

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2009

RÉSUMÉ

La santé maternelle et néonatale

unissons-nous
pour les enfants

unicef 

Pour consulter le rapport dans son intégralité et pour toute mise à jour ultérieure à sa publication, consultez notre site <www.unicef.org/publications>.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1 : Santé maternelle et néonatale : où en sommes-nous ?.....	2
Chapitre 2 : Instauration des conditions favorables à la santé maternelle et néonatale.....	7
Chapitre 3 : Le continuum de soins dans le temps et dans l'espace : risques et possibilités	10
Chapitre 4 : Renforcer les systèmes de santé pour améliorer la santé maternelle et néonatale	17
Chapitre 5 : Travailler ensemble pour la santé de la mère et du nouveau-né	23

Indicateurs

Afrique subsaharienne	26
Afrique de l'Est et Afrique australe.....	28
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	30
Moyen-Orient et Afrique du Nord	32
Asie du Sud	34
Asie de l'Est et Pacifique	36
Amérique latine et Caraïbes	38
Europe centrale et orientale/Communauté d'États indépendants	40
Pays industrialisés	42
Pays en développement.....	44
Pays les moins avancés	46



© UNICEF/HQ06-2706/Shehzad Noorani

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

La grossesse et l'accouchement sont en général source de joie pour les parents et la famille. Mais dans de nombreux pays, ils sont aussi synonymes de risques graves pour la santé des femmes et des nouveau-nés. Environ 1 500 femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Depuis 1990, le nombre annuel de décès maternels à l'échelon mondial se situe au-delà de 500 000 – ce qui représente près de 10 millions de décès maternels au cours des 19 dernières années.

Le fossé qui sépare les pays industrialisés des régions en développement – et des pays les moins avancés en particulier – est sans doute plus profond pour la mortalité maternelle que pour n'importe quel autre secteur. Les chiffres le confirment : si l'on prend les données de 2005, on constate que pour une femme des pays les moins avancés, le risque moyen, sur la vie entière, de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour une femme vivant dans un pays industrialisé. Aucun autre taux de mortalité ne va aussi loin dans l'inégalité. Par ailleurs, des millions de femmes qui survivent à l'accouchement souffrent des séquelles de la grossesse, de traumatismes divers, maladies ou handicaps, souvent pour leur vie entière.

C'est au cours des premiers jours de sa vie qu'un enfant est le plus vulnérable. Près de 40 % des décès d'enfants de moins de cinq ans – soit un total de 3,7 millions en 2004, l'année la plus récente pour laquelle des estimations sont disponibles – surviennent au cours des 28 premiers jours de vie, la période néonatale. Les trois quarts de ces décès de nouveau-nés ont lieu en début de période néonatale, soit au cours des sept premiers jours qui suivent l'accouchement. Le jour qui suit la naissance est le plus risqué, avec 25 à 45 % des morts néonatales. Le fossé entre pays industrialisés et régions en développement reste également très large en ce qui concerne la mortalité néonatale; un enfant né dans l'un des pays les moins avancés risque 14 fois plus de mourir pendant les 28 premiers jours de sa vie qu'un bébé né dans un pays industrialisé.

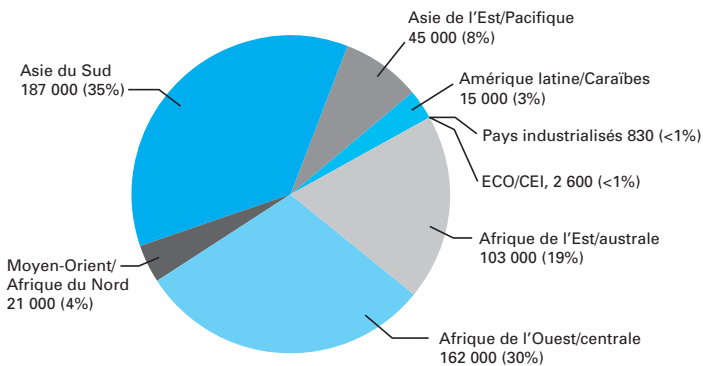
Tout comme pour la mortalité infantile, l'Afrique et l'Asie, avec 95 % des décès maternels et 90 % des décès néonataux, sont les deux continents les plus éprouvés. Les disparités entre les couches sociales au sein des pays restent profondes, surtout en termes de pauvreté. Les enquêtes démographiques et sanitaires réalisées entre 1995 et 2002 révèlent qu'au sein des régions, le taux de mortalité néonatale est de 20 à 50 % plus élevé pour les 20 % de ménages les plus pauvres que pour le quintile le plus riche. On note des inégalités similaires pour la mortalité maternelle.

La période et les causes des décès maternels et néonataux sont bien connues. Les complications obstétricales – notamment les hémorragies post-partum, les infections, l'éclampsie, le travail prolongé ou dystocique – ainsi que les complications suite à un avortement sont responsables de la plupart des décès maternels. L'anémie, aggravée par le paludisme, le VIH et d'autres problèmes de santé, accroît encore le risque de décès maternel par hémorragie. Pour les nouveau-nés, les risques les plus importants

Figure 1.1

Répartition régionale des décès maternels*

Décès maternels 2005

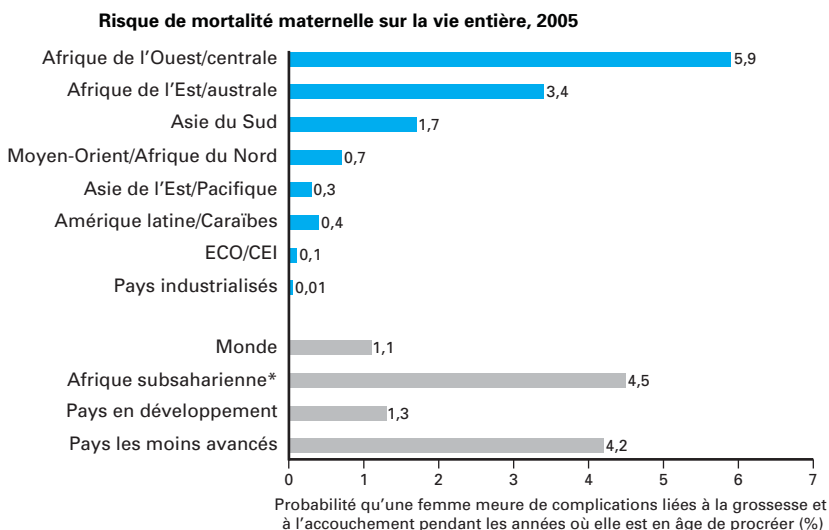
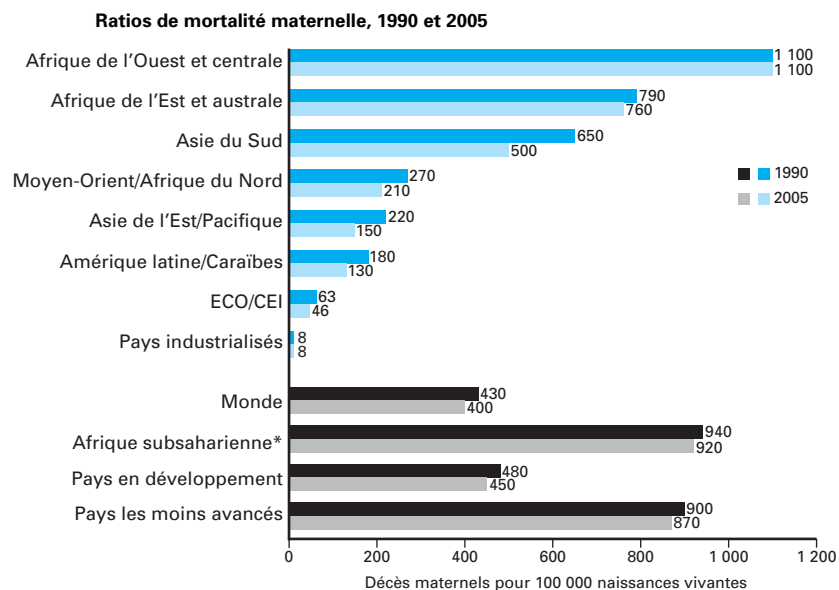


* Le total peut ne pas représenter 100% car les chiffres ont été arrondis.

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

Figure 1.2

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



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

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

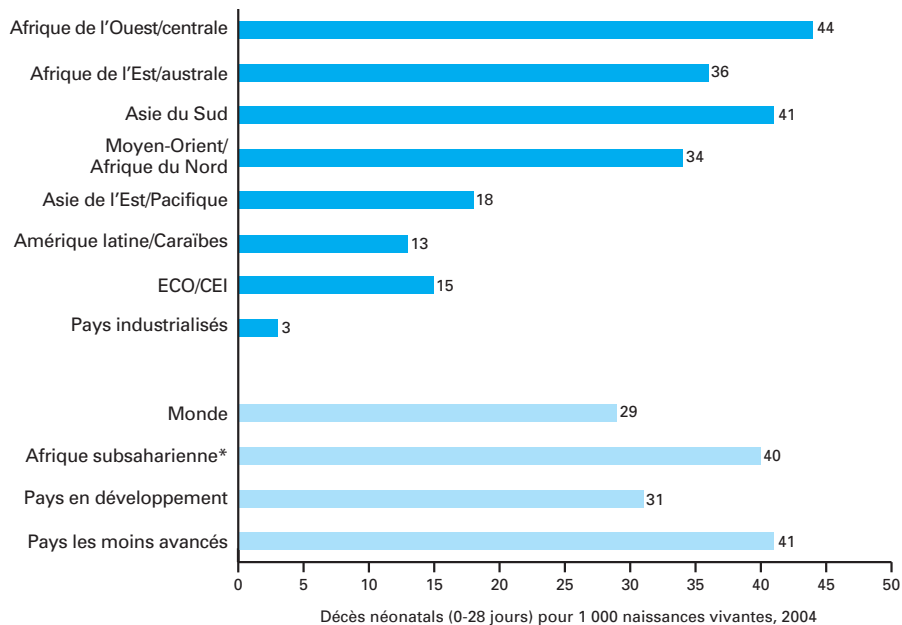
sont les infections graves (septicémie/pneumonie, tétanos et diarrhée), l'asphyxie et la prématurité; ensemble, ces trois grandes causes sont à l'origine de 86 % des décès de nouveau-nés.

La majorité de ces problèmes de santé pourraient être évités ou traités grâce à des interventions de base comme l'accès à une médecine procréative de qualité, les soins prénatals, la présence de soignants qualifiés à l'accouchement, l'accessibilité des soins d'urgence pour les femmes et les nouveau-nés en cas de besoin, une nutrition adéquate, des soins postnatals pour les mères et les nouveau-nés, et une éducation encourageant des pratiques saines pour les femmes et les nouveau-nés. Les études ont montré qu'environ 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des soins de santé primaires ou obstétricaux essentiels. Les infections, responsables de 36 % des décès de nouveau-nés, pourraient être combattues grâce à de meilleures pratiques de dépistage et de vaccination des mères, ainsi que des accouchements et des soins du cordon ombilical dans de bonnes conditions d'hygiène.

Un certain nombre de facteurs extérieurs autres que les causes directes de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales compromettent aussi la santé et la survie des mères et des nouveau-nés au foyer, dans la communauté et au niveau du district, à

Figure 1.3

Taux régionaux de mortalité néonatale



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

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

savoir : le manque d'éducation et de connaissances chez les filles qui, plus souvent que les garçons, ne sont pas scolarisées; un accès insuffisant à une alimentation nutritive et aux micronutriments essentiels; une mauvaise hygiène du milieu; un accès limité ou inadéquat aux soins de santé primaires. On peut encore citer la pauvreté, l'exclusion sociale, la discrimination sexiste et l'insécurité politique qui sont autant de facteurs qui viennent s'ajouter aux causes directes et sous-jacentes de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales.

Les facteurs qui mettent en danger la survie et la santé maternelles et néonatales dans l'ensemble du monde en développement révèlent le bien-fondé d'un continuum de soins, préconisant des prestations de services essentiels pour les mères et les enfants à des étapes critiques de leur vie (adolescence, période qui précède la grossesse, grossesse, naissance, périodes postnatales et néonatales, petite enfance et enfance), et à des lieux clés auxquels les femmes et les enfants ont facilement accès (foyer et communauté, services ambulatoires et d'information, établissements de santé).

Selon le concept du continuum de soins, la capacité d'une femme de prendre en charge sa propre santé, sa vie et celles de son enfant pendant la grossesse et l'accouchement dépend de la protection et des soins spécialisés auxquels elle aura accès dès le début de son adolescence. Les femmes en bonne santé qui ont une bonne nutrition et qui ont accès à une médecine procréative, des services de maternité et des soins de santé de base avant, pendant et après leur grossesse ont de meilleures chances de mettre au monde des bébés vigoureux qui survivront. De même, les bébés en bonne santé et bien soignés ont de meilleures chances de passer le cap de la petite enfance, puis de l'enfance et d'entrer dans l'âge adulte.

L'amélioration de la santé maternelle et néonatale ne dépend pas uniquement de la disponibilité des services de santé. Pour être réellement efficace, l'élargissement des interventions essentielles prendra place dans un cadre qui renforcera les programmes et les intégrera dans les systèmes de santé, dans un contexte favorable aux droits des femmes. Faute de mesures de lutte contre la discrimination et les inégalités sexistes dont les femmes et les filles continuent d'être victimes, les mesures visant à soutenir les soins de santé primaires risquent d'être beaucoup moins efficaces, viables, voire même impossibles à appliquer.



© UNICEF /HQ05-2185/Giacomo Pirozzi

2 Instaurer des conditions favorables à la santé maternelle et néonatale

Créer un environnement favorable à la santé de la mère et du nouveau-né passe par l'élimination des obstacles sociaux, économiques et culturels qui perpétuent les inégalités et la discrimination entre les sexes. Il s'agit d'intervenir sur plusieurs fronts : éduquer les filles et les femmes, et réduire leur pauvreté; protéger les filles et les femmes contre la maltraitance, l'exploitation, la discrimination et la violence; encourager leur participation et leur mobilisation dans les décisions liées à la vie familiale, économique et politique; et leur donner les moyens d'exiger le respect de leurs droits et l'accès aux services essentiels, pour elles et pour leurs enfants. Un environnement favorable passe aussi par une participation accrue des hommes aux soins à la mère et au nouveau-né et à la lutte contre la discrimination et les inégalités entre les sexes.

L'autonomisation des filles et des femmes a des effets directs sur la santé maternelle et infantile. L'éducation, en particulier, peut limiter l'exposition des filles et des femmes aux risques de la maternité. Des études montrent que les adolescentes instruites sont plus susceptibles d'attendre d'avoir dépassé l'adolescence avant de fonder une famille. Cette attente est souvent d'importance vitale : les complications liées à la grossesse et l'accouchement sont la principale cause de mortalité chez les filles de 15-19 ans dans

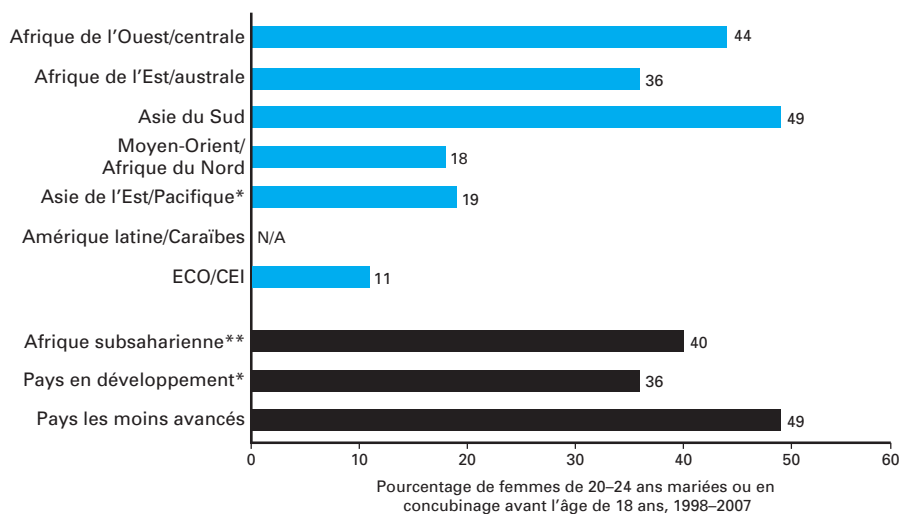
le monde entier, représentant 70 000 décès par an. Par ailleurs, la recherche montre aussi que les femmes instruites sont plus susceptibles de retarder le moment du mariage, de faire vacciner leurs enfants, d'être mieux informées sur la nutrition pour elles-mêmes et leurs enfants, et d'adopter des pratiques plus efficaces d'espacement des naissances. À leur tour, leurs enfants affichent un taux de survie plus élevé que ceux des femmes sans instruction et sont généralement mieux nourris.

Le mariage des enfants, qui constitue une violation des droits aux termes des conventions internationales et de nombreuses législations nationales, prive souvent les filles de leur scolarité et aboutit à des grossesses précoces. Plus une fille est jeune quand elle devient enceinte, plus les risques en matière de santé sont élevés pour la mère et l'enfant. Les filles qui ont un enfant avant l'âge de 15 ans courent cinq fois plus de risques de mourir pendant l'accouchement que les femmes qui ont plus de 20 ans. En outre, si une mère a moins de 18 ans, le risque que son enfant meure avant d'avoir atteint l'âge de 1 an est de 60 % supérieur à celui d'un enfant dont la mère a plus de 19 ans. Même si l'enfant survit, il court plus de risques de souffrir d'une insuffisance pondérale à la naissance, de malnutrition et d'un retard du développement physique et cognitif.

Bien que le mariage d'enfants soit une pratique de moins en moins courante, le rythme du changement est lent. Pour faire évoluer les mentalités qui sont favorables à cette pratique, il faudra une action des gouvernements et autres parties prenantes, y

Figure 2.1

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



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

compris les chefs religieux et communautaires, ainsi que la promotion de l'éducation, en particulier au niveau secondaire.

La lutte contre la violence et la maltraitance à l'égard des femmes et des filles est un élément indispensable de l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Les études à grande échelle réalisées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les études récentes des Nations Unies sur la violence contre les femmes et les enfants ont mis en lumière des niveaux étonnants de violence. La violence contre les femmes et les filles accroît les risques qu'elles souffrent plus tard de problèmes de santé physique et procréative. Les mutilations génitales féminines ou excision violent les droits fondamentaux des filles et des femmes et constituent une forme de violence subie par environ 70 millions de filles et de femmes de 15 à 49 ans, vivant dans 27 pays d'Afrique et du Moyen-Orient. Ces mutilations augmentent profondément le risque de complications pendant l'accouchement. Selon l'OMS, cette pratique peut entraîner des saignements prolongés, des infections, représentant un ou deux décès périnataux supplémentaires pour 100 accouchements. Les autres formes de violence, en particulier la violence physique perpétrée par un partenaire sexuel et le viol, créent de nombreux problèmes de santé pour les mères et les enfants. L'établissement de mécanismes d'ensemble portant sur la législation et son application, la recherche, les programmes et les budgets, l'écoute du point de vue des femmes et la vigilance sont autant d'impératifs pour réduire le niveau actuel de violence contre les femmes et les filles.

Le soutien aux femmes dans la famille et la société en général peut avoir des effets bénéfiques multiples sur la santé maternelle et néonatale. On sait aujourd'hui que lorsque les femmes sont autorisées à participer aux prises de décisions cruciales au sein de leur famille, elles s'assurent généralement que leurs enfants sont bien nourris et recherchent les soins médicaux appropriés pour elles-mêmes et leurs enfants. La perspicacité des femmes agissant collectivement est l'une des principales raisons expliquant que la plupart des mères et des nouveau-nés survivent à la grossesse et à l'accouchement. Lorsque les femmes obtiennent les moyens d'intervenir au sein de leur communauté, elles peuvent contester les attitudes et les pratiques qui perpétuent la discrimination entre les sexes, partager les tâches, mettre en commun les ressources, et concevoir et mettre en œuvre collectivement des initiatives visant à améliorer la santé maternelle et néonatale. Les hommes aussi peuvent leur apporter leur soutien. Il a été prouvé que les hommes sont plus susceptibles d'être des pères engagés et actifs quand ils se sentent en confiance et peuvent compter sur leurs relations, et quand leur famille et leurs amis soutiennent leur participation à la vie de leurs enfants.

Compte tenu de leur engagement limité et relativement récent dans la politique parlementaire, l'influence des femmes parlementaires en matière de santé maternelle et néonatale n'est pas encore clairement établie. Il semble toutefois qu'elles soutiennent et encouragent énergiquement les mesures destinées à améliorer en priorité les soins apportés aux enfants et à renforcer les droits des femmes. De telles mesures sont fondamentales pour créer un contexte favorable à la promotion du continuum de soins pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants.



© UNICEF/HQ06-0567/Shehzad Noorani

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

Le cadre du continuum de soins cherche à transcender l'approche traditionnelle axée sur des interventions lancées contre telle ou telle maladie spécifique. Le principe de base peut être résumé ainsi : les services essentiels destinés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants gagnent en efficacité quand ils sont regroupés et fournis à des étapes critiques du cycle de vie des mères et des enfants, grâce à des systèmes de santé dynamiques solidement installés en des endroits stratégiques et bénéficiant d'un contexte favorable aux droits des femmes et des enfants.

Fournir des services à des stades cruciaux de la vie

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

Services de médecine procréative de bonne qualité : un consensus s'établit peu à peu sur la nécessité d'améliorer les services de santé procréative, en particulier ceux qui sont destinés aux jeunes, et de faire reculer l'incidence du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles. Pour renforcer les capacités des services de santé procréative au niveau national il faudra d'abord identifier les problèmes, puis établir les priorités et définir des stratégies avec la participation de tous les acteurs concernés.

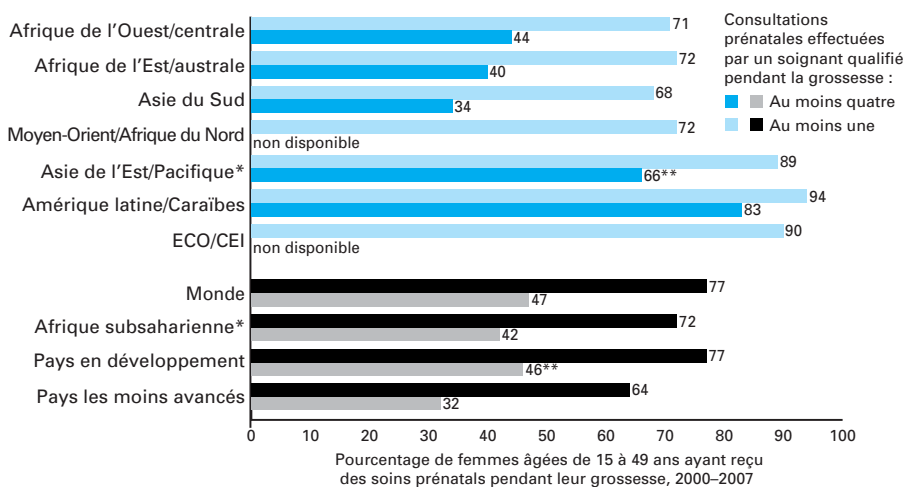
Amélioration de la nutrition : une nutrition adéquate des adolescentes et des femmes enceintes est essentielle pour la santé et les chances de survie de la mère et du nouveau-né. La dénutrition des jeunes femmes, qui est particulièrement fréquente en Asie du Sud dès le plus jeune âge, accroît les risques encourus à la fois par la mère et le bébé. Les programmes axés sur la santé maternelle s'attachent de plus en plus à améliorer la nutrition des filles et des femmes. En plus de repas plus copieux, la prise de suppléments d'acide folique et de fer est encouragée pendant et avant la grossesse. En outre, la diversification de l'alimentation, la consommation de sel iodé et le déparasitage sont des interventions essentielles pour améliorer la santé des femmes enceintes et des mères. La supplémentation en vitamine A est recommandée aux femmes pendant la période postpartum. De meilleures pratiques alimentaires, en particulier l'allaitement exclusivement au sein dès la naissance, contribuent à protéger les nouveau-nés contre la maladie.

Eau salubre, installations et pratiques d'assainissement et d'hygiène : l'hygiène est importante pendant l'accouchement pour protéger les mères et les nouveau-nés contre les infections. Les infections graves, qui sont souvent associées à des pratiques peu hygiéniques, l'eau insalubre et un assainissement médiocre, ont été à l'origine de 36 % des décès néonataux en 2000. La promotion de l'hygiène pendant l'accouchement et de la vaccination a contribué à faire reculer de manière notable l'incidence du tétanos maternel et néonatal depuis 1980.

Prévention et traitement des maladies : les interventions visant à prévenir et traiter les maladies infectieuses chez les femmes enceintes complètent avantageusement les services de maternité. Les deux grands secteurs dans lesquels s'exercent la prévention et le traitement sont le VIH et le paludisme, en particulier en Afrique subsaharienne. La lutte contre le VIH progresse : les taux de prévalence chez les femmes âgées de 15 à 24 ans venues en consultations prénatales ont reculé dans 14 des 17 pays possédant des données suffisantes depuis 2000/2001 et la thérapie antirétrovirale qui permet de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant est passée de 10 % en 2004 à 33 % en 2007 au niveau mondial. La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes enceintes et un traitement préventif intermittent du paludisme – une dose unique d'un médicament antipaludéen pris au moins deux fois pendant la grossesse, que la femme enceinte souffre du paludisme ou non – sont deux mesures jugées efficaces pour enrayer cette maladie. Bien que les efforts de prévention et de traitement du VIH et du paludisme aient rencontré certains succès au cours des dernières années, il reste encore beaucoup à faire pour endiguer ces maladies.

Figure 3.1

Couverture des soins prénatals



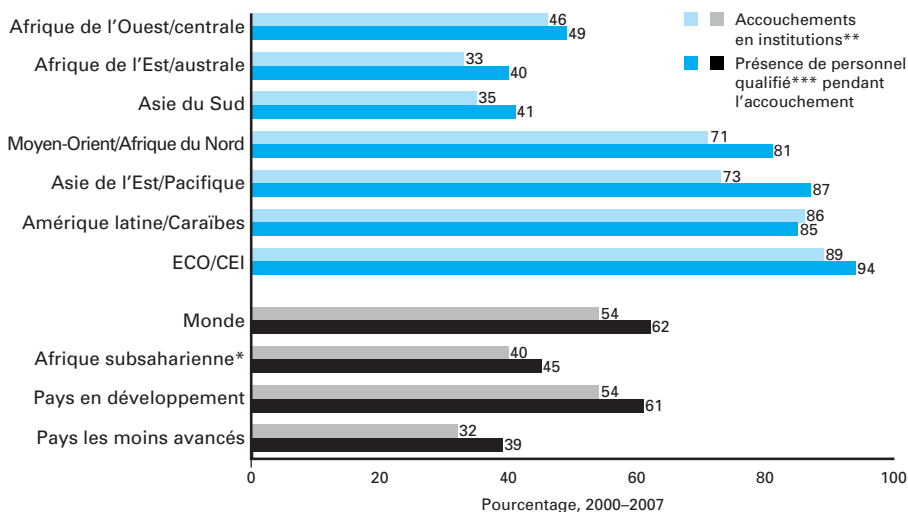
* L'Afrique subsaharienne comprend les régions de l'Afrique de l'Est/australe et de l'Afrique de l'Ouest/centrale.

** À l'exception de la Chine.

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

Figure 3.2

Couverture des soins pendant l'accouchement



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

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

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

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

Soins prénatals : la plupart des problèmes de santé dont souffrent les femmes enceintes peuvent être prévenus, diagnostiqués ou traités pendant les consultations prénatales. L'UNICEF et l'OMS ont fixé à quatre le nombre minimum de visites prénatales recommandées pendant la grossesse. Ces visites permettent de dispenser aux femmes enceintes des services essentiels, notamment la vaccination contre le tétanos; le diagnostic et la prise en charge des infections, ainsi que des informations essentielles sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement. La plupart des données concernent des femmes qui sont venues au moins une fois en consultation prénatale. Dans le monde en développement, les trois quarts des femmes enceintes se rendent au moins une fois à une consultation prénatale assurée par un prestataire qualifié, mais beaucoup ne vont pas aux quatre consultations recommandées.

Présence de soignants qualifiés pendant l'accouchement : rien ne peut se substituer à la présence d'un soignant qualifié pendant l'accouchement. Au cours des dix dernières années, le nombre d'accouchements intervenus sous la supervision de soignants qualifiés a fortement augmenté dans toutes les régions du monde en développement, à l'exception notable de l'Afrique subsaharienne. Entre 2000 et 2007, 61 % de toutes les naissances déclarées dans le monde en développement ont eu lieu en présence de personnel sanitaire qualifié. Les deux régions affichant les taux de couverture les plus faibles, soit l'Asie du Sud (41 %) et l'Afrique subsaharienne (45 %), sont aussi les régions où l'incidence de la mortalité maternelle est la plus élevée. Pour l'ensemble du monde en développement, les femmes du quintile de foyers les plus pauvres ont deux fois moins de chances d'être assistées par des soignants qualifiés lorsqu'elles accouchent que les femmes des foyers les plus riches. L'OMS recommande que toutes les mères bénéficient d'une prise en charge active de la troisième étape du travail (après la naissance de l'enfant, jusqu'à évacuation totale du placenta), la procédure la plus largement acceptée pour réduire l'hémorragie postpartum, cause majeure de décès maternels.

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence et complets : pour sauver la vie d'une femme souffrant de complications pendant l'accouchement, il est souvent nécessaire de l'aiguiller rapidement vers un établissement de santé. Le personnel de santé doit non seulement être capable de surveiller un accouchement normal ou de prendre en charge les complications peu graves, mais il doit aussi savoir diagnostiquer les complications graves qui exigent que la future mère soit aiguillée vers des établissements offrant des soins obstétricaux d'urgence spécialisés. Il ressort des études que près de 15 % des naissances vivantes nécessitent des soins obstétricaux d'urgence, et de 5 à 15 %, un accouchement par césarienne. Il est évident que la couverture comporte des lacunes importantes, notamment dans les zones rurales de l'Afrique subsaharienne, où la proportion de femmes qui accouchent par césarienne est d'environ 2 %. La qualité des soins est très importante : pour pouvoir prendre en charge les patientes correctement, les établissements doivent disposer des médicaments, des fournitures, du matériel et du personnel nécessaires. Les facteurs qui entravent les prestations de soins obstétricaux d'urgence sont, entre autres, les coûts, la distance, le manque d'effectifs et les barrières culturelles.

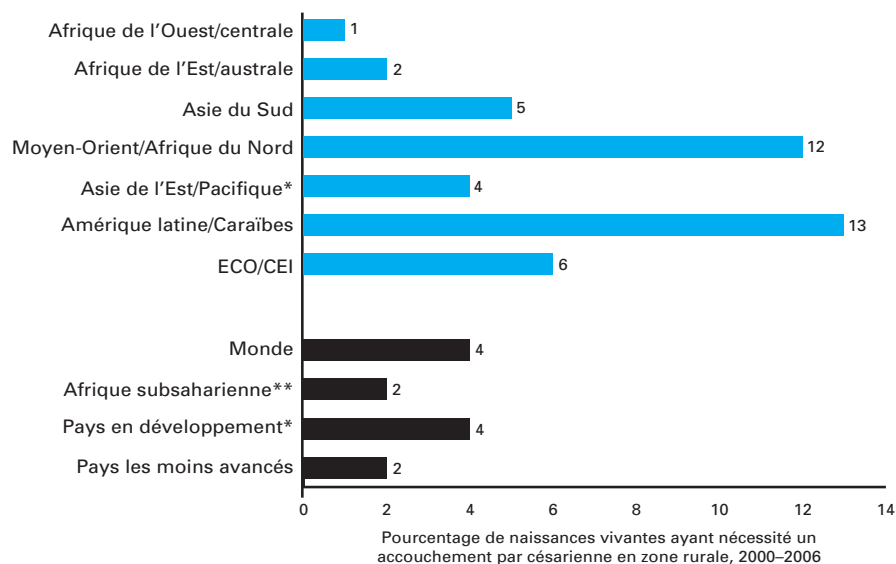
Soins postnatals pour les mères et les nouveau-nés : il est manifeste que l'on doit attacher plus d'importance aux soins postnatals. Les femmes ont tendance à ne pas accorder autant d'importance aux soins postnatals qu'aux soins prénatals ou aux soins pendant l'accouchement, et même les mères qui reçoivent immédiatement des soins post-partum sont souvent négligées pendant les jours et les semaines qui suivent la naissance. Même lorsque l'accouchement est supervisé par un professionnel, il arrive que les soins post-partum se limitent à une visite six semaines plus tard. On peut améliorer la santé des nouveau-nés en encourageant des pratiques comme le respect de l'hygiène et l'allaitement exclusivement au sein dès la naissance. Compte tenu des obstacles multiples qui empêchent les femmes d'avoir accès à des soins ambulatoires après l'accouchement, notamment les frais ou la difficulté d'arranger un moyen de transport et un hébergement pour les membres de la famille, les visites à domicile revêtent une importance particulière pour les soins postnatals, indépendamment du lieu de l'accouchement.

Un lien entre les familles et les services

On reconnaît à présent qu'en regroupant des interventions interdépendantes, on peut aussi améliorer leur efficacité et faire baisser leur coût. En outre, lorsque les services sont intégrés, les gens sont davantage incités à les utiliser, ce qui permet alors d'élargir et d'améliorer la couverture. L'objectif est d'élaborer un système général de soins de santé primaires qui offre des services essentiels aux femmes et aux enfants tout en renforçant les liens entre les foyers et les établissements de santé.

Figure 3.3

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



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

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

La santé au foyer : dans l'ensemble du monde en développement, 54 % des bébés naissent à la clinique ou à l'hôpital, mais en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne – régions où le fardeau de la mortalité maternelle et néonatale est le plus lourd – plus de 60 % des femmes accouchent à la maison. Les coûts directs à la charge de l'utilisateur, comme le coût du voyage et de l'hébergement, ajoutés à des frais indirects comme la perte du revenu des membres de la famille qui accompagnent la femme, peuvent être prohibitifs. Ce sont les membres de la famille de la mère et du nouveau-né qui portent souvent le lourd fardeau des soins post-partum et néonataux.

Une meilleure santé, cela peut commencer à la maison. La nutrition et les pratiques d'hygiène au foyer sont les premiers déterminants des risques auxquels sont confrontés les mères et les nouveau-nés. Une mauvaise nutrition, des pratiques d'hygiène qui laissent à désirer, comme l'oubli de se laver les mains au savon ou à la cendre après avoir utilisé les latrines et avant de préparer les repas et de manger, ainsi que la pollution de l'air à l'intérieur de la maison contribuent à la propagation des infections et des maladies diarrhéiques. L'allaitement exclusivement au sein des bébés jusqu'à l'âge de six mois contribue considérablement à l'amélioration de la santé et du bien-être de l'enfant. Le renforcement des connaissances sur les interventions élémentaires dans les secteurs de la santé, de la nutrition et de l'hygiène du milieu, ainsi que l'habilitation des femmes à prendre des décisions concernant leur santé et celle de leurs enfants, pourraient avoir des effets très positifs sur la santé des nouveau-nés, des jeunes mères et des femmes enceintes.

Les partenariats communautaires : les communautés ont leur rôle à jouer en matière de soins de santé, non seulement en l'absence de solutions plus coûteuses, mais aussi pour ouvrir la voie à l'autonomie et aux droits de l'homme. Les partenariats communautaires dans le secteur de la santé comportent souvent une formation des agents sanitaires qui effectuent les visites à domicile ou du personnel qui travaille dans les centres de santé. L'allaitement exclusivement au sein, le lavage des mains au savon et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme sont trois des interventions que recommandent le plus souvent les agents de santé communautaires. En outre, de nombreux partenariats communautaires pour la santé emploient aussi des personnes chargées de donner des conseils sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et de participer à la prise en charge de maladies infantiles comme le paludisme, la pneumonie et la septicémie néonatale. Dans les régions rurales du Népal, par exemple, des agents de santé communautaires dûment formés ont travaillé avec un personnel qualifié pour faire reculer de 30 % la mortalité néonatale.

Les services de proximité et ambulatoires : de la même manière que les partenariats communautaires peuvent contribuer à améliorer l'accès aux services essentiels tout en préconisant leur meilleure intégration dans les systèmes de santé, les services de proximité et ambulatoires peuvent servir de passerelle entre le foyer et les soins en établissement. Ils constituent des mécanismes indispensables pour les prestations des soins prénatals et postnatals, ainsi que pour les programmes de santé sexuelle

et procréative. Le suivi prénatal et postnatal des nouveau-nés et des mères peut efficacement être effectué dans le cadre de services de proximité ou ambulatoires. Ces services doivent permettre de diagnostiquer les signes de danger pour les mères et les nouveau-nés, pouvoir donner des conseils sur l'alimentation – en particulier l'allaitement exclusivement au sein dès les premières heures de la vie –, prendre en charge les nouveau-nés, aiguiller les mères et les nouveau-nés vers des services appropriés en cas de besoin, apporter un soutien et donner des conseils sur les pratiques saines.

Les soins en établissement : les établissements de soins fournissent généralement toute la gamme des soins préventifs et curatifs de santé maternelle et infantile, et c'est là que l'on devrait pouvoir trouver le personnel médical le plus qualifié. Ces établissements se classent habituellement en deux grandes catégories : les dispensaires et les hôpitaux. Le personnel des dispensaires, les centres les plus proches de la communauté, est souvent capable de faire face à certaines complications – par exemple, l'évacuation manuelle du placenta ou la réanimation d'un nouveau-né. Étant donné les risques potentiels associés au travail et à l'accouchement, le personnel des dispensaires, comme celui des services de proximité, doit avoir les connaissances nécessaires pour diagnostiquer rapidement les complications de l'accouchement qui dépassent leurs compétences et doivent donc être prises en charge à l'échelon supérieur. Il s'agit dans la plupart des cas d'un hôpital de district où des médecins peuvent offrir un diagnostic, un traitement, des soins, des conseils et des services de réadaptation. Certains systèmes de santé disposent d'un hôpital de recours qui fournit des soins cliniques complexes mais, dans la plupart des pays en développement, ce sont les dispensaires et les hôpitaux de district, au mieux, qui répondent aux besoins de santé des mères et des nourrissons, dans la mesure du possible.



© UNICEF/HQ05-1797/Giacomo Pirozzi

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

La mise en place de continuums de soins efficaces oblige à prendre des mesures concrètes destinées à renforcer les systèmes de santé. Compte tenu des difficultés, risques et possibilités associés à la grossesse et à la mise au monde d'un enfant, certains secteurs exigent une attention particulière : approfondir la base de connaissances, augmenter les effectifs du personnel sanitaire et améliorer ses compétences, moderniser et élargir les infrastructures et la logistique, trouver des solutions de financement équitables et stimuler la demande de soins par le biais de la mobilisation sociale, garantir la qualité des soins et encourager l'engagement et la prise d'initiatives politiques concertées.

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

Aucun indicateur ne suffit à lui seul à rendre compte de la nature complexe de la santé maternelle et néonatale, mais des instruments très divers – parmi lesquels on peut citer les recensements, les questionnaires, les enquêtes communautaires et sur les ménages, ainsi que les données relatives aux établissements – peuvent être utilisés pour réunir des données sur une large gamme d'indicateurs. Les informations les plus

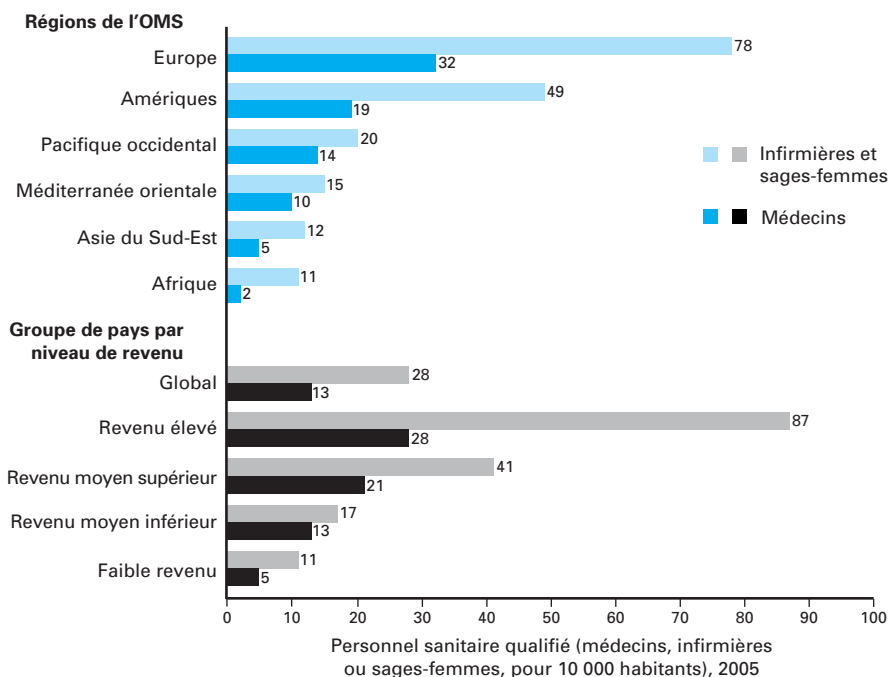
importantes pour les politiques et les programmes englobent les questions démographiques, l'état nutritionnel, la condition socioéconomique, la fourniture de soins médicaux, les pratiques de recherche de soins et l'application de mesures de santé, d'hygiène et de nutrition. Plusieurs partenaires, comme l'OMS, l'UNICEF et le Réseau de métrologie sanitaire, préparent des orientations et d'autres outils pour aider les gouvernements et les institutions à réunir des données sur la santé.

Mesure 2 : améliorer les ressources humaines responsables des soins de santé primaires et de la santé maternelle et néonatale

Un accoucheur qualifié est défini par l'Organisation mondiale de la Santé comme « un professionnel de la santé accrédité, par exemple, une sage-femme, un médecin ou un(e) infirmier(ère), qui a suivi les études ou la formation nécessaires pour prendre en charge des accouchements normaux, dispenser des soins post-nataux et identifier, gérer et aiguiller les femmes et les nouveau-nés qui présentent des complications ». L'OMS recommande que les pays aient en moyenne 2,28 professionnels de la santé pour 1 000 habitants, qui est le seuil minimum pour garantir une couverture

Figure 4.1

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



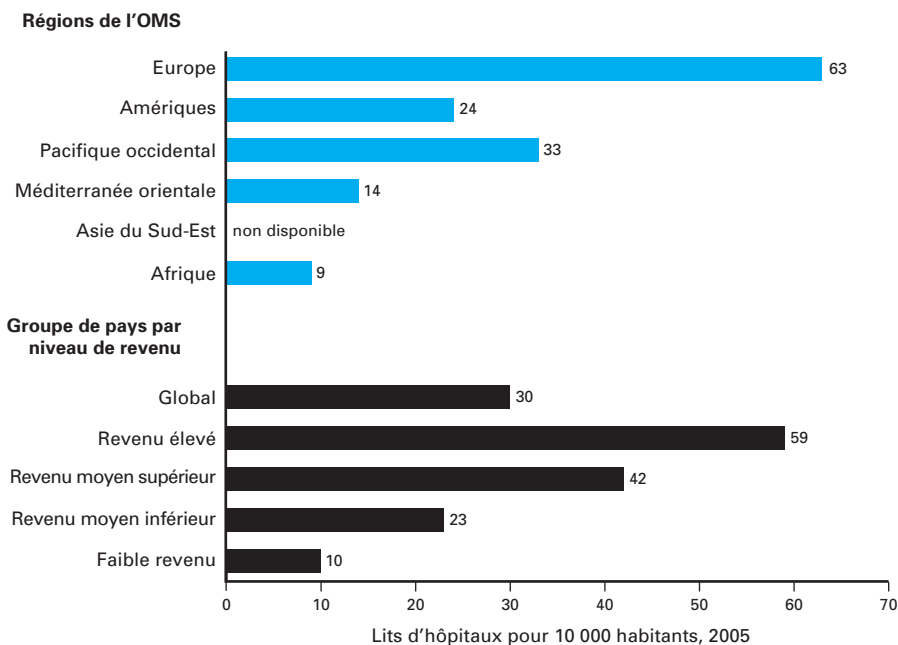
Source : Organisation mondiale de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2008*, OMS, Genève, 2008, pp. 82-83.

adéquate par des soignants qualifiés, lors des accouchements. Sur les 57 pays qui n'atteignent pas ce seuil, 36 sont situés en Afrique subsaharienne. C'est en Asie que la pénurie de personnel soignant en termes absolus est la plus grave, surtout au Bangladesh, en Inde et en Indonésie, mais les besoins relatifs sont plus importants en Afrique subsaharienne, où le nombre d'agents de santé doit augmenter de 140 % pour atteindre la densité requise.

Le SIDA, la pauvreté et l'insécurité politique favorisent la migration des agents de santé partout dans le monde, en particulier ceux d'Afrique subsaharienne. Aussi les pays en développement sont-ils obligés d'inventer des initiatives qui leur permettent d'améliorer le recrutement, la formation et la stabilité professionnelle de leurs soignants qualifiés. Les sages-femmes ou autres prestataires de niveau intermédiaire qui ont reçu une formation plus courte et dont le niveau d'études est moins élevé devraient former une équipe sanitaire spéciale capable d'assumer différents rôles, de répartir les tâches, et de constituer un système d'aiguillage pour les femmes et les nouveau-nés. Au Mozambique, par exemple, des sages-femmes et des infirmières-sages-femmes ont aidé les médecins à dispenser des soins obstétricaux d'urgence

Figure 4.2

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



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

de bonne qualité et peu coûteux dans les régions mal desservies, tandis qu'au Pérou, des agents sanitaires communautaires effectuent des visites mensuelles dans les foyers à « haut risque » où vivent des enfants de moins d'un an, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer. Plusieurs pays, comme le Mali et le Pakistan, ont commencé à élargir leurs stratégies pour conserver leur personnel en proposant des incitations matérielles, par exemple un logement, des équipements et des moyens de transport en échange de services dans des zones rurales, ainsi que des avantages non pécuniaires, système de roulement à court terme et groupes de soutien psychosocial par exemple.

Mesure 3 : mobiliser les sociétés

Les mesures prises pour améliorer la santé maternelle et infantile ne seront guère utiles si on ne renforce pas en même temps la demande de soins de santé de bonne qualité au niveau des foyers et des communautés. L'inclusion sociale doit revêtir un caractère prioritaire dans l'élaboration des systèmes de santé et les familles individuelles, les femmes, ainsi que les communautés doivent être traitées en tant que partenaires dans la prestation des soins de santé.

L'une des interventions les plus importantes pour améliorer la santé maternelle et néonatale est la reconnaissance des risques qui peuvent être évités. Des attitudes culturelles et des croyances solidement ancrées entourent souvent la grossesse et l'accouchement, et les femmes sont parfois rendues responsables lorsqu'elles tombent malades, ou lorsque leurs nouveau-nés meurent ou sont en mauvaise santé. Dans les régions où beaucoup d'enfants viennent au monde mort-nés ou décèdent peu de temps après, ces problèmes peuvent être considérés comme inévitables. Les communautés peuvent être associées à titre de partenaires à la promotion de leur propre santé et de leur bien-être, ainsi qu'à ceux des mères et des enfants. Les systèmes de santé peuvent aussi rallier les communautés par le biais de la participation plutôt que par la coercition. En Équateur, c'est le choix qu'ont fait les décideurs en intégrant à la législation des approches interculturelles de la santé sexuelle et de la procréation, afin d'encourager la participation d'un plus grand nombre de femmes autochtones au développement de la santé durable.

Bien qu'une éducation sanitaire soit essentielle pour encourager des pratiques et des comportements sains, ainsi que pour dispenser des connaissances adéquates en matière de recherche de soins, les partenariats qui mobilisent directement les principales parties prenantes pour ces services sont aussi importants. On peut citer l'exemple du Burundi, où des accoucheuses traditionnelles sont utilisées comme aides-soignantes lors des accouchements en institutions; en échange, le personnel qualifié et les jeunes mères leur donnent de la nourriture ou d'autres cadeaux en nature plutôt que de les payer. Pour atteindre l'objectif d'une plus grande unité, il faut mobiliser tous les membres de la famille. Dans les sociétés où la famille élargie vit à proximité du couple, les beaux-parents et la parenté plus âgée ont une influence sur les prises de décisions liées à la santé. Les hommes ont aussi un rôle à jouer en matière d'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés.

Mesure 4 : garantir un financement équitable et durable

Le financement de soins de santé de bonne qualité est un problème qui concerne à la fois les pays industrialisés et les pays en développement. Bien qu'aucun seuil n'ait été fixé au niveau international pour déterminer le montant minimum des dépenses, l'initiative du Compte à rebours 2015 estime qu'une somme inférieure à 45 dollars des É.-U. par habitant est insuffisante pour offrir des services de soins de santé de base de bonne qualité. Parmi les 68 pays prioritaires pour la santé maternelle, néonatale et infantile ciblés dans l'initiative du Compte à rebours 2015, 21 dépensent moins de 45 dollars par habitant.

Aucune politique générale ne pourra répondre aux besoins de chaque pays spécifique. Pour décider d'une marche à suivre, il importe de procéder à une analyse attentive de la situation spécifique de chaque pays, des stratégies alternatives de financement et des multiples obstacles qui bloquent l'accès aux soins. De nombreux gouvernements, même quand leurs ressources sont très limitées, explorent des stratégies qui aideront les familles à gérer les coûts liés aux soins de routine et d'urgence.

La suppression des coûts directs d'utilisation pourrait contribuer à élargir considérablement l'accès aux services, en particulier pour les pauvres. Plusieurs pays, du Burundi au Ghana en passant par certains districts du Népal, ont déjà aboli ou sont en train de supprimer tous les frais directs. Les expériences de l'Afrique du Sud et de l'Ouganda permettent de penser que l'élimination des frais d'utilisation doit s'inscrire dans un train de réformes plus large comprenant une augmentation des budgets pour pallier la diminution des recettes, maintenir la qualité et satisfaire une demande croissante. Les régimes nationaux d'assurance maladie comme l'assurance sociale qui couvre les services de soins de santé maternelle et infantile en Bolivie peuvent améliorer l'accès des femmes pauvres aux soins prénatals mais il pourrait être difficile de les élargir dans les pays où les ressources sont faibles. Les transferts en espèces ont servi d'incitation aux femmes enceintes pauvres dans des pays comme le Honduras, l'Inde et le Mexique, mais ces solutions novatrices doivent encore faire l'objet d'un suivi et d'évaluations.

Le secteur privé est devenu un important prestataire de soins de santé, notamment en Asie, mais nous ne disposons que de données partielles pour juger de son efficacité. Le secteur privé est d'une nature hétérogène et regroupe des prestataires très divers, y compris des guérisseurs et des accoucheuses traditionnelles, des hôpitaux tenus par des congrégations religieuses et des entités commerciales intervenant à l'échelon mondial. Dans un grand nombre de pays à faible revenu, les prestataires privés travaillent dans des contextes où les contrôles réglementaires officiels sont peu rigoureux. Il faut de toute urgence appeler l'attention sur cette nouvelle association public-privé au sein des systèmes de santé, car les profils de financement inéquitables et la déréglementation qui caractérisent le secteur privé peuvent avoir une incidence sur les engagements pris par les gouvernements en matière de soins médicaux, sur la confiance du public et sur les disparités socioéconomiques. Pour les gouvernements, le défi consiste à mieux réglementer les prestations privées en se fondant sur les principes internationaux pour concevoir des politiques nationales établissant des normes de soins minima.

Mesure 5 : investir dans les infrastructures, la logistique, les établissements et les capacités de gestion

Le renforcement des systèmes de santé pour offrir des soins aux mères et aux nouveau-nés exige des investissements dans des secteurs qui soutiennent les prestations de services essentiels de maternité et les services de santé de base. En plus d'optimiser les systèmes d'information, il est aussi impératif de renforcer les ressources humaines, d'encourager la mobilisation sociale et de créer des financements équitables, tout en développant les infrastructures, les fournitures, la logistique, les transports et les mécanismes d'aiguillage. Il faut investir davantage et de toute urgence pour élargir et moderniser les établissements de soins, en particulier dans les pays à faible revenu. Selon les dernières estimations de l'OMS, ces pays ne disposent que de 10 lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants, contre six fois plus dans les pays à revenu élevé. De nombreux pays en développement doivent encore améliorer les systèmes d'aiguillage qui évaluent les besoins de la population et les capacités des systèmes de santé, encourager une collaboration active entre les niveaux d'aiguillage et les différents secteurs, tenir les prestataires responsables de leurs performances et superviser leurs activités et développer des indicateurs pour surveiller l'efficacité des interventions.

Mesure 6 : améliorer la qualité des soins maternels, néonataux et infantiles

Les soins maternels, quand ils sont de bonne qualité, fournissent un niveau minimum d'interventions essentielles à toutes les femmes enceintes et qui accouchent et à tous les nouveau-nés, et la prise en charge des patientes qui doivent avoir accès à des services d'urgence ou des soins plus spécialisés. Ces services de soins devraient viser les meilleurs résultats médicaux possibles; satisfaire les prestataires, les patientes et les familles; être bien gérés et être assurés d'un financement viable; et assurer leur propre développement pour améliorer les normes de soins administrés à toutes les patientes. Si les systèmes de santé des pays industrialisés et à revenu intermédiaire doivent parfois être réformés pour améliorer l'accès aux soins et leur qualité, les systèmes de santé qui sont en cours d'établissement peuvent déjà assortir leurs nouveaux programmes de mécanismes de contrôle de la qualité des soins. En Côte d'Ivoire, par exemple, un programme national d'intégration de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aux services de santé maternelle a permis d'améliorer la qualité des soins, notamment la prise en charge active de la troisième phase du travail.



© UNICEF/HQ07-1151/Shehzad Noorani

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

Pour que les six mesures précédentes puissent être couronnées de succès, il faudra les assortir d'une septième : le soutien et l'engagement concertés de la part des administrateurs de la santé, ainsi que des dirigeants nationaux et partenaires internationaux dont la tâche est d'améliorer la santé maternelle et néonatale.

Les progrès récents enregistrés dans les domaines de la collaboration, de l'efficacité de l'aide et des ressources réunies en faveur de la santé maternelle et néonatale permettent d'espérer que les années à venir apporteront des améliorations plus notables. L'aide internationale en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile a progressé de 64 % entre 2003 et 2006; les partenariats mondiaux en faveur de la santé axent de plus en plus leurs travaux sur la coopération grâce à des mécanismes tels que le Forum H8 (Health Eight) qui regroupe huit organisations à vocation sanitaire; et un consensus s'installe peu à peu sur les cadres d'action. Des progrès récents – tels que le Programme d'action d'Accra sur l'efficacité de l'aide, et la déclaration commune de l'OMS, de l'UNICEF, du Fonds des Nations Unies pour la population et de la Banque mondiale exprimant leur intention d'intensifier et d'harmoniser leurs efforts en faveur de la réalisation de l'ODM 5 – montrent bien que la communauté

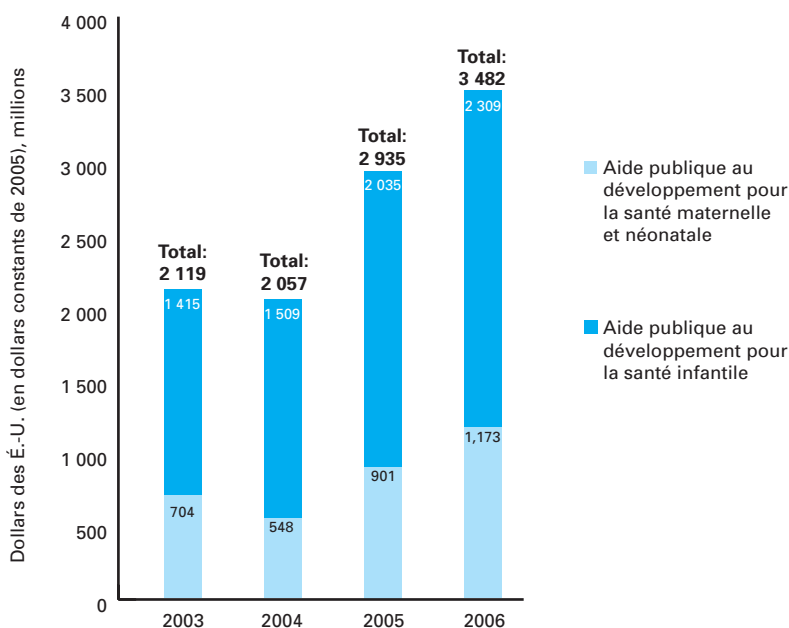
internationale se rend compte qu'il faut de toute urgence améliorer la santé maternelle et néonatale.

L'engagement politique à améliorer la santé maternelle et néonatale s'est exprimé au plus haut niveau. Lors du sommet du G8 de 2008, les participants ont discuté de la question de la mortalité maternelle, et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a plaidé auprès des dirigeants pour qu'ils augmentent l'enveloppe de la santé maternelle et infantile, et celle de la planification familiale, de 10,2 milliards de dollars par an. Les efforts de collaboration déployés partout dans le monde se traduisent en engagements plus vigoureux de la part des forums régionaux tels que l'Union africaine, une coopération plus étroite secteur public-secteur privé, un meilleur alignement et une harmonisation des ressources, des compétences et des actions.

L'engagement en faveur des mères et des nouveau-nés doit être poursuivi et renforcé. Les efforts doivent être étayés par des éléments de preuve et des résultats. Nul besoin d'attendre de nouvelles découvertes ou paradigmes scientifiques pour trouver la voie à suivre. Nous possédons toutes les connaissances nécessaires pour sauver des millions

Figure 5.1

L'aide publique au développement pour la santé maternelle et néonatale a connu une expansion rapide depuis 2004



Source : Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 avril 2008, p. 1269.

de vies de nouveau-nés et de mères; les données et les analyses s'améliorent rapidement; le cadre d'action – les Objectifs du Millénaire pour le développement – est fixé. Des résultats concrets ont été obtenus, par exemple, la réduction du nombre de décès d'enfants entre les âges de 29 jours et 5 ans (la période post-néonatale) dans nombre de pays en développement. Il faut accorder la même attention aux mères et aux nouveau-nés. Il faut s'assurer que les ressources humaines et financières, la volonté politique, ainsi que les engagements et les efforts de collaboration dont nous sommes témoins aux niveaux national et international convergent tous dans la même direction : l'amélioration de la santé et de la survie des mères et des nouveau-nés.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	767 218 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	383 988 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	127 624 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	50	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	41	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	89	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	148	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	1,3	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	920	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	15	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	24	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	58	87
Milieu urbain	81	96
Milieu rural	45	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	30	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	83	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	73	81
Polio (polio3)	74	82
Rougeole	73	82
Hépatite B (hepB3)	67	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	34	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	40	57 **
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	61	76 **
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	64	80 **
Filles	61	77 **
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	26	48 **
Filles	22	44 **
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	62	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	965	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	51	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	–	11
Santé	–	14
Éducation	–	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	13	19
Les 20% les plus riches	54	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	5,0	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	22 000 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	1 800 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	11 600 000	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	37	–
Milieu urbain	52	–
Milieu rural	30	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	40	–
Milieu urbain	25	–
Milieu rural	48	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	35 n	–
Garçons	36 n	–
Filles	34 n	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	75	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	72	77
Au moins quatre fois	42	47 **
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	45	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 22	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

n À l'exception du Nigéria

AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	378 926 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	186 875 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	61 296 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	50	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	36	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	80	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	123	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	1,7	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	760	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	14	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	23	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	59	87
Milieu urbain	88	96
Milieu rural	48	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	34	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	86	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	78	81
Polio (polio3)	77	82
Rougeole	77	82
Hépatite B (hepB3)	77	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	55	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	45	57 **
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	60	76 **
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	66	80 **
Filles	66	77 **
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	20	48 **
Filles	18	44 **
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	65	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	1 245	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	49	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	–	11
Santé	–	14
Éducation	–	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	12	19
Les 20% les plus riches	58	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	7,8	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	16 400 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	1 300 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	8 700 000	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	32	–
Milieu urbain	41	–
Milieu rural	24	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	36	–
Milieu urbain	20	–
Milieu rural	43	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	36	–
Garçons	38	–
Filles	33	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	79	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	72	77
Au moins quatre fois	40	47 **
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	40	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 29	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	388 292 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	197 113 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	66 328 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	50	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	45	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	97	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	169	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	1,2	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	1 100	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	15	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	24	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	56	87
Milieu urbain	77	96
Milieu rural	41	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	27	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	80	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	69	81
Polio (polio3)	71	82
Rougeole	69	82
Hépatite B (hepB3)	58	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	16	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	37	57 **
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	62	76 **
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	63	80 **
Filles	56	77 **
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	31	48 **
Filles	26	44 **
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	60	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	698	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	53	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	–	11
Santé	–	14
Éducation	–	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	16	19
Les 20% les plus riches	48	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	2,6	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	5 600 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	480 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	3 000 000	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	41	–
Milieu urbain	57	–
Milieu rural	35	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	44	–
Milieu urbain	28	–
Milieu rural	55	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	35 n	–
Garçons	34 n	–
Filles	35 n	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	72	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	71	77
Au moins quatre fois	44	47 **
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	49	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 17	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

n À l'exception du Nigéria

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	389 176 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	153 178 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	44 789 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	69	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	25	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	36	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	46	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	3,2	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	210	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	12	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	11	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	87	87
Milieu urbain	94	96
Milieu rural	78	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	73	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	92	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	91	81
Polio (polio3)	92	82
Rougeole	89	82
Hépatite B (hepB3)	89	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	32	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	68	57 **
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	83	76 **
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	88	80 **
Filles	85	77 **
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	54	48 **
Filles	52	44 **
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	75	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	3 666	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	4	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	15	11
Santé	5	14
Éducation	14	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	18	19
Les 20% les plus riches	45	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	0,3	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	480 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	28 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	–	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	75	–
Milieu urbain	86	–
Milieu rural	67	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	18	–
Milieu urbain	12	–
Milieu rural	23	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	9	–
Garçons	10	–
Filles	8	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	78	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	72	77
Au moins quatre fois	–	47**
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	81	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 140	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

ASIE DU SUD

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	1 567 187 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	614 747 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	175 250 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	64	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	41	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	59	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	78	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	2,8	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	500	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	27	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	41	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	87	87
Milieu urbain	94	96
Milieu rural	84	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	33	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	87	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	69	81
Polio (polio3)	69	82
Rougeole	71	82
Hépatite B (hepB3)	29	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	–	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	63	57 **
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	72	76 **
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	81	80 **
Filles	77	77 **
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	51	48 **
Filles	43	44 **
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	63	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	889	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	40	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	14	11
Santé	2	14
Éducation	5	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	19	19
Les 20% les plus riches	46	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	0,3	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	2 600 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	110 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	–	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	36	–
Milieu urbain	52	–
Milieu rural	30	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	49	–
Milieu urbain	32	–
Milieu rural	58	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	13	–
Garçons	13	–
Filles	12	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	71	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	68	77
Au moins quatre fois	34	47 **
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	41	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 59	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	1 984 273 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	559 872 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	144 441 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	72	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	18	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	22	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	27	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	4,3	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	150	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	6	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	11	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	88	87
Milieu urbain	96	96
Milieu rural	81	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	66	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	93	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	89	81
Polio (polio3)	91	82
Rougeole	90	82
Hépatite B (hepB3)	87	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	2	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	65**	57**
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	80**	76**
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	92**	80**
Filles	92**	77**
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	60**	48**
Filles	63**	44**
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	93	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	2 742	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	17	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	11	11
Santé	1	14
Éducation	7	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	16	19
Les 20% les plus riches	46	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	0,2	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	2 400 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	41 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	–	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	72**	–
Milieu urbain	81**	–
Milieu rural	67**	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	19**	–
Milieu urbain	12**	–
Milieu rural	25**	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	10**	–
Garçons	11**	–
Filles	10**	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	93	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	89	77
Au moins quatre fois	66**	47**
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	87	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 350	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	566 646 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	197 226 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	55 622 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	73	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	13	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	22	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	26	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	4,4	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	130	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	9	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	5	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	92	87
Milieu urbain	97	96
Milieu rural	73	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	79	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	96	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	92	81
Polio (polio3)	93	82
Rougeole	93	82
Hépatite B (hepB3)	89	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	90	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	–	57 **
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	84	76 **
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	90	80 **
Filles	91	77 **
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	–	48 **
Filles	–	44 **
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	91	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	5 628	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	8	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	4	11
Santé	7	14
Éducation	14	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	11	19
Les 20% les plus riches	56	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	0,6	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	1 900 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	55 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	–	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	89	–
Milieu urbain	92	–
Milieu rural	82	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	–	–
Milieu urbain	–	–
Milieu rural	–	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	11	–
Garçons	11	–
Filles	10	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	99	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	94	77
Au moins quatre fois	83	47 **
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	85	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 280	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE/CEI

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	405 992 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	100 110 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	26 458 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	68	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	16	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	22	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	25	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	4.4	1.8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	46	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	6	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	–	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	94	87
Milieu urbain	99	96
Milieu rural	86	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	89	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	96	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	96	81
Polio (polio3)	97	82
Rougeole	97	82
Hépatite B (hepB3)	96	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	23	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	57	57 **
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	96	76 **
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	93	80 **
Filles	91	77 **
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	79	48 **
Filles	76	44 **
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	97	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	5 686	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	4	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	9	11
Santé	7	14
Éducation	6	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	20	19
Les 20% les plus riches	42	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	0,8	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	1 500 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	11 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	–	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	92	–
Milieu urbain	93	–
Milieu rural	92	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	11	–
Milieu urbain	11	–
Milieu rural	13	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	5	–
Garçons	5	–
Filles	5	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	97	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	90	77
Au moins quatre fois	–	47**
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	94	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 1 300	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

PAYS INDUSTRIALISÉS

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	974 913 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	204 334 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	54 922 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	79	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	3	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	5	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	6	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	3,0	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	8	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	7	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	–	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	100	87
Milieu urbain	100	96
Milieu rural	98	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	100	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	–	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	96	81
Polio (polio3)	94	82
Rougeole	93	82
Hépatite B (hepB3)	65	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	84	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	–	57 **
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	97	76 **
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	–	80 **
Filles	–	77 **
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	–	48 **
Filles	–	44 **
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	–	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	38 579	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	–	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	12	11
Santé	18	14
Éducation	4	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	20	19
Les 20% les plus riches	40	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	0,3	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	2 000 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	5 800	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	–	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	–	–
Milieu urbain	–	–
Milieu rural	–	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	–	–
Milieu urbain	–	–
Milieu rural	–	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	–	–
Garçons	–	–
Filles	–	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	–	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	–	77
Au moins quatre fois	–	47 **
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	–	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 8 000	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

PAYS EN DÉVELOPPEMENT

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	5 432 837 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	1 962 419 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	562 128 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	67	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	31	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	51	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	74	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	1,9	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	450	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	15	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	24	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	84	87
Milieu urbain	94	96
Milieu rural	76	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	53	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	89	89
Diphthérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	80	81
Polio (polio3)	81	82
Rougeole	81	82
Hépatite B (hepB3)	65	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	21	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	57**	57**
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	74**	76**
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	80**	80**
Filles	77**	77**
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	48**	48**
Filles	43**	44**
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	79	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	2 405	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	25	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	10	11
Santé	3	14
Éducation	9	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	15	19
Les 20% les plus riches	50	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	0,9	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	29 500 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	2 000 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	–	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	50**	–
Milieu urbain	65**	–
Milieu rural	39**	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	36**	–
Milieu urbain	22**	–
Milieu rural	46**	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	16***	–
Garçons	17***	–
Filles	15***	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	86	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	77	77
Au moins quatre fois	46**	47**
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	61	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 76	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

*** À l'exception de la Chine et du Nigéria.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

PAYS LES MOINS AVANCÉS

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs démographiques		
Population totale (2007)	804 450 000	6 655 406 000
Moins de 18 ans (2007)	383 853 000	2 213 456 000
Moins de 5 ans (2007)	124 237 000	629 106 000
Survie		
Espérance de vie à la naissance (2007)	55	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours) pour 1 000 naissances vivantes (2004)	40	28
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) pour 1 000 naissances vivantes (2007)	84	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (2007)	130	68
Taux annuel moyen de régression du taux de mortalité des moins de 5 ans (1990–2007)	1,9	1,8
Taux de mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes (2005, données ajustées)	870	400
Santé et nutrition		
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2000–2007*)	17	14
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée ou grave† (2000–2007*)	30	23
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2006)	62	87
Milieu urbain	81	96
Milieu rural	55	78
Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (2006)	33	62
Enfants d'un an vaccinés (2006) contre :		
Tuberculose (BCG)	85	89
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC3)	79	81
Polio (polio3)	79	82
Rougeole	76	82
Hépatite B (hepB3)	75	65
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	28	26
Pourcentage de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié (2000–2007*)	42	57 **
Éducation		
Taux de survie en dernière année d'école primaire (données administratives; 2000–2007*)	60	76 **
Taux net de fréquentation à l'école primaire (2000–2007*)		
Garçons	65	80 **
Filles	63	77 **
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2007*)		
Garçons	26	48 **
Filles	24	44 **
Taux d'alphabétisation des adultes (2000–2007*)	57	81

INDICATEUR	RÉGION	MONDE
Indicateurs économiques		
RNB par habitant (dollars É.-U., 2007)	491	7 952
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour (2005)	54	–
Pourcentage des dépenses du gouvernement central (1997–2006*) affecté aux secteurs :		
Défense	14	11
Santé	5	14
Éducation	14	6
Part du revenu des ménages (1995–2005*) :		
Les 40% les plus pauvres	15	19
Les 20% les plus riches	50	42
VIH/SIDA		
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans, 2007)	2,2	0,8
Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH (2007)	10 000 000	33 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (2007)	900 000	2 000 000
Nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) orphelins à cause du SIDA (2007)	–	15 000 000
Protection de l'enfant		
Enregistrement des naissances (2000–2007*)	29	–
Milieu urbain	42	–
Milieu rural	25	–
Mariage d'enfants (1998–2007*)	49	–
Milieu urbain	37	–
Milieu rural	55	–
Travail des enfants (5–14 ans, 1999–2007*)	30	–
Garçons	31	–
Filles	28	–
Femmes		
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (taux des femmes en % de celui des hommes (2000–2007*))	72	88
Taux de couverture pour les soins prénatals (pourcentage, 2000–2007*) :		
Au moins une fois	64	77
Au moins quatre fois	32	47 **
Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2007*)	39	62
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005)	1 sur : 24	92

NOTES :

* Les données se rapportent aux années les plus récentes durant la période spécifiée (2000-2005)

** À l'exception de la Chine.

– Données non disponibles.

† Données s'appuyant sur les nouvelles « Normes OMS de croissance de l'enfant ».

La Situation des enfants dans le monde 2009 examine les principales questions concernant la santé maternelle et néonatale et souligne la nécessité de mettre en place un cadre complet de continuum de soins à destination des mères, des nouveau-nés et des enfants. Le rapport présente dans ses grandes lignes les principaux paradigmes en matière de programmes de santé et les politiques à mener en faveur des mères et des nouveau-nés. Il examine également les partenariats et diverses initiatives de collaboration visant à améliorer la santé maternelle et néonatale. Le rapport, qui vient en complément du numéro de l'année précédente sur la survie de l'enfant, s'intéresse en priorité à l'Afrique et l'Asie.



Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance
3 UN Plaza, New York, NY 10017, États-Unis
pubdoc@unicef.org
www.unicef.org/french

ISBN : 978-92-806-4322-0

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

Décembre 2008