

Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants : rapport biennal

Rapport du Secrétariat

1. Dans sa résolution WHA58.31 intitulée : Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, l'Assemblée de la Santé a notamment invité instamment les Etats Membres à investir des ressources et intensifier leurs efforts au niveau national dans ce domaine. Elle a aussi prié le Directeur général de renforcer les activités et l'appui de l'OMS à cette fin et de lui faire rapport tous les deux ans à ce sujet. Le présent rapport repose sur les données recueillies depuis 2003,¹ du fait qu'une période de deux ans a paru un peu courte pour apprécier les tendances mesurables, et il décrit les activités prévues pour améliorer la couverture à l'avenir.

Tendances actuelles de la couverture

2. Bien que les informations disponibles soient toujours incomplètes, on peut tout de même percevoir globalement une évolution modeste inégalement répartie entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. Des données relatives aux progrès réalisés dans chaque programme sont fournies ci-après.

3. L'analyse des services de planification familiale dans les régions ou les pays à faible revenu révèle une certaine stagnation de leur utilisation. Dans de nombreux pays, notamment en Afrique, les taux de fécondité et de croissance démographique ainsi que les besoins non satisfaits de planification familiale demeurent élevés. Par exemple, dans 20 pays d'Afrique, moins de 10 % des femmes mariées ont recours à une méthode de contraception moderne. Tous les efforts déployés pour améliorer la santé sont entravés par les taux de fécondité élevés et les conséquences démographiques de l'augmentation des taux de natalité. A l'échelle mondiale, plus de 120 millions de couples n'ont toujours pas accès aux services de planification familiale et 45 millions de grossesses non désirées sont interrompues chaque année, dans de mauvaises conditions pour 19 millions d'entre elles, ce qui explique les 68 000 décès estimatifs de femmes enregistrés chaque année des suites de complications.

4. La fécondité des jeunes filles de 15-19 ans en proportion de la fécondité totale des femmes en âge de procréer, qui était inférieure à 10 % il y a une vingtaine d'années, atteint maintenant entre 12 et 15 % dans les pays d'Amérique latine et d'Afrique australe, progression qui ne semble pas près de s'infléchir. A l'échelle mondiale, les besoins de contraception non satisfaits seraient au moins 10 % plus élevés chez les adolescentes que pour l'ensemble des femmes en âge de procréer. Près de 10 %

¹ Ces chiffres représentent des moyennes nationales et ne reflètent pas toujours les écarts de couverture au sein des pays ou des populations.

des mères sont des adolescentes et ont, de ce fait, deux fois plus de chances de mourir de causes liées à la grossesse.

5. La progression des accouchements médicalisés se poursuit dans toutes les régions, hormis celle de l'Afrique subsaharienne. En Amérique latine et dans les Caraïbes, 80 % des naissances se déroulent désormais en présence de personnels qualifiés. La couverture par les services prénatals progresse plus lentement, et en particulier en Afrique où l'épidémie de VIH rend ces services d'autant plus nécessaires. Des lacunes importantes subsistent aussi dans la couverture par les services postnatals ; dans certains pays, pas moins de 80 % des femmes qui accouchent à domicile bénéficient de ces soins. La fourniture de services est très insuffisante dans de nombreux pays, notamment dans les régions les plus défavorisées. Dans les autres régions, les principaux problèmes sont liés à la piètre qualité des services, aux multiples obstacles à l'utilisation des services et à l'absence d'informations détaillées concernant la densité et la disponibilité du personnel dans le secteur de la santé.

6. Une légère amélioration a été enregistrée dans les soins aux enfants malades. Sept seulement des 60 pays où le nombre de décès d'enfants ou les taux de mortalité infantile sont les plus élevés sont en passe d'atteindre la cinquième cible de l'objectif N° 4 du Millénaire pour le développement : réduire des deux tiers entre 1990 et 2015 la mortalité des moins de cinq ans, alors que les taux de mortalité ont grimpé entre 1990 et 2004 dans 14 pays qui sont le plus souvent en proie à des troubles civils ou frappés par des épidémies généralisées de VIH. Si les taux de couverture pour certaines interventions sont en amélioration, la couverture moyenne demeure très faible pour beaucoup d'autres. En 2006, la proportion de patients atteints de pneumonie et décidés à se faire soigner avait atteint 70 % dans six pays, alors qu'elle restait inférieure à 30 % dans 12 pays ; six pays ont signalé une prise en charge correcte de la diarrhée pour 50 % de la population infantile, alors que cette proportion était inférieure à 30 % dans 15 pays ; la couverture par le traitement antipaludique était supérieure à 30 % dans 22 pays, même si six pays seulement avaient atteint l'objectif de 60 % pour 2005 fixé dans la Déclaration d'Abuja sur le paludisme en Afrique (2000) ; et 10 pays ont déclaré qu'au moins 50 % des enfants de moins de six mois étaient exclusivement nourris au lait maternel, proportion qui était égale ou inférieure à 20 % dans 23 pays. Le pourcentage de la population couverte par d'autres interventions essentielles telles que la fourniture de moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH atteint à peine 3 % dans les 60 pays en question. Trop peu d'enfants bénéficient de soins efficaces pendant la période néonatale et les données relatives aux visites postnatales ne sont pas encore recueillies et notifiées de façon systématique. (Il convient de noter que les données mentionnées ci-dessus ne couvrent pas l'évaluation de la qualité des interventions.)

7. Les taux de couverture par la vaccination à l'échelle mondiale, qui étaient demeurés stables dans les années 1990, ont amorcé une lente reprise ces dernières années. Ceci est dû principalement aux progrès considérables réalisés dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale, où la couverture par la vaccination (en utilisant la mesure supplétive de la proportion d'enfants ayant reçu les trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) est passée de 54 à 67 % entre 2000 et 2005 pour la première et entre 73 et 82 % pour la seconde. En revanche, la couverture par le même vaccin dans la Région de l'Asie du Sud-Est est restée aux alentours de 66 % entre 2000 et 2005. Les moyennes nationales de cette couverture vaccinale ne font pas ressortir les inégalités qui existent dans de nombreux pays. Par exemple, le record du nombre d'enfants non vaccinés dans un même pays est détenu par l'Inde où, malgré un taux de couverture élevé enregistré dans certains Etats, le faible taux de couverture d'un petit nombre d'Etats fait baisser la moyenne nationale à 59 %.

8. La progression des taux de couverture par la vaccination antirougeoleuse et la fourniture d'une deuxième chance de vaccination ont permis d'atteindre les objectifs concernant la réduction de la mortalité par rougeole.¹ Des progrès analogues ont été enregistrés avec le tétanos néonatal : le nombre de pays dans lesquels cette maladie n'est pas encore éliminée est passé de 57 en 2000 à 49 en 2005 et, dans 10 autres pays, elle devrait avoir été éliminée en tant que problème de santé publique en 2007. En collaboration avec d'autres programmes, une supplémentation en vitamine A a été administrée dans le cadre des activités de vaccination systématique ou des campagnes de vaccination de masse dans 80 des 136 pays ayant une forte prévalence en avitaminose A.

9. La pénurie de ressources humaines entrave sérieusement le développement des services de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants dans de nombreux pays. Un minimum de 2,5 professionnels des soins de santé (médecins, infirmières et sages-femmes) pour 1000 habitants est indispensable pour pouvoir atteindre un taux de couverture de 80 % pour les accouchements avec l'assistance de personnel qualifié ou pour la vaccination contre la rougeole ; ce seuil n'a pas été atteint par 57 pays, dans lesquels les effectifs de ressources humaines sont largement insuffisants.² Selon les données disponibles sur la répartition des professionnels qualifiés au sein des pays, les taux de couverture pour les accouchements avec l'assistance de personnel qualifié dans les zones rurales sont en augmentation, mais progressent plus lentement que dans les zones urbaines.

MESURES VISANT A AMELIORER LA COUVERTURE

10. Les autres organisations du système des Nations Unies, les partenaires et les forums mondiaux en général se préoccupent davantage de la nécessité de prendre des mesures en vue d'améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Plusieurs articles ont été publiés depuis 2003 par des revues médicales sur la survie de l'enfant, la santé du nouveau-né, la santé sexuelle et génésique et les progrès réalisés dans la satisfaction des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Le partenariat pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, lancé en 2005, dont le secrétariat se trouve au Siège de l'OMS, a débloqué d'importants crédits pour intensifier les interventions dans six pays d'Afrique. En outre, la Commission européenne a contribué généreusement à l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans huit pays d'Afrique et des Caraïbes. La recommandation faite par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies à l'Assemblée générale, à sa soixante et unième session en septembre 2006,³ « d'assurer à tous, d'ici à 2015, l'accès à la médecine procréative » parmi les nouvelles cibles retenues pour suivre les progrès de la réalisation de l'objectif N° 5 du Millénaire pour le développement devrait aussi encourager l'amélioration des taux de couverture.

11. A la suite de l'approbation par l'Assemblée de la Santé, dans sa résolution WHA57.12, de la stratégie visant à accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique, un cadre d'action a été élaboré pour la mise en oeuvre de cette stratégie et des notes d'orientation ont été publiées. Plusieurs pays ont déjà mis en oeuvre cette stratégie ou s'efforcent de l'adapter à leurs besoins nationaux. A la session extraordinaire de leur conférence, tenue à Maputo du 18 au 22 septembre 2006, les ministres de la santé de l'Union africaine ont adopté un plan d'action chiffré pour la réalisation de l'accès universel à des services de santé

¹ Voir le document A60/28, section J.

² *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Oeuvrer ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

³ Document A/61/1, paragraphe 24.

sexuelle et génésique complets. La plupart des pays africains ont aussi élaboré des plans de campagne pour accélérer la baisse de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, et des pays d'autres Régions ont mis à jour leurs stratégies pour une maternité sans risque en y faisant figurer des soins spécialisés à chaque naissance ainsi que pour les nouveau-nés et des activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

12. Bon nombre de Régions de l'OMS sont en train d'élaborer des stratégies visant à développer les interventions, dont l'élément central est la continuité des soins tout au long de la vie et à tous les niveaux de soins. En 2006, le Comité régional de l'Afrique, à sa cinquante-sixième session, a approuvé une stratégie pour la survie de l'enfant élaborée conjointement par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale. Le Bureau régional du Pacifique occidental est en train de mettre en oeuvre la stratégie régionale OMS/UNICEF pour la survie de l'enfant qui a été approuvée par le Comité régional en 2005, et le Bureau régional de l'Europe aide les Etats Membres à adapter la stratégie européenne pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, qui a été adoptée par le Comité régional en 2005, en vue de son application sur le plan national. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a aidé neuf pays à introduire l'initiative régionale sur la politique sanitaire en faveur de l'enfance et un pays a adopté une politique et un plan d'action détaillés en 2006. (Il convient de noter que la santé du nouveau-né peut être traitée dans le cadre d'une stratégie nationale en faveur de la santé maternelle ou de la santé infantile, ou dans les deux.)

13. En 2006, l'OMS a publié des estimations nationales, régionales et mondiales de la mortalité néonatale et périnatale ainsi que les premières estimations de la distribution mondiale, régionale et nationale des décès d'enfants de moins de cinq ans attribuables à des maladies telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole ou autres, dans les 28 premiers jours de la vie.¹ Ces informations seront très utiles pour mettre au point des bouquets d'interventions efficaces et pour leurs réseaux de distribution aux niveaux national et sous-national.

14. S'appuyant sur les déclarations communes OMS/UNICEF sur la prise en charge clinique de la diarrhée aiguë et la prise en charge de la pneumonie dans des structures communautaires, bon nombre de pays adoptent des politiques de supplémentation en zinc et de production locale de zinc sous forme de comprimés ou en solution orale, et 17 ont pris les mesures nécessaires pour développer le traitement de la pneumonie, et notamment la distribution d'antibiotiques à la communauté.

15. La reconnaissance croissante du fait que la mortalité néonatale contribue largement à la mortalité infantile totale (environ 40 %) et le nombre important de mortinaissances ont incité l'OMS à élaborer des lignes directrices et des stratégies en vue d'améliorer la santé maternelle et infantile. On assiste actuellement à un renforcement du potentiel en ressources humaines, et les Etats Membres sont censés mettre en oeuvre des interventions aux niveaux des pouvoirs publics, des établissements de santé et de la communauté avant la présentation du prochain rapport du Directeur général à l'Assemblée de la Santé.

16. Dans les pays en développement, l'inclusion de nouveaux vaccins dans les programmes de vaccination systématique, et notamment du vaccin contre l'hépatite B et du vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b (Hib), s'est nettement accélérée. Le nombre de programmes nationaux qui proposent la vaccination contre l'hépatite B est passé de 96 à 158 entre 2000 et 2005. Le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b a été inoculé à des enfants dans 101 pays en 2005 contre 26 seulement en 1997, et c'est essentiellement en Amérique latine et dans quelques pays d'Afrique que

¹ *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, 2006*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

les progrès ont été les plus remarquables. Les taux de maladies associées à l'infection à *H. influenzae* type b qui, selon les estimations, sont responsables de près de 500 000 décès d'enfants chaque année ont fortement baissé dans les pays qui ont introduit la vaccination. En 2008, il est prévu d'introduire la vaccination antipneumococcique et antirotavirus dans les pays les plus pauvres du monde, avec l'appui de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

17. Cinquante-trois pays, pour la plupart figurant parmi les moins avancés, ont mis en oeuvre avec succès certains aspects de la stratégie visant à ce qu'aucun district ne soit exclu. La couverture vaccinale globale s'est améliorée à l'échelon national, y compris dans les districts les plus mal lotis, ce qui a contribué à réduire les inégalités entre les districts.

18. L'aide officielle au développement va généralement aux pays qui connaissent les taux de mortalité infantile les plus élevés, mais le montant de l'aide accordée n'est pas nécessairement proportionnel à la gravité des problèmes de santé chez les mères, les nouveau-nés et les enfants dans un pays donné. Outre les quelques initiatives spéciales financées par un petit nombre de donateurs, comme celle de l'éradication de la poliomyélite, on n'enregistre actuellement aucune augmentation notable des investissements publics dans la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Au contraire, les contributions de trois gros bailleurs de fonds dans ce secteur ont même diminué. Si cette tendance perdure, il sera difficile de progresser en direction de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Certaines ressources supplémentaires ont été obtenues grâce à des mécanismes spéciaux tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, mais il est encore trop tôt pour évaluer leur impact.

19. Après avoir été longtemps négligée, la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants bénéficie à nouveau de l'attention du public. Ce regain d'intérêt ne se traduit pas pour autant par des ressources accrues. Les mesures à prendre à l'avenir doivent être axées sur la mobilisation d'une volonté politique au niveau des autorités nationales et sur la formulation et le financement de stratégies nationales et régionales visant à développer les activités dans ce domaine. Ces stratégies doivent accorder un rang de priorité élevé aux questions liées aux personnels de santé et prévoir les aménagements structurels et les décisions nécessaires pour faire en sorte que l'accès aux services de santé pour les mères, les nouveau-nés et les enfants soit au centre des prestations sanitaires garanties par l'Etat à ses citoyens.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

20. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

= = =