Uni	13155	3467	0.1	0.3	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1.8	90	0.8	0.4
Russie, Fédération de	27839	7195	0.7	-0.2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1.3	73	1.5	-0.3
Rwanda	4844	1617	3.3	1.6	20	33	17	53	49	44	44	33	46	6.0	20	5.9	9.9
Sainte-Lucie	55	15	1.4	1.1	8	7	7	41	25	19	64	71	73	2.2	28	2.4	0.7
Saint-Kitts-et-Nevis	17	5	-0.5	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-0.4	0.7
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	46	3.0	1.4
Samoa	88	25	0.6	0.9	10	7	5	39	34	26	55	65	71	4.1	23	0.8	1.3
Sao Tomé-et-Principe	75	23	2.3	1.8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	4.0	59	4.2	3.7
Sénégal	5888	1913	2.9	2.7	21	12	9	48	43	36	45	57	63	4.9	42	4.2	3.1
Serbie	2222	605	0.8	0.2	9	10	11	18	15	13	68	71	74	1.8	-	-	-
Seychelles	44	15	1.6	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4.8	1.2
Sierra Leone	2827	999	2.1	2.1	29	26	23	47	48	46	35	39	42	6.5	41	4.8	4.1
Singapour	1010	207	1.9	2.3	5	5	5	23	18	9	69	75	80	1.3	100	1.9	2.3
Slovaquie	1114	259	0.7	0.2	10	10	10	19	15	10	70	72	74	1.2	56	2.3	0.1
Slovénie	349	89	0.7	0.2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1.3	51	2.3	0.3
Somalie	4261	1507	3.1	1.4	24	22	17	51	46	44	40	42	47	6.2	36	4.5	2.6
Soudan	17697	5483	2.9	2.3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4.4	42	5.3	5.1
Sri Lanka	5576	1483	1.6	0.7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1.9	15	1.0	-0.1
Suède	1925	499	0.3	0.4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1.8	84	0.4	0.5
Suisse	1500	362	0.5	0.5	9	9	8	16	12	9	73	78	81	1.4	76	1.6	1.2
Suriname	160	45	0.4	0.8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2.5	74	2.4	1.3
Swaziland	536	147	3.2	1.7	18	10	20	50	41	29	48	59	40	3.6	24	7.5	2.1
Syrie, République arabe de	8342	2500	3.5	2.6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3.2	51	4.1	2.9
Tadjikistan	3090	858	2.9	1.4	10	8	6	40	39	28	60	63	66	3.5	25	2.2	-0.2
Tanzanie, République-Unie de	20171	6953	3.1	2.7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5.3	25	7.5	4.4

	Population (milliers) 2006		Taux annuel d'accroissement démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Indice synthétique de fécondité 2006	% de la population urbanisée 2006	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006			1970-1990	1990-2006
Tchad	5528	1943	2.5	3.4	21	16	16	46	48	46	45	52	50	6.3	26	5.5	4.7
Territoire palestinien occupé	2039	673	3.4	3.7	19	7	4	49	46	37	54	68	73	5.3	72	4.5	4.0
Thaïlande	16522	4514	1.9	1.0	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1.8	33	3.6	1.6
Timor-Leste	570	190	1.0	2.6	22	18	9	46	43	42	40	46	60	6.7	27	3.4	4.1
Togo	3192	1045	3.1	3.0	18	12	10	48	44	38	48	58	58	5.0	41	4.9	4.9
Tonga	44	12	-0.2	0.3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3.8	24	0.4	0.7
Trinité-et-Tobago	365	93	1.2	0.5	7	7	8	27	21	15	66	70	69	1.6	13	-0.5	2.9
Tunisie	3225	823	2.4	1.4	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1.9	66	3.8	2.0
Turkménistan	1865	491	2.6	1.8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2.6	47	2.3	2.0
Turquie	24632	6630	2.3	1.6	12	8	6	39	26	19	56	65	72	2.2	68	4.5	2.4
Tuvalu	4	1	1.3	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	4.6	2.7
Ukraine	8676	2001	0.4	-0.6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1.2	68	1.4	-0.5
Uruguay	943	254	0.5	0.4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2.1	92	0.9	0.7
Vanuatu	102	31	2.8	2.4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3.9	24	4.9	4.0
Venezuela République bolivarienne du	10052	2880	3.0	2.0	7	5	5	37	29	22	65	71	73	2.6	94	3.8	2.7
Viet Nam	30570	8101	2.2	1.7	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2.2	27	2.7	3.4
Yémen	11482	3639	3.3	3.6	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5.6	28	5.5	5.3
Zambie	6164	2012	3.2	2.3	17	16	20	49	44	40	49	49	41	5.3	35	4.5	1.6
Zimbabwe	6199	1703	3.5	1.5	13	8	19	48	37	28	55	63	42	3.3	36	6.1	2.9
DONNÉES CONSOLIDÉES																	
Afrique subsaharienne	376047	125254	2.9	2.6	20	16	15	48	45	40	45	50	50	5.3	35	4.7	4.1
Afrique de l'Est et australe	183232	60197	2.9	2.5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	5.0	29	4.7	3.7
Afrique de l'Ouest et centrale	192816	65057	2.9	2.7	22	17	16	48	47	42	43	49	50	5.6	42	4.8	4.3
Asie du Sud	612647	174830	2.3	1.9	17	11	8	39	33	25	49	59	64	3.0	29	3.8	2.8
Asie de l'Est et Pacifique	566804	144870	1.8	1.1	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1.9	43	3.9	3.4
Amérique latine et Caraïbes	197134	55715	2.2	1.5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2.4	78	3.3	2.1
ECO/CEI	101837	26218	1.0	0.2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1.7	62	2.0	0.2
Moyen-Orient et Afrique du Nord	152632	44126	3.0	2.0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3.1	58	4.4	2.8
Pays industrialisés§	204920	54768	0.7	0.6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1.7	76	1.0	0.9
Pays en développement§	1958948	559069	2.2	1.6	13	9	8	38	29	23	55	63	66	2.8	43	3.8	2.9
Pays les moins avancés§	376727	122114	2.5	2.5	21	16	13	47	42	36	44	51	55	4.7	27	4.9	4.1
Total mondial	2212024	625781	1.8	1.4	12	9	9	32	26	21	59	65	68	2.6	49	2.7	2.2

§ 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 148.

DÉFINITIONS

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait un nouveau-né si les caractéristiques de mortalité de sa population au moment de sa naissance demeuraient les mêmes tout au long de sa vie.

Taux brut de mortalité – Nombre annuel de décès pour 1 000 habitants.

Taux brut de natalité – Nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants.

Indice synthétique 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 enfantine – 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) 2006	Taux annuel moyen de croissance du PIB (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	% de la population ayant moins de 1 dollar EU par jour	% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1994-2005*)			APD totale reçue en millions de $ EU	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
		1970-1990	1990-2006	1990-2006	1995-2005*	Santé	Education	Défense	2005	2005	1990	2005
Afghanistan	250x	1.6x	-	-	-	-	-	-	2775	40	-	-
Afrique du Sud	5390	0	0.8	9	11	-	-	-	700	0	-	6x
Albanie	2960	-0.7x	5.2	20	<2	4	2	4	319	4	4x	2x
Algérie	3030	2	1.3	13	<2	4	24	17	371	0	62	19x
Allemagne	36620	2.2x	1.4	1	-	19	1	4	-	-	-	-
Andorre	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	1980	0.4x	2.1	361	-	6x	15x	34x	442	2	7	9
Antigua-et-Barbuda	11210	6.5x	1.8	2	-	-	-	-	7	1	-	-
Arabie saoudite	12510x	-2	0.1x	3x	-	6x	14x	36x	26	0	-	-
Argentine	5150	-1	1.3	6	7	5	5	3	100	0	30	12
Arménie	1930	-	5.2	78	<2	-	-	-	193	4	-	5x
Australie	35990	2	2.5	2	-	15	10	6	-	-	-	-
Autriche	39590	2	1.9	1	-	14	10	2	-	-	-	-
Azerbaïdjan	1850	-	1.5	78	4	1	4	12	223	2	-	4x
Bahamas	14920x	2	0.4x	3x	-	16	20	3	-	-	-	-
Bahreïn	14370x	-1.3x	2.3x	2x	-	8	15	14	0	0	-	-
Bangladesh	480	1	3	4	41	7	17	10	1321	2	17	5
Barbade	d	2	1.5x	3x	-	-	-	-	-2	0	14	5
Bélarus	3380	-	2.8	180	<2	3	4	3	54	0	-	1x
Belgique	38600	2	1.8	2	-	16	3	3	-	-	-	-
Belize	3650	3	2.3	1	-	8	20	5	13	1	5	34
Bénin	540	0	1.4	6	31	6x	31x	17x	349	8	7	6x
Bhoutan	1410	4.7x	4.8	8	-	9	13	-	90	11	5x	5x
Bolivie	1100	-1	1.3	7	23	10	21	5	583	6	31	13
Bosnie-Herzégovine	2980	-	11.6x	5x	-	-	-	-	546	5	-	3x
Botswana	5900	8	4.8	8	28x	5	26	8	71	1	4	1
Brésil	4730	2	1.1	81	8	6	6	3	192	0	19	26
Brunéi Darussalam	24100x	-2.1x	-0.8x	0x	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	3990	3.4x	2	55	<2	12	5	6	-	-	19	28
Burkina Faso	460	1	1.5	5	27	7x	17x	14x	660	13	6	10x
Burundi	100	1	-2.6	12	55	2	15	23	365	50	41	41
Cambodge	480	-	5.8x	3x	34	-	-	-	538	9	-	0x
Cameroun	1080	3	0.7	4	17	3	12	10	414	3	18	11x
Canada	36170	2	2.2	2	-	9	2	6	-	-	-	-
Cap-Vert	2130	-	3.3	4	-	-	-	-	161	16	5	6
Chili	6980	2	3.7	6	<2	14	17	7	152	0	20	15
Chine	2010	7	8.8	5	10	0	2	12	1757	0	10	3
Chypre	18430x	5.9x	2.3x	4x	-	6	12	4	-	-	-	-
Colombie	2740	2	0.8	15	7	9	20	13	511	0	39	34
Comores	660	0.1x	-0.4	4	-	-	-	-	25	6	2	3x
Congo	950x	3	-0.8	8	-	4	4	10	1449	38	32	2
Congo, République démocratique du	130	-2	-4.7	385	-	0	0	18	1828	26	5x	0x
Corée, République de	17690	6	4.5	4	<2	0	14	10	-	-	10x	10x
Corée, République populaire démocratique de	a	-	-	-	-	-	-	-	81	0	-	-
Costa Rica	4980	1	2.4	13	3	21	22	0	30	0	21	5
Côte d'Ivoire	870	-2	-0.5	6	15	4x	21x	4x	119	1	26	4
Croatie	9330	-	2.8	37	<2	13	8	4	125	0	-	27x
Cuba	1170x	-	3.5x	4x	-	23x	10x	-	88	0	-	-
Danemark	51700	2	1.9	2	-	1	12	5	-	-	-	-
Djibouti	1060	-	-2.4	3	-	-	-	-	79	10	-	4x
Dominique	3960	4.7x	1.4	2	-	-	-	-	15	5	4	13
Egypte	1350	4	2.4	7	3	3	15	9	926	1	18	6
El Salvador	2540	-2	1.6	5	19	13	15	3	199	1	14	7
Emirats arabes unis	23950x	-4.8x	-0.9x	3x	-	7	17	30	-	-	-	-
Equateur	2840	1	1	5	18	11x	18x	13x	210	1	27	28
Erythrée	200	-	0x	12x	-	-	-	-	355	47	-	13x
Espagne	27570	2	2.5	4	-	15	2	4	-	-	-	-
Estonie	11410	1.5x	4.9	26	<2	16	7	5	-	-	-	15x
Etats-Unis	44970	2	2.1	2	-	24	3	20	-	-	-	-

	RNB par habitant ($EU) 2006	Taux annuel moyen de croissance du PIB (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	% de la population ayant moins de 1 dollar EU par jour	% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1994-2005*)			APD totale reçue en millions de $ EU	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
		1970-1990	1990-2006	1990-2006	1995-2005*	Santé	Education	Défense	2005	2005	1990	2005
Ethiopie	180	-	1.9	4	23	1	5	17	1937	17	33	4
Ex-République yougoslave de Macédoine	3060	-	0.2	34	<2	-	-	-	230	4	-	9x
Fidji	3300	0.6x	1.4x	3x	-	9	18	6	64	2	12	6x
Finlande	40650	3	2.6	2	-	3	10	4	-	-	-	-
France	36550	2	1.6	1	-	16x	7x	6x	-	-	-	-
Gabon	5000	0	-1	6	-	-	-	-	54	1	4	11x
Gambie	310	1	0.3	8	59	7x	12x	4x	58	13	18	11
Géorgie	1560	3	1	116	7	3	4	9	310	5	-	8x
Ghana	520	-2	2.1	25	45	7x	22x	5x	1120	11	21	6
Grèce	21690	1	2.7	6	-	7	11	8	-	-	-	-
Grenade	4420	4.9x	2.3	2	-	10x	17x	-	45	9	2	6
Guatemala	2640	0	1.2	9	14	11x	17x	11x	254	1	11	5
Guinée	410	0.3x	1.3	8	-	3x	11x	29x	182	5	18	17x
Guinée équatoriale	8250	-	21.6	13	-	-	-	-	39	1	2	0x
Guinée-Bissau	190	0	-2.5	17	-	1x	3x	4x	79	28	21	11x
Guyana	1130	-2	3	8	<2x	-	-	-	137	18	-	5x
Haïti	480	0	-2	19	54	-	-	-	515	13	5	3
Honduras	1200	1	0.6	14	15	10x	19x	7x	681	8	30	7
Hongrie	10950	3	3.2	14	<2	6	5	3	-	-	30	30
Iles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	8	0	-	-
Iles Marshall	3000	-	-2.2	5	-	-	-	-	57	31	-	-
Iles Salomon	680	3	-2.3	8	-	-	-	-	198	67	10	7x
Inde	820	2	4.4	6	34	2	2	13	1724	0	25	18x
Indonésie	1420	5	2.2	15	8	1	4	7	2524	1	31	20x
Iran, République islamique d'	3000	-2	2.5	23	<2	6	7	14	104	0	1	4x
Iraq	2170x	-4.3x	-	-	-	-	-	-	21654	0	-	-
Irlande	45580	3	6	4	-	16	14	3	-	-	-	-
Islande	50580	3	2.3	4	-	26	10	-	-	-	-	-
Israël	18580x	2	1.5x	7x	-	13	15	19	-	-	-	-
Italie	32020	3	1.3	3	-	3	10	3	-	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	7380	-4.8x	-	-	-	-	-	-	24	0	-	-
Jamaïque	3480	-1	0.7	16	<2	7	15	2	36	0	20	16
Japon	38410	3	0.9	-1	-	2x	6x	4x	-	-	18	5
Jordanie	2660	2.5x	1.8	2	<2	10	16	19	622	5	18x	7x
Kazakhstan	3790	-	2.6	83	<2	4	4	5	229	1	-	38x
Kenya	580	1	0	11	23	7	26	6	768	4	26	4
Kirghizistan	490	-	-0.9	51	<2	11	20	10	268	12	-	11x
Kiribati	1230	-5	1.9	2	-	-	-	-	28	22	-	22x
Koweït	30630x	-6.8x	0.6x	4x	-	6	12	15	-	-	-	-
Lesotho	1030	3	2.3	8	36	6	25	5	69	4	4	5
Lettonie	8100	3	4.2	23	<2	11	6	4	-	-	-	18x
Liban	5490	-	2.5	9	-	2	7	11	243	1	1x	63x
Libéria	140	-4	2.2	44	36x	5x	11x	9x	236	54	-	0x
Liechtenstein	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	7870	-	2.5	32	<2	10	7	4	-	-	-	13x
Luxembourg	76040	3	3.3	2	-	13	10	1	-	-	-	-
Madagascar	280	-2	-0.5	15	61	8	13	5	929	17	32	14
Malaisie	5490	4	3.2	3	<2	6	23	11	32	0	12	5
Malawi	170	0	1.1	28	21	7x	12x	5x	575	28	23	6x
Maldives	2680	-	4.2x	1x	-	9	14	10	67	9	4	7
Mali	440	-1	2.2	5	36	2x	9x	8x	691	13	8	5x
Malte	13610x	7	2.7x	3x	-	14	13	2	0	0	0x	3x
Maroc	1900	2	1.6	2	<2	3	18	13	652	1	18	11
Maurice	5450	5.1x	3.7	6	-	9	16	1	32	0	6	6
Mauritanie	740	-1	0.5	8	26	4x	23x	-	190	11	24	20x
Mexique	7870	2	1.5	14	3	5	25	3	189	0	16	17
Micronésie, Etats fédérés de	2380	-	-0.2	2	-	-	-	-	106	42	-	-
Moldova, République de	1100	1.8x	-2	57	<2	13	9	1	192	6	-	10x
Monaco	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 7 : INDICATEURS ÉCONOMIQUES

	RNB par habitant ($EU) 2006	Taux annuel moyen de croissance du PIB (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	% de la population ayant moins de 1 dollar EU par jour	% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1994-2005*)			APD totale reçue en millions de $ EU	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
		1970-1990	1990-2006	1990-2006	1995-2005*	Santé	Education	Défense	2005	2005	1990	2005
Mongolie	880	-	3.3x	11x	11	6	9	9	212	12	-	2x
Monténégro	3860	-	2.6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	340	-1x	4.4	21	36	5x	10x	35x	1286	21	21	3
Myanmar	220x	2	6.6x	24x	-	5	15	22	145	0	17	3x
Namibie	3230	-2.3x	1.5	9	35x	10x	22x	7x	123	2	12	4
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Népal	290	1	1.9	6	24	5	18	11	428	6	12x	5x
Nicaragua	1000	-4	1.9	22	45	13x	15x	6x	740	15	2	6
Niger	260	-2	-0.5	4	61	-	-	-	515	15	12	6x
Nigéria	640	-1	0.7	22	71	1x	3x	3x	6437	9	22	16
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	21	0	-	-
Norvège	66530	3	2.6	3	-	16	6	5	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	27250	1	2.1	2	-	18	20	3	-	-	-	-
Oman	9070x	3	1.8x	1x	-	7	15	33	31	0	12	7
Ouganda	300	-	3.1	8	85x	2x	15x	26x	1198	15	47	7
Ouzbékistan	610	-	0.7	117	<2	-	-	-	172	1	-	21x
Pakistan	770	3	1.4	10	17	1	1	20	1666	2	16	9
Palaos	7990	-	-	3x	-	-	-	-	23	15	-	-
Panama	4890	0	2.3	2	7	18	16	-	20	0	3	17
Papouasie-Nouvelle-Guinée	770	-1	0.2	8	-	7	22	4	266	6	37	9
Paraguay	1400	3	-0.5	11	14	7x	22x	11x	51	1	12	11
Pays-Bas	42670	2	1.8	2	-	10	11	4	-	-	-	-
Pérou	2920	-1	2.3	14	11	13	7	-	398	1	6	25
Philippines	1420	1	1.7	7	15	2	19	5	562	1	23	16
Pologne	8190	-	4.3	14	<2	11	12	4	-	-	4	28
Portugal	18100	3	1.9	4	<2x	16	16	3	-	-	-	-
Qatar	12000x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rép. démocratique populaire lao	500	-	4.1	26	27	-	-	-	296	12	8	8x
République centrafricaine	360	-1	-0.6	3	67x	-	-	-	95	7	8	12x
République dominicaine	2850	2	3.7	11	3	10	13	4	77	0	7	6
République tchèque	12680	-	2.1	8	<2	16	10	4	-	-	-	10x
Roumanie	4850	0.9x	2	62	<2	14	7	5	-	-	0	17
Royaume-Uni	40180	2	2.5	3	-	15	4	7	-	-	-	-
Russie, Fédération de	5780	-	0.6	78	<2	9	4	13	-	-	-	9x
Rwanda	250	1	0.3	9	60	5x	26x	-	576	28	10	7
Sainte-Lucie	5110	5.3x	1.1	2	-	-	-	-	11	1	2	6
Saint-Kitts-et-Nevis	8840	6.3x	2.8	3	-	-	-	-	4	1	3	23
Saint-Marin	d	-	-	-	-	18	9	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	3930	3	1.7	3	-	12	16	-	5	1	3	11
Samoa	2270	-0.1x	2.5	6	-	-	-	-	44	12	5	5
Sao Tomé-et-Principe	780	-	0.5x	34x	-	-	-	-	32	47	28	31x
Sénégal	750	0	1.2	4	17	3	14	7	689	8	14	9x
Serbie	3910	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	8650	3	1.4	2	-	10	9	4	19	3	7	6
Sierra Leone	240	0	-0.8	20	57x	10x	13x	10x	343	28	8	8
Singapour	29320	6	3.7	0	-	6	22	29	-	-	-	-
Slovaquie	9870	-	2.9	8	<2	18	4	5	-	-	-	13x
Slovénie	18890	-	3.3	16	<2	15	13	3	0	0	10x	16x
Somalie	130x	-1	-	-	-	1x	2x	38x	236	0	25x	-
Soudan	810	0	3.7	37	-	1	8	28	1829	8	4	6
Sri Lanka	1300	3	3.8	9	6	6	10	18	1189	5	10	4
Suède	43580	2	2.2	2	-	3	6	5	-	-	-	-
Suisse	57230	1	0.7	1	-	0	4	6	-	-	-	-
Suriname	3200	-2.2x	1.4	55	-	-	-	-	44	4	-	-
Swaziland	2430	2	0.4	11	48	8	20	8	46	2	6	2
Syrie, République arabe de	1570	2	1.4	7	-	2	9	24	78	0	20	2
Tadjikistan	390	-	-3.1	109	7	2	4	9	241	11	-	6x
Tanzanie, République-Unie de	350	-	1.6	15	58	6x	8x	16x	1505	12	25	2
Tchad	480	-1	2.4	7	-	8x	8x	-	380	10	2	7x
Territoire palestinien occupé	1230x	-	-2.8x	4x	-	-	-	-	1102	25	-	-

	RNB par habitant ($EU) 2006	Taux annuel moyen de croissance du PIB (%) 1970-1990	1990-2006	Taux annuel moyen d'inflation (%) 1990-2006	% de la population ayant moins de 1 dollar EU par jour 1995-2005*	% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1994-2005*) Santé	Education	Défense	APD totale reçue en millions de $ EU 2005	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire 2005	Service de la dette en % des exportations de biens et de services 1990	2005
Thaïlande	2990	5	2.8	3	<2	8	20	6	-171	0	14	14
Timor-Leste	840	-	-	-	-	-	-	-	185	31	-	-
Togo	350	-1	-0.1	4	-	5x	20x	11x	87	4	8	0x
Tonga	2170	-	1.9	4	-	7x	13x	-	32	14	2	2x
Trinité-et-Tobago	13340	1	4.7	5	12x	8	17	2	-2	0	18	4x
Tunisie	2970	3	3.3	4	<2	5	20	5	376	1	22	12
Turkménistan	1340x	-	-6.8x	408x	12x	-	-	-	28	0	-	30x
Turquie	5400	2	1.9	57	3	3	10	8	464	0	27	29
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Ukraine	1950	-	-1.5	104	<2	3	6	3	410	1	-	10x
Uruguay	5310	1	1.2	20	<2	7	8	4	15	0	31	27
Vanuatu	1710	-0.5x	-0.3	3	-	-	-	-	39	12	2	1
Venezuela, République bolivarienne du	6070	-2	-0.6	36	19	8	21	5	49	0	22	9
Viet Nam	690	-	6	10	<2x	4	14	-	1905	4	7x	3x
Yémen	760	-	1.5	18	16	4	22	19	336	3	4	2
Zambie	630	-2	0	35	64	13	14	4	945	16	13	22x
Zimbabwe	340x	0	-2.4	76	56	8	24	7	368	8	19	6x
DONNÉES CONSOLIDÉES												
Afrique subsaharienne	851	-	1.1	35	43	-	-	-	28779	5	11	10
Afrique de l'Est et australe	1171	-	1.2	38	34	-	-	-	12571	4	6	6
Afrique de l'Ouest et centrale	553	-	1	29	52	-	-	-	16208	9	20	15
Asie du Sud	777	2	3.9	6	32	2	3	14	9260	1	21	-
Asie de l'Est et Pacifique	2371	6	6.7	5	9	1	7	11	8968	0	16	6
Amérique latine et Caraïbes	4847	1	1.4	37	9	7	15	4	5363	0	20	18
ECO/CEI	4264	-	1.1	74	2	7	6	9	4006	0	-	18
Moyen-Orient et Afrique du Nord	2104	0	2.2	15	4	5	13	15	28451	3	21	14
Pays industrialisés§	37217	2	1.9	2	-	18	4	12	-	-	-	-
Pays en développement§	1967	3	4.1	19	20	3	9	10	82952	1	18	13
Pays les moins avancés§	438	-	2.3	62	38	5	14	14	25979	10	13	8
Total mondial	7406	2	2.3	8	19	14	5	11	84828	0	18	14

§ 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 148.

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 E.-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 ayant moins de 1 dollar EU par jour – Pourcentage de la population vivant avec moins de 1,08 dollar US par jour aux prix internationaux de 1993 (équivalent à 1 dollar US par jour aux prix de 1985, ajustés en fonction de la parité du pouvoir d'achat). Les taux de change de parité du pouvoir d'achat ayant été révisés, les taux de pauvreté des pays donnés ne peuvent être comparés aux taux de pauvreté des années précédentes.

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.

SOURCES PRINCIPALES

RNB par habitant – Banque mondiale.

PIB par habitant – Banque mondiale.

% de la population ayant moins de 1 dollar US par jour – Banque mondiale.

Taux annuel d'inflation – 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.

NOTES

a : revenus peu élevés (905 dollars ou moins).
b : revenus moyens-inférieurs (de 906 à 3 595 dollars).
c : revenus moyens-supérieurs (de 3 596 à 11 115 dollars).
d : revenus élevés (11 116 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.
* données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 8 : FEMMES

Pays et territoires	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2006	Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes 2000-2006*	Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons				Taux d'emploi des contraceptifs (%) 1997-2006*	Taux de couverture pour les soins prénatals (%) 1997-2006*	Accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (%) 1997-2006*	Accouchements en institutions (%) 2000-2006*	Ratio mortalité maternelle†		
			net primaire 2000-2006*		net secondaire 2000-2006*							2005	
			scolarisées	qui fréquentent	scolarisées	qui fréquentent					1990-2006* déclarée	ajustée	risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :
Afghanistan	100	30	-	61	-	33	10	16	14	13	1600	1800	8
Afrique du Sud	104	96x	100	104x	112	117x	60	92	92	-	150x	400	110
Albanie	109	99	100	100	97	97	60	97	100	98	17	92	490
Algérie	104	75	97	99	105	114	61	89	95	95	120x	180	220
Allemagne	107	-	100	-	-	-	75x	-	-	-	8x	4	19200
Andorre	-	-	96	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	108	65	-	102	-	91	6	66	45	16x	-	1400	12
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	53x	100	100	-	0	-	-
Arabie saoudite	106	86	103	-	108	-	32x	90x	91x	91x	-	18	1400
Argentine	111	100	99	-	108	-	-	99	99	99	39	77	530
Arménie	110	99	105	99	104	102	53	93	98	97	27	76	980
Australie	106	-	101	-	101	-	-	100x	100x	-	-	4	13300
Autriche	107	-	102	-		-	51x	100x	100x	-	-	4	21500
Azerbaïdjan	112	98x	99	100	96	97	55	70	100	74	26	82	670
Bahamas	108	-	102	-	102	-	-	-	99	-	-	16	2700
Bahreïn	104	94	100	101	107	110	62x	97x	98x	98x	46x	32	1300
Bangladesh	103	76	103	106	102	114	58	48	20	16	320	570	51
Barbade	108	-	100	-	101	-	55x	100	100	-	0x	16	4400
Bélarus	119	99x	97	101	101	102	73	99	100	100	10	18	4800
Belgique	108	-	100	-	101	-	78x	-	-	-	-	8	7800
Belize	108	100x	103	-	101	-	56x	96	84x	77	130	52	560
Bénin	104	48	81	78	48	63	17	88	78	78	500x	840	20
Bhoutan	105	-	99	91	-	-	31	51	56	37	260	440	55
Bolivie	107	87	102	99	99	98	58	79	67	57	230	290	89
Bosnie-Herzégovine	107	95	-	97	-	100	36	99	100	100	3	3	29000
Botswana	101	103	99	104	109	122	48	97	94	80x	330x	380	130
Brésil	111	101	100	100x	108	119x	77x	97	88x	97	76	110	370
Brunéi Darussalam	106	95	101	-	106	-	-	100x	99x	-	0x	13	2900
Bulgarie	110	99	99	-	98	-	86x	-	99	-	10	11	7400
Burkina Faso	106	55	80	90	69	88	17	85	54	51	480x	700	22
Burundi	106	78	92	97	-	75	9	92	34	29	620	1100	16
Cambodge	109	75	97	104	81	88	40	69	44	22	470	540	48
Cameroun	102	78	-	94	-	93	29	82	63	61	670	1000	24
Canada	106	-	101	-	-	-	75x	-	98	-	-	7	11000
Cap-Vert	109	86	98	99x	109	-	53x	99	89x	49x	76	210	120
Chili	108	100	98	-	-	-	56x	95x	100	100	17	16	3200
Chine	105	92	100	-	-	-	87	90	98	83	48	45	1300
Chypre	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	0x	10	6400
Colombie	111	100	100	102	109	113	78	94	96	92	78	130	290
Comores	107	-	81	100	-	110	26	75	62	43x	380	400	52
Congo	105	87	120	101	-	108	44	86	83	82	780	740	22
Congo, République démocratique du	106	67	-	89	-	83	31	68	61	-	1300	1100	13
Corée, République de	110	-	99	-	100	-	81x	-	100x	-	20x	14	6100
Corée, République populaire démocratique de	106	-	-	-	-	-	62x	-	97	-	110x	370	140
Costa Rica	106	100	102	102	110	110	96	92	99	94	36	30	1400
Côte d'Ivoire	104	64	81	86	58	69	13	85	57	54	540	810	27
Croatie	110	98	99	-	102	-	-	-	100	-	7	7	10500
Cuba	105	100	98	-	101	-	77	100	100	-	37	45	1400
Danemark	106	-	101	-	102	-	-	-	-	-	10x	3	17800
Djibouti	105	-	81	98	67	84	9	67	61	74	74x	650	35
Dominique	-	-	102	-	100	-	50x	100	100	-	0	-	-
Egypte	107	71	95	98	93	93	59	70	74	65	84	130	230
El Salvador	109	96	100	-	104	-	67	86	92	69	71	170	190
Emirats arabes unis	106	99	99	-	105	-	28x	97x	99x	99x	3x	37	1000
Equateur	108	98	101	-	102	-	73	84	99x	74	110	210	170
Erythrée	109	-	84	93	67	91	8	70	28	26	1000x	450	44
Espagne	109	97x	99	-	103	-	81x	-	-	-	6x	4	16400
Estonie	117	100	100	-	103	-	70x	-	100	-	29	25	2900
Etats-Unis	107	-	101	-	102	-	76x	-	99x	-	8x	11	4800
Ethiopie	105	46	93	100	68	77	15	28	6	5	670	720	27
Ex-République yougoslave de Macédoine	107	96	100	96	98	99	-	81	99	98	13	10	6500
Fidji	107	-	99	-	106	-	44	-	99	-	38x	210	160
Finlande	108	-	100	-	100	-	-	100x	100x	100	6x	7	8500

	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2006	Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes 2000-2006*	Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons				Taux d'emploi des contraceptifs (%) 1997-2006*	Taux de couverture pour les soins prénatals (%) 1997-2006*	Accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (%) 1997-2006*	Accouchements en institutions (%) 2000-2006*	Ratio mortalité maternelle†		
			net primaire 2000-2006*		net secondaire 2000-2006*							2005	
			scolarisées	qui fréquentent	scolarisées	qui fréquentent					1990-2006* déclarée	ajustée	risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :
France	109	-	100	-	102	-	75x	99x	99x	-	10x	8	6900
Gabon	102	91	100	100	-	106	33	94	86	85	520	520	53
Gambie	104	-	99	103	84	87	18	98	57	55	730	690	32
Géorgie	112	-	100	101x,y	100	-	47	94	99	92	23	66	1100
Ghana	101	76	101	100	90	100	17	92	50	49	210x	560	45
Grèce	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	1x	3	25900
Grenade	105	-	99	-	103	-	54	100	100	-	0	-	-
Guatemala	111	84	96	95	91	104x	43	84	41	42	150	290	71
Guinée	106	42	87	87	55	63	9	82	38	31	980	910	19
Guinée équatoriale	105	87	91	98	-	96	-	86	65	-	-	680	28
Guinée-Bissau	107	-	72	98	55	88	10	78	39	36	410	1100	13
Guyana	109	-	-	100	-	111	35	90	94	-	120	470	90
Haïti	106	-	-	106	-	117	32	85	26	25	630	670	44
Honduras	111	100	102	104	-	124	65	92	67	67	110x	280	93
Hongrie	112	-	98	-	100	-	77x	-	100	-	4	6	13300
Iles Cook	-	-	99	-	110	-	44	-	98	-	6x	-	-
Iles Marshall	-	-	99	-	107	-	34	-	95x	-	74	-	-
Iles Salomon	103	-	95	-	86	-	7	-	85x	-	140x	220	100
Inde	105	66	93	101	-	91	56	74	47	41	300	450	70
Indonésie	106	93	97	101	98	104	57	92	72	40	310	420	97
Iran, République islamique d'	105	88	110	97	95	-	74	77x	90	84	37x	140	300
Iraq	107	76	86	88	70	74	50	84	89	63	290x	300	72
Irlande	106	-	100	-	107	-	-	-	100	100	6x	1	47600
Islande	104	-	97	-	102	-	-	-	-	-	-	4	12700
Israël	105	-	101	-	100	-	-	-	-	-	5x	4	7800
Italie	108	99	99	-	101	-	60x	-	-	-	7x	3	26600
Jamahiriya arabe libyenne	107	81	-	-	-	-	45x	81x	94x	-	77x	97	350
Jamaïque	108	116	100	101	104	105	69	91	97	94	95	170	240
Japon	109	-	100	-	101	-	56	-	100x	-	8x	6	11600
Jordanie	105	92	102	100	104	105	56	99	100	97	41x	62	450
Kazakhstan	118	99x	98	99	99	100	51	100	100	100	70	140	360
Kenya	104	90	101	100	100	108	39	88	42	40	410	560	39
Kirghizistan	113	99x	99	102	101	102	48	97	98	97	100	150	240
Kiribati	-	-	102	-	109	-	21x	88x	85x	-	56	-	-
Koweït	105	97	99	-	105	-	50x	95x	98x	98x	5x	4	9600
Lesotho	101	122	106	107	158	169	37	90	55	52	760	960	45
Lettonie	116	100	103	-	-	-	48x	-	100	-	10	10	8500
Liban	106	-	99	100	-	111	58	96	98x	-	100x	150	290
Libéria	104	79	78	-	55	-	10	85	51	36	580x	1200	12
Liechtenstein	-	-	102	-	111	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	117	100	100	-	100	-	47x	-	100	-	16	11	7800
Luxembourg	108	-	100	-	108	-	-	-	100	-	0x	12	5000
Madagascar	106	87	99	104	100x	124	27	80	51	32	470	510	38
Malaisie	107	92	99	-	114	-	55x	79	98	98	28	62	560
Malawi	101	72x	105	102	88	96	42	92	54	54	980	1100	18
Maldives	102	100	100	-	110	-	39	81	84	-	140	120	200
Mali	109	48x	80	73	-	73	8	57	41	38	580	970	15
Malte	105	103x	95	-	99	-	-	-	98x	-	-	8	8300
Maroc	106	61	93	96	84	92	63	68	63	61	230	240	150
Maurice	110	92	102	-	101	-	76	-	98	98	22	15	3300
Mauritanie	106	72	100	91	82	60	8	64	57	49	750	820	22
Mexique	107	97	100	100	103	-	74	86x	86x	86	62	60	670
Micronésie, Etats fédérés de	102	-	-	-	-	-	45x	-	88	-	270x	-	-
Moldova, République de	111	99	100	101	103	104	68	98	100	99	19	22	3700
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	110	100	102	102	114	107	66	99	99	99	93	46	840
Monténégro	106	95	-	99	-	102	39	97	99	100	-	-	-
Mozambique	103	45x	91	90	75	88	17	85	48	48	410	520	45
Myanmar	111	91	102	101	97	94	34	76	57	16	320	350	120
Namibie	102	97	107	100	133	138	44	91	76	75	270	210	170
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	101	56	92	95	-	83	48	44	19	18	280	830	31
Nicaragua	109	100	98	109	115	134	69	86	67	66	87	170	150
Niger	97	35	72	69	67	100	11	46	33	17	650	1800	7
Nigéria	102	77	89	88	86	87	13	58	35	33	-	1100	18

TABLEAU 8 : FEMMES

	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2006	Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes 2000-2006*	Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons				Taux d'emploi des contraceptifs (%) 1997-2006*	Taux de couverture pour les soins prénatals (%) 1997-2006*	Accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (%) 1997-2006*	Accouchements en institutions (%) 2000-2006*	Ratio mortalité maternelle†		
			net primaire 2000-2006*		net secondaire 2000-2006*							2005	
			scolarisées	qui fréquentent	scolarisées	qui fréquentent					1990-2006* déclarée	ajustée	risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :
Nioué	-	-	-	-	105x	-	-	-	100	-	-	-	-
Norvège	106	-	100	-	100	-	-	-	-	-	6x	7	7700
Nouvelle-Zélande	105	-	100	-	103	-	75x	95x	100x	-	15x	9	5900
Oman	104	85	101	-	100	-	32	100	95	94	15	64	420
Ouganda	102	75	-	99	88	100	24	94	42	41	510	550	25
Ouzbékistan	110	-	-	100	-	99	65	99	100	97	28	24	1400
Pakistan	101	55	77	82	75	78	28	36	31	28	530x	320	74
Palaos	-	-	97	-	-	-	17	-	100	-	0x	-	-
Panama	107	98	99	-	110	-	-	72	93	92	40	130	270
Papouasie-Nouvelle-Guinée	111	81	-	-	-	-	26x	78x	41	-	370x	470	55
Paraguay	106	99	101	101	-	99	73	94	77	74	170	150	170
Pays-Bas	106	-	99	-	102	-	79x	-	100x	-	7x	6	10200
Pérou	107	88	101	100	99	100	71	92	73	70	190	240	140
Philippines	106	102	102	101	120	127	49	88	60	38	170x	230	140
Pologne	112	-	101	-	102	-	49x	-	100	-	4	8	10600
Portugal	108	96	100	-	110	-	-	-	100	-	8x	11	6400
Qatar	102	100	100	-	98	-	43x	-	99x	98x	10x	12	2700
Rép. démocratique populaire lao	104	79	94	95	85	83	32	27	19	-	410	660	33
République centrafricaine	106	52	84	84	69	63	19	69	53	51	540	980	25
République dominicaine	109	100	101	105	126	144	61	99	96	95	92	150	230
République tchèque	109	-	102	-	-	-	69x	99x	100	-	5	4	18100
Roumanie	110	98	99	-	104	-	70	94	99	98	17	24	3200
Royaume-Uni	106	-	100	-	103	-	84	-	99x	-	7x	8	8200
Russie, Fédération de	123	99	101	-	-	-	-	-	99	-	23	28	2700
Rwanda	107	85	104	104	91	100	17	94	39	28	750	1300	16
Sainte-Lucie	105	-	98	-	125	-	47x	99	100	-	35	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	105	-	98	-	54	100	100	-	0	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	106	-	96	-	125	-	48	95	100	-	0	-	-
Samoa	109	99	101	-	113	-	43x	-	100x	-	29	-	-
Sao Tomé-et-Principe	106	85	99	101	113	105	30	97	81	78	150	-	-
Sénégal	107	57	96	102	79	80	12	87	52	62	430	980	21
Serbie	107	95	-	100	-	103	41	98	99	99	-	-	-
Seychelles	-	101	101	-	106	-	-	-	-	-	57	-	-
Sierra Leone	108	51	-	100	-	77	5	81	43	19	1800	2100	8
Singapour	105	87x	-	-	-	-	62x	-	100x	-	6x	14	6200
Slovaquie	111	-	101	-	-	-	74x	-	100	-	6	6	13800
Slovénie	110	100	99	-	101	-	74x	98x	100	-	17x	6	14200
Somalie	105	-	-	83	-	50	15	26	33	9	1000	1400	12
Soudan	105	73	83	95	-	105	7	60	87	-	550x	450	53
Sri Lanka	111	97	99	-	-	-	70	95	96	97	43	58	850
Suède	106	-	100	-	101	-	-	-	-	-	5x	3	17400
Suisse	107	-	100	-	93	-	82x	-	-	-	5x	5	13800
Suriname	110	95	103	99	138	120	42	91	85	-	150	72	530
Swaziland	101	96	101	99	113	138	48	90	74	-	230x	390	120
Syrie, République arabe de	105	84	95	99	94	102	58	84	93	70	65	130	210
Tadjikistan	108	99	97	99	85	83	38	77	83	62	97	170	160
Tanzanie, République-Unie de	104	79	98	106	-	100	26	78	43	47	580	950	24
Tchad	106	32	69	76	31	54	3	39	14	13	1100	1500	11
Territoire palestinien occupé	104	91	100	101	107	-	50	99	99	97	-	-	-
Thaïlande	114	96	96	100	106	109	77	98	97	97	24	110	500
Timor-Leste	103	-	-	97y	-	-	10	61	18	10	-	380	35
Togo	106	57	86	93	47	71	17	84	62	63	480x	510	38
Tonga	103	100x	96	-	123	-	33	-	95	-	78	-	-
Trinité-et-Tobago	106	99	100	100	103	107	43	96	98	97	45x	45	1400
Tunisie	106	78	100	98	110	-	66	92	90	89	69x	100	500
Turkménistan	115	99x	-	100	-	100	48	99	100	98	14	130	290
Turquie	107	84	95	96	85	89	71	81	83	78	29	44	880
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	32	-	100	-	-	-	-
Ukraine	119	99	100	102	94	103	66	99	100	100	13	18	5200

	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2006	Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes 2000-2006*	Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons				Taux d'emploi des contraceptifs (%) 1997-2006*	Taux de couverture pour les soins prénatals (%) 1997-2006*	Accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (%) 1997-2006*	Accouchements en institutions (%) 2000-2006*	Ratio mortalité maternelle†		
			net primaire 2000-2006*		net secondaire 2000-2006*							2005	
			scolarisées	qui fréquentent	scolarisées	qui fréquentent					1990-2006* déclarée	ajustée	risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :
Uruguay	110	101x	101	-	-	-	84x	94x	100x	-	26x	20	2100
Vanuatu	106	-	98	-	86	-	28	-	88x	-	68x	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	108	100	101	102	115	143	77x	94	95	95	60	57	610
Viet Nam	105	93x	95	100	96	101	76	91	88	64	160	150	280
Yémen	105	48	72	60x	46	37x	23	41	27	20	370	430	39
Zambie	101	79x	100	105	79	112	34	93	43	44	730	830	27
Zimbabwe	97	92	101	102	94	100	60	95	80	68	560	880	43
DONNÉES CONSOLIDÉES													
Afrique subsaharienne	104	72	93	95	84	87	23	69	43	36	-	920	22
Afrique de l'Est et australe	104	74	98	101	88	91	30	71	40	32	-	760	29
Afrique de l'Ouest et centrale	104	69	87	89	78	85	17	67	46	39	-	1100	17
Asie du Sud	104	66	92	98	-	90	53	65	41	36	-	510	59
Asie de l'Est et Pacifique	106	92	99	101**	102**	105**	79	89	87	69	-	150	350
Amérique latine et Caraïbes	109	99	99	101	106	-	70	94	-	86	-	130	280
ECO/CEI	115	96	98	98	94	97	63	90	95	89	-	46	1300
Moyen-Orient et Afrique du Nord	105	77	94	97	93	96	55	72	79	68	-	220	140
Pays industrialisés§	108	-	101	-	102	-	-	-	99	-	-	8	8000
Pays en développement§	105	83	96	98**	97**	93**	61	75	59	53	-	450	76
Pays les moins avancés§	105	68	94	97	85	93	30	61	38	27	-	870	24
Total mondial	106	86	96	98**	98**	94**	61	75	63	53	-	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 148.

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, divisé 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 mariées ou en concubinage, âgées de 15 à 49 ans, qui utilisent des, moyens de contraception.

Soins prénatals – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été examinées au moins une fois au cours d'une grossesse par des agents de santé qualifiés (médecins, infirmières ou sages-femmes).

Accouchements en institutions – 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 mortalité maternelle – Nombre annuel de décès chez les femmes par suite de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement, pour 100 000 naissances vivantes. Cette colonne donne des chiffres, indiqués par les pays, qui n'ont pas été ajustés pour tenir compte des erreurs de classement et du fait qu'une partie seulement en 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.

Soins prénatals – EDS, MICS, Organisation mondiale de la Santé (OMS) et UNICEF.

Accouchements assistés – EDS, MICS, OMS et UNICEF.

Accouchements en institution – EDC, 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) 1999-2006*			Mariage d'enfants 1987-2006*			Enregistrement des naissances 1999-2006*			Mutilations génitales féminines/excision 1997-2006*				Attitudes face à la violence familiale 1999-2006*	Enfants handicapés 1999-2006*	Discipline imposée aux enfants 2005-2006*
										Femmes[a] (15-49 ans)			filles[b]			
	total	Garçons	Filles	total	En milieu urbain	En milieu rural	total	En milieu urbain	En milieu rural	total	En milieu urbain	En milieu rural	total	total	total	total
Afghanistan	30	28	33	43	-	-	6	12	4	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	-	-	-	8	5	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albanie	12	14	9	8	7	8	98	97	98	-	-	-	-	30	11	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	-	-	-	10	7	16	96	97	95	-	-	-	-	22	-	-
Azerbaïdjan	11	11	11	-	-	-	97	98	96	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	13	18	8	64	58	69	10	13	9	-	-	-	-	-	18	-
Bélarus	5	6	4	7	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83
Belize	40	39	42	-	-	-	93y	92y	94y	-	-	-	-	-	-	-
Bénin	26y	23y	29y	37	25	45	70	78	66	17	13	20	6	60	-	-
Bhoutan	19y	16y	22y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie	22	22	22	26	22	37	82	83	79	-	-	-	-	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	5	7	4	6	2	7	100	99	100	-	-	-	-	5	7	36
Botswana	-	-	-	10	13	9	58	66	52	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	6y	8y	4y	24	22	30	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	-	-	66	71	66	-	-	-	-	55	-	-
Cameroun	31	31	30	36	23	57	70	86	58	1	1	2	1	56	23	92
Cap-Vert	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	3	3	2	-	-	-	96y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3y	-
Colombie	5	6	4	23	19	38	90	97	77	-	-	-	-	-	-	-
Comores	27	26	28	30	23	33	83	87	83	-	-	-	-	-	-	-
Congo	-	-	-	31	24	40	81y	88y	75y	-	-	-	-	76	-	-
Congo, République démocratique du	32	29	34	-	-	-	34	30	36	-	-	-	-	-	-	-
Corée, République populaire démocratique de	-	-	-	-	-	-	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
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	-	35	70
Egypte	7	8	5	17	-	-	-	-	-	96	92	98	28y	50	8y	92y
El Salvador	6y	9y	4y	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Equateur	12	12	13	26y	21y	34y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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	10	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	-	-	-	16	-	-	93y	97y	89y	-	-	-	-	30y	-	-
Ghana	34	34	34	22	15	28	51	69	42	4	2	6	1	47	16	89
Guatemala	29	25	32	34	25	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée	25	26	24	63	45	75	43	78	33	96	94	96	57	86	-	-
Guinée équatoriale	28	28	28	-	-	-	32	43	24	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	39	41	37	24	14	32	39	53	33	45	39	48	35	52	-	80
Guyana	19	21	17	-	-	-	97	99	96	-	-	-	-	-	-	-
Haïti	-	-	-	30	-	-	81	-	-	-	-	-	-	29	-	-
Honduras	16	16	15	39	33	46	94	95	93	-	-	-	-	16	-	-
Inde	12	-	-	45	28	53	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	15	84
Jamaïque	6	7	5	9	7	11	89	88	89	-	-	-	-	6	15	87
Jordanie	-	-	-	11	11	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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	51	38	53	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-
Maldives	-	-	-	-	-	-	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	34	35	33	65	46	74	47y	84y	34y	92	90	93	73	89	-	-
Maroc	11y	13y	9y	16	12	21	85	92	80	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	4y	5y	3y	37	32	42	55	72	42	71	65	77	66	-	-	-
Mexique	16y	15y	16y	28y	31y	21y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldova, République de	32	32	33	19	16	22	98	98	98	-	-	-	-	21	-	-
Mongolie	18	19	17	9	7	12	98	98	99	-	-	-	-	20	17	79
Monténégro	10	12	8	5	5	5	98	98	99	-	-	-	-	11	13	61
Mozambique	-	-	-	56	41	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	-	-	-	-	-	-	65y	66y	64y	-	-	-	-	-	-	-
Namibie	13y	15y	12y	10	9	10	71	82	64	-	-	-	-	-	-	-
Népal	31y	30y	33y	51	-	-	35	-	-	-	-	-	-	23	-	-
Nicaragua	15	18	11	43	36	55	81	90	73	-	-	-	-	17	-	-
Niger	38y	39y	38y	75	-	-	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	54	34	59	4	11	3	-	-	-	-	77	-	-
Ouzbékistan	2	2	2	7	9	7	100	100	100	-	-	-	-	70	2	-
Pakistan	-	-	-	32	21	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	3	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Travail des enfants (5-14 ans) 1999-2006*			Mariage d'enfants 1987-2006*			Enregistrement des naissances 1999-2006*			Mutilations génitales féminines/excision 1997-2006*				Attitudes face à la violence familiale 1999-2006*	Enfants handicapés 1999-2006*	Discipline imposée aux enfants 2005-2006*
										Femmes[a] (15-49 ans)			filles[b]			
	total	Garçons	Filles	total	En milieu urbain	En milieu rural	total	En milieu urbain	En milieu rural	total	En milieu urbain	En milieu rural	total	total	total	total
Paraguay	15	17	12	24	18	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	19	20	19	17	13	30	93	93	92	-	-	-	-	-	-	-
Philippines	12	13	11	14	10	22	83	87	78	-	-	-	-	24	-	-
Portugal	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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	-	31	88
République dominicaine	10	12	7	41	-	-	78	82	70	-	-	-	-	9	-	-
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	16	-
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	11	73
Sierra Leone	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85	23	92
Somalie	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y	-	-
Soudan	13	14	12	27y	19y	34y	64	82	46	90	92	88	58	-	-	-
Sri Lanka	8	9	7	12y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	-	-	-	95	94	94	-	-	-	-	-	-	-
Swaziland	9	9	9	-	-	-	53	72	50	-	-	-	-	-	-	-
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
Tanzanie, République-Unie de	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60	-	-
Tchad	53	54	51	72	65	73	9	36	3	45	47	44	21	-	3y	-
Territoire palestinien occupé	-	-	-	19	-	-	96y	97y	96y	-	-	-	-	-	-	95y
Thaïlande	8	8	8	20	12	23	99	100	99	-	-	-	-	-	12	-
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	-	-	-	10y	7y	14y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkménistan	-	-	-	7	9	6	96	96	95	-	-	-	-	38y	-	-
Turquie	5	4	6	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	-	-
Ukraine	7	8	7	6	6	10	100	100	100	-	-	-	-	5	-	70
Venezuela, République bolivarienne du	8	9	6	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	16	15	16	10	3	13	87	94	85	-	-	-	-	64	-	93
Yémen	11y	11y	12y	37	-	-	-	-	-	23	26	22	20	-	-	-
Zambie	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	-	85	-	-
Zimbabwe	13y	12y	14y	29	21	36	42	56	35	-	-	-	-	51	-	-
DONNÉES CONSOLIDÉES																
Afrique subsaharienne	35	36	34	40	24	47	34	52	28	36	31	40	19	66	-	-
Afrique de l'Est et australe	36	38	33	36	20	44	24	39	21	-	-	-	-	66	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	34	33	34	44	27	53	41	58	35	28	29	29	15	65	-	-
Asie du Sud	13	-	-	45	30	53	36	52	30	-	-	-	-	53	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	80**	67**	-	-	-	-	34**	-	-
Amérique latine et Caraïbes	11	12	10	26	24	31	89	93	83	-	-	-	-	-	-	-
ECO/CEI	5	5	5	11	7	9	-	-	-	-	-	-	-	31	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	9	10	8	17	11	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays industrialisés[§]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays en développement[§]	16**	19**	17**	34**	23**	45**	49**	64**	37**	-	-	-	-	51**	-	-
Pays les moins avancés[§]	29	31	28	49	37	57	30	43	24	-	-	-	-	-	-	-
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 148.

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.

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.

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.

Mutilations génitales féminines/excision – (a) Femmes – le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi une mutilation ou excision; (b) Filles – le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont au moins une fille qui a subi une mutilation génitale ou excision. Par mutilations génitales féminines on entend l'ablation ou la modification des organes génitaux de la femme pour des raisons sociales. On reconnaît généralement trois sortes de mutilations génitales féminines : la clitoridectomie est l'ablation du prépuce avec ou sans l'excision totale ou partielle du clitoris; l'excision est l'ablation du prépuce et du clitoris ainsi que d'une partie ou de la totalité des petites lèvres; l'infibulation, qui est la forme la plus extrême de ces pratiques, consiste en l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes, suivie de la suture des deux petites lèvres avec du fil, des épines ou d'autres matériaux pour rétrécir l'ouverture vaginale. Une analyse plus détaillée de ces données se trouve à : www.measuredhs.com et www.prb.org.

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 qui ont au moins un handicap (cognitif, moteur, visuel, auditif, crise).

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.
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.
* 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.

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; Congo, République démocratique du; 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; Rwanda; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Somalie; Swaziland; Tanzanie, République-Unie de; 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; Corée, République de; Corée, République populaire démocratique de; Fidji; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Indonésie; Kiribati; Malaisie; Micronésie, États fédérés de; Mongolie; Myanmar; Nauru; Nioué; Palaos; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Philippines; République démocratique populaire lao; 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'Etats 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; Slovénie; 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; Congo, République démocratique du; Corée, République de; Corée, République populaire démocratique de; 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 démocratique populaire lao; République dominicaine; Rwanda; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-les-Grenadines; Sainte-Lucie; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Singapour; Somalie; Soudan; Sri Lanka; Suriname; Swaziland; Syrie; Tadjikistan; Tanzanie, République-Unie de; 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; Congo, République démocratique du; 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 populaire lao; Rwanda; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Somalie; Soudan; Tanzanie, République-Unie de; 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 enfants de moins de cinq ans (TMM5) est utilisé au tableau 10 (pages 150-153) comme principal indicateur de ce progrès. En 2006, pour la première fois depuis que l'on comptabilise ces données, le nombre d'enfants qui sont morts avant leur cinquième anniversaire est tombé en dessous de la barre des 10 millions, à 9,7 millions. C'est là une étape importante dans la survie de l'enfant. Vers 1960, environ 20 millions d'enfants mouraient chaque année et ce nouveau chiffre met en lumière le déclin remarquable du nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans.

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). A 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 de mettre l'accent sur les politiques, les priorités et les autres facteurs qui déterminent le rapport entre le progrès social et le progrès économique.

Enfin, ce tableau donne l'indice synthétique 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 (%)[e]		Régression depuis 1990 (%)[e]	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Indice synthéthique de fécondité			Taux annuel moyen de régression (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Afghanistan	3	320	260	257	1.0	0.1	1	1.6x	-	7.7	8.0	7.2	-0.2	0.6
Afrique du Sud	55	-	60	69	-	-0.9	-15	0	0.8	5.6	3.6	2.7	2.2	1.8
Albanie	122	109	45	17	4.4	6.1	62	-0.7x	5.2	4.9	2.9	2.1	2.6	2.0
Algérie	75	220	69	38	5.8	3.7	45	2	1.3	7.4	4.7	2.4	2.3	4.2
Allemagne	175	26	9	4	5.3	5.1	56	2.2x	1.4	2.0	1.4	1.4	1.9	0.1
Andorre	189	-	6	3	-	4.3	50	-	-	-	-	-	-	-
Angola	2	300	260	260	0.7	0.0	0	0.4x	2.1	7.3	7.2	6.5	0.1	0.6
Antigua-et-Barbuda	143	-	-	11	-	-	-	6.5x	1.8	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	97	185	44	25	7.2	3.5	43	-2	0.1x	7.3	5.8	3.5	1.1	3.3
Argentine	125	71	29	16	4.5	3.7	45	-1	1.3	3.1	3.0	2.3	0.1	1.7
Arménie	101	-	56	24	-	5.3	57	-	5.2	3.2	2.5	1.3	1.2	4.0
Australie	161	20	10	6	3.5	3.2	40	2	2.5	2.7	1.9	1.8	1.9	0.3
Autriche	167	33	10	5	6.0	4.3	50	2	1.9	2.3	1.5	1.4	2.3	0.2
Azerbaïdjan	46	-	105	88	-	1.1	16	-	1.5	4.6	3.0	1.7	2.2	3.4
Bahamas	130	49	29	14	2.6	4.6	52	2	0.4x	3.6	2.6	2.0	1.6	1.5
Bahreïn	146	82	19	10	7.3	4.0	47	-1.3x	2.3x	6.5	3.7	2.4	2.8	2.9
Bangladesh	55	239	149	69	2.4	4.8	54	1	3	6.4	4.4	2.9	1.9	2.5
Barbade	138	54	17	12	5.8	2.2	29	2	1.5x	3.1	1.7	1.5	3.1	0.7
Bélarus	135	-	24	13	-	3.8	46	-	2.8	2.3	1.9	1.2	1.0	2.8
Belgique	175	29	10	4	5.3	5.7	60	2	1.8	2.2	1.6	1.6	1.7	-0.2
Belize	125	-	43	16	-	6.2	63	3	2.3	6.3	4.5	3.0	1.7	2.4
Bénin	20	252	185	148	1.5	1.4	20	0	1.4	7.0	6.8	5.6	0.2	1.2
Bhoutan	54	267	166	70	2.4	5.4	58	4.7x	4.8	6.7	5.9	2.3	0.6	5.8
Bolivie	61	243	125	61	3.3	4.5	51	-1	1.3	6.6	4.9	3.6	1.5	1.9
Bosnie-Herzégovine	128	82	22	15	6.6	2.4	32	-	11.6x	2.9	1.7	1.2	2.6	2.1
Botswana	29	142	58	124	4.5	-4.7	-114	8	4.8	6.6	4.7	3.0	1.7	2.9
Brésil	113	136	57	20	4.3	6.5	65	2	1.1	5.0	2.8	2.3	2.9	1.3
Brunéi Darussalam	148	78	11	9	9.8	1.3	18	-2.1x	-0.8x	5.7	3.2	2.4	2.8	2.0
Bulgarie	130	32	18	14	2.9	1.6	22	3.4x	2	2.2	1.7	1.3	1.2	1.7
Burkina Faso	10	287	206	204	1.7	0.1	1	1	1.5	7.6	7.3	6.1	0.2	1.1
Burundi	14	244	190	181	1.3	0.3	5	1	-2.6	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0
Cambodge	47	-	116	82	-	2.2	29	-	5.8x	5.9	5.8	3.3	0.1	3.6
Cameroun	19	215	139	149	2.2	-0.4	-7	3	0.7	6.2	5.9	4.5	0.2	1.7
Canada	161	23	8	6	5.3	1.8	25	2	2.2	2.2	1.7	1.5	1.5	0.6
Cap-Vert	83	-	60	34	-	3.5	43	-	3.3	7.0	5.5	3.5	1.2	2.8
Chili	148	98	21	9	7.7	5.3	57	2	3.7	4.0	2.6	1.9	2.1	1.9
Chine	101	118	45	24	4.8	3.9	47	7	8.8	5.6	2.2	1.7	4.7	1.6
Chypre	175	33	12	4	5.1	6.9	67	5.9x	2.3x	2.6	2.4	1.6	0.4	2.6
Colombie	110	105	35	21	5.5	3.2	40	2	0.8	5.6	3.0	2.3	3.1	1.7
Comores	57	215	120	68	2.9	3.5	43	0.1x	-0.4	7.1	6.1	4.5	0.7	2.0
Congo	27	142	103	126	1.6	-1.3	-22	3	-0.8	6.3	5.4	4.6	0.8	1.0
Congo, République démocratique du	9	245	205	205	0.9	0.0	0	-2	-4.7	6.4	6.7	6.7	-0.3	0.0
Corée, République de	167	54	9	5	9.0	3.7	44	6	4.5	4.5	1.6	1.2	5.2	1.9
Corée, République populaire démocratique de	65	70	55	55	1.2	0.0	0	-	-	4.0	2.4	1.9	2.6	1.6
Costa Rica	138	83	18	12	7.6	2.5	33	1	2.4	5.0	3.2	2.1	2.3	2.5
Côte d'Ivoire	26	237	153	127	2.2	1.2	17	-2	-0.5	7.4	6.6	4.6	0.5	2.2
Croatie	161	42	12	6	6.3	4.3	50	-	2.8	2.0	1.7	1.3	0.9	1.4
Cuba	157	43	13	7	6.0	3.9	46	-	3.5x	4.0	1.8	1.5	4.2	0.8
Danemark	167	19	9	5	3.7	3.7	44	2	1.9	2.1	1.7	1.8	1.2	-0.5
Djibouti	25	-	175	130	-	1.9	26	-	-2.4	7.4	6.2	4.1	0.9	2.5
Dominique	128	-	17	15	-	0.8	12	4.7x	1.4	-	-	-	-	-
Egypte	81	235	91	35	4.7	6.0	62	4	2.4	6.2	4.4	3.0	1.7	2.4
El Salvador	97	162	60	25	5.0	5.5	58	-2	1.6	6.4	3.7	2.7	2.7	1.9
Emirats arabes unis	151	84	15	8	8.6	3.9	47	-4.8x	-0.9x	6.6	4.4	2.3	2.1	3.9
Equateur	101	140	57	24	4.5	5.4	58	1	1	6.3	3.7	2.6	2.7	2.0
Erythrée	51	237	147	74	2.4	4.3	50	-	0x	6.6	6.2	5.2	0.3	1.1
Espagne	175	34	9	4	6.6	5.1	56	2	2.5	2.9	1.3	1.4	3.9	-0.1
Estonie	157	26	16	7	2.4	5.2	56	1.5x	4.9	2.1	1.9	1.5	0.4	1.8
Etats-Unis	151	26	12	8	3.9	2.5	33	2	2.1	2.2	2.0	2.1	0.6	-0.2

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans			Taux annuel moyen de régression (%)[e]		Régression depuis 1990 (%)[e]	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Indice synthéthique de fécondité			Taux annuel moyen de régression (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Ethiopie	30	241	204	123	0.8	3.2	40	-	1.9	6.8	6.8	5.4	0.0	1.4
Ex-République yougoslave de Macédoine	122	119	38	17	5.7	5.0	55	-	0.2	3.2	1.9	1.5	2.4	1.8
Fidji	119	65	22	18	5.4	1.3	18	0.6x	1.4x	4.5	3.4	2.8	1.5	1.2
Finlande	175	16	7	4	4.1	3.5	43	3	2.6	1.9	1.7	1.8	0.3	-0.2
France	175	24	9	4	4.9	5.1	56	2	1.6	2.5	1.8	1.9	1.7	-0.5
Gabon	44	-	92	91	-	0.1	1	0	-1	4.8	4.8	3.1	0.0	2.6
Gambie	37	311	153	113	3.5	1.9	26	1	0.3	6.7	6.0	4.8	0.5	1.4
Géorgie	86	-	46	32	-	2.3	30	3	1	2.6	2.1	1.4	1.0	2.5
Ghana	32	183	120	120	2.1	0.0	0	-2	2.1	6.7	5.8	4.0	0.7	2.3
Grèce	175	54	11	4	8.0	6.3	64	1	2.7	2.4	1.4	1.3	2.5	0.5
Grenade	113	-	37	20	-	3.8	46	4.9x	2.3	4.6	3.7	2.3	1.1	3.0
Guatemala	71	168	82	41	3.6	4.3	50	0	1.2	6.2	5.6	4.3	0.6	1.6
Guinée	17	338	235	161	1.8	2.4	31	0.3x	1.3	7.0	6.7	5.6	0.2	1.1
Guinée équatoriale	8	-	170	206	-	-1.2	-21	-	21.6	5.7	5.9	5.4	-0.2	0.5
Guinée-Bissau	11	-	240	200	-	1.1	17	0	-2.5	6.8	7.1	7.1	-0.2	0.0
Guyana	60	-	88	62	-	2.2	30	-2	3	5.6	2.6	2.4	3.8	0.6
Haïti	48	222	152	80	1.9	4.0	47	0	-2	5.8	5.4	3.7	0.3	2.5
Honduras	95	170	58	27	5.4	4.8	53	1	0.6	7.3	5.1	3.4	1.7	2.6
Hongrie	157	39	17	7	4.2	5.5	59	3	3.2	2.0	1.8	1.3	0.6	2.2
Iles Cook	116	-	32	19	-	3.3	41	-	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	64	-	92	56	-	3.1	39	-	-2.2	-	-	-	-	-
Iles Salomon	52	-	121	73	-	3.2	40	3	-2.3	6.9	5.9	4.0	0.8	2.4
Inde	49	192	115	76	2.6	2.6	34	2	4.4	5.4	4.0	2.9	1.5	2.0
Indonésie	83	172	91	34	3.2	6.2	63	5	2.2	5.5	3.1	2.2	2.8	2.1
Iran République islamique d'	83	191	72	34	4.9	4.7	53	-2	2.5	6.6	5.0	2.0	1.3	5.6
Iraq	68	125	53	46	4.3	0.9	13	-4.3x	-	7.2	5.9	4.4	1.0	1.8
Irlande	167	27	10	5	5.0	4.3	50	3	6	3.9	2.1	2.0	3.1	0.4
Islande	189	14	7	3	3.5	5.3	57	3	2.3	3.0	2.2	2.0	1.6	0.4
Israël	167	27	12	5	4.1	5.5	58	2	1.5x	3.8	3.0	2.8	1.2	0.4
Italie	175	33	9	4	6.5	5.1	56	3	1.3	2.4	1.3	1.4	3.1	-0.2
Jamahiriya arabe libyenne	119	160	41	18	6.8	5.1	56	-4.8x	-	7.6	4.8	2.8	2.3	3.4
Jamaïque	88	62	33	31	3.2	0.4	6	-1	0.7	5.5	2.9	2.5	3.1	1.0
Japon	175	21	6	4	6.3	2.5	33	3	0.9	2.1	1.6	1.3	1.3	1.4
Jordanie	97	107	40	25	4.9	2.9	38	2.5x	1.8	7.9	5.5	3.2	1.8	3.4
Kazakhstan	92	-	60	29	-	4.5	52	-	2.6	3.5	2.8	2.2	1.1	1.5
Kenya	31	156	97	121	2.4	-1.4	-25	1	0	8.1	5.9	5.0	1.6	1.1
Kirghizistan	71	-	75	41	-	3.8	45	-	-0.9	4.9	3.9	2.5	1.2	2.8
Kiribati	59	-	88	64	-	2.0	27	-5	1.9	-	-	-	-	-
Koweït	143	59	16	11	6.5	2.3	31	-6.8x	0.6x	7.2	3.5	2.2	3.6	3.0
Lesotho	24	186	101	132	3.1	-1.7	-31	3	2.3	5.8	4.9	3.5	0.8	2.2
Lettonie	148	26	18	9	1.8	4.3	50	3	4.2	1.9	1.9	1.3	0.0	2.5
Liban	89	54	37	30	1.9	1.3	19	-	2.5	5.1	3.1	2.2	2.4	2.2
Libéria	5	263	235	235	0.6	0.0	0	-4	2.2	6.9	6.9	6.8	0.0	0.1
Liechtenstein	189	-	10	3	-	7.5	70	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	151	28	13	8	3.8	3.0	38	-	2.5	2.3	2.0	1.3	0.7	2.9
Luxembourg	175	26	10	4	4.8	5.7	60	3	3.3	2.0	1.6	1.7	1.1	-0.4
Madagascar	36	180	168	115	0.3	2.4	32	-2	-0.5	6.8	6.2	4.9	0.4	1.5
Malaisie	138	70	22	12	5.8	3.8	45	4	3.2	5.6	3.7	2.7	2.0	2.1
Malawi	32	341	221	120	2.2	3.8	46	0	1.1	7.3	7.0	5.7	0.2	1.2
Maldives	89	264	111	30	4.3	8.2	73	-	4.2x	7.0	6.2	2.6	0.6	5.4
Mali	6	400	250	217	2.4	0.9	13	-1	2.2	7.5	7.4	6.6	0.0	0.8
Malte	161	32	11	6	5.3	3.8	45	7	2.7x	2.1	2.0	1.4	0.0	2.5
Maroc	78	184	89	37	3.6	5.5	58	2	1.6	7.1	4.0	2.4	2.8	3.3
Maurice	130	86	23	14	6.6	3.1	39	5.1x	3.7	3.7	2.2	1.9	2.5	1.1
Mauritanie	28	250	133	125	3.2	0.4	6	-1	0.5	6.6	5.8	4.5	0.6	1.6
Mexique	81	110	53	35	3.7	2.6	34	2	1.5	6.7	3.4	2.3	3.4	2.5
Micronésie, Etats fédérés de	71	-	58	41	-	2.2	29	-	-0.2	6.9	5.0	3.9	1.7	1.5
Moldova, République de	116	65	37	19	2.8	4.2	49	1.8x	-2	2.6	2.4	1.4	0.3	3.3
Monaco	175	-	9	4	-	5.1	56	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 10 : LE TAUX DU PROGRÈS

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans			Taux annuel moyen de régression (%)[e]		Régression depuis 1990 (%)[e]	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Indice synthéthique de fécondité			Taux annuel moyen de régression (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Mongolie	69	-	109	43	-	5.8	61	-	3.3x	7.5	4.1	1.9	3.0	4.8
Monténégro	146	-	16	10	-	2.9	38	-	2.6x	2.4	2.0	1.8	0.9	0.6
Mozambique	22	278	235	138	0.8	3.3	41	-1x	4.4	6.6	6.2	5.2	0.3	1.1
Myanmar	40	179	130	104	1.6	1.4	20	2	6.6x	6.1	3.4	2.1	2.8	3.1
Namibie	61	135	86	61	2.3	2.1	29	-2.3x	1.5	6.5	5.8	3.3	0.5	3.6
Nauru	89	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	63	238	142	59	2.6	5.5	58	1	1.9	5.9	5.2	3.4	0.6	2.7
Nicaragua	79	165	68	36	4.4	4.0	47	-4	1.9	6.9	4.8	2.8	1.9	3.3
Niger	4	330	320	253	0.2	1.5	21	-2	-0.5	8.1	7.9	7.3	0.1	0.5
Nigéria	12	265	230	191	0.7	1.2	17	-1	0.7	6.9	6.8	5.5	0.1	1.3
Nioué		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	175	15	9	4	2.6	5.1	56	3	2.6	2.5	1.9	1.8	1.5	0.1
Nouvelle-Zélande	161	20	11	6	3.0	3.8	45	1	2.1	3.1	2.1	2.0	2.0	0.3
Oman	138	200	32	12	9.2	6.1	63	3	1.8x	7.2	6.6	3.1	0.4	4.7
Ouganda	23	170	160	134	0.3	1.1	16	-	3.1	7.1	7.1	6.6	0.0	0.5
Ouzbékistan	69	-	74	43	-	3.4	42	-	0.7	6.5	4.2	2.6	2.2	3.1
Pakistan	42	181	130	97	1.7	1.8	25	3	1.4	6.6	6.3	3.6	0.2	3.5
Palaos	143	-	21	11	-	4.0	48	-	-	-	-	-	-	-
Panama	106	68	34	23	3.5	2.4	32	0	2.3	5.3	3.0	2.6	2.8	0.9
Papouasie-Nouvelle-Guinée	52	158	94	73	2.6	1.6	22	-1	0.2	6.2	4.8	4.0	1.2	1.2
Paraguay	108	78	41	22	3.2	3.9	46	3	-0.5	5.7	4.5	3.2	1.2	2.2
Pays-Bas	167	15	9	5	2.6	3.7	44	2	1.8	2.4	1.6	1.7	2.2	-0.6
Pérou	97	174	78	25	4.0	7.1	68	-1	2.3	6.3	3.9	2.5	2.4	2.7
Philippines	86	90	62	32	1.9	4.1	48	1	1.7	6.3	4.3	3.3	1.8	1.7
Pologne	157	36	18	7	3.5	5.9	61	-	4.3	2.2	2.0	1.2	0.4	3.2
Portugal	167	62	14	5	7.4	6.4	64	3	1.9	2.8	1.5	1.5	3.0	0.3
Qatar	110	65	26	21	4.6	1.3	19	-	-	6.9	4.4	2.7	2.3	3.0
Rép. démocratique populaire lao	50	218	163	75	1.5	4.9	54	-	4.1	6.4	6.2	3.3	0.2	4.0
République centrafricaine	15	232	173	175	1.5	-0.1	-1	-1	-0.6	5.7	5.7	4.7	0.0	1.2
République dominicaine	92	127	65	29	3.3	5.0	55	2	3.7	6.2	3.3	2.9	3.1	0.9
République tchèque	175	24	13	4	3.1	7.4	69	-	2.1	2.0	1.8	1.2	0.5	2.5
Roumanie	119	57	31	18	3.0	3.4	42	0.9x	2	2.9	1.9	1.3	2.0	2.4
Royaume-Uni	161	23	10	6	4.2	3.2	40	2	2.5	2.3	1.8	1.8	1.2	0.1
Russie, Fédération de	125	40	27	16	2.0	3.3	41	-	0.6	2.0	1.9	1.3	0.3	2.1
Rwanda	18	209	176	160	0.9	0.6	9	1	0.3	8.2	7.6	6.0	0.4	1.5
Sainte-Lucie	130	-	21	14	-	2.5	33	5.3x	1.1	6.1	3.3	2.2	3.0	2.6
Saint-Kitts-et-Nevis	116	-	36	19	-	4.0	47	6.3x	2.8	-	-	-	-	-
Saint-Marin	189	-	14	3	-	9.6	79	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	113	-	25	20	-	1.4	20	3	1.7	6.0	3.0	2.2	3.5	1.9
Samoa	94	101	50	28	3.5	3.6	44	-0.1x	2.5	6.1	4.8	4.1	1.2	1.0
Sao Tomé-et-Principe	43	106	100	96	0.3	0.3	4	-	0.5x	6.5	5.4	4.0	0.9	1.9
Sénégal	35	276	149	116	3.1	1.6	22	0	1.2	7.0	6.6	4.9	0.3	1.9
Serbie	151	-	-	8	-	-	-	-	-	2.4	2.1	1.8	0.6	1.1
Seychelles	135	59	19	13	5.7	2.4	32	3	1.4	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1	368	290	270	1.2	0.4	7	0	-0.8	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
Singapour	189	27	9	3	5.5	6.9	67	6	3.7	3.0	1.8	1.3	2.7	2.0
Slovaquie	151	29	14	8	3.6	3.5	43	-	2.9	2.5	2.0	1.2	1.0	3.2
Slovénie	175	29	10	4	5.3	5.7	60	-	3.3	2.3	1.5	1.3	2.0	1.1
Somalie	21	-	203	145	-	2.1	29	-1	-	7.3	6.8	6.2	0.3	0.6
Soudan	45	172	120	89	1.8	1.9	26	0	3.7	6.6	6.0	4.4	0.5	1.9
Sri Lanka	135	100	32	13	5.7	5.6	59	3	3.8	4.4	2.5	1.9	2.7	1.8
Suède	189	15	7	3	3.8	5.3	57	2	2.2	2.0	2.0	1.8	0.1	0.8
Suisse	167	18	9	5	3.5	3.7	44	1	0.7	2.0	1.5	1.4	1.4	0.5
Suriname	74	-	48	39	-	1.3	19	-2.2x	1.4	5.7	2.7	2.5	3.6	0.6
Swaziland	16	196	110	164	2.9	-2.5	-49	2	0.4	6.9	5.7	3.6	0.9	3.0
Syrie, République arabe de	130	128	38	14	6.1	6.2	63	2	1.4	7.6	5.5	3.2	1.6	3.5
Tadjikistan	57	140	115	68	1.0	3.3	41	-	-3.1	6.9	5.2	3.5	1.4	2.5
Tanzanie, République-Unie de	34	218	161	118	1.5	1.9	27	-	1.6	6.8	6.1	5.3	0.5	0.9

	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans			Taux annuel moyen de régression (%)[Θ]		Régression depuis 1990 (%)[Θ]	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Indice synthétique de fécondité			Taux annuel moyen de régression (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Tchad	7	-	201	209	-	-0.2	-4	-1	2.4	6.5	6.7	6.3	-0.1	0.3
Territoire palestinien occupé	108	-	40	22	-	3.7	45	-	-2.8x	7.9	6.4	5.3	1.0	1.3
Thaïlande	151	102	31	8	6.0	8.5	74	5	2.8	5.5	2.1	1.8	4.8	0.8
Timor-Leste	65	-	177	55	-	7.3	69	-	-	6.3	5.3	6.7	0.8	-1.4
Togo	38	219	149	108	1.9	2.0	28	-1	-0.1	7.0	6.4	5.0	0.5	1.6
Tonga	101	50	32	24	2.2	1.8	25	-	1.9	5.9	4.6	3.8	1.3	1.2
Trinité-et-Tobago	75	54	34	38	2.3	-0.7	-12	1	4.7	3.5	2.4	1.6	1.8	2.6
Tunisie	106	201	52	23	6.8	5.1	56	3	3.3	6.6	3.6	1.9	3.0	3.9
Turkménistan	67	-	99	51	-	4.1	48	-	-6.8x	6.3	4.3	2.6	1.9	3.3
Turquie	96	201	82	26	4.5	7.2	68	2	1.9	5.5	3.0	2.2	3.0	2.2
Tuvalu	75	-	54	38	-	2.2	30	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	101	36	25	24	1.8	0.3	4	-	-1.5	2.1	1.9	1.2	0.6	2.8
Uruguay	138	56	23	12	4.4	4.1	48	1	1.2	2.9	2.5	2.1	0.7	1.0
Vanuatu	79	155	62	36	4.6	3.4	42	-0.5x	-0.3	6.3	4.9	3.9	1.2	1.5
Venezuela, République bolivarienne du	110	62	33	21	3.2	2.8	36	-2	-0.6	5.4	3.4	2.6	2.2	1.8
Viet Nam	122	87	53	17	2.5	7.1	68	-	6	7.0	3.7	2.2	3.2	3.2
Yémen	41	303	139	100	3.9	2.1	28	-	1.5	8.6	8.1	5.6	0.3	2.3
Zambie	13	181	180	182	0.0	-0.1	-1	-2	0	7.4	6.5	5.3	0.7	1.2
Zimbabwe	39	135	76	105	2.9	-2.0	-38	0	-2.4	7.4	5.2	3.3	1.8	2.9

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	243	187	160	1.3	1.0	14	-	1.1	6.8	6.3	5.3	0.4	1.1
Afrique de l'Est et australe	220	165	131	1.4	1.4	21	-	1.2	6.8	6.0	5.0	0.6	1.1
Afrique de l'Ouest et centrale	264	208	186	1.2	0.7	11	-	1	6.8	6.6	5.6	0.1	1.1
Asie du Sud	199	123	83	2.4	2.5	33	2	3.9	5.7	4.3	3.0	1.4	2.2
Asie de l'Est et Pacifique	121	55	29	3.9	4.0	47	6	6.7	5.6	2.5	1.9	4.1	1.7
Amérique latine et Caraïbes	123	55	27	4.0	4.4	51	1	1.4	5.3	3.2	2.4	2.5	1.8
ECO/CEI	91	53	27	2.7	4.2	49	-	1.1	2.8	2.3	1.7	0.9	2.1
Moyen-Orient et Afrique du Nord	195	79	46	4.5	3.4	42	0	2.2	6.8	5.0	3.1	1.5	3.1
Pays industrialisés[§]	27	10	6	5.0	3.2	40	2	1.9	2.3	1.7	1.7	1.3	0.2
Pays en développement[§]	164	103	79	2.3	1.7	23	3	4.1	5.8	3.6	2.8	2.3	1.6
Pays les moins avancés[§]	244	180	142	1.5	1.5	21	-	2.3	6.7	5.8	4.7	0.7	1.3
Total mondial	145	93	72	2.2	1.6	23	2	2.3	4.7	3.2	2.6	1.9	1.4

§ 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 148.

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 2005. 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.

Indice synthétique 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.
- Θ Une valeur négative indique une augmentation du taux de mortalité des moins de cinq ans depuis 1990.

Sigles

ACT	Thérapie combinée à base d'artémisinine
APD	Aide publique au développement
BCG	Vaccin antituberculeux (bacille de Calmette-Guérin)
CAD	Comité d'aide au développement (OCDE)
GOBI	surveillance de la croissance, la réhydratation orale, l'allaitement maternel, la vaccination
HepB	vaccin contre l'hépatite B
Hib	Haemophilus influenzae type b
HMN	Health Metrics Network
MGF/E	Mutilation génitale féminine/excision
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PRSP	Document stratégique de réduction de la pauvreté
PTME	Prévention de la transmission (du VIH) de la mère à l'enfant
RNB	Revenu national brut
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SWAp	Approche sectorielle
TAMR	Taux annuel moyen de régression
TB	Tuberculose
TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans
TT	Vaccin par l'anatoxine antitétanique
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agency for International Development des États-Unis
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

unicef

Bureaux de l'UNICEF

Siège de l'UNICEF
UNICEF House
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
P.O. Box 44145
Nairobi, Kenya

Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale
P.O. Box 29720, Yoff
Dakar, Sénégal

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

Pour chaque enfant
Santé, Éducation, Égalité, Protection
FAISONS AVANCER L'HUMANITÉ

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: 978-92-806-4192-9
No. de vente : F.08.XX.1

© Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Décembre 2007