

Rapport sur la santé dans le monde 2005
**Donnons sa chance à chaque
mère et à chaque enfant**



Organisation mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé.

Rapport sur la santé dans le monde : 2005 : donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant.

1.Santé mondiale - orientations 2.Protection maternelle 3.Protection enfance
4.Service santé maternelle - organisation et administration 5.Service santé
infantile - organisation et administration 6.Organisation mondiale de la Santé
I.Titre II.Titre: Donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant.

ISBN 92 4 256290 4

(Classification NLM : WA 540.1)

ISSN1020-332X

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Marketing et diffusion, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Le présent rapport a été établi sous la direction générale de Joy Phumaphi (Sous-Directeur général, Santé familiale et communautaire), de Tim Evans (Sous-Directeur général, Bases factuelles et information à l'appui des politiques de santé) et de Wim Van Lerberghe (Rédacteur en chef). Les principaux auteurs en sont Wim Van Lerberghe, Annick Manuel, Zoë Matthews et Cathy Wolfheim. Thomson Prentice en est le Directeur de la rédaction.

Ont prêté leur concours, sous la forme de contributions, de documents de référence, de travail analytique, d'examen, de suggestions et de critiques, les personnes dont les noms suivent : Elisabeth Aahman, Carla Abou-Zahr, Fifi Amoako Johnson, Fred Arnold, Alberta Bacci, Rajiv Bahl, Rebecca Bailey, Robert Beaglehole, Rafael Bengoa, Janie Benson, Yves Bergevin, Stan Bernstein, Julian Bilous, Ties Boerma, Jo Borghi, Paul Bossyns, Assia Brandrup-Lukanov, Eric Buch, Flavia Bustreo, Meena Cabral de Mello, Virginia Camacho, Guy Carrin, Andrew Cassels, Kathryn Church, Alessandro Colombo, Jane Cottingham, Bernadette Daelmans, Mario Dal Poz, Catherine d'Arcangues, Hugh Darrah, Luc de Bernis, Isabelle de Zoysa, Maria Del Carmen, Carmen Dolea, Gilles Dussault, Steve Ebener, Dominique Egger, Gerry Eijkemans, Bjorn Ekman, Zine Elmorjani, Tim Ensor, Marthe Sylvie Essengue, David Evans, Vincent Fauveau, Paulo Ferrinho, Helga Fogstad, Marta Gacic Dobo, Ulf Gerdham, Adrienne Germain, Peter Ghys, Elizabeth Goodburn, Veloshnee Govender, Metin Gulmezoglu, Jean-Pierre Habicht, Sarah Hall, Laurence Haller, Steve Harvey, Peggy Henderson, Patricia Hernández, Peter Hill, Dale Huntington, Julia Hussein, Guy Hutton, Mie Inoue, Monir Islam, Christopher James, Craig Janes, Ben Johns, Rita Kabra, Betty Kirkwood, Lianne Kuppens, Joy Lawn, Jerker Liljestrand, Ornella Lincetto, Craig Lissner, Alessandro Loretto, Jane Lucas, Doris Ma Fat, Carolyn MacLennan, Ramez Mahaini, Sudhansh Malhotra, Adriane Martin Hilber, Jose Martinez, Elizabeth Mason, Matthews Mathai, Dileep Mavalankar, Gillian Mayers, Juliet McEachren, Abdelhai Mechbal, Mario Meriardi, Tom Merrick, Thierry Mertens, Susan Murray, Adepeju Olukoya, Guillermo Paraje, Justin Parkhurst, Amit Patel, Vikram Pater, Steve Pearson, Gretel Pelto, Jean Perrot, Annie Portela, Dheepa Rajan, K. V. Ramani, Esther Ratsma, Linda Richter, David Sanders, Parvathy Sankar, Robert Scherpbier, Peelam Sekhri, Gita Sen, Iqbal Shah, Della Sherratt, Kenji Shibuya, Kristjana Sigurbjornsdottir, Angelica Sousa, Niko Speybroeck, Karin Stenberg, Will Stones, Tessa Tan-Torres Edejer, Petra Ten Hoope-Bender, Ann Tinker, Wim Van Damme, Jos Vandelaer, Paul Van Look, Marcel Vekemans, Cesar Victoria, Eugenio Villar Montesinos, Yasmin Von Schirnding, Eva Wallstam, Steve Wiersma, Karl Wilhelmson, Lara Wolfson, Juliana Yartey et Jelka Zupan.

Ont contribué à l'établissement des tableaux statistiques : Elisabeth Aahman, Dorjuren Bayarsaikhan, Ana Betran, Zulfiqar Bhutta, Maureen Birmingham, Robert Black, Ties Boerma, Cynthia Boschi-Pinto, Jennifer Bryce, Agnes Couffinhal, Simon Cousens, Trevor Croft, David D. Vans, Charu C. Garg, Kim Gustavsen, Nasim Haque, Patricia Hernández, Ken Hill, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Gareth Jones, Betty Kirkwood, Joseph Kutzin, Joy Lawn, Eduardo Levcovitz, Edilberto Loaiza, Doris Ma Fat, José Martinez, Elizabeth Mason, Colin Mathers, Saul Morris, Kim Mulholland, Takondwa Mwase, Bernard Nahlen, Pamela Nakamba-Kabaso, Agnès Prudhomme, Rachel Racelis, Olivier Ronveaux, Alex Rowe, Hossein Salehi, Ian Scott, U Than Sein, Kenji Shibuya, Rick Steketee, Rubén Suarez, Tessa Tan-Torres Edejer, Nathalie van de Maele, Tessa Wardlaw, Neff Walker, Hongyi Xu, Jelka Zupan, ainsi que de nombreux membres du personnel des bureaux de l'OMS dans les pays, des instances publiques nationales et des organismes et institutions internationales.

Des suggestions utiles ont été communiquées par Denis Aitken et Michel Janloes. Les Directeurs régionaux et des membres de leur personnel ont bien voulu aussi apporter leur concours.

La mise en forme rédactionnelle a été assurée par Leo Vita-Finzi, aidé de Barbara Campanini. Shelagh Probst et Gary Walker ont assuré divers services administratifs y compris la coordination des photographies. La traduction en français a été assurée par Hélène Couturier et Alain Zonco. La version destinée au site Web et aux autres médias électroniques a été préparée par Gael Kern. La lecture des épreuves a été assurée par Martine Cartillier ainsi que l'établissement de l'index.

Photographies de couverture (dans le sens des aiguilles d'une montre à partir du haut à gauche) : L. Gubb/OMS ; Pepito Frias/OMS ; Armando Waak/OMS/OPS ; Carlos Gaggero/OMS/OPS ; Liba Taylor/OMS ; Pierre Viroit/OMS. Photographies de la quatrième de couverture (de gauche à droite) : Pierre Viroit/OMS ; J. Gorstein/OMS ; G. Diez/OMS ; Pierre Viroit/OMS. Le présent rapport renferme plusieurs clichés du concours photographique « River of Live 2004 » - sur le thème de la santé sexuelle et génésique.

Conception graphique: Reda Sadki

Présentation graphique des pages du texte: Steve Ewart et Reda Sadki

Figures: Christophe Grangier

Retouche des photos: Reda Sadki et Denis Meissner

Coordination de l'impression: Keith Wynn

Imprimé en France

table des matières

Message du Directeur général	xi
Résumé	xiii
Disparité dans les progrès et écarts qui s'accroissent – que s'est-il donc passé ?	xiv
Faire le bon choix sur le plan technique et stratégique	xv
Vers la couverture universelle : accès aux soins pour tous, avec une protection financière	xvii
Résumé des chapitres	xxi
Chapitre 1	
Mères et enfants sont importants et il en va de même de leur santé	1
Les premières années	2
Le stade actuel : un impératif moral et politique	3
La mère, l'enfant et les objectifs du Millénaire pour le développement	9
Inégalités des progrès en matière de santé infanto-juvénile	9
Les décès néonataux passent inaperçus	11
Peu de signes d'amélioration en matière de santé maternelle	12
Un ensemble disparate de progrès, de stagnations et de reculs	17
Les chiffres restent élevés	17
Chapitre 2	
Les obstacles aux progrès : relèvent-ils du contexte ou de la politique générale ?	23
Questions de contexte	24
La pauvreté compromet les progrès	24
Les effets directs et indirects du VIH/SIDA	26
Conflits et situations d'urgence – autant de revers pour les systèmes de santé	27
Les multiples facettes de l'exclusion sanitaire	28
Facteurs d'exclusion	30
Schémas d'exclusion	32
Les enjeux diffèrent selon les schémas d'exclusion	34
Le district est-il le bon modèle stratégique pour progresser vers la couverture universelle ?	35
Une stratégie sans ressources	37
Le modèle fondé sur le district a-t-il fait long feu ?	38

Chapitre 3

De grandes attentes pour une grossesse à moindre risque

Réaliser le potentiel des soins prénatals	45
Comment répondre aux attentes des femmes enceintes	46
La grossesse – une période qui n'est pas sans danger	48
Il faut saisir les occasions d'agir	51
Orientations déterminantes pour l'avenir	52
Les grossesses ne sont pas toutes désirées	54
Planifier la grossesse avant même qu'elle survienne	54
L'avortement non médicalisé : un grave problème de santé publique	56
Faire face aux complications de l'avortement	57
Valoriser la grossesse : une question de protection juridique	58

Chapitre 4

Accompagner 136 millions de naissances chaque année

Risquer la mort pour donner la vie	67
Soins professionnels qualifiés : avant et après l'accouchement	72
Les succès et les reculs : ils sont liés à l'édification des systèmes de santé	72
Soins qualifiés : repenser la division du travail	76
Des soins de proximité assurés dans de bonnes conditions de sécurité	77
Recours en cas de complications	80
Mise en place simultanée des services	81
Les soins pendant les suites de couches sont tout aussi importants	82

Chapitre 5

Les nouveau-nés : on s'intéresse enfin à eux

C'est au début de la vie qu'il y a le plus de risques	89
Progrès et renversements de tendance	91
Comblant la faille	95
Les soins pendant la grossesse	96
Soins professionnels à l'accouchement	97
Les soins au nouveau-né à domicile	99
Garantir la continuité des soins	100
Etablir des plans en vue de l'accès universel	102
Critères concernant les besoins dans l'optique de l'offre	102
On peut être optimiste mais prudent	103
Il faut redresser les disparités au niveau des ressources humaines et des infrastructures	106
Scénarios du redressement	107
Coût du redressement	110

Chapitre 6

Repenser les soins aux enfants : l'optique de la survie, de la croissance et du développement

Améliorer les chances de survie	115
L'ambition du mouvement en faveur des soins de santé primaires	115
Réussites des programmes verticaux	116
Le moment était venu de changer de stratégie	119

Associer un plus grand nombre d'interventions	119
Prendre en charge les enfants, et non pas seulement les maladies	120
Organisation de soins intégrés en faveur de l'enfant	121
Les familles et les agents de santé	122
Transfert de l'enfant malade	124
Rapprocher les soins des enfants	126
Développement des interventions en faveur de la santé de l'enfant	128
Coût de l'extension de la couverture des prestations	128
Passer des projections de coût à l'extension des activités	132

Chapitre 7

Concilier la santé maternelle, néonatale et infantile et le développement des systèmes de santé

Repositionnement des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile	139
Différentes clientèles, différents langages	143
Pour un élan politique soutenu	146
Réadaptation du personnel	148
Pas seulement une question d'effectifs	148
Corriger les négligences passées	150
Déstabiliser avec les meilleures intentions	151
S'attaquer au problème salarial	152
Une protection financière pour assurer l'accès universel	154
Du paiement par l'utilisateur au prépaiement et à la mise en commun des ressources – le refinancement du secteur sanitaire	155
Tirer le meilleur parti des mécanismes transitoires de protection financière	157
La généralisation de la protection financière	158
Répartition efficace des fonds	159

Annexe statistique

Notes explicatives	167
Tableau 1 de l'annexe	
Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres	198
Tableau 2a de l'annexe	
Taux de mortalité des moins de cinq ans : estimations pour 2003, pourcentage de variation annuelle moyenne pour 1990–2003, et disponibilité des données pour 1980–2003	206
Tableau 2b de l'annexe	
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000) obtenus directement à partir d'enquêtes et de registres d'état civil, par âge et en fonction de la période ou de l'année la plus récemment disponible	210
Tableau 3 de l'annexe	
Nombre annuel de décès par cause chez les enfants de moins de cinq ans par Région de l'OMS, estimations pour 2000–2003	214
Tableau 4 de l'annexe	
Nombre annuel de décès par cause chez les nouveau-nés par Région de l'OMS, estimations pour 2000–2003	214
Tableau 5 de l'annexe	
Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé pour 1998-2002	216

Tableau 6 de l'annexe	
Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé par habitant pour 1998-2002	224
Tableau 7 de l'annexe	
Sélection d'indicateurs de vaccination dans l'ensemble des Etats Membres de l'OMS	228
Tableau 8 de l'annexe	
Sélection d'indicateurs relatifs à la santé génésique, maternelle et néonatale	244

Index	253
--------------	-----

Figures

Figure 1.1	
La mortalité infanto-juvénile recule moins vite : mauvais point pour l'Afrique	8
Figure 1.2	
La mortalité néonatale et maternelle est liée à l'absence d'accoucheuses qualifiées	10
Figure 1.3	
Evolution du taux de mortalité des moins de 5 ans, 1990-2003 : pays en progrès, en stagnation ou en recul	14
Figure 1.4	
Tendances dans la réduction du taux de mortalité des moins de 5 ans, 1990-2003	14
Figure 1.5	
Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes en 2000	15
Figure 1.6	
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes en 2000	15
Figure 2.1	
Renversement temporaire des tendances de la mortalité maternelle : Mongolie, début des années 90	25
Figure 2.2	
Nivellement des tendances après des progrès remarquables : couverture par le vaccin DTC3 depuis 1980	28
Figure 2.3	
Différents schémas d'exclusion : privation massive à un faible niveau de couverture et marginalisation des plus pauvres à un niveau élevé	32
Figure 2.4	
De la privation massive à l'exclusion marginale : la progression de la couverture	33
Figure 2.5	
Disparités entre riches et pauvres en matière de survie : elles s'accroissent dans certains pays et s'atténuent dans d'autres	34
Figure 3.1	
La couverture des soins prénatals est en hausse	46
Figure 3.2	
Les différentes issues des 211 millions de grossesses qui surviennent chaque année	53

Figure 3.3	Circonstances dans lesquelles l'avortement est autorisé partout dans le monde	56
Figure 4.1	Les causes de mortalité maternelle	68
Figure 4.2	La mortalité maternelle en Malaisie, au Sri Lanka et en Thaïlande depuis les années 60	74
Figure 4.3	Nombre d'années nécessaires pour diviser la mortalité par deux, pays choisis	77
Figure 5.1	Décès d'enfants avant l'âge de cinq ans, en 2000	90
Figure 5.2	Nombre de décès néonataux par cause, 2000–2003	91
Figure 5.3	Evolution des taux de mortalité néonatale entre 1995 et 2000	92
Figure 5.4	Les taux de mortalité néonatale dans les pays africains marquent une stagnation et quelques renversements de tendance inhabituels	93
Figure 5.5	Taux de mortalité néonatale dans un certain nombre de pays en fonction des soins professionnels reçus par les mères pendant la grossesse et l'accouchement	98
Figure 5.6	La proportion d'accouchements en établissements de soins ou en présence d'un médecin est en augmentation	104
Figure 5.7	Disparités au niveau des ressources humaines au Bénin, au Burkina Faso, au Mali et au Niger en 2001	106
Figure 5.8	Coût du passage des soins de santé maternelle et néonatale à l'échelle supérieure, en plus des dépenses courantes	108
Figure 6.1	Approche intégrée de la santé de l'enfant	124
Figure 6.2	Proportion de districts dans lesquels la formation et le renforcement des systèmes pour la PCIME avaient été démarrés en 2003	127
Figure 6.3	Coût supplémentaire de l'extension des interventions de santé infantile	130

Encadrés

Encadré 1.1	Droits de la femme et de l'enfant : les grandes étapes	5
Encadré 1.2	Pourquoi investir des fonds publics dans les soins de santé pour la mère et l'enfant ?	6
Encadré 1.3	Un renversement de tendance dans la mortalité maternelle au Malawi	12

Encadré 1.4	Dénombrer les naissances et les décès	13
Encadré 2.1	Crise économique et effondrement du système de santé : une suite d'événements fatale	24
Encadré 2.2	Comment le VIH/SIDA a une incidence directe sur la santé des femmes et des enfants	25
Encadré 2.3	Des districts sanitaires peuvent progresser, même dans des circonstances difficiles	27
Encadré 2.4	Carte de l'exclusion sanitaire pour les soins obstétricaux susceptibles de sauver la vie	29
Encadré 2.5	Mise en place de districts sanitaires fonctionnels : des résultats durables exigent un engagement à long terme	36
Encadré 3.1	Il faut réduire la charge de morbidité due au paludisme chez les femmes enceintes et les enfants	48
Encadré 3.2	L'anémie – un fléau silencieux	49
Encadré 3.3	La violence à l'encontre des femmes	51
Encadré 4.1	La fistule obstétricale : survivre dans la dignité	70
Encadré 4.2	La dépression maternelle touche à la fois la mère et l'enfant	71
Encadré 4.3	Le dépistage des accouchements à haut risque : une déception	75
Encadré 4.4	Les accoucheuses traditionnelles : une autre déception	76
Encadré 4.5	Préparer les praticiens à exercer dans de bonnes conditions de sécurité et d'efficacité	79
Encadré 5.1	Les variations de la mortalité maternelle, néonatale et infantile s'expliquent-elles par les soins ou par le contexte ?	94
Encadré 5.2	Sélection en fonction du sexe	96
Encadré 5.3	Surmédicalisation	105
Encadré 5.4	Ventilation des coûts prévus de l'extension de la couverture des soins à la mère et au nouveau-né	109
Encadré 6.1	Les causes de décès chez les enfants aujourd'hui	118
Encadré 6.2	La famille peut changer le cours des choses	123

Encadré 6.3		
	Ventilation des coûts prévus pour l'extension des activités	131
Encadré 7.1		
	Fonds internationaux pour la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile	140
Encadré 7.2		
	La pression monte : partenariats pour la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile	141
Encadré 7.3		
	La santé maternelle, néonatale et infantile, le problème de la pauvreté et la nécessité de disposer d'informations sur les stratégies	142
Encadré 7.4		
	Des approches pansectorielles	143
Encadré 7.5		
	La reconstruction des systèmes de santé dans les situations d'après-crise	147
Encadré 7.6		
	La participation de la société civile a besoin d'être soutenue	156

Tableaux

Tableau 1.1		
	Mortalité néonatale et maternelle dans les pays où la mortalité des moins de cinq ans accuse une inversion de tendance ou une stagnation	16
Tableau 2.1		
	Facteurs qui freinent la progression	24
Tableau 4.1		
	Incidence des complications majeures de l'accouchement dans l'ensemble du monde	69
Tableau 4.2		
	Caractéristiques essentielles des soins de premier niveau et de recours pour la mère et le nouveau-né	78
Tableau 5.1		
	Rattraper le retard en matière d'offre de soins pour développer les soins maternels et néonataux au premier et au deuxième niveau dans 75 pays (passage du taux de couverture actuel de 43 % à 73 % en 2015 et à la couverture complète en 2030)	108
Tableau 6.1		
	Interventions essentielles pour améliorer la survie de l'enfant	129

message du directeur général

Le plus cher désir des parents, c'est de voir leurs enfants grandir sans problème et en bonne santé. C'est là l'une des quelques constantes de la vie que l'on retrouve partout dans le monde. Pourtant, en ce XXI^e siècle, nous laissons encore mourir chaque année plus de 10 millions d'enfants et plus d'un demi-million de mères de famille, alors que la plupart de ces décès peuvent être évités. Soixante-dix millions de mères, leurs nouveau-nés et d'innombrables enfants se voient privés des soins de santé auxquels ils ont droit. Et plus nombreux encore sont ceux qui restent sans protection contre la pauvreté à laquelle la maladie peut les exposer.

Les gouvernants admettent sans difficulté que nous ne pouvons pas continuer à tolérer cet état de choses, mais dans bien des pays la situation s'améliore trop lentement – si tant est qu'elle s'améliore –, tandis que dans quelques autres elle va en s'aggravant. Ce sont les mères de famille et les enfants qui font la prospérité d'une société et conditionnent son avenir. Leurs besoins sanitaires ne peuvent rester insatisfaits sans que toute la société en souffre.

Changer cet état de choses est en grande partie à la portée des familles et des communautés. Elles peuvent, par exemple, apporter des améliorations dans différents domaines : place de la femme dans la société, responsabilités parentales, prévention des maladies, soins aux malades et utilisation des services. Mais la santé materno-infantile est également une affaire publique.

Il faut que les programmes de santé publique conjuguent leurs efforts pour assurer à toutes les familles la continuité des soins depuis la grossesse (et même avant) jusqu'à la naissance et à l'enfance, en évitant cette parcellisation des services que l'on observe souvent aujourd'hui. Il n'est pas raisonnable de dispenser des soins à un enfant sans se préoccuper de la santé de sa mère, ni d'accompagner un accouchement sans prendre en charge le nouveau-né.

Pour faire en sorte que chaque famille ait accès aux soins, les gouvernements doivent accélérer la mise en place de systèmes de santé cohérents, intégrés et efficaces. Cela suppose que l'on s'attaque à la crise des effectifs et, par voie de conséquence, que l'on accroisse de beaucoup leur financement en améliorant aussi leur organisation dans ce domaine de l'action sanitaire. Il faut avoir pour objectif de mettre en place un système de santé qui puisse faire face à ces besoins, élimine les obstacles financiers à l'obtention des soins et protège la population de la pauvreté, qui est à la fois une cause et une conséquence de la maladie.

La communauté mondiale doit soutenir les pays qui s'efforcent d'offrir à chaque mère et à chaque enfant accès universel aux soins et protection financière. C'est le seul moyen de faire en sorte que toute mère, tout nouveau-né et tout enfant en général qui ont besoin de soins puissent les recevoir, et que nul ne se ruinera pour les payer. Nous pourrions ainsi non seulement progresser vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, mais aller encore plus loin.



LEE Jong-wook
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé
Genève, avril 2005

résumé

Le *Rapport sur la santé dans le monde* de cette année paraît alors qu'il ne reste qu'une décennie pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui fixent à 2015 la date à laquelle devront être réalisées certaines aspirations de la population mondiale en matière de développement, approuvées par la communauté internationale. Ces objectifs soulignent combien il est important d'améliorer la santé et notamment celle de la mère et de l'enfant, car cette amélioration fait partie intégrante de l'action en vue de réduire la pauvreté.

C'est bien avant les années 90 que la santé de la mère et de l'enfant est apparue comme un élément prioritaire de l'action sanitaire – car elle se situe dans le prolongement d'un siècle de programmes, d'activités et d'expériences. Toutefois, le fait nouveau qui caractérise la dernière décennie, c'est la dimension mondiale des OMD et l'accent qu'ils mettent sur le suivi des progrès dans toutes les régions du monde. Par ailleurs, les priorités en matière de santé maternelle et infantile ont évolué au cours du temps. Alors qu'auparavant, des programmes animés des meilleures intentions ciblaient leur action sur la mère et l'enfant, la revendication qui s'exprime désormais, avec de plus en plus d'insistance, c'est la possibilité d'obtenir des soins de qualité en tant que droit garanti par l'Etat. La santé maternelle et infantile est ainsi passée du statut de problème technique à celui d'impératif moral et politique.

Le présent rapport considère que l'exclusion est un facteur essentiel de l'iniquité et un obstacle majeur au progrès. Dans beaucoup de pays, l'accès universel aux soins auxquels a droit chaque femme et chaque enfant est encore loin d'être effectif. Le rapport fait l'inventaire des progrès erratiques réalisés jusqu'ici et expose les stratégies à mettre en place pour apporter plus rapidement les améliorations que l'on sait possibles. Il est nécessaire de réorienter les stratégies techniques élaborées dans le cadre des programmes de santé maternelle et infantile et aussi d'accorder une plus grande attention aux problèmes souvent négligés de santé du nouveau-né. A cet égard, le rapport préconise de passer du concept de santé maternelle et infantile (SMI) à celui de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile (SMNI).

Les stratégies techniques propres à améliorer la SMNI ne peuvent fonctionner efficacement que si elles sont mises en œuvre pour l'ensemble des programmes et des prestataires de services, depuis la grossesse et l'accouchement jusqu'à l'enfance. Il est absurde de dispenser des soins à l'enfant sans prendre en compte la mère ou

d'assister une femme qui accouche sans s'occuper de la santé du nouveau-né. Pour assurer aux familles un accès universel à cet ensemble de soins, il faut instituer une coopération entre les programmes, mais la réalisation de cet objectif dépend en fin de compte de l'extension et du renforcement des systèmes de santé. Par ailleurs, en mettant la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile au cœur des efforts déployés pour assurer l'accès universel aux soins, on dispose du même coup d'une base sur laquelle construire des systèmes de santé durables là où les structures existantes sont faibles ou fragiles. Même dans les lieux où les objectifs du Millénaire pour le développement risquent de ne pas être totalement atteints en 2015, la progression vers l'accès universel a la possibilité de transformer la vie de millions de gens au cours des prochaines décennies.

DISPARITÉ DANS LES PROGRÈS ET ÉCARTS QUI S'ACCROISSENT – QUE S'EST-IL DONC PASSÉ ?

Chaque année, il se produit 3,3 millions de mortinaissances et peut-être même davantage, plus de 4 millions de nouveau-nés meurent dans les 28 jours qui suivent leur mise au monde et 6,6 millions d'autres enfants en bas âge disparaissent avant leur cinquième anniversaire. Il n'y a pas non plus de répit dans la mortalité maternelle – chaque année ce sont maintenant 529 000 femmes qui meurent soudainement et de manière imprévue, pendant la gestation elle-même (quelque 68 000 par suite d'un avortement non médicalisé), pendant les couches, ou après la naissance de leur enfant – laissant derrière elles des familles à la dérive, souvent ruinées par le coût élevé de soins dispensés trop tardivement ou restés sans effet.

Comment se fait-il que cette situation perdure alors que les causes de ces décès sont en grande partie évitables ? Et pourquoi faut-il que ce rapport souligne une fois de plus combien il est important de se préoccuper de la santé de la mère, du nouveau-né et du tout petit, alors que c'est là un aspect prioritaire de l'action sanitaire depuis des décennies et que plus de dix ans se sont écoulés depuis que la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement a mis fermement à l'ordre du jour la nécessité d'assurer l'accès aux soins de santé génésiques ?

S'il est vrai que depuis quelques années les pays sont de plus en plus nombreux à améliorer avec succès la santé et le bien-être de la mère, du nouveau-né et du tout petit, ce sont ceux qui partaient avec la charge de mortalité et de morbidité la plus élevée qui ont le moins progressé au cours des années 90. Dans certains pays, la situation s'est en fait aggravée, et l'on note un inquiétant renversement de tendance en ce qui concerne la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. La progression se ralentit et elle est de plus en plus inégale, avec d'importantes disparités entre les pays et, dans un même pays, entre les riches et les pauvres. Si des mesures radicales ne sont pas prises pour accélérer le mouvement, il y a peu d'espoir de venir partout à bout des causes évitables de mortalité maternelle et infantile.

Les pays où les indicateurs de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile montrent qu'il y a eu stagnation ou renversement de tendance se sont souvent trouvés dans l'impossibilité d'investir suffisamment dans leurs systèmes de santé. Les districts sanitaires ont de la peine à s'organiser pour assurer aux femmes et aux enfants l'accès à des soins efficaces. Les crises humanitaires, la pauvreté généralisée et l'épidémie de VIH/SIDA sont autant de facteurs qui contribuent à aggraver l'effet de la récession économique et de la crise qui touche le personnel de santé. Avec l'impossibilité généralisée d'accéder aux soins et les inégalités qui s'accroissent, il est devenu indispensable de s'orienter vers un renforcement intensif des systèmes de santé.

Les options techniques conservent cependant toute leur importance, car jusqu'ici les programmes n'ont pas toujours choisi la meilleure méthode pour offrir à tous des soins de qualité. Trop souvent, on les a laissés se parcelliser, avec pour conséquences des ruptures dans la continuité des soins et l'on n'a pas accordé une attention suffisante à la professionnalisation des services. L'expérience acquise dans le domaine technique de même que les succès et les échecs de ces derniers temps nous indiquent quelle est la meilleure façon de progresser.

FAIRE LE BON CHOIX SUR LE PLAN TECHNIQUE ET STRATÉGIQUE

Il ne fait aucun doute que nous disposons des connaissances techniques pour faire face à beaucoup, pour ne pas dire à la plupart, des problèmes et des risques qui sont déterminants pour la santé et la survie de la mère, du nouveau-né et du jeune enfant. D'ailleurs, on voit de mieux en mieux quelles stratégies les ménages et les systèmes de santé peuvent adopter pour faire en sorte que ces solutions techniques soient mises en œuvre au bénéfice de tous au bon moment et à l'endroit voulu.

Les soins prénatals connaissent un très grand succès : la demande a augmenté et continue d'augmenter dans la plupart des régions du monde. Toutefois, on pourrait mieux exploiter les possibilités considérables des soins prénatals en privilégiant les interventions efficaces et en en faisant le point de départ d'autres programmes sanitaires tels que la lutte contre le VIH/SIDA, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, les initiatives pour la lutte contre la tuberculose et le paludisme ou encore la planification familiale. Les agents de santé peuvent eux aussi profiter davantage des soins prénatals pour aider les mères à se préparer à l'accouchement et à l'éducation de leurs enfants ou pour leur apprendre à affronter un environnement qui n'est pas toujours favorable à une grossesse heureuse et sans problème. Les femmes enceintes, surtout les adolescentes, peuvent être exposées à la violence, à la discrimination sur le lieu de travail ou à l'école ou encore être marginalisées. Ce sont des problèmes qu'il faut aussi traiter par une amélioration de la situation sociale, politique et juridique. La manière dont les sociétés s'attaquent aux problèmes posés par les millions de grossesses involontaires, inopportunes et non désirées, en constitue un bon exemple. Les besoins en matière de contraception restent très largement à satisfaire et il faut également améliorer l'information et l'éducation tant quantitativement que qualitativement. Par ailleurs, il existe un réel besoin pour les femmes qui ont subi un avortement de pouvoir accéder à des soins adaptés de grande qualité et de pouvoir également avorter dans de bonnes conditions de sécurité, dans toute la mesure où la loi le permet.

Accompagner chacune des 136 millions de naissances qui se produisent chaque année dans le monde constitue l'une des principales tâches qui attendent désormais les systèmes de santé. Elle va encore s'alourdir dans un proche avenir à mesure que de nombreux jeunes gens atteindront l'âge de procréer, surtout dans les régions du monde où accoucher comporte un gros risque. En donnant la vie, une femme peut risquer la sienne, mais des soins qualifiés et attentifs, prodigués lors de l'accouchement et pendant les suites de couches, peuvent permettre d'éviter presque toutes les issues fatales et les séquelles invalidantes – comme la tragédie que représente une fistule obstétricale par exemple – et soulager bien des souffrances. Événement capital de la vie d'une famille, une naissance est tout aussi importante pour l'édification de la communauté et elle doit le rester, mais encore faut-il qu'elle se passe dans de bonnes conditions de sécurité. Pour que cette sécurité soit optimale, chaque femme, sans

exception, doit bénéficier de soins professionnels qualifiés lorsqu'elle accouche, dans un environnement approprié, à la fois proche de l'endroit où elle vit et respectueux du rituel propre à sa culture. Il est en tout point préférable que ces soins soient assurés par une sage-femme qualifiée ou un agent de santé possédant les compétences voulues en obstétrique, dans un établissement décentralisé au premier niveau. Cela peut permettre de prévenir, de réduire ou de résoudre un grand nombre des complications de l'accouchement dont l'issue pourrait être fatale et abaisser la mortalité maternelle à un niveau étonnamment bas. Toutefois, face à un problème obstétrical qui dépasse leur niveau de compétence ou qui nécessite un équipement que ne possède pas leur établissement de premier niveau, ces accoucheurs ou accoucheuses qualifiés ont besoin d'une assistance que seul un hôpital est en mesure de leur apporter. Si toutes les femmes ont besoin de soins au premier niveau, ces soins de recours ne concernent qu'une minorité d'entre elles, mais le souci d'efficacité commande une coopération étroite entre ces deux niveaux de soins et leur mise en place simultanée.

Ce n'est pas parce que la naissance a eu lieu que des soins ne sont plus nécessaires. Au cours des heures, des jours et des semaines qui suivent l'accouchement, une femme court encore un danger et c'est également le cas du nouveau-né. L'accent qui est mis, à juste titre depuis quelques années, sur un accompagnement plus qualifié de l'accouchement, ne doit pas faire oublier que les suites de couches sont une période critique au cours de laquelle se produisent la moitié des décès maternels ainsi qu'un très grand nombre de pathologies. Il faut sans délai se donner des moyens efficaces d'assurer la continuité des soins au cours des premières semaines suivant l'accouchement, période au cours de laquelle la mission des services de santé est souvent mal définie ou ambiguë.

S'il y a insuffisance de soins pour les femmes en période de post-partum, il y a également insuffisance de soins pendant la période postnatale. On n'a encore qu'une idée très incomplète des besoins non satisfaits en matière de soins néonataux, mais on peut dire que les problèmes sanitaires du nouveau-né sont par trop négligés et sous-estimés. Il semble que les nouveau-nés n'aient pas pu trouver leur place entre les programmes de maternité sans risque d'une part et les initiatives pour la survie de l'enfant d'autre part. La mortalité néonatale représente une part importante de la mortalité des moins de cinq ans. Il est manifeste que l'OMD relatif à la mortalité infanto-juvénile ne pourra pas être atteint si la survie des nouveau-nés ne fait pas de progrès sensibles. La mortalité néonatale a certes accusé un recul modeste dans l'ensemble du monde (par exemple la vaccination est en passe d'éliminer le tétanos en tant que cause de mortalité néonatale), mais un certain nombre de pays de l'Afrique subsaharienne connaissent un retournement de tendance aussi inhabituel qu'inquiétant.

Pour faire progresser la santé néonatale, il est inutile de recourir à des technologies coûteuses. Il faut toutefois que le système de santé assure la continuité des soins dispensés par des professionnels qualifiés depuis le début de la gestation (et même plus tôt encore) jusqu'à l'accouchement et à la période postnatale. Plus important encore, il est nécessaire qu'il y ait « passage du témoin » entre les services de santé maternelle et les services pédiatriques, un problème délicat qui est souvent négligé. Un nouveau-né nourri au sein et qui reçoit son dû d'amour et de chaleur se portera bien la plupart du temps, mais cela n'exclut pas la survenue de problèmes. Il est essentiel de donner aux ménages - aux mères et aux pères de famille en particulier - la possibilité de bien s'occuper de leur nourrisson, de leur apprendre à reconnaître à temps les dangers qui peuvent les menacer et de leur permettre d'avoir recours à un professionnel qualifié dès qu'un problème se pose.

C'est aux premiers instants de la vie que les risques sont les plus grands, mais ils ne disparaissent pas pour autant lorsque le nouveau-né devient un nourrisson puis un jeune enfant. Les programmes de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, contre la malnutrition, contre les diarrhées ou les infections des voies respiratoires sont encore loin d'avoir atteint leur objectif. La vaccination par exemple, si elle a fait des progrès satisfaisants dans certaines régions, présente dans d'autres une couverture insuffisante qui stagne entre 50 % et 70 % et il importe de lui donner un nouvel élan. Ces programmes ont toutefois contribué à faire reculer la charge de morbidité dans nombre de ces pays au point que le profil de morbidité a changé. Il est désormais nécessaire de privilégier les approches intégrées : tout d'abord savoir faire face à l'évolution des problèmes à prendre en charge ; en second lieu ne plus se contenter, en matière de soins, d'assurer la survie de l'enfant, mais se préoccuper aussi de sa croissance et de son développement. Voilà ce qu'il faut faire du point de vue de la santé publique, et c'est aussi ce qu'attendent les familles.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) consiste en un ensemble d'interventions efficaces destinées à assurer la survie de l'enfant, mais qui ont aussi pour but de lui permettre de grandir et de se développer tout en restant en bonne santé. La PCIME ne se contente pas de faire passer par un seul et même réseau de distribution une série de mesures supplémentaires, elle a transformé la manière dont le système de santé conçoit les soins pédiatriques - qui vont bien au-delà du simple traitement de la maladie. La PCIME comporte trois composantes : améliorer les compétences des agents de santé chargés de traiter les maladies et de conseiller les familles, renforcer le soutien au système de santé et aider ménages et communautés à assurer une vie saine à leurs enfants et à les soigner s'ils tombent malades. La PCIME va donc au-delà de l'idée traditionnelle d'un centre de santé dont le personnel assure un certain nombre d'interventions de nature technique au bénéfice de la population qu'il dessert. Cette nouvelle conception permet de rapprocher les soins de santé du foyer familial tout en améliorant les possibilités de recours et les soins en milieu hospitalier ; le défi à relever c'est maintenant de faire en sorte que la PCIME s'étende à toutes les familles avec enfants et de créer les conditions qui permettent à ces familles de profiter de ces soins lorsqu'elles en ont besoin.

VERS LA COUVERTURE UNIVERSELLE : ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS, AVEC UNE PROTECTION FINANCIÈRE

On s'accorde très largement à considérer que, même si l'on a fait le bon choix dans tous les domaines sur le plan technique, les programmes de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ne peuvent être efficaces que dans la mesure où, de concert avec les ménages et les communautés, ils mettent en place un système de soins s'étendant, sans solution de continuité, de la grossesse à la naissance et à l'enfance. Assurer cette continuité nécessite un important renforcement des systèmes de santé, en plaçant la santé maternelle néonatale et infanto-juvénile au cœur de leurs stratégies de développement. De la sorte, des programmes et des partenaires dont les antécédents, les intérêts et la clientèle sont différents, sont contraints d'unir leurs forces. Le projet commun autour duquel les différents programmes sont susceptibles de se rassembler consiste précisément dans l'accès universel aux soins. Il ne s'agit pas simplement d'apporter des modifications de détail à la terminologie de l'action de sensibilisation, mais de replacer la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile dans le cadre d'un projet politique simple mais de plus grande ampleur, qui consiste à faire droit à une revendication de la société – à savoir la protection de la santé

des citoyens et la possibilité d'accéder aux soins – revendication qui est de plus en plus considérée comme légitime. Il ne faut toutefois pas sous-estimer l'ampleur du développement qu'il faut donner aux services pour qu'ils puissent progresser vers cet accès universel.

Il est techniquement possible au cours de la prochaine décennie de faire bénéficier chaque enfant d'un ensemble d'interventions sanitaires essentielles qui satisfassent aux objectifs du Millénaire pour le développement et même au-delà. Pour les 75 pays qui représentent la part la plus importante de la mortalité infanto-juvénile, cet effort va nécessiter un financement à hauteur de US \$52,4 milliards en plus des dépenses courantes, dont US \$25 milliards pour couvrir le coût des ressources humaines supplémentaires nécessaires. Ce montant de US \$52,4 milliards représente dans l'état actuel des choses 6 % des dépenses courantes publiques médianes engagées pour la santé dans ces pays, proportion qui passera à 18 % en 2015. Dans les 21 pays qui connaissent le plus de difficultés et où il faudra probablement compter avec un long délai d'exécution, les dépenses publiques courantes en matière de santé devront s'accroître de 27 % en 2006 et d'environ 76 % en 2015.

En ce qui concerne les soins maternels et néonataux, l'objectif d'un accès universel est encore plus éloigné. On peut envisager divers scénarios pour la montée en puissance des services, qui prennent en considération les circonstances propres à chacun de ces mêmes 75 pays. Actuellement, quelque 43 % des mères et des nouveau-nés peuvent recevoir certains soins, mais en aucun cas la totalité de ceux qui seraient nécessaires simplement pour éviter les décès maternels. L'ensemble de ces scénarios optimistes – mais tout de même réalistes – élaborés pour chacun des 75 pays permettrait d'offrir une série complète de soins de premier niveau et de recours à quelque 101 millions de mères (soit environ 73 % des naissances attendues) en 2015 ainsi qu'à leurs nouveau-nés. Si ces scénarios étaient réalisés, l'OMD concernant la santé maternelle ne serait certes pas atteint dans chaque pays, mais la réduction de la mortalité maternelle et périnatale dans l'ensemble du monde serait en bonne voie. Le coût de mise en œuvre de ces scénarios dans les 75 pays se situerait autour de US \$39 milliards - en plus des dépenses courantes. Ce chiffre correspond à une augmentation de 3 % des dépenses publiques courantes médianes de ces pays pour la santé en 2006, proportion qui passerait à 14 % au cours des années suivantes. Dans les 20 pays où la couverture est actuellement la plus faible et qui connaissent les plus grandes difficultés, l'augmentation des dépenses publiques courantes pour la santé devrait être de 7 % en 2006, pour passer à 43 % en 2015.

La tâche la plus pressante consiste à mettre tout d'abord en place le personnel sanitaire nécessaire pour donner aux services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile le développement qui leur permette d'assurer l'accès universel aux soins. Beaucoup de pays connaissent une pénurie importante et des déséquilibres considérables dans la distribution de leur personnel sanitaire et y remédier restera une entreprise difficile au cours des prochaines années. Le travail supplémentaire nécessaire pour faire monter en puissance les activités de soins pédiatriques représente l'équivalent de 100 000 professionnels polyvalents travaillant à plein temps, auxquels il faudra ajouter, en fonction des scénarios dont le coût a été établi, 4,6 millions d'agents de santé communautaires. Selon les projections des besoins en personnel pour l'extension de la couverture des soins maternels et néonataux, il faudra, au cours des dix prochaines années, former au moins 334 000 sages-femmes – ou leur équivalent – supplémentaires, et mettre à niveau 140 000 professionnels de la santé assurant actuellement des soins maternels au premier niveau ainsi que 27 000

médecins qui ne possèdent pas actuellement les compétences nécessaires pour assurer les soins de recours.

Sans une planification et un renforcement des capacités tant au niveau national que districale, il ne sera pas possible de remédier à la pénurie ni d'améliorer l'éventail des compétences et le milieu de travail. La planification ne suffira pas toutefois à redresser la barre après un passé de désorganisations qui ont sapé le développement du personnel. Après des années de laisser-aller, il y a des problèmes dont il faut s'occuper immédiatement : en premier lieu, la lancinante question de la rémunération du personnel.

Dans beaucoup de pays, le niveau des salaires est considéré à bon droit comme injuste et insuffisant pour couvrir les dépenses quotidiennes de subsistance, et à plus forte raison pour satisfaire les attentes des professionnels de la santé. Cette situation est une des causes fondamentales de la démotivation, du manque de productivité et des diverses formes d'exode des cerveaux et de migration – des campagnes vers les villes, du secteur public au secteur privé et des pays pauvres aux pays riches. Elle fait également sérieusement obstacle au bon fonctionnement des services, car le personnel assure deux fonctions pour améliorer ses conditions de vie ou tout simplement pour joindre les deux bouts – ce qui crée une concurrence entre les deux fonctions eu égard au temps qui leur est consacré, constitue une perte de ressources pour le secteur public et donne lieu à des conflits d'intérêts. Les conséquences peuvent même être encore plus graves lorsque les agents de santé adoptent un comportement prédateur : l'exploitation financière de la clientèle peut avoir des effets catastrophiques sur les malades qui font appel aux services de santé et avoir un effet dissuasif sur les autres ; ce comportement contribue à alimenter une crise de confiance vis-à-vis des services auxquels mères et enfants ont droit.

Il faut imaginer et mettre en œuvre sans délai toute une série de mesures pour briser ce cercle vicieux et ramener la productivité et le dévouement des agents de santé à la hauteur des attentes de la population comme d'ailleurs des aspirations de la plupart de ces agents. L'une des mesures les plus difficiles à mettre en œuvre consiste dans le réaménagement de la grille de salaire du personnel. En effet, même une modeste tentative dans ce sens, qui consisterait par exemple à doubler, voire à tripler la masse salariale totale des personnels ainsi que ses avantages sociaux dans les 75 pays pour lesquels on a élaboré les scénarios évoqués plus haut, risquerait d'être encore insuffisante pour acquérir, retenir et redéployer un personnel de qualité. Elle contraindrait à augmenter de 2 % à 17 % en dix ans, les dépenses courantes publiques de santé, uniquement pour payer les salaires du personnel chargé des soins maternels, néonataux et infanto-juvéniles. Une telle mesure ne serait pas sans conséquence sur le plan politique et macroéconomique et elle n'est pas envisageable sans un effort majeur, non seulement de la part des gouvernements mais également de la communauté internationale. A la veille d'une décennie qui sera consacrée aux ressources humaines pour la santé, cette question va nécessiter un débat de fond, tant dans les pays qu'au niveau international, au sujet du volume des fonds à allouer et de la répartition de ces fonds. C'est d'autant plus important que le réaménagement de la grille de salaire du personnel n'est qu'un élément de la solution du problème : il est également nécessaire de créer un climat de stabilité et d'espoir de manière que les professionnels de la santé acquièrent la confiance dont ils ont besoin pour travailler avec efficacité et dévouement.

D'un autre côté, pour assurer l'accès universel aux soins, il ne suffit pas d'augmenter l'offre de services et de payer correctement les soignants. Pour que les services soient

effectivement utilisés, il faut lever les barrières financières qui en empêchent l'accès et assurer aux usagers une protection financière sur laquelle ils puissent compter pour couvrir le coût des soins, notamment en cas de dépenses catastrophiques qui pourraient ruiner le ménage. L'usager se trouve acculé à des dépenses catastrophiques lorsque ses charges sont trop importantes, que le ménage a une solvabilité limitée et que la mise en commun des ressources ou le prépaiement ne sont pas généralisés. Pour assurer une protection financière qui garantisse un accès universel, les pays, un peu partout dans le monde, doivent renoncer au paiement direct par l'usager, qu'il soit officiel ou occulte, et généraliser le prépaiement ou la mise en commun des ressources (systèmes par répartition). Qu'ils choisissent d'organiser la protection financière en la faisant financer par l'impôt ou par la sécurité sociale ou encore en associant les deux systèmes, il y a deux considérations importantes : la première, c'est qu'en fin de compte, aucun groupe de population ne soit exclu ; la seconde, c'est que l'accès aux services de santé maternelle et infantile soit considéré comme un point fondamental du droit à la santé de la population et que ces services soient financés de façon cohérente par le système retenu. Il faudra sans doute bien des années avant que la situation actuelle, caractérisée par des services limités, une part importante des prestations directement payées par l'usager et l'exclusion des plus pauvres, disparaisse au profit d'un système alliant accès universel et protection financière, mais l'extension des réseaux de soins de santé doit être réalisée parallèlement à la mise en place de ces mécanismes d'assurance.

Le financement est un élément absolument vital de la planification des soins de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. En premier lieu, des fonds supplémentaires sont nécessaires pour financer l'accroissement de l'offre de soins dans la perspective d'un accès universel. Ensuite, il faut mettre en place des systèmes de protection financière parallèlement à l'amélioration de cet accès. Enfin, la répartition des fonds supplémentaires, qu'ils viennent du pays ou de l'aide internationale, doit assurer la souplesse et la prévisibilité nécessaires pour faire face aux principales contraintes que connaissent les systèmes de santé – en particulier les problèmes auxquels sont confrontés les personnels.

La répartition de ces flux accrus de financement par les systèmes nationaux d'assurance-maladie – qu'il s'agisse d'un système financé par impôt, d'un système de sécurité sociale ou d'un panachage des deux – permet de lever simultanément ces trois difficultés. Cela suppose un gros effort pour se donner les moyens nécessaires, mais donne la possibilité de défendre le financement du personnel dans le cadre des politiques concernant le secteur public en général et la réforme du secteur sanitaire en particulier, de même que lors des réunions où sont décidées les grandes orientations dans le domaine macroéconomique et en matière de lutte contre la pauvreté. Il devient également possible de s'attaquer au problème de la rémunération et des conditions de travail du personnel sanitaire en vue de lui donner des perspectives de carrière crédibles et durables, ce que ne leur offrent ni le système classique de budgétisation, ni les solutions à court terme basées sur le financement des projets.

Cet effort financier semble à peu près à la portée d'un certain nombre de pays, mais pour beaucoup d'autres, il sera trop lourd pour que les pouvoirs publics puissent l'assumer seuls. Il incombera aux pays comme à la communauté internationale de faire preuve d'un engagement politique durable pour mobiliser et réorienter les ressources très importantes qui seront nécessaires, mettre en place les moyens institutionnels permettant de les gérer et faire en sorte que la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile reste la pierre angulaire de cet effort. Il est dans nos possibilités de faire en sorte que la présente décennie soit marquée par une progression plus rapide vers la

couverture universelle, c'est-à-dire la protection financière et l'accès pour tous aux soins de santé. Ainsi, aucune mère, aucun enfant et en particulier aucun nouveau-né dans le besoin ne restera sans soins – parce qu'il faut donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant.

RÉSUMÉS DES CHAPITRES

Chapitre 1. Mères et enfants sont importants et il en va de même de leur santé

Il est rappelé dans ce chapitre dans quelles circonstances la santé materno-infantile est devenue une priorité de santé publique au cours du XX^e siècle. Pendant des siècles, on a considéré que les soins aux mères et aux tout-petits étaient une affaire de famille, dévolue aux mères de famille elles-mêmes et aux sages-femmes. Au cours du XX^e siècle, ce qui était une préoccupation purement familiale est devenue un domaine prioritaire de la santé publique. A l'aube du XXI^e siècle, les objectifs du Millénaire pour le développement en font une question qui relève des droits de la personne humaine et la placent au cœur de la lutte contre la pauvreté et les inégalités. Ce changement d'orientation est d'une portée considérable pour la façon dont la communauté mondiale réagit aux progrès très inégaux enregistrés dans les divers pays.

Le chapitre fait le bilan de la situation actuelle en matière de santé maternelle, néonatale et juvéno-infantile. Ce sont les pays qui se trouvaient déjà en bonne position au début des années 90 qui ont fait le plus de progrès, alors que dans ceux qui connaissaient au départ les taux de mortalité les plus élevés, les résultats sont très décevants.

Dans l'ensemble du monde, le taux de mortalité des moins de cinq ans a reculé tout au long des dernières années du XX^e siècle : il est passé de 146 pour 1000 naissances vivantes en 1970 à 79 pour 1000 en 2003. Toutefois, au tournant du millénaire, cette tendance baissière générale a commencé à s'essouffler dans certaines régions du monde. L'amélioration s'est poursuivie ou même accélérée dans les Régions OMS des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et de l'Europe, alors que dans celle de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, la progression s'est ralentie. Dans 93 pays, qui représentent 40 % de la population mondiale, la mortalité des moins de cinq ans diminue rapidement. Dans 51 autres, soit 48 % de la population mondiale, la progression est lente : les pays n'atteindront les objectifs du Millénaire pour le développement qu'en accélérant sensiblement leur progression. Plus inquiétante encore est la situation de 43 pays représentant les 12 % restants de la population mondiale et où la mortalité des moins de cinq ans, déjà élevée à très élevée, ne recule plus ou a même tendance à augmenter à nouveau.

On ne dispose que depuis peu de données fiables sur les nouveau-nés et leur interprétation est difficile. Les estimations les plus récentes indiquent que la mortalité néonatale est beaucoup plus élevée qu'on ne le pensait généralement et représente 40 % des décès d'enfants de moins de cinq ans ; moins de 2 % des décès néonataux se produisant actuellement dans les pays à revenu élevé. Il semble que l'écart entre pays riches et pays pauvres ait tendance à s'accroître.

Plus de 300 millions de femmes dans le monde souffrent actuellement de pathologies aiguës ou chroniques consécutives à la grossesse ou à l'accouchement. Les 529 000 décès maternels annuels, dont 68 000 sont attribuables à un avortement non médicalisé, sont encore plus inégalement répartis que les décès néonataux ou infanto-juvéniles : seulement 1 % d'entre eux se produisent dans les pays riches. Malgré un certain sentiment de progrès qui s'appuie sur le suivi d'indicateurs montrant

qu'il y a eu une augmentation au cours des années 90 du recours aux soins pendant la grossesse et l'accouchement dans toutes les régions à l'exception de l'Afrique subsaharienne, le tableau général ne traduit pas d'augmentation spectaculaire, et l'absence d'information fiable sur le sort des mères de famille dans beaucoup de pays - et sur celui de leurs nouveau-nés - est toujours aussi navrante.

Chapitre 2. Les obstacles aux progrès : relèvent-ils du contexte ou de la politique générale ?

Il s'agit dans ce chapitre de chercher à savoir pourquoi les progrès en santé maternelle et infantile ont apparemment buté sur tant d'écueils dans de nombreux pays. La lenteur des progrès, la stagnation et les renversements de tendance sont manifestement liés à la pauvreté, à des crises humanitaires et, notamment en Afrique subsaharienne, aux effets directs et indirects du VIH/SIDA. C'est en partie à cause de ces facteurs que femmes et enfants continuent d'être exclus des soins. Dans bien des pays, nombreux sont les enfants et les femmes qui se voient même privés des services de santé les plus élémentaires : ceux qui leur permettraient simplement de survivre.

Les causes spécifiques, les manifestations et les modalités d'exclusion varient d'un pays à l'autre. Dans certains pays, l'exclusion apparaît comme marginale : la majeure partie de la population a accès aux réseaux de soins mais des groupes importants en restent privés. Dans d'autres pays, souvent les plus pauvres, la privation est massive : seule une faible minorité, généralement les citoyens aisés, a accès à une gamme raisonnable de prestations, alors que l'écrasante majorité s'en trouve exclue. Ces pays ont un réseau de soins de faible densité avec un système sanitaire faible et fragile.

Au niveau de la politique générale, les enjeux varient selon les différents schémas d'exclusion. De nombreux pays ont fondé leurs systèmes de soins sur le district sanitaire, avec une ossature constituée par des centres de santé et un hôpital districale de recours. Mais le manque de ressources a été souvent si aigu que ces stratégies ne sont pas à la hauteur des attentes. Néanmoins, le chapitre avance des arguments qui montrent que le modèle du district sanitaire reste, pour les pouvoirs publics, un moyen rationnel d'assurer des soins dans un cadre décentralisé, mais qu'un engagement et des investissements à long terme sont nécessaires pour obtenir des résultats durables.

Chapitre 3. De grandes attentes pour une grossesse à moindre risque

Le présent chapitre examine les trois moyens les plus importants pour améliorer l'issue de la grossesse : assurer de bons soins prénatals, trouver des moyens appropriés pour prévenir et traiter les conséquences des grossesses non désirées et, enfin, faire en sorte que la société s'occupe mieux des femmes enceintes.

Les soins prénatals sont une réussite : la couverture de ces soins dans l'ensemble du monde a augmenté de 20 % au cours des années 90 et continue de le faire dans la plupart des régions. Ce sont désormais les femmes, soucieuses d'avoir une grossesse qui se déroule bien, qui constituent le groupe le plus nombreux à rechercher les soins voulus. Il est possible, dans le cadre des soins prénatals, de leur offrir beaucoup plus que des soins limités à la grossesse. Les possibilités qui s'offrent de favoriser un style de vie sain restent insuffisamment exploitées, comme par exemple le fait de s'appuyer sur ce type de soins pour les programmes de lutte contre la malnutrition, le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles, le paludisme et la tuberculose ainsi que l'encouragement de la planification familiale. Les consultations prénatales constituent l'occasion idéale pour planifier les naissances et faire en sorte qu'elles

se passent dans de bonnes conditions de sécurité, tout en aidant les futures mères à élever leurs enfants. Ce chapitre indique quelles vont être à l'avenir les orientations déterminantes, et notamment en ce qui concerne la nécessité d'améliorer la qualité des soins et d'augmenter encore leur couverture.

Même dans les sociétés qui attachent beaucoup d'importance à la grossesse, la situation de la femme enceinte n'est pas toujours enviable. Il existe beaucoup d'endroits où il est nécessaire d'améliorer la situation sociale, politique et juridique de manière à aider les femmes à sortir du statut social médiocre qui est le leur, à lutter contre la violence dont elles sont les victimes et la discrimination dont elles souffrent sur le lieu de travail ou à l'école ou encore contre leur marginalisation. Faire disparaître les sources d'exclusion sociale est aussi important que d'assurer les soins prénatals.

On estime qu'il y a chaque année dans le monde 87 millions de grossesses involontaires, non désirées ou encore inopportunes. Les moyens consacrés à la contraception, à l'information et à l'éducation en vue d'éviter les grossesses non souhaitées restent totalement insuffisants, mais ce n'est pas une politique de planification familiale qui permettra de résoudre le problème dans son ensemble. La moitié des femmes concernées, soit 46 millions par an, ont recours à l'avortement provoqué : 18 millions d'entre elles le font dans de mauvaises conditions de sécurité, ce qui constitue un grave problème de santé publique. Il est toutefois possible d'éviter la totalité des 68 000 décès de même que les incapacités et les souffrances qui en résultent. Ce n'est pas seulement ce qu'un pays définit comme légal ou non qui importe, mais aussi la garantie accordée aux femmes d'avoir accès, dans toute la mesure autorisée par la loi, à des soins appropriés et de bonne qualité pendant et après l'avortement.

Chapitre 4. Accompagner 136 millions de naissances chaque année

Dans ce chapitre sont analysées les principales complications de l'accouchement et les principales causes de mortalité maternelle. Parmi les causes directes de mortalité maternelle, on peut citer les hémorragies, les infections, l'éclampsie, le travail dystocique et l'avortement non médicalisé. Les risques sont importants au moment de l'accouchement mais, dans bien des cas, plus de la moitié des décès maternels se produisent au cours de la période du post-partum. Il est possible d'intervenir efficacement pour éviter la plupart des décès et des incapacités de longue durée consécutifs à l'accouchement. Lorsqu'on considère les succès obtenus jusqu'ici dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, on voit que la survie d'une accouchée et de son nouveau-né peut tenir à la possibilité de recevoir des soins professionnels qualifiés pendant et après l'accouchement. L'inverse est également vrai : si l'accès à des soins qualifiés n'est plus assuré, le nombre d'accouchements ayant une issue défavorable peut rapidement augmenter.

Chaque mère et chaque nouveau-né, même sans être considérés comme particulièrement exposés au risque de complication, doivent pouvoir bénéficier de soins maternels et néonataux : ceux-ci doivent être assurés à proximité de l'endroit où vivent les patients, en tenant compte de leur mode de vie, ou du rituel dont est entourée la naissance, tout en étant dispensés dans de bonnes conditions de sécurité par un personnel qualifié capable d'intervenir immédiatement en cas de complication. Il est préférable que ces soins obstétricaux soient confiés à une sage-femme accréditée ou à un professionnel de la santé possédant des compétences équivalentes, dans un établissement dirigé par une sage-femme. Ces professionnels sont en mesure d'éviter, de limiter ou de résoudre nombre des problèmes vitaux et largement imprévisibles qui peuvent se poser au cours de l'accouchement et, par voie de conséquence, de faire

descendre la mortalité maternelle à un niveau étonnamment bas. Toutefois, lorsque ce personnel se trouve confronté à des problèmes qui dépassent ses compétences ou qu'il ne dispose pas de l'équipement nécessaire, il doit pouvoir compter sur un recours, recours que seul l'hôpital est en mesure de lui assurer. Chaque femme a besoin de recevoir des soins maternels au premier niveau et les soins de recours ne sont nécessaires qu'à une minorité d'entre elles, mais, pour des raisons d'efficacité, ces deux niveaux de soins doivent fonctionner la main dans la main et leur élargissement doit se faire simultanément. Dans de nombreux pays, la demande de soins pendant la période du post-partum est même moindre que pendant l'accouchement. Il s'agit là d'un secteur capital dont les perspectives d'amélioration sont très importantes.

Chapitre 5. Les nouveau-nés : on s'intéresse enfin à eux

Jusqu'à ces derniers temps, on n'a vraiment pas fait beaucoup d'efforts pour s'attaquer aux problèmes sanitaires particuliers des nouveau-nés. L'absence de continuité entre les programmes de santé maternelle et les programmes consacrés à l'enfant fait que les soins néonataux ont été quelque peu oubliés.

Chaque année, on enregistre près de 3,3 millions de mortinaissances et plus de 4 millions d'enfants meurent dans les 28 jours qui suivent leur venue au monde. Il y a autant de décès néonataux au cours de cette période que pendant les 11 mois suivants ou que parmi les enfants âgés de 1 à 4 ans. La possibilité d'obtenir des soins professionnels qualifiés au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et pendant la période postnatale est tout aussi déterminante pour le nouveau-né que pour la mère. L'enjeu est de trouver un meilleur moyen d'assurer la continuité des soins depuis la gestation et l'accouchement jusqu'à la période pendant laquelle la mère se retrouve à la maison avec son enfant. Le maillon faible dans cet enchaînement des soins est la présence d'un personnel soignant qualifié lors de l'accouchement, mais le problème des soins se pose également pendant les premières semaines de la vie de l'enfant, car les responsabilités professionnelles et programmatiques sont souvent mal définies.

Le chapitre indique un certain nombre de points de repère concernant les besoins en ressources humaines et en réseaux de soins pour pouvoir assurer à tous des soins maternels et néonataux au premier et au deuxième niveau. Dans de nombreux pays, la pénurie d'établissements de soins est également importante et, élément crucial, cette pénurie concerne également les ressources humaines. En se basant sur un ensemble de scénarios sur le développement à donner aux services de santé pour assurer l'accès universel aux soins maternels et néonataux de premier et de deuxième niveau dans 75 pays, il semble réaliste de tableur sur une augmentation de la couverture qui passerait de 43 % actuellement (avec un ensemble de soins limités) aux environs de 73 % (pour des soins complets) en 2015. La mise en œuvre de ces scénarios coûterait US \$1 milliard en 2006 pour passer, au fur et à mesure de l'augmentation de la couverture, à US \$6 milliards en 2015 : cela représente un total de US \$39 milliards sur dix ans, en plus des dépenses actuellement consacrées à la santé maternelle et néonatale. Ce montant correspondrait initialement à une dépense annuelle supplémentaire d'environ US \$0,22 par habitant, pour atteindre US \$1,18 en 2015. Une estimation préliminaire de l'impact potentiel de cette montée en puissance laisse entrevoir une réduction de la mortalité maternelle dans ces 75 pays qui passerait de 485 en 2000 à 242 pour 100 000 naissances en 2015, ainsi que de la mortalité néonatale qui passerait de 35 à 29 pour 1000 naissances vivantes.

Chapitre 6. Repenser les soins aux enfants : l'optique de la survie, de la croissance et du développement

Grâce à la progression des savoirs, il est désormais possible de disposer d'interventions techniquement appropriées et efficaces pour améliorer la santé infanto-juvénile et faire reculer la mortalité dans cette tranche d'âge. Il est désormais nécessaire de mettre en œuvre ces interventions à une échelle beaucoup plus vaste.

On explique dans ce chapitre comment, pendant les années 70 et 80, les programmes verticaux ont indéniablement permis d'obtenir des résultats rapides et importants. Grâce à l'adoption et à la promotion du programme élargi de vaccination et d'initiatives comme la mise en œuvre de la thérapie par réhydratation orale, par exemple, qui associait les méthodes les plus avancées en matière de gestion à des technologies simples basées sur de solides travaux de recherche, on a pu obtenir d'importants résultats.

Toutefois, si impressionnants que soient les résultats de ces programmes verticaux, leurs insuffisances intrinsèques ont fini par disparaître. D'un autre côté, il est apparu à l'évidence qu'une prise en charge plus complète des besoins de l'enfant était souhaitable, tant pour améliorer les issues sanitaires que pour répondre à la demande légitime des familles. Cette réponse s'est matérialisée sous la forme d'un ensemble d'interventions simples, abordables et efficaces en vue de la prise en charge combinée des principales maladies de l'enfant ainsi que de la malnutrition, sous la désignation de « prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » (PCIME). La PCIME comporte un certain nombre d'interventions salvatrices qui tiennent compte de l'évolution des causes de mortalité, tout en comportant également un volet axé sur la création des conditions nécessaires à la croissance et au développement de l'enfant dans de bonnes conditions de santé. Plutôt que de faire passer encore d'autres programmes par un seul canal, la PCIME va plus loin en ce sens qu'elle a cherché à transformer le regard que le système de santé porte sur les soins à l'enfant, en établissant une continuité des soins qui va du cadre familial et communautaire aux établissements de soins de premier niveau et de recours, avec une attention particulière accordée au conseil et à la résolution des problèmes.

Nombreux sont les enfants qui ne bénéficient pas encore de soins complets et intégrés. A mesure que les programmes de santé infanto-juvénile iront de l'avant, il faudra progresser vers la couverture universelle. Faire monter en puissance un ensemble d'interventions essentielles pour assurer une couverture complète ramènerait l'incidence et le taux de létalité des maladies infectieuses actuellement mortelles chez les moins de cinq ans, à un niveau permettant aux pays d'atteindre et de dépasser les OMD. Ce n'est pas envisageable sans une augmentation massive des dépenses consacrées à la santé infanto-juvénile. La mise en œuvre des scénarios permettant de parvenir à la couverture complète dans 75 pays coûterait US \$2,2 milliards en 2006, pour passer, au fur et à mesure de la progression de cette couverture, à US \$7,8 milliards en 2015 : soit un total de US \$52,4 milliards sur dix ans, en plus des dépenses actuellement consacrées à la santé infanto-juvénile. Cela signifie que l'on débourserait annuellement environ US \$0,47 de plus par habitant au départ, pour passer ensuite à US \$1,48 par habitant en 2015.

Chapitre 7. Concilier la santé maternelle, néonatale et infantile et le développement des systèmes de santé

Ce dernier chapitre replace la santé maternelle, néonatale et infantile dans le contexte plus large du développement des systèmes de santé. Aujourd'hui, les objectifs en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ne s'analysent pas en

termes purement techniques mais dans le cadre d'un objectif plus large qui est celui de l'accès universel aux soins. Le problème s'inscrit donc dans un projet politique simple qui est de répondre à une demande formulée par la société, à savoir que soient assurés la protection de la santé des citoyens et leur accès aux soins, demande de plus en plus considérée comme légitime.

L'accès universel aux soins nécessite un réseau de soins de santé suffisamment dense pour assurer les prestations. L'enjeu est de mettre en place le personnel sanitaire nécessaire pour passer à l'échelle supérieure. Les signes les plus visibles de la crise que connaissent les ressources humaines pour la santé dans de nombreux pays sont d'une part la pénurie considérable de personnel et de l'autre les déséquilibres vertigineux que l'on constate dans la répartition de ce personnel. L'un des grands défis des prochaines années sera précisément de combler ces lacunes. Le problème tient en partie au fait qu'il faut trouver le moyen d'assurer durablement des salaires suffisamment compétitifs et des avantages sociaux qui attirent, motivent et retiennent les agents de santé compétents et productifs. Dans beaucoup de pays où la progression vers les OMD est décevante, il faut sans attendre améliorer très sensiblement le régime salarial du personnel, tâche considérable que beaucoup de pays pauvres ne peuvent assumer seuls.

L'accès universel ne se résume toutefois pas au déploiement d'un personnel efficace capable d'assurer les prestations. Pour que les services sanitaires soient effectivement utilisés, il faut abaisser ou éliminer les barrières financières qui en interdisent l'accès et assurer aux personnes qui cherchent à se faire soigner une protection contre le coût de ces services sur laquelle ils puissent compter. On se rendra compte, à la lecture de ce chapitre, que, globalement, le paiement par l'utilisateur ne constitue pas une solution viable au sous-financement du secteur sanitaire et qu'il institutionnalise l'exclusion de la population pauvre. Par ailleurs, il ne permet pas de progresser plus vite vers l'accès universel aux soins et la protection financière, lesquels ne peuvent être garantis que par la généralisation des systèmes de prépaiement et de mise en commun des ressources (systèmes par répartition). Quel que soit le système retenu, deux choses sont importantes : la première, c'est qu'aucun groupe de la population ne doit être exclu et la seconde c'est que les services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile doivent représenter l'élément central des services auxquels les citoyens ont droit et dont le financement doit être assuré de manière cohérente par le système choisi.

Peu à peu, la plupart des pays progressent vers la couverture universelle et les systèmes de prépaiement et de mise en commun des ressources se généralisent parallèlement à l'extension des réseaux de soins. Cet état de choses n'est pas sans conséquence non plus pour les flux de financement orientés vers la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Dans la plupart des pays, le meilleur moyen d'assurer la viabilité financière à court et à moyen terme de l'action de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile consiste à s'adresser à toutes les sources de financement, qu'elles soient extérieures ou intérieures, publiques ou privées. La répartition des fonds vers des systèmes d'assurance généralisée, assurant à la fois l'extension des réseaux de soins et la protection financière des usagers, représente le moyen de garantir au mieux le financement durable de l'action de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile comme du système de santé dont elle dépend.