



TRENTE-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 2.7.1 de l'ordre du jour provisoire

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Rapport du Directeur général



Des améliorations ont été enregistrées dans le domaine de la santé maternelle et infantile dans le monde entier et pourtant des centaines de millions de mères et d'enfants continuent de souffrir. Les taux de mortalité et les niveaux de mauvaise santé chez les moins d'un an, les enfants et les mères restent inacceptablement élevés. Les différences constatées dans l'état de santé des enfants et des mères à l'intérieur d'un même pays et entre les pays sont peut-être les indicateurs les plus expressifs des disparités socio-économiques existant dans le monde actuel.

Le développement des soins de santé maternelle et infantile (SMI) axés sur la famille - élément essentiel des soins de santé primaires - est l'une des tâches les plus ardues dont devront s'acquitter les Etats Membres pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

En application de la résolution WHA31.55, le Directeur général présente à l'Assemblée de la Santé, à l'occasion de l'Année internationale de l'Enfant (1979), un rapport contenant des renseignements sur l'état actuel de santé des mères et des enfants dans le monde, ainsi que sur l'évolution des services en cause. Le rapport expose également les progrès enregistrés dans le domaine des connaissances et de la technologie concernant la santé maternelle et infantile et souligne que si les connaissances actuellement disponibles étaient judicieusement appliquées, la santé et la qualité de la vie des générations présentes et futures pourraient être considérablement améliorées. Il insiste sur la nécessité que les pays agissent de toute urgence, et il donne dans sa section 7 des exemples de mesures spécifiques de SMI que les pays pourraient appliquer et suggère des activités destinées à renforcer la coopération technique entre pays. Dans le contexte de l'Année internationale de l'Enfant, l'Assemblée de la Santé est invitée à étudier ce rapport au regard de toute mesure qu'elle souhaite promouvoir en vue d'améliorer la santé des enfants dans le monde entier au cours des décennies à venir.

Table des matières

	<u>Pages</u>
I. Introduction	2
II. Principes de la santé maternelle et infantile	3
III. Facteurs influant sur la santé de la mère et de l'enfant	5
IV. L'état de santé des mères et des enfants	7
V. Progrès en SMI : Technologie et connaissances	13
VI. Tendances des soins de SMI dans le cadre du système de soins de santé	15
VII. Priorités en SMI pour l'an 2000	21
VIII. Le rôle de l'OMS dans la promotion de la santé maternelle et infantile	24

I. INTRODUCTION

1. L'article 21) de la Constitution de l'OMS stipule que l'une des fonctions de l'Organisation consiste à "faire progresser l'action en faveur de la santé et du bien-être de la mère et de l'enfant et favoriser leur aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation".

2. Dans sa résolution WHA31.55, la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1978) invite instamment les Etats Membres à accorder une haute priorité à la santé maternelle et infantile, dans le cadre des soins de santé primaires en particulier. Cette recommandation a été renforcée par la Déclaration d'Alma-Ata, selon laquelle les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra aux Etats Membres d'atteindre leur objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000, et qui souligne que la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale, est un élément essentiel des soins de santé primaires.¹ Par la résolution susmentionnée, le Directeur général a été chargé de présenter à la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, à l'occasion de l'Année internationale de l'Enfant, des informations sur la situation actuelle de la santé maternelle et infantile dans le monde et sur l'évolution des services en cause. Le rapport qui suit contient ces informations.

3. L'Année internationale de l'Enfant² a pour but de stimuler une action nationale et internationale soutenue en faveur des enfants et d'encourager à investir dès maintenant dans l'enfance, de sorte que l'avenir vaille vraiment la peine d'être vécu. A la fin de l'Année internationale de l'Enfant, il ne restera que 20 ans avant l'an 2000. Plus d'un tiers de la population que comptera le monde cette année-là est encore à naître (voir figure 1) et, sur une population projetée de plus de 6 milliards, 2,5 milliards de personnes auront moins de 21 ans. Cela est d'une importance manifeste en ce qui concerne les soins de santé maternelle et infantile. Ces deux décennies représentent les délais dont nous disposons pour faire face à notre plus grand défi - traduire l'espoir d'un nouvel ordre économique international dans la réalité de la santé pour tous. La contribution de l'OMS à cette entreprise ardue ressort clairement du thème choisi pour la Journée mondiale de la Santé cette année : "Santé de l'enfant, avenir du monde".

4. Les taux de mortalité infantile et maternelle expriment peut-être mieux qu'aucun autre indicateur le fossé qui existe entre les riches et les pauvres. Dans de nombreux pays, les taux de mortalité infantile et maternelle ont baissé spectaculairement et les conditions de santé des mères et des enfants ont fait des progrès impressionnants. On voit donc que le gaspillage tragique de vies humaines peut être évité à condition de prendre les mesures appropriées. Pourquoi l'état de santé de centaines de millions de mères et d'enfants continue-t-il donc d'être si médiocre ? Pourquoi dans de nombreux pays les soins de santé maternelle et infantile ne reçoivent-ils pas la priorité qu'ils méritent ? Bon nombre des réponses à ces questions s'appliquent à la situation de la santé et du développement en général, par exemple :

- le faible rang de priorité donné à la santé dans le cadre du développement et l'ignorance de la contribution que la santé peut apporter au développement;
- les énormes contraintes devant lesquelles se trouvent les pays pour ce qui est des ressources et de l'environnement;
- les dures épreuves résultant des catastrophes naturelles et des désastres provoqués par l'homme;
- l'incapacité du système sanitaire, souvent faible et inefficace, d'apporter un soutien adéquat à l'action entreprise au niveau de la communauté.

¹ Alma-Ata 1978 : Soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978.

² Voir la résolution 31/169 du 21 décembre 1976 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Il existe encore d'autres raisons, et notamment un défaut de compréhension des principes de base des soins de SMI, de leur importance pour la santé en général et de leur rôle dans le développement général et dans l'amélioration de la qualité de la vie en particulier.

II. PRINCIPES DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE¹

5. Les connaissances acquises au cours des dernières décennies ont permis de clarifier les mécanismes biologiques et sociaux qui influencent la santé des mères et des enfants et les soins qui leur sont destinés. Ces connaissances ont apporté la confirmation scientifique du bien-fondé des principes fondamentaux suivants de la santé maternelle et infantile.

6. Il existe des besoins biologiques et psycho-sociaux qui sont spécifiques du processus de la croissance chez l'homme et dont la satisfaction conditionne la survie et le développement sain de l'enfant et du futur adulte.

7. Les soins de santé maternelle et infantile ne représentent ni un service organisé en fonction des caractéristiques d'âge et de sexe d'un groupe de population, ni une activité axée sur la lutte contre une maladie donnée. Ils concernent le processus de la croissance et du développement qui conditionne la vie de l'individu. C'est la nature même de ce processus qui influe de façon déterminante sur la santé et la maladie, la vie et la mort.

8. Chaque étape de la croissance et du développement s'appuie sur l'étape précédente et conditionne la suivante. Si les besoins physiologiques et psycho-sociaux de l'individu ne sont pas satisfaisants à chaque étape, il devient de plus en plus difficile de rattraper le retard pris ou de réparer les dommages qui en résultent, de telle sorte que la capacité de l'organisme à réagir sainement tout au long du processus diminue. La santé de l'enfant conditionne la santé de l'adulte; la croissance et le développement d'une génération influent sur la génération suivante. Certaines étapes de ce long processus continu sont plus critiques ou rapides que d'autres et comportent de plus grands risques. Les mères et les enfants sont considérés comme des groupes vulnérables à cause des caractéristiques particulières de la grossesse et du jeune âge qui sont liées aux processus biologiques de la reproduction, de la croissance et du développement. Le mot "vulnérabilité" évoque le risque de défaillances du développement ou l'existence d'un danger potentiel. Le processus de la croissance et du développement est sain en soi, à la condition que soit respecté l'équilibre d'éléments cruciaux de l'environnement.

9. C'est la rapidité même de la croissance et du développement qui est source de vulnérabilité, en particulier pendant le troisième trimestre de la gestation, la première année de la vie extra-utérine et la puberté. Chez les femmes en âge de procréer - soit entre 15 et 45 ans - la vulnérabilité est liée aux besoins additionnels et aux modifications caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement. Parce qu'ils se trouvent à des phases particulièrement critiques de leur existence, la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né sont encore plus sensibles que les autres groupes aux changements, facteurs adverses et contraintes qui peuvent être le fait de l'environnement.

10. La notion de vulnérabilité a des incidences sur tous les types de soins de santé. Elle exige des actions préventives, des soins continus pour tous, une surveillance individuelle et des mesures particulières chaque fois qu'est décelée une anomalie par rapport à l'évolution normale. A tout moment, environ un cinquième à un tiers de la population peut être considérée

¹ Dans son sens large actuellement accepté, l'expression "santé maternelle et infantile" désigne les activités de promotion sanitaire, de prévention, de traitement et de réadaptation destinées aux mères et aux enfants; elle englobe par conséquent la santé maternelle, la planification familiale, la santé infantile, la santé scolaire, les soins aux enfants handicapés, l'étude des problèmes de l'adolescence et les aspects sanitaires des soins aux enfants dans des contextes spéciaux, par exemple dans des garderies.

comme vulnérable dans la plupart des pays. Ce fait est important pour la planification sociale et sanitaire puisqu'un grand nombre d'individus, bien portants ou non, sont en cause.

11. L'étude des causes biologiques de la vulnérabilité des mères et des enfants ne doit pas être considérée comme un exercice purement théorique. Elle est essentielle car il s'agit de répondre aux besoins sanitaires fondamentaux d'une vie tout entière.

12. La prévention appliquée à la grossesse et à la première enfance se révèle d'une grande efficacité et exerce un impact important sur la santé.

13. Dans la plupart des cas, les ressources du secteur sanitaire ont toujours servi à financer les soins aux malades; étant donné la demande considérable et urgente qui émane de cette fraction de la population, les crédits qui restaient disponibles pour une action en faveur des bien-portants étaient dérisoires. C'était en particulier le cas pour les soins de santé maternelle et infantile, qui visent essentiellement à promouvoir une croissance et un développement sains et à prévenir la maladie.

14. La prévention de la maladie et la promotion de la santé exigent des mesures très fondamentales et concrètes qui sont la marque d'une attitude prévoyante. Pourtant, c'est seulement au cours des quelques dernières décennies qu'ont été établies les indispensables bases conceptuelles, scientifiques et pratiques qui ont permis aux couples du monde entier de planifier avec un certain degré de précision leur vie future ou celle de leurs enfants. L'idée qui consiste à agir maintenant pour une vie meilleure demain n'a été clairement définie qu'à une date récente.

15. Les connaissances nouvellement acquises ont également montré que de nombreuses affections chez l'adulte résultent de problèmes rencontrés dans l'enfance. Cette meilleure compréhension que nous avons de ces phénomènes exige que soit modifié l'ordre des priorités. Les autorités sanitaires nationales sont chaque jour plus conscientes que les soins aux enfants ne doivent pas consister seulement à guérir des malades, mais aussi à prévenir des affections peut-être mortelles et des cas d'incapacité chez ces futurs adultes dont dépendront un jour la santé et la prospérité nationales, et que le fait d'investir davantage dans l'action de santé infantile conduira à une diminution des ressources nécessaires pour les services curatifs, les hôpitaux et les centres de réadaptation, maintenant et demain.

16. Investir dans l'action de santé maternelle et infantile, c'est favoriser directement le développement social et la productivité.

17. Dans la mesure où elles étaient axées avant tout sur la croissance économique, les stratégies pour le développement appliquées dans les années 50 et 60 présupposaient l'existence d'une main-d'oeuvre bien portante. L'importance donnée, dans les années 70, au développement social, c'est-à-dire à la justice sociale, à une évaluation du niveau d'instruction et de production, à l'organisation des collectivités et à la participation des populations aux processus politiques et sociaux, exige non seulement une main-d'oeuvre physiquement bien portante, mais aussi une population disposant de toute son énergie.

17. Si l'on n'a pas su dans le passé reconnaître l'importance de la santé pour le développement, c'est en partie parce que l'on n'a pas vu non plus qu'il était également important d'investir dans l'action de santé infantile. Le résultat aujourd'hui est que les plans de développement de nombreux pays - établis pourtant par des hommes capables et sincères au cours des années 40 et 50 - n'ont apporté que des déceptions.

18. En revanche, il existe des pays qui ont entrepris au cours des dernières décennies des efforts concertés en faveur de la santé infantile dans le cadre de programmes donnant la priorité à l'enfance. Une génération (voire deux dans certains pays) a grandi depuis. Il est incontestable que les investissements qui ont été consentis pour ces enfants - maintenant adultes - ont été bénéfiques et qu'ils le seront pour leurs enfants, de même que pour la prospérité et le développement de la nation tout entière.

III. FACTEURS INFLUANT SUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

19. L'environnement - naturel ou artificiel, physique ou chimique, biologique ou social - exerce une influence non négligeable sur l'état de santé des mères et des enfants et sur le développement humain en général. La multiplicité des facteurs en jeu démontre la nécessité d'appliquer des approches intersectorielles aux soins de santé en général et aux soins de santé maternelle et infantile en particulier. Il est clair que les services sanitaires ne peuvent à eux seuls apporter la santé aux populations.

Facteurs économiques et environnement

20. Les inégalités observées dans tous les groupes d'âge entre riches et pauvres en matière de situation sanitaire sont particulièrement frappantes chez les mères et les enfants. Le tableau 1 illustre la relation entre le taux brut de fécondité, le taux de mortalité infantile et le développement économique et révèle l'amplitude des écarts observés. Il ne montre cependant pas les "poches" de forte mortalité infantile qui subsistent dans des pays riches ni les inégalités dans les pays en développement.

21. Les facteurs qui influent sur la santé maternelle et infantile sont notamment les politiques agricoles et les régimes de propriété foncière qui ont un impact direct sur l'état nutritionnel; un environnement insalubre, en particulier le manque d'eau saine et la promiscuité; enfin, les difficultés de transport et de communication. En outre, l'urbanisation, qui sonne le glas des structures traditionnelles, crée de nouveaux problèmes de santé, par exemple l'exposition à la pollution, les privations sociales et mentales des enfants, les risques accrus d'exploitation sexuelle et d'abus des drogues chez les jeunes, etc. Les villes sont construites pour des adultes et il est rare que les urbanistes reconnaissent l'influence qu'exerce l'environnement physique sur la santé ou la nécessité de faire une place aux enfants au milieu de ces labyrinthes de béton.

Valeurs sociales et éducation

22. Les traditions, cultures, philosophies et religions propres à une société sont autant d'éléments qui modèlent l'idée que se fait l'individu de la santé, de la maladie et de la mort. On a pu constater les conséquences néfastes que pouvaient avoir par exemple les interdits alimentaires appliqués au traitement d'enfants malades et à la nourriture des femmes enceintes, les mariages d'enfants et la discrimination à l'encontre des bébés de sexe féminin. Il existe en revanche des aspects positifs, comme l'emballotement traditionnel qui assure un contact étroit entre la mère et le nourrisson et le prix attaché dans de nombreuses religions à la propreté et à l'hygiène individuelles. Si certaines modifications du mode de vie traditionnel paraissent inévitables, il faut que les collectivités soient attentives à ne pas laisser disparaître des coutumes bénéfiques comme l'allaitement au sein. Il paraît logique de créer du nouveau sans renoncer pour autant à ce que le passé offrait de meilleur.

23. Les relations entre l'éducation (scolarité officielle et extrascolaire, alphabétisation et formes traditionnelles d'éducation) et la santé sont complexes et difficiles à préciser. Toutefois, on a souvent constaté l'existence d'une relation entre un taux élevé de mortalité infantile et un faible niveau d'instruction.

La famille

24. Il est de plus en plus largement admis que la famille, avec ses structures (types de formation, taille, âge des parents, etc.) et ses fonctions, non seulement influe sur l'état de santé et le tableau de morbidité de l'individu et de la collectivité, mais aussi constitue l'unité qui se prête tout naturellement le mieux à l'autoresponsabilité en matière de soins de santé et à une amélioration des prestations sanitaires et sociales.

TABLEAU 1. MORTALITE INFANTILE, TAUX DE NATALITE ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE^a

Pays	PNB moyen (en US \$ par habitant)	Population (en millions)	Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)
Industrialisés	5 950	1 350	16,2	15
En développement :				
à revenu élevé	4 127	20	31,0	25
à revenu de niveau moyen supérieur	1 498	108	23,8	35
à revenu de niveau moyen intermédiaire	721	370	41,4	48
à revenu de niveau moyen inférieur	384	215	45,0	88
à faible revenu	151	554	46,6	129
Economies centralement planifiées	2 112	1 480	17,8	25 ^b

^a Source : World Bank atlas of the child, Washington, D.C., Banque mondiale, 1979.

^b Chine exceptée.

25. Le mode de vie de l'individu, c'est-à-dire son activité physique, son hygiène individuelle, ce qu'il mange et ce qu'il boit, son attitude à l'égard de la santé, etc., se forge dès l'enfance par l'interaction dynamique entre tous les membres de la famille. Les comportements et les attitudes qui s'expriment au sein de la famille et chez chacun de ses membres ont une influence capitale sur le développement de l'enfant au cours des premières années; ils déterminent en grande partie les modalités de réponse de l'enfant au cours de son insertion sociale progressive au sein et à l'extérieur de la famille.

26. On a souvent dit, à juste titre, que la mère est le premier agent de soins de santé de la famille. Pour remplir ce rôle, elle a besoin d'être soutenue par différents services sociaux car, trop souvent, elle n'a pas accès aux informations et aux techniques nécessaires, manque de moyens financiers et d'instruction et doit fournir, généralement seule, un travail épuisant.¹ Dans un nombre croissant de régions du monde d'aujourd'hui, des catastrophes naturelles ou dues à l'homme - guerres, violences de toutes sortes, soulèvements politiques - l'évolution des mentalités à l'égard du travail de la femme et l'exode rural des hommes ont des conséquences considérables sur le rôle de la famille, surtout en ce qui concerne la procréation et le soin des enfants. L'élément de stabilité et de soutien que représentait autrefois la famille tend à céder sous la pression de facteurs économiques et sociaux qu'elle est devenue impuissante à maîtriser. Tous ces facteurs influent profondément sur la santé des mères et des enfants.

Services sociaux, soins de santé compris

27. Parmi les nombreux éléments qui influent sur la situation sanitaire des mères et des enfants figurent les mesures d'aide sociale et communautaire qui vont de l'organisation de crèches de quartiers à la mise en place de systèmes organisés de santé (voir section VI).

¹ Report of the Meeting on Women and Family Health, 27-30 novembre 1978, Genève, OMS, 1979 (document non publié FHE/79.1).

IV. L'ETAT DE SANTE DES MERES ET DES ENFANTS

28. Comme on l'a laissé entendre dans la section III, il n'est pas possible d'instaurer la santé lorsque règnent la misère et le malheur, lorsque l'eau saine et la nourriture sont peu abondantes, lorsque les gens sont mal logés et lorsque les services publics sont rudimentaires ou inexistantes. En pareil cas, situation que connaît une bonne part de l'humanité, la mauvaise santé et les décès prématurés sont la règle générale. Les plus importantes causes de mortalité et de morbidité chez les nourrissons et les jeunes enfants sont multiples et non spécifiques; elles sont associées à l'interaction de la malnutrition, de la maladie et des conséquences d'une absence de régulation de la fécondité.

29. Sur une population mondiale estimée à 4219 millions d'individus en 1978, la proportion des femmes en âge de procréer est de 24 % et celle des enfants de moins de 15 ans de 36 %. Si la proportion des femmes en âge de procréer est sensiblement la même dans toutes les régions du monde, la proportion des enfants de moins de 15 ans est de 24 % dans les pays développés mais de 40 % dans les régions en développement. Ainsi, bien que les pourcentages réels puissent varier d'un pays à l'autre, ces deux groupes réunis constituent aujourd'hui la majorité de la population dans la quasi-totalité des régions du monde :

ESTIMATIONS DE LA POPULATION MONDIALE (1978)¹

	<u>Ensemble du monde</u> (en millions d'habitants)	<u>Régions en déve-</u> <u>loppement</u> (en millions d'habitants)	<u>Régions développées</u> (en millions d'habitants)
Population totale	4 219	3 105	1 114
Femmes de 15 à 49 ans	1 005	727	278
Enfants de 0 à 4 ans	565	472	93
Enfants de 5 à 14 ans	957	778	179

30. Le manque de données fiables gêne sérieusement toute tentative d'analyse mondiale de l'état de santé. En premier lieu, on se demande de plus en plus si, en réalité, les recueils classiques de données de mortalité et de morbidité rendent compte de l'état de santé d'une manière adéquate. Des indicateurs de santé nouveaux et positifs font actuellement leur apparition, tels que les indices de croissance et de développement ainsi que de maturation pendant l'adolescence. Le poids à la naissance est un élément important; il peut refléter à la fois l'état de santé passé et présent de la mère et permet de prévoir avec précision les chances de survie du nourrisson et quelle sera sa santé.

31. Les insuffisances des données de mortalité et de morbidité se produisent dans les régions du monde où les problèmes de santé sont les plus graves et se posent avec le plus d'acuité pour les femmes enceintes et les enfants, particulièrement les nouveau-nés. Il ne faut jamais perdre de vue ces restrictions dans l'interprétation des données examinées dans le présent rapport.

Mortalité et morbidité maternelles

32. Dans les pays où les services de santé sont bien développés et où le taux de mortalité maternelle est établi d'après des données statistiques sérieuses, le chiffre a régulièrement baissé et se situe actuellement entre 0,5 et 3 pour 10 000 naissances. Les rares données dont on dispose en provenance de la plupart des pays en développement ne concernent que les hôpitaux;

¹ Sources : Population Référence Bureau et Organisation des Nations Unies (Selected World Demographic Indicators).

toutefois, lorsqu'on peut calculer l'incidence avec une certaine sûreté, les taux sont beaucoup plus élevés que dans le monde développé. Par exemple, en Malaisie péninsulaire, le taux a été de 17 pour 10 000 naissances en 1966, mais il s'est situé entre 3,1 et 55,8 selon les districts. Au cours d'une vaste enquête menée dans les régions rurales du Bangladesh, le taux global de mortalité maternelle était de 57 décès pour 10 000 naissances, mais ce chiffre atteignait 177 chez les mères les plus jeunes. A de tels niveaux, la mortalité maternelle devient une des principales causes de décès chez les femmes. Dans les régions où les taux sont les plus élevés (c'est-à-dire dans la plupart des pays d'Afrique et d'Asie occidentale, méridionale et orientale), environ un demi-million de femmes meurent chaque année d'affections liées à la maternité, laissant derrière elles au moins un million d'orphelins de mère. En Amérique latine, les taux de mortalité maternelle sont beaucoup moins élevés, mais plusieurs études ont révélé une grave sous-notification des causes de décès liées à la maternité; dans certains pays, la proportion de ces décès inexactement notifiés peut atteindre un sur deux.

33. Parmi les causes de décès liées à la maternité, la toxémie gravidique est l'une des plus importantes, non seulement dans les pays développés où elle est à l'origine de 25 à 30 % de l'ensemble des décès liés à la maternité, mais également dans les pays en développement où la proportion est probablement encore plus élevée. Cette maladie semble être associée aux maternités très précoces, ainsi qu'à l'épuisement et à la malnutrition maternels chez les mères de familles nombreuses. Les grossesses rapprochées se traduisent également par des taux plus élevés de mortalité néonatale et infantile. L'hémorragie post-partum (dont l'anémie est souvent la cause initiale ou associée) et la septicémie figurent parmi les causes fréquentes de mortalité maternelle. Outre leurs effets sur la mortalité maternelle, l'anémie et la toxémie gravidique sont également à l'origine de taux élevés de mortalité foetale et d'insuffisance pondérale à la naissance.

34. Le rôle joué par les avortements illégaux en tant que cause initiale de mortalité maternelle est désormais admis bien qu'il demeure difficile à évaluer - même approximativement - en raison du secret qui entoure l'avortement en tant que cause de décès.¹ En Amérique latine, où l'avortement est illégal dans la plupart des pays, on a estimé qu'il est à l'origine d'un cinquième à la moitié de l'ensemble des décès liés à la maternité.

35. Les données fiables dont on dispose sur la morbidité maternelle sont encore plus rares. L'anémie est très fréquente chez les femmes en âge de procréer, tant dans les pays développés qu'en développement. Dans ces derniers, le pourcentage des femmes non enceintes présentant des taux d'hémoglobine révélateurs d'anémie va de 10 à 100 % alors que, dans les pays développés, il est de 4 à 12 %. La malnutrition et l'anémie chronique, étroitement liées aux infections aiguës et chroniques telles que le paludisme, l'hépatite infectieuse, les maladies des voies urinaires et la tuberculose pulmonaire, provoquent beaucoup de souffrances. Le paludisme en particulier revêt très souvent de l'importance car, dans les zones d'endémie, les femmes enceintes perdent leur immunité, les accès palustres sont plus graves pendant la grossesse, et le paludisme du placenta accroît les risques d'insuffisance pondérale à la naissance.

36. Ces maladies essentiellement évitables contribuent beaucoup à la mortalité maternelle et, dans certaines régions d'Asie, on s'est aperçu que l'anémie de la grossesse intervenait comme cause secondaire des décès liés à la maternité dans une proportion allant jusqu'à 80 %. Presque toutes les maladies chroniques telles que l'hypertension, les affections rénales et le diabète sont aggravées par les grossesses mal espacées et le grand nombre de maternités. La toxicomanie, la consommation d'alcool et le tabagisme pendant la grossesse peuvent provoquer un retard de la croissance intra-utérine et même des malformations. Les facteurs de tension psychique constituent également un sujet de préoccupation de plus en plus sérieux.

37. Aucun tour d'horizon des problèmes de santé maternelle ne serait complet sans mentionner la stérilité involontaire, affection qui peut provoquer une grande affliction et avoir d'importantes répercussions sociales. Dans la plupart des régions du monde, cette affection relativement peu fréquente ne touche probablement que 2 à 10 % des couples, mais, dans certaines régions d'Afrique, la stérilité peut atteindre 40 %. On soupçonne qu'au nombre des causes de cette forte tendance à la stérilité figurent les maladies transmises par voie sexuelle (qui provoquent une obstruction des trompes), ainsi que les séquelles obstétricales chroniques.

¹ Voir OMS, Série de Rapports techniques, N° 623, 1978 (L'avortement provoqué : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS).

38. Ces chiffres dissimulent les énormes souffrances qu'éprouvent les femmes dans de nombreuses régions du monde. On leur demande de continuer à s'occuper de leur famille et d'effectuer une somme de travail considérable aux champs ou au bureau, et cela bien qu'elles aient été physiquement marquées par les avortements ou les grossesses trop fréquentes et qu'elles souffrent de surmenage dû à l'anémie ou à l'insomnie. Les abandons d'enfants, les mauvais traitements et, plus encore, l'infanticide sont des réactions désespérées vis-à-vis d'une situation économique, sociale et sanitaire insoutenable.

Mortalité infanto-juvénile

39. Sur les quelque 122 millions d'enfants qui naîtront en 1979, environ 10 % décéderont avant leur premier anniversaire et 4 % d'autres avant leur cinquième anniversaire. Mais les chances de survie sont très inégalement réparties dans le monde, comme le montre la fig. 3 pour six grandes régions du monde. Ainsi, alors que le risque de décès avant l'adolescence est d'environ 1 sur 40 dans les pays développés, il est de 1 sur 4 pour l'ensemble de l'Afrique et même de 1 sur 2 dans certains pays. Le tableau 2 indique de façon plus détaillée le nombre d'enfants et le nombre de décès d'enfants dans 20 régions, classées par ordre croissant d'espérance de vie à la naissance. Les moyennes utilisées dans ce regroupement dissimulent inévitablement de nombreuses variations et disparités locales. Par ailleurs, la présentation fait ressortir les importantes différences entre les régions, en particulier entre les zones (Afrique et Asie méridionale) où l'espérance de vie est inférieure à 60 ans et le reste du monde. Dans ces régions (Afrique et Asie méridionale), près des deux tiers de l'ensemble des décès concernent des enfants de moins de cinq ans.

40. Un examen des tendances observées dans de nombreuses régions du monde indique que les taux de mortalité infanto-juvénile sont en diminution. Dans les pays développés, le taux de mortalité infantile (TMI) a diminué de 2 à 7 % par an depuis 1960, la régression la plus forte se produisant dans les pays partis des taux les plus élevés. La réduction la plus spectaculaire s'est produite au Japon où le TMI est tombé de 60 en 1950 à 31 en 1960 puis à 11 en 1974. Le plan décennal de santé pour les Amériques (1971-1980) a fixé comme objectif une réduction de 40 % des TMI. En 1975, sur les 32 pays de la Région pour lesquels on dispose de statistiques, 15 avaient réduit leur taux de 20 % ou plus par rapport à 1970. Bien que ces tendances soient encourageantes, on ne peut en conclure qu'elles gagneront toutes les régions du monde et, en fait, elles tendraient même à accentuer les disparités mondiales.

41. Quel que soit le niveau de mortalité infantile, le risque de décès passe par un sommet au moment de la naissance (y compris la période précédant immédiatement la naissance) et diminue ensuite. La probabilité de décès et les principales causes de décès évoluent rapidement pendant les premières années de la vie. La distinction classique entre la mortalité périnatale (de la vingt-huitième semaine de gestation au septième jour de la vie), néonatale (du premier au vingt-huitième jour de la vie), postnéonatale (du vingt-huitième jour à un an) et infantile (de un à quatre ans) est donc commode tant du point de vue analytique que programmatique. Une importance particulière s'attache à l'incidence différente que les facteurs néfastes tenant à l'environnement (notamment la nutrition) exercent sur la mortalité au cours de chacune de ces périodes. Dans les pays où la mortalité infanto-juvénile était réduite, c'est la mortalité de un à quatre ans qui a régressé la première et le plus rapidement, alors que la mortalité périnatale n'a reculé que beaucoup plus lentement. Le tableau ci-dessous illustre l'énorme différence des taux de mortalité entre les pays.

COMPARAISON DES NIVEAUX EXTREMES DES TAUX DE MORTALITE INFANTO-JUVENILE NATIONAUX^a

	Niveaux les plus élevés (1)	Niveaux les moins élevés (2)	Rapport de (1) à (2)
Mortalité périnatale ^b	120	12-15	8-10
Mortalité infantile ^b	200	8-10	20-25
Mortalité juvénile ^c	45	0,6-1	45-75
Mortalité maternelle ^d	100	0,5-1	100-200

^a Estimations de l'OMS (Division de la Santé de la Famille) établies à partir de différentes sources.

^b Pour 1000 naissances vivantes.

^c Pour 1000 habitants.

^d Pour 10 000 naissances vivantes.

42. Dans les pays développés ayant les TMI les moins élevés, la mortalité périnatale intervient désormais pour environ 90 % dans l'ensemble de la mortalité foetale et infantile. Les causes initiales de mortalité périnatale sont étroitement liées à celles de la mortalité maternelle, à savoir la mauvaise santé et l'état nutritionnel de la mère et les complications de la grossesse et de l'accouchement.

43. De même, la mortalité périnatale est étroitement associée à l'insuffisance pondérale à la naissance (IPN), laquelle se définit comme un poids de naissance inférieur à 2500 g. Ce facteur de risque influe sur la mortalité pendant toute la première année de la vie et probablement pendant les quelques années qui suivent, tout en ayant également des effets néfastes à long terme sur le développement de l'enfant. L'étude menée par l'OMS dans sept pays développés a révélé des incidences d'IPN se situant entre 4 et 11 %; toutefois, les décès d'enfants accusant une IPN représentaient entre 43 et 74 % de l'ensemble des décès périnataux. Sur un total estimatif de 22 millions d'enfants dans ce cas venant au monde chaque année, 21 millions naissent dans les pays en développement, le plus souvent dans les populations les plus défavorisées (voir fig. 5). Tout porte à croire que ces enfants interviennent pour une part importante dans la mortalité infantile et la morbidité juvénile puisque le risque de mortalité est de 20 fois supérieur à celui des autres enfants, tant pendant la période néonatale qu'ultérieurement.

44. Les décès de nourrissons se produisant après la première semaine (c'est-à-dire les décès néonataux tardifs et postnéonataux) sont devenus assez rares dans les régions développées. Toutefois, dans les pays en développement, les décès de nourrissons après une semaine représentent encore environ les deux tiers de l'ensemble de la mortalité infantile. A quelques exceptions près, telles que le tétanos qui, dans certaines régions, tue jusqu'à 10 % des nouveau-nés, les causes de ces décès sont multiples et souvent mal définies. Les maladies diarrhéiques constituent la principale cause de morbidité et de mortalité infantiles mentionnée dans la plupart des études, suivies de près par les infections respiratoires (voir fig. 6). Une vaste étude mentionne la malnutrition comme cause initiale ou associée intervenant dans 57 % des décès de nourrissons.¹

¹ Puffer, R. R. & Serrano, C. V. Patterns of mortality in childhood. Washington, D.C., Organisation panaméricaine de la Santé, 1973 (PAHO Scientific Publication N° 262).

45. Pendant au moins la première année, et dans une certaine mesure jusqu'à environ 18 mois, l'allaitement au sein protège la vie de l'enfant de façon extrêmement efficace. Des observations faites dans les pays en développement indiquent que les enfants nourris au sein pendant moins de six mois, ou nourris artificiellement, présentent dans le deuxième semestre de la première année un taux de mortalité cinq à dix fois supérieur à celui des enfants nourris au sein pendant six mois ou plus. En Afrique, dans de vastes régions de l'Asie, et dans certains groupes de populations des pays d'Europe, la quasi-totalité des mères commencent par nourrir leur enfant au sein; en Amérique latine, et dans les classes sociales supérieures des autres pays en développement, la proportion n'est que des deux tiers. Dans les pays industrialisés et parmi les classes sociales supérieures des autres pays (exception faite de l'Afrique), la grande majorité des nourrissons est sevrée après cinq à sept mois, alors que dans les populations rurales (exception faite des pays industrialisés) la majorité des nourrissons est encore nourrie au sein à dix-huit mois.¹

46. Dans toutes les populations, la mortalité de 1 à 4 ans est beaucoup plus faible que la mortalité infantile. Les maladies infectieuses de l'enfance, telles que la rougeole, la coqueluche et la pneumonie, commencent par apparaître à la fin de la première ou pendant la deuxième année de la vie. Conjuguées avec la malnutrition, ces maladies peuvent entraîner des taux de létalité élevés. Par exemple, pendant la famine dans le Sahel, on a estimé que le taux de létalité de la rougeole s'était élevé jusqu'à 50 % dans certains secteurs, alors que, dans d'autres régions d'Afrique tropicale, il est de 7 à 10 %.

Morbidité juvénile

47. Pour chaque issue fatale, il y a de nombreux épisodes de maladie et de mauvaise santé. En outre, de nombreuses maladies et affections courantes de l'enfance ne sont généralement pas fatales mais peuvent provoquer des lésions graves et chroniques. Certaines d'entre elles sont déjà apparentes pendant l'enfance (cécité ou paralysie), tandis que d'autres ne se manifesteront qu'ultérieurement (cardiopathie chronique, arriération mentale).

48. Dans le monde industrialisé, les accidents, qui constituent la principale cause de décès d'enfants de 1 à 4 ans, entraînent également de très nombreux cas d'incapacité. Aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, environ 300 000 enfants sont hospitalisés chaque année pour des blessures à la tête et l'on estime que quelque 20 000 d'entre eux seront atteints de lésions cérébrales permanentes plus ou moins graves. Il y a toute raison de croire que les accidents d'enfants sont également fréquents dans les pays en développement, notamment les brûlures et les traumatismes dus à des accidents domestiques, mais leur importance relative est beaucoup plus faible.

49. Les perturbations du comportement constituent un autre problème de santé de l'enfant auquel on accorde de plus en plus d'importance dans la plupart des pays.² Dans certains pays, les jeunes enfants abandonnés par leur famille posent de graves problèmes sanitaires et sociaux; ainsi, on estime que 2 millions d'enfants sont dans ce cas au Brésil et 1,5 million en Inde.

50. Il ne fait pas de doute que la malnutrition est numériquement l'affection qui nuit le plus à la santé des enfants dans le monde, particulièrement dans les pays en développement. Quelque 100 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition protéino-énergétique - plus de 10 millions d'entre eux sont d'ailleurs atteints de malnutrition protéino-énergétique grave, affection généralement mortelle lorsqu'elle n'est pas traitée. D'une manière générale, la prévalence la plus élevée s'observe en Afrique où, dans certaines régions, la proportion des enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition protéino-énergétique grave atteint jusqu'à 23 % et celle des enfants souffrant de malnutrition protéino-énergétique moyenne peut aller jusqu'à 65 %.

¹ Données extraites de l'étude collective de l'OMS sur l'allaitement au sein.

² Voir OMS, Série de Rapports techniques, N° 613, 1977 (Santé mentale et développement psycho-social de l'enfant : Rapport d'un comité OMS d'experts).

TABLEAU 2. STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES PAR REGIONS GEOGRAPHIQUES, 1978
(en millions, sauf indications contraires)

Région	Espérance de vie à la naissance (en années)	Nombre d'habitants			Nombre annuel de naissances	Nombre annuel de décès d'enfants de		Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans, exprimé en pourcentage de l'ensemble des décès
		Total	Enfants de			moins d'un an (en milliers)	1-4 ans (en milliers)	
			0-4 ans	5-14 ans				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Afrique occidentale	42	128	24	34	6,3	1 010	564	55
Afrique centrale	42	50	9	13	2,2	381	215	61
Afrique orientale	45	124	23	33	5,8	845	629	60
Asie centre-sud	49	879	145	232	32,5	4 423	1 609	46
Afrique australe	52	31	5	7	1,2	150	65	44
Asie du sud-est	52	341	58	91	12,6	1 463	352	41
Afrique septentrionale	52	103	18	28	4,4	580	399	68
Asie du sud-ouest	55	92	16	24	3,9	423	128	48
Amérique du Sud tropicale	61	188	31	50	7,0	689	163	50
Amérique moyenne	63	87	16	24	3,6	256	79	48
Carabbes	64	28	4	7	0,8	53	8	27
Asie orientale	66	1 122	131	236	24,7	1 431	631	23
Amérique du Sud tempérée	66	40	4	8	0,9	66	9	21
Océanie	68	22	3	4	0,5	13	2	8
URSS	69	261	22	45	4,7	132	12	6
Europe orientale	70	108	9	16	1,9	49	8	5
Europe méridionale	71	137	11	24	2,3	56	9	5
Europe occidentale	72	153	11	25	1,8	28	6	4
Europe septentrionale	72	82	6	13	1,1	14	3	2
Amérique du Nord	73	242	19	43	3,6	54	10	3
Ensemble du monde	60	4 219	565	957	121,8	12 115	4 901	25

Sources : Colonnes 1), 2), 5) - Estimation 1978, Population Reference Bureau et Organisation des Nations Unies.

Colonnes 3), 4) - Population Reference Bureau et Organisation des Nations Unies, Selected World Demographic Indicators, 1975.

Colonnes 6), 7) - Estimations de l'OMS (Division de la Santé de la Famille) provenant de différentes sources.

Colonne 8) - Colonnes 6) et 7) et Population Reference Bureau.

N.B. : Les totaux ont été calculés avant arrondissement des chiffres; les chiffres arrondis additionnés peuvent ne pas correspondre aux totaux.

Colonne 8) - Le chiffre indiqué pour l'Afrique septentrionale est fortement influencé par l'hypothèse d'un fléchissement du taux global de mortalité (estimation de l'ONU).

51. Parmi les autres carences nutritionnelles figurent notamment les avitaminoses A et D. L'ampleur de la cécité chez l'enfant, essentiellement due à l'avitaminose A, est tragique. En effet, on estime que 100 000 enfants deviennent aveugles chaque année. Malgré l'abondance de la lumière solaire qui favorise la synthèse de la vitamine D dans l'organisme, des enfants de certaines régions d'Afrique et d'Asie souffrent de rickettsiose principalement en raison de croyances traditionnelles concernant la façon d'élever les enfants. On peut également observer ce phénomène dans les populations migrantes des pays industrialisés.

52. Dans toute société, la mortalité et la morbidité dans le groupe d'âge de 5 à 9 ans sont beaucoup moins élevées que chez les enfants plus jeunes. La mortalité est encore plus faible lorsqu'on atteint le groupe des 10 à 19 ans. Les accidents interviennent pour environ la moitié de l'ensemble des décès;¹ les causes les plus importantes de décès sont ensuite le suicide et les maladies malignes, y compris les hémopathies graves, dans les régions plus développées, et les infections gastro-intestinales et des voies respiratoires, y compris la tuberculose, dans les autres régions. L'augmentation récente des taux de suicide chez les adolescents ainsi que des cas d'abus d'alcool et d'autres drogues engendrant la dépendance constitue une évolution alarmante. Dans de nombreux pays, le suicide est la deuxième cause principale de décès dans le groupe des 15 à 19 ans.

53. Dans la plupart des pays industrialisés, l'incidence parmi les adolescents des maladies transmises par voie sexuelle représente plus du double de ce qu'elle est chez les 20 à 29 ans. Les grossesses chez les jeunes adolescentes entraînent des risques particuliers pour la santé de la mère, mais également de l'enfant.² Les faits montrent clairement que les taux de mortalité maternelle sont beaucoup plus élevés pour les très jeunes femmes et que les mères adolescentes s'exposent également à un risque beaucoup plus élevé de perdre leur enfant en bas âge.

V. PROGRES EN SMI : TECHNOLOGIE ET CONNAISSANCES

54. Depuis quelques décennies, la science et la technique ont fait d'importants progrès qui ont eu une incidence sur la santé des mères et des enfants. Cependant, de nombreuses populations, rurales et péri-urbaines, n'en ont pas bénéficié. Il est nécessaire de mettre au point des techniques adéquates, bien adaptées aux besoins locaux et au mode de vie des collectivités, et à la portée des agents de santé primaires et des familles. Dans les pays industrialisés, le développement technologique a été rapide et s'est caractérisé par la mise au point de techniques complexes et de médicaments curatifs très actifs. En obstétrique, les principaux progrès ont porté sur les techniques vitales d'oxygénothérapie et de transfusion, sur les antibiotiques, sur la surveillance fœtale et sur le déclenchement des contractions et l'analgésie obstétricale. A côté de ces progrès, on a observé des pratiques hospitalières négatives telles que la séparation de l'enfant et de sa mère après la naissance et le déclenchement des contractions les jours ouvrables pour éviter les naissances en fin de semaine. La technologie mise au point, qui est certes bénéfique lorsqu'on en use de façon rationnelle, tendait à contrarier un processus essentiellement sain et normal. Comme presque tous les progrès technologiques, ceux-ci ont exigé de nouveaux mécanismes coûteux et l'institution d'organisations destinées à protéger les individus et les familles contre leurs effets nuisibles. L'emploi excessif (ou extrême) de ces techniques et de ces types de soins a été mis en question tant par le public, pour des raisons d'ordre financier ou inhérentes à la nature inhumaine des soins, que par les cliniciens en raison de leurs dangers potentiels.

55. Des moyens biochimiques et cytologiques complexes, tels que l'amniocentèse, permettent aujourd'hui de procéder à des examens pré- et postnataux à la recherche de troubles métaboliques, congénitaux ou génétiques. D'autres progrès concernent le traitement de l'infécondité. Les soins aux nouveau-nés ont été très améliorés grâce à une meilleure connaissance de la physiologie des fonctions rénale, gastro-intestinale et pulmonaire et de la régulation thermique, qui a permis d'appliquer des techniques adéquates d'anesthésie, de perfusion intraveineuse, etc. Le traitement de certaines maladies, telles que la méningite et la pneumonie

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 609, 1977 (Besoins sanitaires des adolescents, Rapport d'un comité OMS d'experts).

² Omran, A. R. & Standley, C. C. ed., Family formation patterns and health, OMS, Genève, 1976.

par exemple, est devenu très efficace; certaines maladies malignes du jeune enfant peuvent être maîtrisées et la correction chirurgicale des malformations et des traumatismes donne de très bons résultats.

56. La psychologie et la psychiatrie pédiatriques commencent à jouer un rôle en pédiatrie générale. Le traitement des enfants atteints de troubles chroniques est de plus en plus considéré comme un élément de la santé de la famille. De même, les mesures de réadaptation ne sont plus appliquées dans des établissements spécialisés, mais au sein de la famille, et diverses activités de soutien ont été instituées.

Technologie préventive

57. Parmi les acquisitions dans le domaine de la prévention, on peut citer les vaccins contre un certain nombre de maladies infectieuses courantes de l'enfance; des techniques de vaccination comme l'emploi de l'injecteur sans aiguille; et des systèmes simples de conservation frigorifique. La vaccination a considérablement réduit l'incidence de la diphtérie, de la coqueluche, du tétanos, de la tuberculose, de la rougeole et de la poliomyélite.

58. L'existence de moyens contraceptifs modernes et efficaces a non seulement contribué à la baisse de la mortalité infantile et maternelle, mais a transformé radicalement la vie des femmes dans la société et la famille. Les travaux de recherche dans ce domaine ont largement porté sur la mise au point de nouvelles méthodes ou de nouveaux dispositifs qui soient sans danger, efficaces et d'un emploi de plus en plus simple. De même, les progrès de la technique ont rendu l'avortement plus sûr et plus simple.

59. La prévention des maladies et des troubles dus aux carences nutritionnelles a été renforcée grâce aux techniques d'enrichissement des aliments (adjonction de vitamine A au sucre ou d'iode au sel, par exemple). Largement répandues aujourd'hui, ces techniques ont beaucoup contribué à réduire l'incidence des carences nutritionnelles, voire à les éliminer.

60. Sans être une technique préventive à proprement parler, une méthode simple de réhydratation orale pour le traitement des maladies diarrhéiques chez les jeunes enfants pourrait réduire de façon importante le grand nombre des décès actuellement liés à ces maladies. Cette méthode est à la portée des agents de santé primaires ou des membres des familles - mère, père ou autre - à condition qu'ils aient reçu une information appropriée.

Progrès de la connaissance

61. D'autres progrès des connaissances scientifiques, réalisés ces quelques dernières décennies dans le domaine de la santé maternelle et infantile, ont eu une influence sur la santé des mères et des enfants et sur l'action sociale en leur faveur. C'est ainsi que l'on comprend mieux aujourd'hui la période critique de la croissance, le potentiel de "rattrapage" des humains, l'influence des parents sur le développement psycho-social de l'enfant, etc. Depuis quelques années, il est devenu tout à fait évident que de nombreux fondements de la santé future s'établissent au cours des 40 importantes semaines qui suivent la conception. Une meilleure connaissance du développement du fœtus a accru l'intérêt pour le milieu intra-utérin. Les études épidémiologiques et celle des interventions mettent en évidence l'importance cruciale du dernier trimestre de la grossesse qui est la principale période de stockage d'énergie du fœtus.

62. Il y a moins de 40 ans, beaucoup ignoraient encore que les facteurs d'environnement au cours du développement fœtal, en particulier durant le premier trimestre de la grossesse, sont responsables de malformations chez l'homme. Cette connaissance a été renforcée par l'observation des effets de la rubéole sur le jeune fœtus puis par la tragédie de la thalidomide qui a attiré l'attention sur le domaine, encore trop peu exploré, de la pharmacologie périnatale.

63. Dans les années 70, les découvertes de la recherche ont montré de façon de plus en plus claire que les événements du début de la vie affectaient la santé de l'adulte et que nombre de troubles pouvaient être évités par une action précoce. Par exemple, les maladies dentaires de l'âge adulte peuvent être presque totalement supprimées par une action dans l'enfance; le traitement rapide des infections à streptocoques chez l'enfant permet d'éviter le rhumatisme

cardiaque, etc. Bien qu'il soit prouvé que les facteurs génétiques jouent un rôle dans l'hypertension essentielle, des études longitudinales donnent néanmoins à penser que les fondements de l'hypertension chez les individus sensibles pourraient bien se situer dans les débuts de la vie.

64. Les effets héréditaires des mauvaises conditions d'environnement, et en particulier de la malnutrition, sont illustrés, par exemple, par l'apparition tardive de la première menstruation dans les pays en développement, de même que par l'incidence de la petite taille de la mère sur l'issue de la grossesse. On a démontré que la malnutrition et l'infection avaient l'une sur l'autre un effet synergique et que la malnutrition - en particulier protéino-énergétique - était un facteur déterminant ou associé de plus de la moitié des décès des enfants. En revanche, dans les pays industrialisés, la surnutrition est devenue un problème majeur; le traitement se solvant généralement par un échec, la prévention revêt une importance primordiale.

65. Connaissant désormais l'importance de l'allaitement au sein, on a pris des mesures pour favoriser un retour à cette pratique dans certaines régions et faire en sorte qu'elle soit conservée, dans d'autres. Des études sur l'allaitement au sein ont montré de façon décisive que le lait maternel satisfaisait tous les besoins nutritionnels du nouveau-né de manière sûre et adéquate et lui fournissait en outre des défenses immunitaires qui le protègent contre de nombreuses maladies de la première enfance. D'autres travaux ont également démontré l'importance du contact mère-enfant pour le développement du nourrisson, puis de l'enfant.

Besoins en matière de recherche

66. En ce qui concerne les besoins, les découvertes et les perspectives de la recherche, les travaux effectués en biologie cellulaire, en immunologie et en pharmacologie devraient procurer de nouvelles connaissances. Peut-être de puissants moyens seront-ils trouvés qui permettront de restituer les enzymes manquant chez certains enfants - déficience responsable de troubles génétiques - et de substituer des gènes normaux aux gènes déficients. La vaccination permettra peut-être de combattre les maladies des voies respiratoires, la lèpre et le paludisme et il se peut que l'on arrive à surveiller le métabolisme des médicaments compte tenu des caractéristiques individuelles et de l'état nutritionnel de chacun.

67. Autrefois, on attachait beaucoup moins d'importance aux sciences sociales, à la recherche opérationnelle et aux recherches sur les services de SMI dans le cadre du système de santé. Un nouvel équilibre de la recherche doit être établi dans tous les pays en fonction des différents contextes culturels, et il faut procéder à une analyse épidémiologique des problèmes de santé existants. Le processus de socialisation du jeune enfant et de l'adolescent est encore mal compris. Il exige une participation plurisectorielle et a beaucoup d'importance pour l'optimisation du système d'éducation. Beaucoup de fonctions de la femme doivent être mieux comprises et soutenues dans l'intérêt même de l'ensemble de la société. Il reste encore beaucoup à apprendre sur la qualité et la quantité de soins qui devraient être assurés par les familles elles-mêmes pendant la grossesse et la formation des enfants; des systèmes efficaces de soutien social doivent être étudiés et mis en place. L'efficacité et l'efficience du système de santé doivent être examinées à tous les niveaux, dans différents cadres. Il est notamment nécessaire d'étudier les modalités éventuelles d'une participation de la collectivité aux prises de décisions, à l'identification des problèmes et à la mise en oeuvre des programmes.

VI. TENDANCES DES SOINS DE SMI DANS LE CADRE DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE

68. Les soins de SMI sont désormais organisés et mis en oeuvre dans le cadre de l'ensemble du système de soins de santé.¹ De plus, au cours de la dernière décennie, la planification familiale est de plus en plus devenue partie intégrante de la SMI. L'accent est actuellement placé sur la mise en place des soins de SMI conformément à la conception des soins de santé primaires, dont ils sont l'un des principaux éléments.

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 600, 1976. Tendances et approches nouvelles dans la prestation de soins aux mères et enfants par les services de santé : Sixième rapport du Comité OMS d'experts de la Santé maternelle et infantile.

69. Les prestations de SMI ne peuvent être uniformes puisque les problèmes et les solutions qui leur sont apportées varient d'une collectivité à l'autre. Néanmoins, en tant qu'élément essentiel des soins de santé primaires, elles pourraient comporter les activités suivantes : soins au cours de la grossesse et de l'accouchement; promotion de l'allaitement au sein et d'une nutrition adéquate du nourrisson et du jeune enfant; surveillance de la croissance et du développement et prévention des infections, y compris par les vaccinations; prévention et traitement de la diarrhée du nourrisson et de l'enfant, y compris réhydratation par voie orale; planification familiale, y compris prévention et traitement de la stérilité; éducation pour la santé au sein de la famille afin qu'elle assume elle-même la responsabilité de sa santé.

Organisation des soins

70. Dans le système de santé, le premier "niveau" des soins de SMI est constitué par le foyer et la collectivité; on estime que près de 80 % des tâches de l'agent de santé communautaire sont en rapport avec les soins aux mères et aux enfants. Au niveau du district, il existe des maternités dotées de lits, sur lesquelles sont dirigés les malades et qui assurent des services, tels que césariennes, soins néonataux et diagnostic de laboratoire. Selon la structure générale du système national de soins de santé, les échelons intermédiaires des soins de SMI assurent les soins au niveau périphérique, et l'acheminement des cas ne pouvant être traités aux échelons précédemment cités. Des consultations externes ou des lits de pédiatrie et d'obstétrique existent dans tous les pays, habituellement à l'échelon central et à celui du district. Au cours des trente dernières années, presque tous les pays ont établi au ministère de la santé ou dans d'autres ministères des unités de SMI pour orienter la politique et la planification en matière de formation et de services.

71. L'évaluation de nombreux programmes a montré que trop souvent des mesures et des interventions spécifiques sont répétées partout de manière rigide, sans tenir compte des besoins locaux véritables, ce qui représente un gaspillage des ressources déjà rares. Cela est particulièrement vrai pour les soins prénataux. De nouvelles méthodes de planification sont actuellement mises en place pour accroître l'efficacité des soins de SMI; c'est le cas par exemple de l'approche fondée sur la notion de risque qui est actuellement préconisée par l'OMS¹ et qui s'inscrit dans le processus général de planification et de programmation au niveau national.

72. Autrefois, les soins de santé aux mères et aux enfants étaient assurés séparément dans le cadre des consultations différentes organisées à des heures différentes par des personnels différents. Dans certains cas, les activités de vaccination et de planification familiale ont elles aussi été et continuent d'être fragmentées, parfois au détriment des soins de SMI. Les études sur la couverture des services en pareil cas ont montré que les ressources humaines et autres sont prélevées sur d'autres services assurant des soins de SMI plus généraux, d'où une efficacité réduite ou une acceptation moindre. Ces dernières années, la plupart des anciens programmes "verticaux" de planification familiale exécutés en Asie, par exemple, ont modifié leurs politiques, et combinent maintenant la planification familiale avec d'autres éléments des soins de SMI et de la protection de la famille. Dans divers pays industrialisés, on tend à substituer à la fragmentation des soins de SMI une formule plus large axée sur la famille.

73. L'étude commune FISE/OMS intitulée "Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement"² conclut notamment en affirmant la supériorité sur les autres méthodes de l'intégration des composantes des services de santé. Les soins intégrés ont en commun la caractéristique d'utiliser des agents de terrain, qui assurent

¹ OMS, Publication offset N° 39 "Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque", Genève, OMS, 1978. Cette méthode peut être considérée comme un instrument de gestion souple et rationnelle, qui permet d'affecter les ressources disponibles sur la base d'une mesure du risque auquel sont exposés les individus et la collectivité, de mettre au point des stratégies locales d'intervention et de déterminer la nature des prestations à offrir dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale, afin d'améliorer la couverture.

² Djukanovic, V. & Mach, E. P. éd. "Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement", Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1975.

les fonctions de SMI et opèrent la liaison entre les familles des villages et d'autres échelons des services de santé.

74. A mesure que les concepts de soins de santé intégrés et complets, et les principes d'équité en matière de soins de santé, étaient plus largement acceptés, le problème a été repensé et l'on s'est écarté du type classique de "service de SMI" : à l'heure actuelle, on considère que tout contact entre les mères et les enfants et le système de soins de santé fournit une occasion de traiter les problèmes de santé de tous les membres de la famille et d'examiner les problèmes et les besoins de chaque individu dans le contexte de la famille et de la collectivité.

Personnels et formation

75. La pénurie de personnels, leur mauvaise utilisation et leur mauvaise distribution, leur formation insuffisante ou inadaptée, sont parmi les principaux obstacles à surmonter pour assurer à la totalité des populations des soins de santé essentiels et adaptés aux conditions sociales. Cela est particulièrement patent en ce qui concerne les soins de SMI, surtout à cause des facteurs décrits ci-dessus. Les caractéristiques des soins de SMI ont des incidences sur la planification des différents types d'activités, le temps que leur consacrent les personnels de santé et autres agents de santé communautaires, et les effectifs nécessaires.

76. Au niveau des soins primaires, la catégorie de l'"agent SMI" spécialisé disparaît progressivement. On considère maintenant que les soins de SMI font appel à une large gamme de personnels, dont certains n'appartiennent pas au secteur sanitaire à proprement parler mais travaillent dans d'autres secteurs, officiels ou non. Il s'agira, par exemple, au niveau communautaire des agents de soins de santé primaires, des personnels des crèches, des agents de vulgarisation, des grands-parents, des membres d'associations féminines, des enseignants et des accoucheuses traditionnelles. Or, dans la plupart des cas, la formation en SMI n'a guère dépassé le cadre des personnels de santé.

77. Avant les années 70, la formation en SMI des personnels de santé était largement fondée sur des programmes d'étude conçus en milieu universitaire sans tenir compte des conditions locales existant à la périphérie. Dans les pays en développement, par ailleurs, la formation des professionnels de la santé était calquée sur des modèles étrangers; beaucoup de pédiatres et d'obstétriciens, de sages-femmes professionnelles et de responsables de la SMI étaient formés à l'étranger dans les centres universitaires de pays développés. Dans ces conditions, la formation ne pouvait être adaptée au contexte social dans lequel travaillaient ou vivaient les personnels ou les populations au niveau de la collectivité et elle n'était pas axée sur la solution des principaux problèmes de santé des éléments marginaux de la société.

78. L'évolution actuelle montre qu'il est plus efficace d'établir le programme d'enseignement au niveau de la collectivité; autrement dit, l'établissement des programmes de formation doit partir d'une connaissance approfondie de la collectivité et des tâches des agents de santé communautaires, et de là on procédera à la préparation des programmes destinés aux enseignants des agents de santé communautaires, puis aux professionnels et aux personnels d'appui dans les établissements d'enseignement, les universités et au niveau postuniversitaire, y compris les pédiatres et les obstétriciens/gynécologues.

Disponibilité et utilisation

79. Au cours des Assemblées mondiales de la Santé de ces dernières années et à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires de 1978, des inquiétudes grandissantes ont été exprimées sur la couverture insuffisante des services de santé dans la plupart des pays et sur le fait que les besoins de santé des populations ne sont pas satisfaits, malgré les efforts déployés dans de nombreux pays en développement pour renforcer les services de santé. Dans la plupart des pays, la masse des ressources continue d'être absorbée par les soins spécialisés et hospitaliers en milieu urbain. Dans un grand pays d'Asie par exemple, à la fin de 1975, 32 % seulement de la population rurale vivaient dans un rayon de 3 kilomètres d'un type quelconque d'établissement de santé, alors que le pourcentage correspondant pour la population urbaine était de 98 %.

80. Il arrive aussi que les services soient sous-utilisés; certaines raisons de cet état de choses sont propres à la SMI et sont en rapport direct avec le mode de vie des femmes qui sont les principales utilisatrices. Le travail excessif exigé d'elles a été évoqué en termes généraux; dans de nombreuses régions, il arrive qu'elles passent la journée à travailler dans les champs, à aller chercher de l'eau, à préparer les repas et à se rendre au marché. Le manque de temps et de force peut donc constituer pour elles d'importants obstacles. De plus, dans certaines sociétés, les femmes préfèrent consulter ou être examinées par des personnels de santé de sexe féminin, qui font souvent défaut.

81. Pour être significative, une mesure de la desserte en soins de SMI doit être plus qu'un simple décompte du nombre des établissements et des personnels de santé en fonction de l'effectif de la population. Elle doit montrer comment toute la série d'activités en matière de promotion, de prévention, de soins, de réadaptation est mise à la disposition de ceux qui en ont besoin, perçue et utilisée par eux. Dans ces conditions, il n'existe pratiquement pas de données appropriées concernant la couverture des soins de SMI, en particulier pour les groupes de population les plus défavorisés. En revanche, il existe des statistiques de prestations pour plusieurs éléments des soins de SMI qui fournissent certaines indications sur la couverture. Ils sont énumérés ci-après.

82. Soins pendant la grossesse et l'accouchement. Les soins pendant la grossesse et l'accouchement sont assurés sous différentes formes par des établissements spécialisés, des consultations et d'autres services. Bien qu'il soit difficile de résumer les données à l'échelle mondiale, on sait que les soins prénatals sont en extension dans les pays. Au Botswana, par exemple, la proportion de femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales est passée de 40 % en 1973 à environ 70 % en 1977. En outre, le dépistage des grossesses à haut risque tend à bénéficier d'une attention croissante.

83. Les chiffres d'accouchements pratiqués par des personnels qualifiés dans les pays en développement varient considérablement d'une région à l'autre : en Afrique, ils vont de 6 % à 67 % selon les pays; en Asie, de 3 % à 95 % et en Amérique latine, de 12 % à 97 %. Cela dit, la proportion des accouchements pratiqués par des personnels qualifiés augmente fortement dans de nombreux pays. Mais l'analyse des informations les plus récentes donne à penser que dans certaines parties du monde 50 % au moins - et dans quelques cas jusqu'à 80 % - des accouchements sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles ou par des parentes. Bien qu'autrefois les accoucheuses traditionnelles n'aient pas été officiellement reconnues par les autorités sanitaires de nombreux pays, et par conséquent n'aient bénéficié d'aucun appui, les pays sont maintenant de plus en plus nombreux à s'intéresser à leur formation et à leur utilisation et à leur donner la possibilité de prendre contact avec l'échelon supérieur pour les soins de SMI et de santé de la famille.

84. Planification familiale. A mesure que sont davantage reconnus les avantages sanitaires et sociaux de la planification familiale, en particulier pour les mères et les enfants, les pays sont de plus en plus nombreux à intégrer la planification familiale dans leurs programmes nationaux d'action sanitaire. D'après les résultats d'une récente enquête mondiale, le pourcentage de femmes pratiquant la planification familiale a presque doublé dans certaines régions au cours de la première moitié des années 70 et l'on a estimé qu'en 1976 34 % des couples du monde entier recouraient régulièrement à un moyen contraceptif. Mais, ici encore, les chiffres varient considérablement à l'intérieur des pays et d'un pays à l'autre; ainsi, on estimait que 53 % des femmes pratiquaient la planification familiale dans la Région du Pacifique occidental, alors qu'en Afrique occidentale la proportion était seulement de 3 %. Une série d'enquêtes sur la fécondité menées dans toutes les parties du monde a montré qu'une forte proportion de femmes ne désirant plus avoir d'enfant n'ont encore ni l'information nécessaire, ni les moyens de pratiquer la contraception.

85. La comparaison des taux d'utilisation de moyens contraceptifs fournis par les services de soins de santé en 1971 et en 1976 indique que la couverture a augmenté de manière importante au cours des cinq années considérées. Parmi les couples pratiquant la planification familiale, les pourcentages de ceux qui utilisent des contraceptifs oraux ou des dispositifs intra-utérins (DIU), ou qui ont recours à la stérilisation, ont augmenté.

86. A peu près les deux tiers de la population mondiale, notamment en Asie, en Europe et en Amérique du Nord, vivent dans des pays possédant une législation et appliquant une politique libérale en matière d'avortement. Le tiers restant vit dans des pays, situés pour la plupart en Amérique latine et en Afrique, et pour quelques-uns en Europe, où l'avortement est illégal ou n'est autorisé que pour protéger la vie ou la santé de la femme. Quelle que soit la situation législative, l'avortement provoqué est largement pratiqué dans la plupart des régions du monde et, d'après les estimations, représentait dans le milieu des années 70 l'aboutissement d'une grossesse pour trois naissances vivantes environ. La moitié environ des avortements provoqués étaient clandestins.

87. Le traitement de la stérilité a reçu une attention croissante dans de nombreux pays, mais dans la plus grande partie du monde en développement il s'agit encore d'un service spécialisé réservé aux privilégiés.

88. Soins aux nourrissons et aux enfants. Dans les pays en développement, les données concernant les prestations pour les nourrissons et les enfants sont plus difficiles encore à obtenir que celles qui portent sur d'autres éléments des soins de SMI; d'autre part, la nature de ces prestations varie. D'une manière générale, cependant, elles incluent une surveillance continue de la croissance et du développement de l'enfant; la prévention et le traitement des infections courantes et des maladies de l'enfance; la promotion d'une bonne nutrition. Les chiffres concernant des activités spécifiques telles que la vaccination fournissent donc certaines indications sur la "couverture". A l'heure actuelle, on estime que moins de 10 % des enfants nés chaque année sont vaccinés contre les six maladies courantes de l'enfance (coqueluche, tétanos, diphtérie, rougeole, tuberculose, poliomyélite). On peut présumer que ces enfants du moins bénéficient aussi d'autres soins de prévention; mais bien qu'on prenne de plus en plus conscience de l'importance de ces soins, la grande majorité des jeunes enfants du monde n'entrent en contact avec le service de santé que lorsqu'ils ont besoin de soins curatifs.

89. Préparation à la vie familiale. Bien qu'on connaisse l'influence qu'exercent sur le développement du jeune enfant les soins assurés par la mère et par le père, des conseils adéquats à ce sujet sont rarement fournis aux futures mères et plus rarement encore aux futurs pères. De plus, l'éducation sanitaire sur les mesures à prendre pour améliorer la santé des mères et des enfants occupe habituellement une place très accessoire dans les activités des services de santé. Le fait est essentiellement dû à la pression du travail, à la formation insuffisante des personnels de santé et à l'absence d'un matériel éducatif approprié.

Autres services et législation en la matière

90. Les soins de santé aux enfants ne se limitent pas aux interventions assurées par le système de soins de santé; ils font appel à d'autres services sociaux, dont certains sont indiqués ci-dessous.

91. Garderies d'enfants : Les garderies deviennent de plus en plus nécessaires à mesure que les deux parents sont de plus en plus fréquemment amenés à travailler à l'extérieur ou loin de l'environnement familial. Ceci reflète aussi une tendance à l'augmentation des aides sociales nécessaires pour l'éducation des enfants.

92. Les dévastations causées par la guerre posent le problème de milliers d'enfants sans abri et sans parents. Après la première guerre mondiale, certains pays - l'URSS, par exemple - ont institué des soins collectifs pour les enfants d'âge préscolaire, qui ont donné d'excellents résultats; et l'aide de l'Etat à ce type d'établissement s'est développée rapidement. Depuis lors, on fait appel à des pédiatres et à des psychologues pour orienter l'action dans ce domaine. En 1977, l'URSS comptait 12 millions d'enfants fréquentant des garderies, jardins d'enfants, camps de pionniers, maisons d'enfants,¹ etc. D'autres pays d'Europe ont établi des garderies d'enfants selon des principes semblables. Des chiffres récents indiquent que le pourcentage des

¹ Andreeva, E. I. et al. "Progress in the organization of communities' upbringing of children in pre-school institutions in the socialist countries". Rapport présenté à la 1^{ère} Conférence internationale sur les soins aux jeunes enfants, Riga, URSS, Avril 1978.

enfants de 3 à 5 ans confiés à des garderies en Europe se situe entre 27 % et 90 % selon les pays. Au-dessous de cet âge, les pourcentages sont seulement de l'ordre de 7 à 25 %.

93. Dans les pays en développement, il est rare que les gouvernements aient mis en place des garderies. Des initiatives isolées ont été prises dans le secteur privé, mais ce sont surtout les classes favorisées qui en bénéficient. En Afrique, cependant, il existe dans les régions urbaines nouvellement développées et dans les régions agricoles des soins collectifs aux enfants organisés par la collectivité avec la participation d'associations féminines ou d'organisations politiques. Selon le contexte socio-culturel, d'autres systèmes sont actuellement mis en place : garderies dans les usines et établissements industriels, centres de quartier, groupements féminins d'entraide, garde des enfants de travailleurs assurée par les membres plus âgés de la famille.

94. Santé scolaire : Alors que par le passé l'accent était mis sur les examens médicaux auxquels les écoliers étaient régulièrement astreints, actuellement la santé scolaire vise surtout à inciter les enfants à contracter des habitudes hygiéniques afin de rester en bonne santé durant toute leur vie. En outre, les écoliers participent aux activités d'information sur les problèmes de santé de l'ensemble de la collectivité et à l'exécution d'activités sanitaires organisées dans leur intérêt et dans celui de leurs familles. Les écoles peuvent être chargées d'activités déterminées - mise à jour des vaccinations, éducation nutritionnelle, prévention des accidents, dépistage des troubles de l'ouïe et de la vue, etc. On souligne de plus en plus que les enseignants et les membres du personnel des écoles doivent être préparés à donner des orientations d'ordre sanitaire.

95. Cela dit, dans les régions où la fréquentation scolaire est faible et où l'environnement social est médiocre, les besoins sanitaires des enfants d'âge scolaire qui ne fréquentent pas l'école risquent d'être plus aigus que ceux des enfants scolarisés. De plus, on estime que, d'ici à 1985, le nombre des enfants non scolarisés sera augmenté considérablement.

96. Services pour adolescents : Presque partout, les soins aux adolescents sont assurés par les services généraux de santé, ou par des services spéciaux comme les services de santé scolaire qui, il est vrai, n'existent pas pour ce groupe d'âge dans la plupart des régions. Des services pour adolescents de type novateur ont été établis, principalement dans les centres urbains des pays industrialisés; ces services sont habituellement assurés par des organismes non gouvernementaux ou bénévoles et atteignent très peu de jeunes. Ils sont essentiellement axés sur des problèmes spéciaux - toxicomanie, délinquance juvénile, grossesse d'adolescentes.

97. Législation sociale. Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays développés et en développement ont mis en application une législation qui soutient le droit de l'individu à disposer des services qui lui sont nécessaires. Les conventions internationales du travail régissant les congés de maternité, les horaires souples permettant à la mère de nourrir son enfant, la création de garderies, sont maintenant appliquées dans presque tous les pays développés et dans certains pays en développement. Dans quelques pays d'Europe, par exemple, la législation sociale adoptée ces dernières années assure aux femmes travaillant à l'extérieur un congé de maternité d'un an ou plus avec salaire intégral ou partiel. Il existe un pays où la législation autorise le père ou la mère à rester au foyer pendant les huit premiers mois de la vie de l'enfant. En outre, l'évolution de la législation depuis 1967 traduit une modification des attitudes vis-à-vis de l'avortement et de la planification familiale. Dans un nombre croissant de pays, la législation met maintenant l'accent sur les droits de la femme et sur le fait que la santé et le bien-être de la femme et de la famille peuvent justifier la planification familiale et l'interruption légale de la grossesse.

98. Santé des travailleurs. Il ressort d'études récentes que les femmes travaillent souvent dans des conditions qui altèrent sérieusement leur santé, et provoquent notamment des complications de la grossesse. On a pu montrer que plusieurs types de pollution industrielle avaient des effets nocifs sur le développement du fœtus.

99. En conclusion, il est clair que, pour être efficaces, les soins de SMI doivent être adaptés au mode de vie et aux conditions socio-environnementales existant dans chaque région ou pays, et qu'ils doivent être conçus en fonction des besoins spécifiques des populations concernées. Les exemples positifs qui sont relevés à l'échelle régionale ou nationale sont assez convaincants pour indiquer qu'il est possible d'assurer des soins de SMI aux nombreuses populations du monde qui en sont actuellement privées.

VII. PRIORITES EN SMI POUR L'AN 2000

100. Dans le contexte de l'approche "soins de santé primaires", considérée comme le moyen clé d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, on ne saurait trop souligner l'importance capitale de la SMI. Les principes fondamentaux dont s'inspirent les stratégies et politiques générales en matière de soins de santé primaires sont à l'origine du concept des soins de SMI : approche intersectorielle; nécessité d'une couverture totale; participation des familles et des collectivités; utilisation maximale des ressources existantes telles que les accoucheuses traditionnelles, les associations féminines et les enseignants; etc.

101. Comme la majeure partie des interventions essentielles en matière de santé maternelle et infantile a pour cadre la famille, le rôle primordial de la SMI au sein du système des soins de santé - plus précisément des soins de santé primaires - doit être de promouvoir et de soutenir l'autoresponsabilité de la collectivité et de la famille et, dans ce dernier cas, plus spécialement l'autoresponsabilité en matière de procréation, d'éducation et de soin des enfants et en matière de santé personnelle.

102. On peut formuler un certain nombre de conclusions concernant la composante SMI du système de santé :

- à l'échelon primaire, la SMI a l'avantage de permettre de tirer parti de ressources locales souvent inexploitées, qui comprennent des praticiens traditionnels tels que les sages-femmes traditionnelles;
- l'élaboration de stratégies locales pour les soins de SMI est indispensable si l'on veut pouvoir faire face aux besoins et aux problèmes locaux. La rationalisation et l'utilisation des ressources, ainsi que le contenu des soins doivent être définis dans le contexte de la collectivité elle-même;
- la SMI doit s'occuper des causes directes et indirectes de la morbidité et de la mortalité qui englobent les types d'organisation sociale, les valeurs, aspirations et problèmes particuliers qui caractérisent la vie des familles et influent sur elle;
- les services de SMI doivent tendre à assurer la couverture complète de la population cible pour qui la continuité des soins est essentielle, ce qui implique aussi l'identification systématique des sujets à haut risque et l'existence de systèmes de recours;
- les soins de SMI englobent tous les aspects - prévention, promotion, traitement et réadaptation - des soins de santé destinés aux mères et aux enfants; grâce à cette intégration, on dispose là de la forme de soins la plus efficace et la plus acceptable, tant du point de vue des usagers eux-mêmes, à qui elle apporte un gain de temps et une meilleure compréhension et utilisation des services, que sur le plan de l'utilisation rationnelle des ressources;
- les soins de santé destinés aux mères et aux enfants ne peuvent être considérés isolément d'autres aspects du secteur sanitaire ou d'autres secteurs de développement, organisés ou non. Dans une optique intersectorielle, il convient notamment d'établir des liens entre les soins de SMI et les systèmes d'enseignement officiels ou extrascolaires, les services de garderies, la législation sociale et les associations féminines;
- les soins de SMI devraient être organisés et mis en oeuvre en tant qu'élément du système de santé général et dans le cadre des plans de développement global.

Intervention de SMI

103. La composante SMI des soins de santé primaires dispose actuellement des connaissances et des techniques nécessaires pour réduire considérablement les taux de mortalité des mères et des enfants, alléger leurs souffrances et contribuer à améliorer la qualité de la vie de tous dans le monde entier. Tous les Etats Membres peuvent se fixer des objectifs quantifiables et l'efficacité des activités de SMI peut être évaluée à l'aide d'indicateurs adéquats. L'application de techniques déjà bien connues permettrait d'éviter une bonne partie des grands problèmes de santé des mères et des enfants. Voici quelques exemples d'interventions possibles :

- Il est possible d'abaisser la mortalité maternelle à un taux de l'ordre de 1 à 3 pour 10 000 naissances dans tous les pays du monde. Pour réduire les complications de la grossesse et de l'accouchement, il faudrait soumettre toutes les femmes enceintes à des contrôles prénatals afin de repérer celles qui ont besoin de soins spéciaux; leur fournir des appoints nutritionnels si c'est nécessaire (notamment du fer); et leur assurer la présence d'une personne qualifiée à leur côté au moment de l'accouchement.
- Il est possible d'espacer les grossesses et d'en fixer le calendrier, ce qui influe favorablement sur la santé des mères et des enfants : il existe de nombreuses méthodes efficaces de planification familiale et des moyens d'information adéquats. Ces méthodes pourraient être mises à la disposition de tous les couples pour un prix modique. En outre, les moyens de choisir entre les différentes méthodes pourraient être assurés à tous.
- Il est possible de ramener à un maximum de 10 % les taux d'insuffisance pondérale à la naissance dans le monde entier. Le troisième trimestre de la grossesse présente une importance particulière pour la croissance du fœtus. En veillant à réduire le nombre de tâches fortement consommatrices d'énergie qu'accomplissent les femmes et à assurer à celles-ci un apport énergétique accru pendant le troisième trimestre de la grossesse, on pourrait faire augmenter considérablement les poids à la naissance et contribuer à réduire la mortalité infantile. Les familles et les collectivités pourraient beaucoup aider en ce sens et les autorités publiques pourraient soutenir cette action par des mesures telles que les congés de maternité et les allocations pour enfants. Tous les membres de la société devraient partager ces responsabilités.
- Il est possible d'éradiquer le tétanos néonatal dans toutes les sociétés : il suffit d'immuniser les femmes deux fois avant la naissance de l'enfant pour prévenir le tétanos néonatal. Cette entreprise pourrait aboutir à la deuxième grande victoire mondiale après l'éradication de la variole.
- Il est possible d'éliminer les avitaminoses A et D : on possède depuis plus d'un demi-siècle les connaissances scientifiques nécessaires pour lancer des actions préventives. Si tous les organes de communication étaient utilisés pour informer et si l'on fournissait les apports nutritionnels nécessaires à ceux qui en ont besoin, les séquelles de ces carences - cécité et difformités - pourraient être éliminées. Il est possible d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un effort concerté.
- Il est possible de réduire considérablement le nombre des décès dus aux maladies diarrhéiques : par le recours immédiat à la réhydratation par voie orale, on pourrait sauver des millions de vies, en donnant aux jeunes enfants une chance de survivre à la période cruciale du sevrage. Cette thérapeutique peut être appliquée dans le cadre familial, ce qui facilite grandement la généralisation de son emploi.
- Il est possible d'éviter les décès et les incapacités dus aux maladies de l'enfance : la vaccination systématique contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la tuberculose, la rougeole et la poliomyélite peut considérablement réduire l'incidence de ces maladies.

104. Les Etats Membres de l'OMS se sont donné pour objectif de vacciner tous les enfants du monde d'ici à 1990, tandis que la Conférence des Nations Unies sur l'Eau (1977) s'est donné celui d'assurer à tous un approvisionnement en eau saine et des moyens adéquats d'assainissement d'ici à 1990. On ne sait pas exactement quel sera l'effet de ces mesures sur la mortalité infantile. Pour qu'elles aient un impact considérable, il est cependant manifeste qu'elles devraient être accompagnées par d'autres éléments essentiels des soins de SMI, y compris une amélioration substantielle de la nutrition.

105. D'autres éléments des soins de SMI sont plus complexes du fait même de la nature des problèmes en cause et des solutions qu'ils demandent; il faut du temps pour que les gens absorbent l'information qui leur est donnée à ce sujet et changent de comportement. On en trouvera ci-après quelques exemples.

106. Prévention des accidents. Les accidents sont une source de préoccupation pour les pays développés comme pour les pays en développement. Parce qu'ils sont une cause majeure de décès chez les enfants de plus de quatre ans dans de nombreux pays, il faut maintenant s'efforcer de faire diminuer leur taux. Le système de santé peut poser le diagnostic, mais doit convaincre d'autres secteurs du rôle qu'ils ont à jouer dans la prévention de cette "affection" due à l'homme.

107. Promotion de la nutrition des enfants en bas âge et des jeunes enfants. Il est indispensable de promouvoir l'allaitement au sein pour prévenir la malnutrition chez les enfants en bas âge, de même qu'il est essentiel d'exercer un contrôle sur l'introduction et l'utilisation des préparations pour nourrissons. Il est essentiel d'utiliser pendant la période du sevrage des aliments produits localement et acceptables sur le plan nutritionnel et culturel. Il est possible d'inculquer aux gens des connaissances sur les besoins diététiques des enfants, y compris sur l'heure des repas et la consistance des aliments à donner aux enfants. Pour mesurer la croissance des enfants, il existe des fiches de croissance simples¹ dont les mères peuvent se servir.

108. Education. L'information sur la santé et ses facteurs déterminants et la préparation aux responsabilités parentales devraient devenir un élément de l'éducation générale, et être diffusée dans le cadre de programmes éducatifs officiels ou extra-scolaires, par le canal des moyens d'information de masse, etc. La connaissance des aspects comportementaux et psychosociaux du développement de l'enfant peut aider à prévenir l'apparition de nombreux problèmes de santé mentale à un stade ultérieur. De meilleures connaissances et une meilleure information permettront aux gens d'améliorer leur propre santé. Le prix de l'éducation pour la santé est infime comparé au coût élevé de la morbidité.

109. Législation sociale. Le fait que, dans la création d'une génération nouvelle, les femmes jouent un rôle qui leur est propre ne doit pas mener à la conclusion qu'elles doivent en assumer seules toute la responsabilité. Il n'y a aucune raison pour que les femmes supportent le plus lourd fardeau, tout en étant pénalisées par une mortalité plus élevée, une plus grande morbidité, de moindres possibilités sur le marché du travail ou un salaire tronqué. Les hommes ne sont pas leurs partenaires uniquement sur le plan biologique et les devoirs et les joies que comporte la procréation et le soin des enfants appartiennent, à n'en pas douter, aussi bien aux hommes qu'aux femmes. La responsabilité de la génération future incombe à la société dans son ensemble - hommes et femmes, parents ou non - qui se doit de lui assurer les meilleures conditions de vie possibles.

110. Stratégies de formation aux soins de SMI.² Les stratégies de formation aux soins de SMI devraient être conçues de manière à garantir que la formation est socialement adaptée et s'adresse aux trois principaux groupes assurant des prestations de SMI : a) les familles, les collectivités et la population en général; b) le personnel des divers secteurs du développement, notamment les dirigeants et les planificateurs; c) les différentes catégories de personnels de santé à tous les niveaux, y compris les agents de soins de santé primaires, les auxiliaires sanitaires, les accoucheuses traditionnelles, et enfin les personnels hautement qualifiés et les spécialistes responsables de l'encadrement des services et auxquels on a recours pour les cas graves.

111. Recherche en matière de santé. Comme on l'a déjà noté, il est nécessaire d'acquérir des connaissances nouvelles et de mettre au point une technologie appropriée pour certains éléments de la SMI. Il n'en reste pas moins que l'on possède déjà assez de connaissances pour répondre aux besoins prioritaires en matière de SMI. Au cours des années à venir, les principaux efforts de recherche devront être axés sur l'application de ces connaissances, l'accent étant mis sur la recherche sur les services de santé.

112. En résumé, l'existence d'un certain nombre d'éléments est indispensable pour que la situation sanitaire actuelle des mères et des enfants ait une chance de s'améliorer. Ce sont : une détermination politique ferme et une structure sociale de soutien; un budget accru pour la santé, dont la part devant aller à la santé maternelle et infantile devra être objectivement et rationnellement déterminée; l'enregistrement des naissances; des indicateurs appropriés pour la SMI; l'octroi par l'ensemble du système de soins de santé de son appui au niveau périphérique et aux "deshérités" de la santé; enfin, l'évaluation de l'efficacité des services de santé en fonction de leur impact sur les problèmes de santé de la population.

¹ Soins de santé maternelle et infantile : Fiche internationale de croissance : Directives à l'usage des agents de soins de santé primaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978.

² Voir Formation en santé maternelle et infantile, document JC22/UNICEF-WHO/79.4, soumis au Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires à sa vingt-deuxième session, janvier 1979.

VIII. LE ROLE DE L'OMS DANS LA PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

113. Depuis quelques années, conformément à l'approche fondée sur les soins de santé primaires, les Etats Membres se sont engagés à accorder plus d'attention à la SMI. Cet engagement trouve son reflet dans les travaux des comités régionaux. C'est ainsi que le Comité régional de l'Afrique commémorera, lors de sa session de 1979, le vingtième anniversaire de la Déclaration des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant. Dans le cadre des services de santé complets, l'accent étant mis sur les soins de santé primaires, la santé maternelle et infantile bénéficie d'une haute priorité dans la Région africaine. En 1976, le Conseil de Direction de l'OPS a adopté à sa vingt-quatrième réunion, qui constituait aussi la vingt-huitième session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, la résolution XXXIII sur la santé et la jeunesse en tant que priorité pour la Région. Egalement en 1976, le Comité régional de l'Asie du Sud-Est a recommandé (résolution SEA/RC29/R8) qu'une attention particulière soit accordée aux problèmes des soins aux enfants dans la Région, l'accent étant mis spécialement sur la nutrition et la protection familiale. Le Comité régional de l'Europe examinera en 1979 le programme à moyen terme de santé maternelle et infantile.

114. En 1976, le Comité régional du Pacifique occidental a adopté la résolution WPR/RC27.R14 accordant la priorité absolue, dans le programme régional, aux objectifs de la section 3 du sixième programme général de travail, à savoir promouvoir la santé de la famille et notamment la santé maternelle et infantile. Le Sous-Comité A du Comité régional de la Méditerranée orientale, à l'issue des discussions techniques de 1978 faisant le point de la santé infantile dans la Région, a prié instamment les gouvernements d'accroître leurs efforts dans ce domaine, de fixer les buts à atteindre au cours des dix prochaines années, et de déterminer des stratégies et allouer des ressources en vue de la réalisation de ces objectifs (résolution EM/RC28A/R.13).

115. Dans le cadre du sixième programme général de travail, l'OMS a renforcé ses activités pour appuyer les programmes nationaux de soins de SMI. Le programme de soutien de l'Organisation en matière de SMI a évolué ces dernières années en vue de mieux correspondre aux besoins prioritaires des pays et de promouvoir l'autoresponsabilité nationale. Les activités relèvent du grand programme de Santé de la famille qui, dans la classification des programmes, fait partie de la Mise en place de services de santé complets. Les objectifs du programme de Santé de la famille sont les suivants :

- promouvoir la santé de la famille, en particulier pour favoriser une croissance physique optimale, le développement psycho-social de l'enfant, une amélioration des aspects médico-sanitaires de la reproduction, et une élévation de la qualité de la vie;
- appuyer la coopération technique avec et entre les Etats Membres en vue de développer et de renforcer l'élément santé de la famille du système sanitaire global;
- promouvoir des stratégies de développement intersectorielles pour améliorer la santé et le bien-être social des femmes, des enfants et de la famille dans son ensemble.

116. De plus, dans le cadre du programme de santé de la famille, les activités de SMI de l'Organisation sont menées de concert avec celles qui concernent la nutrition, l'éducation pour la santé et le programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. Par ailleurs, les activités de SMI sont étroitement liées à d'autres programmes tels que la lutte contre les maladies diarrhéiques, le programme élargi de vaccination, la santé mentale et le développement des personnels de santé. L'OMS collabore étroitement avec les autres organes des Nations Unies, les institutions d'aide bilatérale et les organisations non gouvernementales compétents, en particulier le FISE, le FNUAP, la FAO, l'UNESCO, le Centre international de l'Enfance, l'Association internationale de Pédiatrie et la Fédération internationale pour le Planning familial.

Coopération technique avec et entre les pays

117. Le programme actuel de SMI de l'OMS est décrit dans le projet de budget programme pour 1980-1981 (Actes officiels N° 250, pages 143-146) qui est examiné par la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

118. Au niveau des pays, l'OMS aide plus de 70 pays à développer et à renforcer l'élément SMI de leurs systèmes de soins de santé, surtout dans le cadre des soins de santé primaires. Des activités sont en cours pour mettre au point des méthodes permettant d'améliorer la gestion des programmes nationaux de SMI, y compris la planification et l'évaluation, l'information et les dossiers, ainsi que diverses approches pour élaborer des stratégies faisant partie du développement global des plans de soins de santé primaires. Par exemple, la recherche sur les services de santé en SMI comprend la mise au point de l'approche en fonction du risque pour les soins de SMI, dont il a déjà été fait mention précédemment. Des recherches sont également entreprises dans les pays pour évaluer la technologie actuellement utilisée en SMI, afin qu'elle soit adaptée et appliquée à domicile ou par le personnel de santé villageois, et pour recenser les domaines où une technologie nouvelle devrait être élaborée. Ces activités favorisent l'application des interventions spécifiques déjà mentionnées dans la section VII. En ce qui concerne la mise en valeur des ressources humaines, l'OMS appuie l'édification systématique d'un potentiel national pour répondre aux besoins du programme de SMI de chaque pays, à l'intérieur même du pays. Les activités sont principalement orientées vers la formation des moniteurs du personnel de SMI au niveau de la collectivité, y compris à la fois les personnels de santé du système sanitaire et d'autres personnes telles que les accoucheuses traditionnelles, les enseignants et les membres d'associations féminines.

119. Conformément à l'approbation donnée par le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires à sa vingt-deuxième session en janvier 1979, l'OMS élargit le champ de sa collaboration avec le FNUAP et le FISE de manière à y inclure, entre autres activités :

- le recensement et le renforcement des institutions nationales et régionales existantes qui s'occupent de divers aspects de la santé maternelle et infantile, en particulier les centres nationaux de recherche, de développement et de formation, ainsi qu'une aide pour le développement des nouvelles institutions de ce genre éventuellement nécessaires;
- un soutien pour l'élaboration de mécanismes nationaux appropriés en vue d'assurer une intégration plus étroite de la planification et de l'exécution des programmes dans tous les secteurs intéressant la SMI dans le cadre de systèmes de santé nationaux complets, avec la formation et la recherche correspondantes.

120. Par ailleurs, la coopération technique entre les pays est facilitée par le soutien que l'Organisation fournit aux niveaux régional et mondial. La synthèse des connaissances et l'échange d'informations techniques sur la SMI en constituent un aspect important. Compte tenu des connaissances les plus récentes, l'information est recueillie, affinée, analysée, synthétisée et diffusée parmi les pays. Des centres régionaux et nationaux, en particulier ceux de pays en développement, participent à ce processus. Il s'agit notamment d'activités de soutien portant sur les aspects gestionnaires des soins de SMI, ainsi que de problèmes de santé prioritaires tels que la croissance physique et le développement psycho-social de l'enfant, la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, allaitement au sein compris, la technologie appropriée pour les soins périnataux, l'épidémiologie et les incidences sociales de l'insuffisance pondérale à la naissance, enfin la santé de la reproduction pendant l'adolescence. En outre, des directives techniques sont en cours de préparation pour les personnels d'autres secteurs, notamment des actions visant à promouvoir la participation équitable des femmes au développement, à instaurer de nouvelles approches pour les soins dans les crèches et la santé scolaire, et à assurer des mesures d'aide sociale pour la famille.

121. La résolution WHA31.55 priait le Directeur général "d'effectuer les préparatifs d'un programme OMS à moyen terme pour la santé maternelle et infantile". A cet effet, l'Organisation prépare la composante santé de la famille du programme à moyen terme concernant la mise en place de services de santé complets; une réunion de planification s'est tenue en avril 1978 dans la Région africaine et, à la suite d'une réunion qui aura lieu en juin 1979 dans la Région de l'Asie du Sud-Est, ce programme à moyen terme sera arrêté dans sa version définitive avec la participation du Secrétariat de l'OMS et du personnel national, après quoi il sera soumis au Comité du Programme du Conseil exécutif en novembre 1979.

122. L'OMS a saisi l'occasion de l'Année internationale de l'Enfant pour attirer davantage l'attention sur les programmes de SMI; en outre, plusieurs activités spécifiques sont entreprises. De nombreux groupements nationaux, institutions internationales et organisations non gouvernementales, conjointement avec l'OMS, ont mis en route des mécanismes en vue d'un effort concerté pour promouvoir et renforcer une action continue et de longue durée en faveur de l'enfance. Dans ce contexte général, on peut signaler une série de séminaires, conférences-ateliers et réunions de caractère régional et interrégional qui sont organisés en vue de promouvoir les objectifs de l'Année internationale de l'Enfant.

123. Dans le cadre de cette Année internationale de l'Enfant, l'OMS a coopéré avec les Etats Membres à la création de commissions nationales de l'Année internationale de l'Enfant en vue de préparer une action immédiate et à long terme en faveur de l'enfance. Ces commissions, qui existent désormais dans presque tous les pays, développés ou en développement, ont une représentation pluridisciplinaire et plurisectorielle et des organisations non gouvernementales ou bénévoles y participent. L'Année internationale de l'Enfant offre au secteur sanitaire l'occasion de prendre des mesures décisives en vue de contribuer au développement social de la nation. Ces commissions constituent une tribune importante pour exercer une pression sociale en vue d'une réaffectation des ressources qui fera de l'investissement consacré à l'enfance une réalité. Dans bien des pays, la commission de l'Année internationale de l'Enfant sera peut-être le premier organe à obtenir efficacement une planification complète dans le contexte du développement national. Ces commissions peuvent constituer un point d'entrée important pour l'élaboration de plans intersectoriels, notamment par la formulation de politiques, stratégies ou plans d'action nationaux pour les soins de santé primaires afin d'atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. A cet égard, l'OMS peut jouer un rôle de premier plan en aidant les autorités sanitaires nationales à renforcer la planification et la programmation du développement général pour améliorer la santé et le bien-être des enfants. En vue d'appuyer la coopération technique entre pays en développement, l'OMS peut également réunir les représentants des commissions de l'Année internationale de l'Enfant de divers pays afin de permettre l'échange d'idées et de données d'expérience et de discuter des problèmes communs en vue d'une action collective.

124. En résumé, il est proposé de renforcer le soutien que l'OMS apporte aux efforts déployés par les pays pour promouvoir la santé maternelle et infantile dans le cadre des soins de santé primaires et du développement global grâce aux actions suivantes :

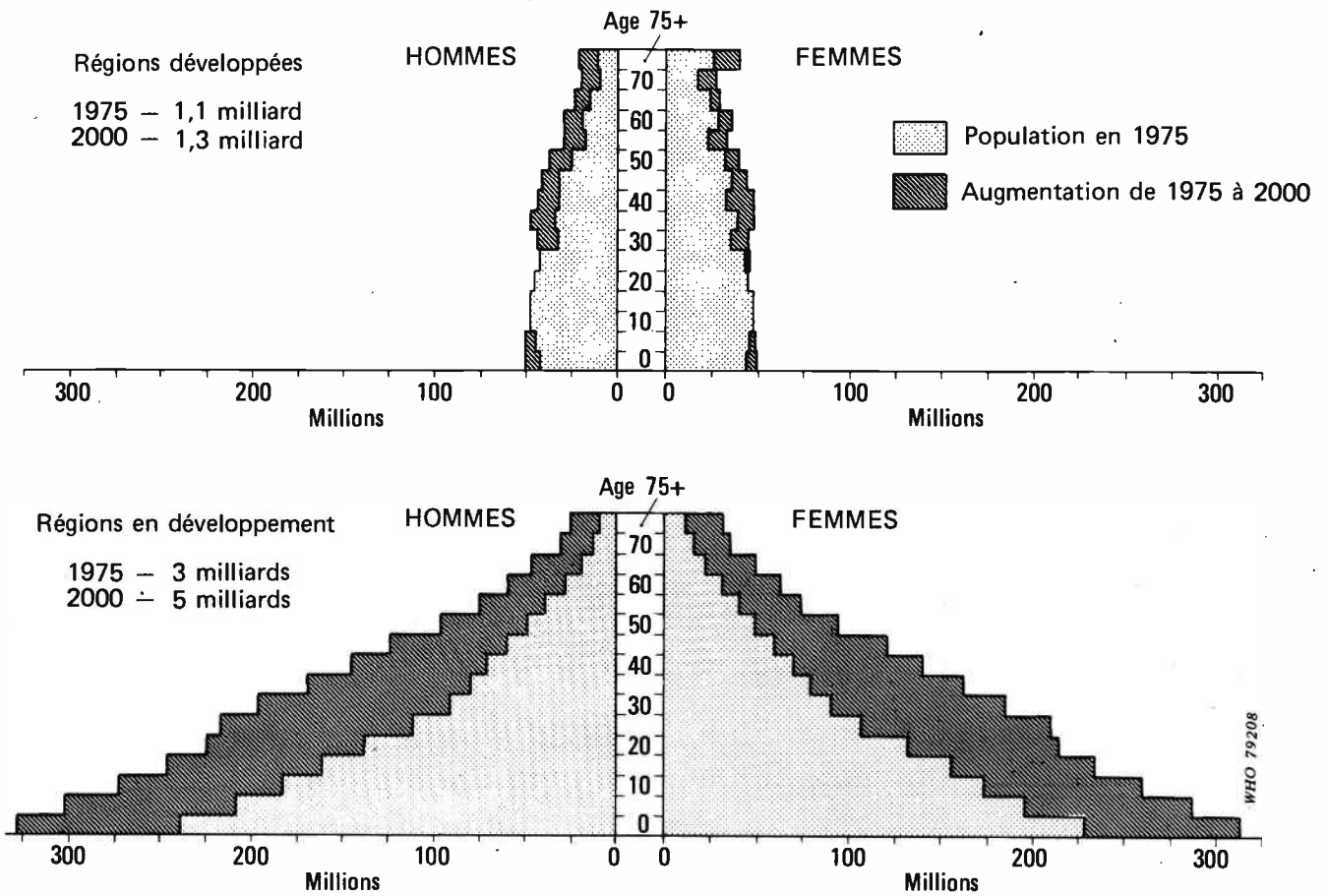
- le renforcement et l'accroissement de la coopération technique avec les pays, en facilitant la coopération entre les pays, notamment par le soutien des institutions nationales et/ou régionales de recherche, de développement et de formation en SMI en tant qu'éléments de centres de développement sanitaire. Cette action pourrait comporter la création de mécanismes visant à jumeler les institutions de pays en développement, ou les institutions de pays en développement et de pays développés, tant pour créer des institutions nouvelles que pour renforcer les institutions existantes;
- la promotion de programmes de développement intersectoriel qui assureront une intégration plus étroite de la planification et de l'exécution des programmes relatifs aux soins de SMI dans le cadre des systèmes de santé nationaux et des plans nationaux complets pour le développement général. A cette fin, l'OMS, de concert avec le FISE, doit jouer un rôle de catalyse dans la formation et le fonctionnement des comités nationaux de coordination afin de promouvoir des investissements suffisants en faveur de l'enfance, y compris la SMI dans le cadre des soins de santé primaires;
- la synthèse et la diffusion des informations concernant les problèmes prioritaires de SMI qui intéressent l'action nationale et sont en rapport avec celle-ci. Il s'agit notamment des informations qui sont nécessaires à l'élaboration de la politique générale aux niveaux de la nation et de la collectivité dans tous les secteurs, à la gestion des programmes de santé et autres programmes de développement, et aux collectivités et familles, afin de permettre la participation efficace à une action soutenue en faveur des enfants.

¹ L'OMS et l'Année internationale de l'Enfant. Chronique OMS, 33 : 3-6 (1979).

125. Dans sa résolution 31/169 de décembre 1976, l'Assemblée générale des Nations Unies a prié le FISE d'établir un rapport complet, orienté vers l'action, sur les projets et programmes mis en route par les gouvernements et les institutions spécialisées à l'occasion de l'Année internationale de l'Enfant et sur les activités prévues pour y donner suite au cours des années ultérieures. Les Etats Membres et l'OMS ne devraient pas laisser passer cette occasion d'apporter une contribution positive et énergique à ce plan d'action en faveur des enfants dans le contexte de la formulation de stratégies nationales, régionales et mondiales visant à instaurer un niveau de santé acceptable pour tous d'ici l'an 2000.¹

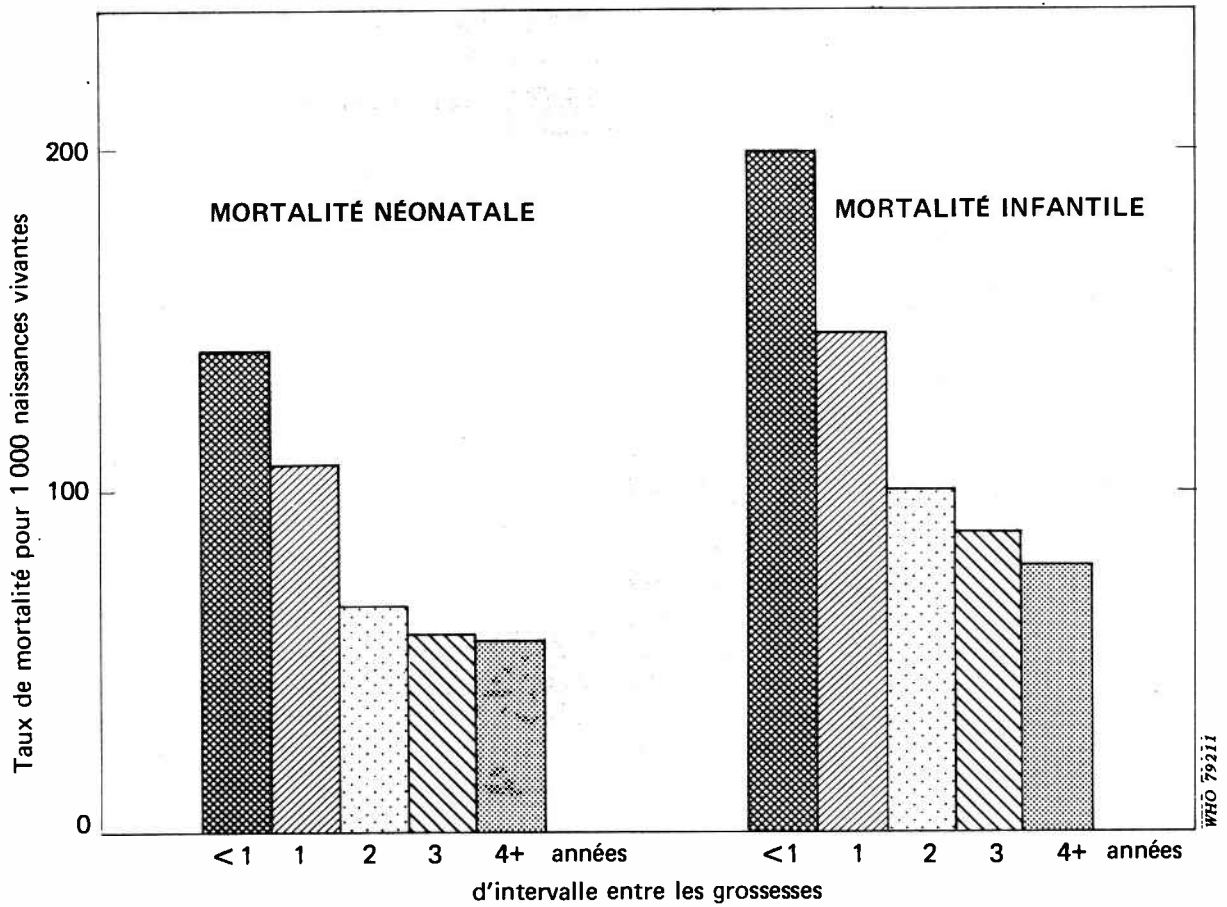
¹ Document A32/8.

FIG. 1
POPULATION PAR AGE ET PAR SEXE (1975 ET 2000)



Source : Données provenant du United States Bureau of the Census, publiées dans Department of State Bulletin, octobre 1978.

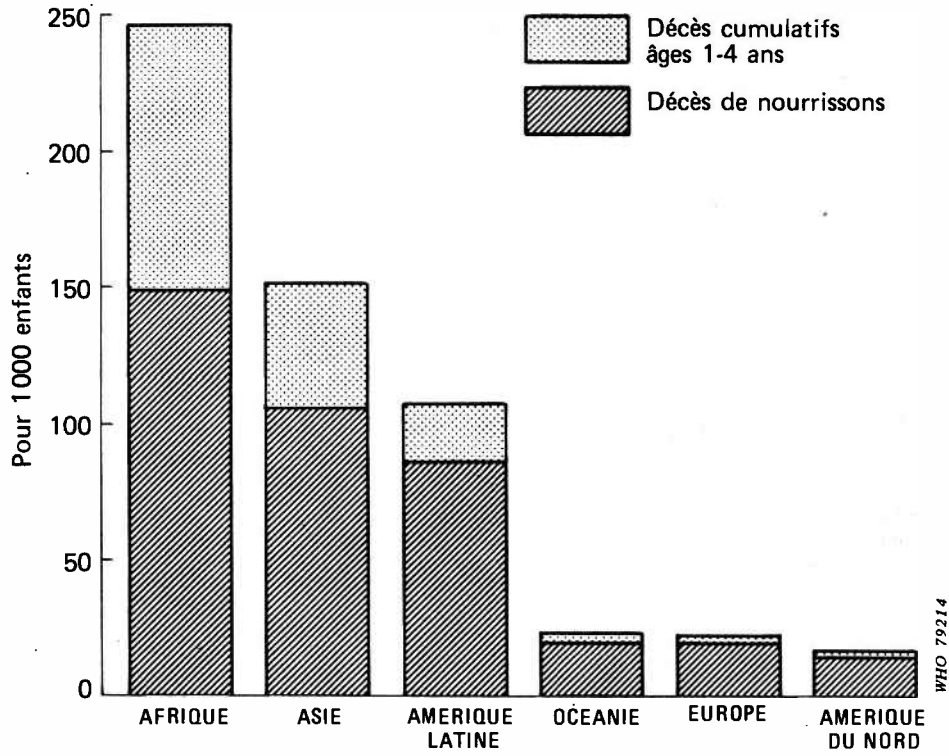
FIG. 2
L'EFFET DE L'ESPACEMENT DES GROSSESSES
SUR LA MORTALITÉ NÉONATALE ET INFANTILE



Source : Omran, A. R. & Standley, C. C., ed. Family formation patterns and health, Genève, OMS, 1976, p. 215 (données concernant l'échantillon pour l'Inde méridionale, 1971-1975, 6541 femmes).

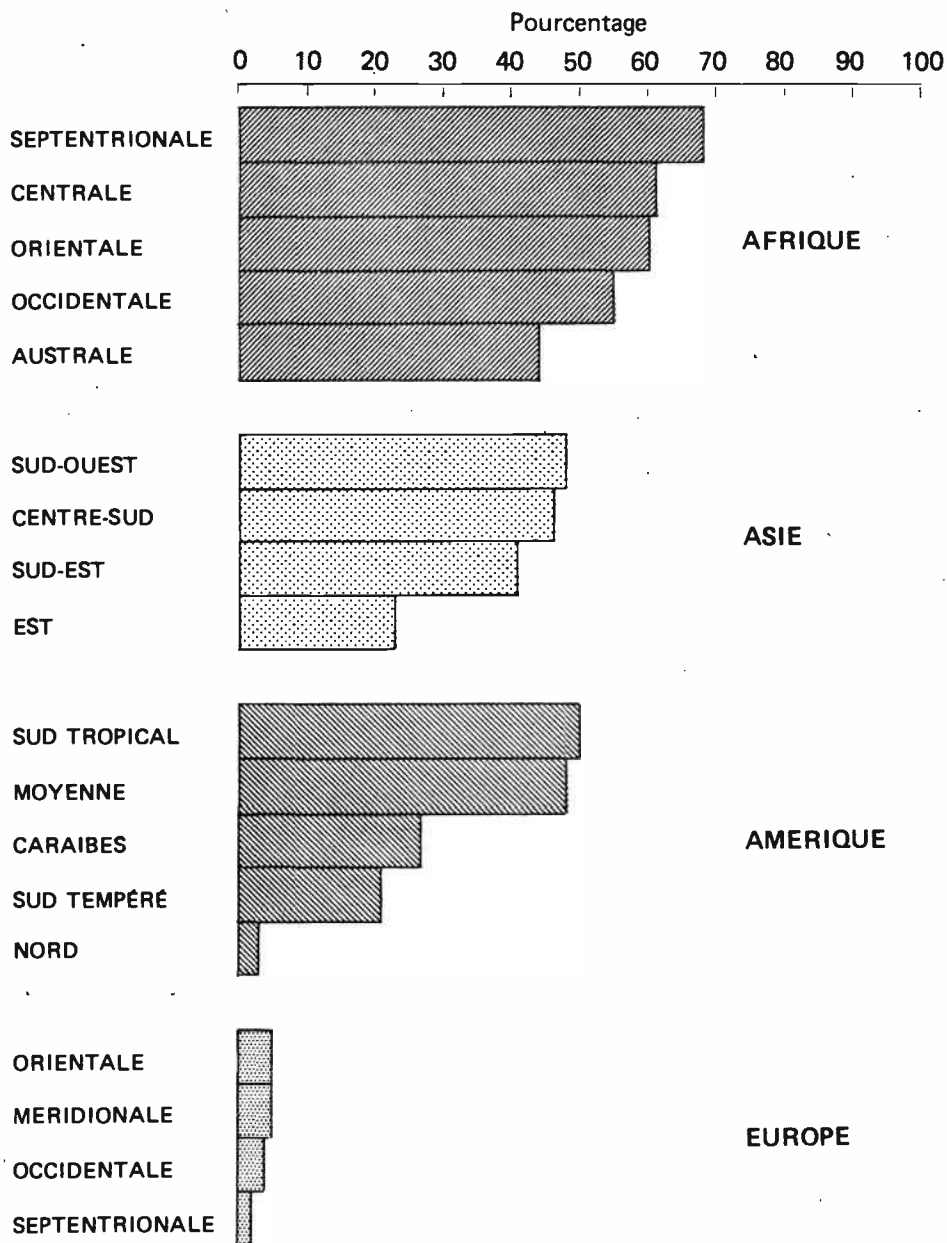
Note : Intervalle entre les grossesses = intervalle entre l'issue de la grossesse précédente et la naissance de l'enfant.

FIG. 3
PROBABILITÉ DE DECES AVANT L'AGE DE CINQ ANS DANS
LES PRINCIPALES REGIONS



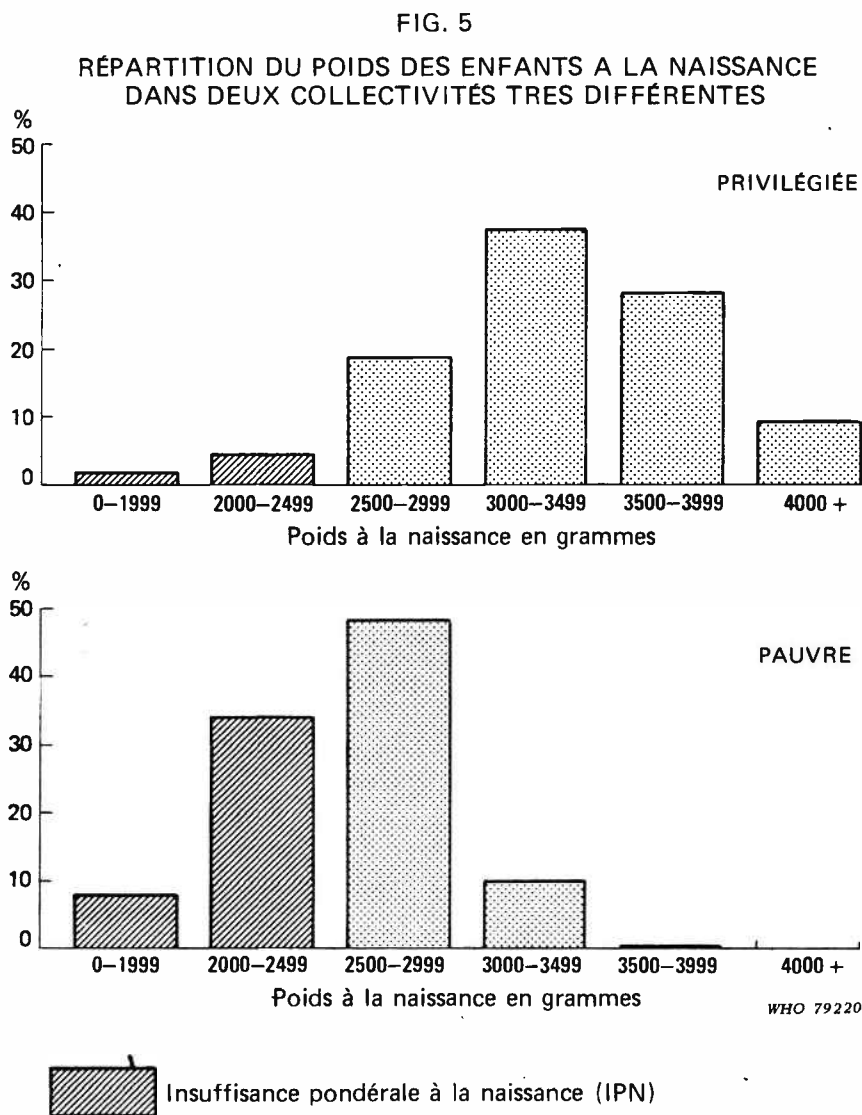
Note : Estimations de l'OMS (Division de la Santé de la Famille) basées sur des données provenant de diverses sources.

FIG. 4
DECES D'ENFANTS AGES DE MOINS DE CINQ ANS EN
POURCENTAGE DES DECES TOUS AGES



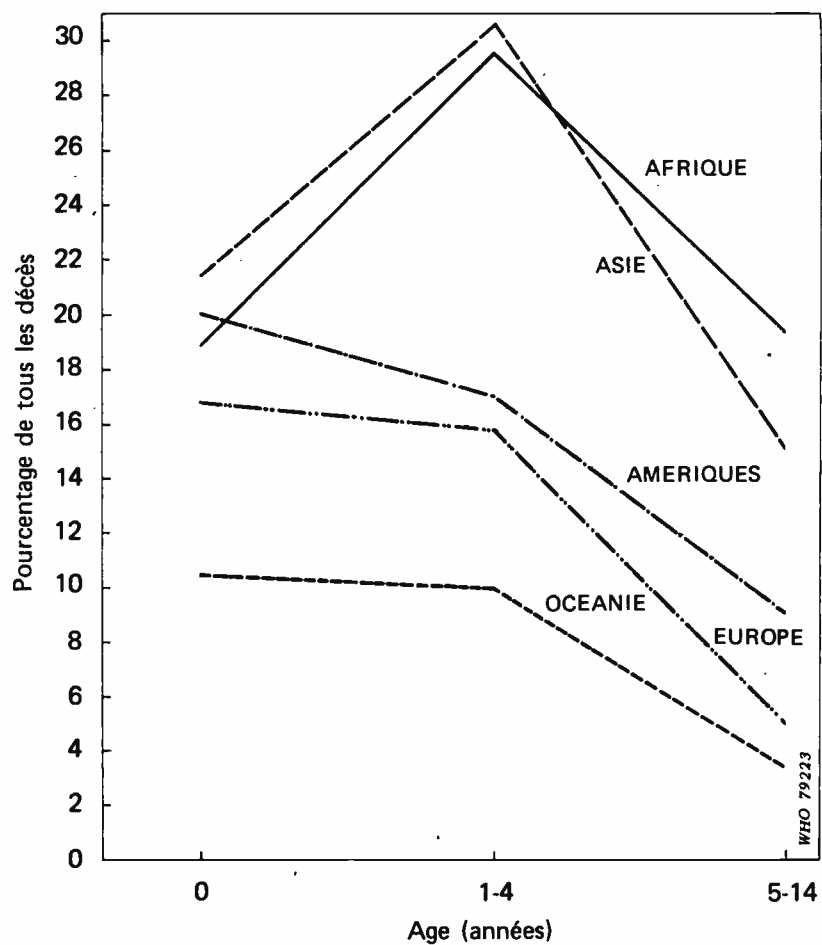
WHO 79217

Note : Estimations de l'OMS (Division de la Santé de la Famille) basées sur des données provenant de diverses sources.



Source : D'après les données communiquées lors d'une conférence-atelier sur "Le poids à la naissance : étalon nouveau du développement", organisée par l'Office suédois de Coopération avec les Pays en développement pour la Recherche (SAREC) et l'OMS à Sigtuna (Suède) du 16 au 18 juin 1977 (voir rapport du SAREC N° R:2, 1978).

FIG. 6
DECES DUS AUX INFECTIONS AIGUES DES VOIES RESPIRATOIRES



Source : Bulla, A. & Hitze, K. L. Acute respiratory infections: a review. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 56, 481-495 (1978).

Note : Les données indiquent les décès dus aux infections aiguës des voies respiratoires en pourcentage des décès de toutes origines pendant la période 1970-1973.

= = =