

RÉDUIRE LES ÉCARTS POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS

7 septembre 2010

Un rapport spécial sur une nouvelle étude réalisée par l'UNICEF indique que le moyen le plus pratique et le plus économique d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé des enfants est d'adopter une approche axée sur l'équité pour la survie et le développement des enfants.



LA CONVENTION RELATIVE
AUX DROITS DE L'ENFANT

unicef 
unissons-nous
pour les enfants

Dans toutes nos initiatives, la priorité est donnée aux enfants les plus désavantagés et aux pays les plus démunis.

Extrait de la mission de l'UNICEF

Vers la réalisation des OMD

Une nouvelle étude de l'UNICEF a débouché sur une conclusion surprenante et significative : l'adoption d'une stratégie axée sur l'équité peut permettre d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5 (réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle) plus rapidement et de manière plus économique qu'en poursuivant notre trajectoire actuelle, avec la possibilité d'éviter des millions de décès chez les enfants et les mères d'ici à l'échéance de 2015.

L'UNICEF a toujours eu pour mission principale de venir en aide aux enfants les plus démunis et vulnérables. Récemment, cette priorité s'est avérée encore plus cruciale dans notre travail, étant donné qu'un nombre croissant de nouvelles données et analyses viennent confirmer que les privations des droits de l'enfant sont concentrées de manière disproportionnée au sein des populations les plus pauvres et marginalisées des pays.

Cette approche axée sur l'équité reflète également notre engagement indéfectible envers la réalisation des OMD, qui a motivé des efforts nationaux et internationaux sans précédent. Des progrès économiques et sociaux considérables ont été réalisés en faveur des enfants du monde entier depuis 1990, année de référence pour nombre de ces Objectifs. Selon des chiffres que l'UNICEF publiera prochainement, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans à l'échelle mondiale, considéré depuis longtemps comme un indicateur fiable du bien-être des enfants, a chuté d'un tiers entre 1990 et 2009.

Résumé des principales constatations

- Les cas de maladie, de sous-nutrition, de mauvaise santé, d'analphabétisme ainsi qu'une large part des mauvais traitements constatés à l'échelle nationale concernent principalement les enfants des populations les plus pauvres. En fournissant à ces enfants les services de base par l'intermédiaire d'une approche axée sur l'équité pour la survie et le développement, on favorisera considérablement l'accélération des progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres engagements internationaux en faveur des enfants.
- Une approche axée sur l'équité pourrait permettre d'accroître considérablement le rendement des investissements en évitant bien plus de décès et de cas de sous-nutrition chez les enfants et les mères et en augmentant nettement l'efficacité des interventions essentielles relatives aux soins de santé primaires et à la nutrition.

Le nombre d'enfants scolarisés dans le primaire a atteint un niveau record : entre 2003 et 2008, le taux net de scolarisation en primaire a atteint 88 % pour l'ensemble des pays en développement. Presque toutes les régions sont parvenues à la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire, et environ deux tiers des pays et territoires ont réalisé cet objectif avant 2005, le délai fixé.

Ces avancées ont également bénéficié à la société dans son ensemble. En effet, au cours des vingt dernières années, presque 1,8 milliard de personnes ont eu accès à des sources améliorées

d'eau potable. La prévalence du VIH semble s'être stabilisée dans la plupart des régions et le nombre de décès dus au SIDA a chuté depuis 2004. De plus, malgré la crise économique mondiale, la réduction de la pauvreté de revenu continue de progresser, notamment en Asie.

Bien que de nombreux défis restent à relever dans la réalisation complète des Objectifs, ces avancées prouvent que nous disposons des connaissances nécessaires et de moyens d'action éprouvés pour parvenir à des améliorations sans précédent en matière de développement humain. Il s'agit maintenant de conjuguer ces atouts avec une volonté politique et des investissements judicieux.

Les enjeux de l'équité pour les enfants

Les avancées constatées dans la réalisation des OMD sont en grande partie fondées sur les améliorations des moyennes nationales. Il existe cependant un problème de plus en plus préoccupant, à savoir que les progrès constatés sur la base des moyennes nationales peuvent cacher des disparités importantes, voire croissantes, en termes de pauvreté et de développement des enfants au sein des régions et des pays.

Concernant la survie des enfants et la plupart des autres indicateurs de progrès relatifs à la réalisation des OMD, l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud et les pays les moins avancés ont pris énormément de retard par rapport à d'autres régions en développement et aux pays industrialisés.

En outre, dans de nombreux pays, la baisse des moyennes nationales de mortalité infantile dissimule des inégalités croissantes. Récemment, le service international de statistiques de l'UNICEF a étudié les tendances infranationales de 26 pays où les taux nationaux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont baissé d'au moins 10 % depuis 1990. Dans 18 de ces pays, l'écart entre le taux de mortalité infantile des quintiles les plus riches et celui des quintiles les plus pauvres a augmenté ou est resté inchangé. De plus, cet écart a augmenté d'au moins 10 % dans 10 de ces 18 pays.

Le document *Progrès pour les enfants, réaliser les OMD avec équité*, qui vient compléter ce rapport spécial, mentionne ces faits et chiffres, ainsi que de nombreuses autres disparités concernant la survie et le développement des enfants. Ce rapport dévoile l'ampleur et l'étendue de ces inégalités au sein des pays.

La pauvreté est l'un des principaux facteurs d'inégalité dans la survie et le développement des enfants. En général, cependant, les indicateurs reflétant des disparités importantes entre les quintiles de richesse affichent des écarts similaires entre les zones urbaines et les zones rurales.

Dans les pays en développement, les enfants issus des familles les plus pauvres risquent deux fois plus de mourir avant l'âge de cinq ans que leurs pairs les plus aisés. Ces risques s'appliquent également aux retards de croissance, à l'insuffisance pondérale et à l'absence d'enregistrement à la naissance.

Il est rare que les enfants les plus défavorisés, vivant souvent dans des zones reculées ou dans des bidonvilles urbains, et issus de minorités ethniques de manière disproportionnée, bénéficient du même niveau d'accès aux soins médicaux de base, à l'éducation et à la protection que les plus riches. Dans les pays en développement, les enfants du quintile le plus pauvre ont environ 1,5 fois moins de chances d'être vaccinés contre la rougeole ou d'aller à l'école primaire que ceux issus du quintile le plus riche. Bien que les écarts concernant la parité entre les sexes dans l'éducation se soient nettement réduits ces dernières années, les filles ont toujours plus de risques de ne pas aller à l'école que les garçons, que ce soit dans les régions pauvres ou riches.

Chez les filles, la pauvreté et les inégalités face à l'enseignement accroissent les risques en matière de protection. Ceux-ci ont trait notamment aux relations sexuelles ou aux mariages précoces, fortement corrélés aux grossesses et aux accouchements chez les adolescentes, aux risques connexes en termes de santé, ainsi qu'à l'exposition accrue aux maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH, aux violences domestiques et à la marginalisation sociale. Dans les pays en développement, les filles issues des familles les plus pauvres risquent trois fois plus d'être mariées avant l'âge de 18 ans que celles des quintiles les plus aisés. En outre, les jeunes femmes ayant été peu scolarisées sont plus susceptibles de se marier avant l'âge adulte, même dans les pays où la prévalence générale de cette coutume est faible.

Des inégalités marquées ont également été constatées en matière de soins de maternité. Bien que le suivi prénatal et la présence de personnel qualifié lors des accouchements aient progressé dans les régions en développement depuis 1990, les femmes du quintile le plus pauvre ont entre deux à trois fois moins de chances que celles issues des familles les plus favorisées d'avoir accès à ces interventions vitales.

Ces fortes disparités en termes de survie, de développement et de protection des enfants nous amènent à une vérité flagrante : les OMD et autres engagements internationaux envers les enfants ne peuvent être complètement réalisés – aussi bien dans la lettre que dans l'esprit de la Déclaration du Millénaire – qu'au moyen d'une stratégie axée sur l'équité entre les régions et les pays et au sein même de ceux-ci.

L'équité pour les enfants : un principe reconnu...

L'équité pour les enfants est depuis longtemps considérée comme une obligation morale : la Convention relative aux droits de l'enfant est fondée sur les principes d'universalité, de non-discrimination et de responsabilité.

...et judicieux sur le plan stratégique...

D'autres arguments incontestables viennent confirmer cette nécessité de mettre en œuvre des stratégies clairement axées sur l'équité.

Premièrement, plusieurs objectifs clés concernant les enfants à l'échelle internationale ne peuvent être réalisés sans la prise en compte du principe d'universalité. L'un des principaux est l'OMD 2,

qui vise l'accès universel à l'éducation primaire. Cet objectif ne peut évidemment être atteint que si les enfants actuellement exclus, à savoir les plus défavorisés et les plus marginalisés, sont intégrés dans le système éducatif.

De même, les campagnes mondiales visant à lutter contre la polio ou à éliminer quasi totalement la rougeole et le tétanos maternel et néonatal ne porteront leurs fruits que si elles s'adressent en priorité aux populations les plus pauvres des pays.

Deuxièmement, après avoir réduit d'un tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans à l'échelle mondiale depuis 1990, nous disposons désormais d'environ cinq ans pour le réduire de nouveau dans la même proportion, afin de répondre aux exigences de l'OMD 4. Sachant que la plupart des cas de mortalité infantile sont constatés parmi les populations et familles les plus défavorisées des pays en développement, cet objectif n'est réalisable que si la lutte contre les maladies infantiles et la sous-nutrition est étendue à ces populations.

Troisièmement, pour rompre le cycle de la pauvreté, de la discrimination, des inégalités en matière d'enseignement et de la violence dont sont victimes de nombreuses filles et jeunes femmes, il est indispensable d'adopter des approches axées sur l'équité qui éliminent les obstacles liés au sexe auxquels les filles sont confrontées quant à l'accès aux services de base, la protection et la connaissance de leurs droits.

Quatrièmement, les technologies et les interventions innovantes peuvent permettre d'accélérer les résultats de l'aide aux plus démunis si elles sont employées de manière équitable et à grande échelle. Les immunisations par vaccins antipneumococciques conjugués et antitrotavirus peuvent permettre de lutter plus efficacement contre la pneumonie et la diarrhée, qui font partie des premières causes de mortalité chez les enfants pauvres. Des initiatives récentes, telles que la distribution de kits mère-enfant contenant des médicaments antirétroviraux, peuvent faciliter l'accès de nombreux enfants et femmes à des services vitaux en vue de combattre le VIH et le SIDA. Avec la démocratisation des SMS (textos), les données peuvent être collectées en plus grand nombre et plus rapidement, permettant ainsi de mieux cibler les populations les plus touchées.

Enfin et surtout, dans la course aux OMD, laisser pour la fin les régions les plus pauvres et les plus marginalisées dénoterait un manque de vision. Il se pourrait alors qu'en 2015, l'aide nécessaire aux enfants les plus défavorisés se heurte à des ressources moindres, à une volonté politique à bout de souffle et à une opinion publique passée à autre chose.

...mais est-il également juste dans son application ?

Il est largement admis que les approches axées sur l'équité, visant à permettre aux enfants les plus démunis et aux populations les plus pauvres d'accéder aux services et à la protection, sont pertinentes sur le principe et semblent logiques. Cependant, la question de savoir si de telles stratégies doivent être considérées comme des priorités dans la pratique, étant donné leur coût et leur complexité, se pose depuis longtemps.

Il n'est pas aisé de réfuter un tel raisonnement. En effet, il est difficile d'atteindre les populations les plus pauvres : elles vivent généralement dans des zones isolées, mal desservies et mal dotées

en infrastructures matérielles. Par conséquent, cela revient souvent bien plus cher d'amener les services à ces populations qu'à des groupes plus aisés. Et même lorsque les services sont rendus disponibles, ils doivent être gratuits ou du moins largement subventionnés

ENCADRÉ 1 : Adopter une stratégie axée sur l'équité, un choix logique

Pendant longtemps, il a été généralement admis que l'on pouvait sauver davantage de vies dans les pays pauvres en se concentrant sur les populations les plus accessibles et en élargissant la portée d'actions à l'efficacité reconnue par l'intermédiaire de la mise à disposition de services traditionnels tels que les hôpitaux et les cliniques. La focalisation sur les populations marginalisées, bien qu'admise sur le principe, n'apparaissait pas comme une stratégie d'un bon rapport coût-efficacité. Cependant, les résultats d'un examen des faits réalisé par l'UNICEF à la mi-2010 vont à l'encontre de cette idée et peuvent être expliqués par trois raisons :

- Au sein d'un même pays, les populations exclues comptent généralement une proportion plus élevée d'enfants que les autres groupes, en raison de taux de fécondité supérieurs. Étant donné que les taux de mortalité infantile sont souvent bien plus élevés également au sein de ces populations que dans les groupes plus aisés, le nombre de décès d'enfants chez les plus pauvres représente une part importante du total national.
- Par rapport aux autres groupes, une part plus importante d'enfants des populations défavorisées meurt de maladies infectieuses ou d'autres problèmes de santé qui auraient pu être évités ou traités.
- La plupart des populations les plus marginalisées sont bien moins susceptibles de bénéficier d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité, ayant un impact significatif sur la lutte contre les principales maladies infantiles et autres problèmes de santé. C'est pourquoi ces populations présentent le potentiel de progression le plus élevé quant à la survie et au développement des enfants au cours des cinq prochaines années.

Prenons le cas du Nigéria pour illustrer ces arguments. Dans ce pays, environ un million d'enfants meurent chaque année avant l'âge de cinq ans. Sur ce chiffre, 325 000 proviennent du quintile des ménages les plus pauvres et 72 000 du quintile des ménages les plus riches. De plus, les maladies transmissibles représentent une part bien plus importante dans les décès d'enfants issus du quintile le plus pauvre (66 %) que dans ceux du quintile le plus riche (44 %). En outre, seules 8 % des femmes enceintes bénéficient de la présence de personnel qualifié lors de leur accouchement dans le quintile le plus défavorisé, contre 86 % pour les plus riches, soit dix fois plus.

Il est donc logique de penser que l'augmentation de la présence de personnel qualifié lors des accouchements des femmes nigérianes, ou l'élargissement des interventions visant à éviter ou à traiter les maladies transmissibles auprès des enfants nigériens, auront un impact potentiel bien plus important sur le quintile le plus pauvre, où les taux de mortalité et de maladie sont les plus élevés, que sur le quintile le plus riche.

afin de garantir que les populations en bénéficient, sachant que les plus pauvres sont les moins en mesure de payer de leur poche pour s'offrir ces services.

Dans les pays en développement, les gouvernements nationaux axeraient davantage leurs approches sur les principes d'équité s'il était prouvé que de telles stratégies permettent d'atteindre des résultats plus rapidement et de manière plus économique. Autrement dit, il faudrait que les progrès en termes de survie et de développement des enfants réalisés en ciblant les régions les plus défavorisées soient suffisamment importants pour compenser les coûts supplémentaires impliqués et permettent aux pays d'atteindre plus rapidement les Objectifs.

En l'absence de tels éléments de preuve, et face à d'importants défis budgétaires et à des perspectives économiques mondiales incertaines, les décideurs ont dû prendre une décision difficile : doivent-ils, jusqu'à l'échéance de 2015 fixée pour les OMD, chercher à améliorer en priorité la situation des enfants le plus facilement accessibles ? Ou au contraire, doivent-ils se concentrer sur les enfants les plus défavorisés, vivant dans des régions isolées, où les résultats potentiels sont supérieurs ?

Ce dilemme pourrait être résolu s'il existait une approche d'un meilleur rapport coût-efficacité pour à la fois réduire les inégalités quant à l'accès des populations aux services de base, accélérer les progrès vers la réalisation des OMD et éviter un plus grand nombre de décès et de privations que ne le permettent les stratégies actuelles.

Au cours de la dernière décennie, il est devenu de plus en plus évident qu'une telle stratégie était possible. En mai 2010, l'UNICEF a entrepris de déterminer si une approche axée sur l'équité pour la survie et le développement des enfants, toujours valable sur le principe, pourrait également être applicable dans la pratique.

Nous nous sommes donc posé la question suivante : *Sachant que les besoins sont les plus importants dans les zones les plus défavorisées, est-il pour autant plus judicieux en termes de résultats de se concentrer sur ces populations au regard des coûts accrus impliqués par une telle démarche ?*

Un nouveau modèle d'équité pour les enfants

Tout d'abord, des membres du personnel de l'UNICEF représentant différentes disciplines ont examiné les données et la documentation disponibles et les expériences de plusieurs pays, selon qu'ils avaient adopté une stratégie traditionnelle ou une stratégie axée sur l'équité, en s'intéressant à quatre points en particulier : survie et développement des jeunes enfants, VIH et SIDA, éducation de base et égalité des sexes, et protection de l'enfance. Cet examen approfondi a servi de base à l'élaboration des orientations générales présentées plus loin dans le présent rapport. Il a également permis d'étudier l'hypothèse de départ de l'organisation selon laquelle une approche axée sur l'équité, ciblant les populations les plus exclues, pourrait accélérer les progrès vers la réalisation des OMD de manière économique (voir l'encadré 1).

Afin de tester davantage la validité de cette hypothèse, l'UNICEF a ensuite formé une équipe de recherche constituée d'experts sanitaires internationaux et de spécialistes internes pour concevoir un modèle de stratégie axée sur l'équité et comparer les résultats attendus avec ceux issus des stratégies d'approche traditionnelle

actuelles, en vue d'atteindre les OMD en matière de santé des enfants. Un ensemble important d'éléments sur l'équité chez les enfants a trait à la santé publique et nous renvoie à l'approche globale des soins de santé primaires présentée il y a plus de 30 ans dans la Déclaration d'Alma-Ata.

Les grandes étapes de l'exercice de modélisation et les résultats obtenus sont résumés ci-dessous. Nous avons l'intention de publier la méthodologie et les constatations complètes de cette étude dans une grande revue spécialisée au cours des mois à venir.

Sélection des pays

L'exercice de modélisation a été divisé en plusieurs étapes. Lors de la première étape, l'équipe de recherche, en collaboration avec le service de statistiques de l'UNICEF, a procédé à un examen complet d'une soixantaine de pays. Les membres de l'équipe ont ensuite sélectionné parmi cet ensemble 15 pays présentant suffisamment de données pour analyser les différents niveaux de pauvreté et les caractéristiques infranationales en termes d'inégalités. L'équipe a ensuite classé ces 15 pays selon quatre typologies de pays, allant des pays à faible revenu, où la plupart des enfants sont confrontés à une grande pauvreté, aux pays à revenu intermédiaire, où la pauvreté est moindre mais où il existe d'importantes inégalités entre les plus défavorisés et les plus aisés.

Mise en place des stratégies

L'équipe a ensuite défini des stratégies complexes pour aborder la survie et la santé maternelles et infantiles dans la période précédant l'échéance de 2015 pour l'accomplissement des OMD. Il convient de noter que les stratégies portent sur la manière dont des fonds supplémentaires pourraient être investis pour atteindre les OMD en matière de santé des enfants sur les cinq prochaines années. Elles ne constituent pas une critique du statu quo, qui a généré des gains considérables en termes de soins de santé primaires au cours des vingt dernières années, ni ne proposent un remaniement des systèmes de santé publique actuels dans les pays en développement.

Le modèle de l'approche axée sur l'équité vise à accélérer les progrès, à réduire les disparités et à faire diminuer les sorties d'argent effectives pour les pauvres, au travers de trois mesures essentielles.

La première de ces mesures consiste à améliorer des établissements sélectionnés, en particulier pour les soins aux mères et aux nouveau-nés, et à élargir les services de maternité au niveau primaire, y compris les « foyers d'hébergement » pré-accouchement. Ces derniers sont des établissements situés près de centres de santé ou d'hôpitaux, où les femmes enceintes venant des zones reculées peuvent rester pendant quelques semaines avant la date prévue d'accouchement, afin d'assurer la proximité d'un établissement de santé au moment de l'accouchement. Ces établissements se sont révélés efficaces dans des pays aussi divers que le Pérou et la République-Unie de Tanzanie.

La seconde mesure consiste à surmonter les obstacles qui empêchent les plus pauvres d'utiliser les services, même lorsque ceux-ci sont à leur disposition. L'approche axée sur l'équité propose une extension massive des services de proximité, l'élimination des frais pour les usagers et la généralisation des transferts de fonds en faveur des plus pauvres afin de couvrir les frais de transport, de subsistance et d'autres coûts indirects identifiés comme des freins à l'utilisation des services. Pour favoriser des pratiques saines et

stimuler le recours aux soins de santé de base, la stratégie propose également d'étendre la communication de masse et d'employer des promoteurs de la santé et de la nutrition issus de la communauté.

La troisième mesure consiste en une proposition innovante : la délégation de tâches. Cette mesure implique une approche communautaire, un plus grand recours aux agents de santé communautaires pour la prestation des services de soins de base en dehors d'un établissement de soins chaque fois que nécessaire, et un renforcement de l'engagement communautaire dans la promotion du recours aux soins de santé et des pratiques saines (voir l'encadré 2).

L'approche de la voie actuelle fait la synthèse des approches contemporaines et détermine leur trajectoire au cours des cinq années à venir. Elle accorde une attention significative aux groupes et aux régions les plus démunis, tout en étant moins ciblée. Le principal objectif de cette stratégie est d'accroître les investissements pour renforcer la formation et le déploiement d'agents de santé professionnels, développer la construction d'infrastructures et utiliser la communication de masse pour encourager les pauvres à recourir aux soins.

À l'instar de l'approche axée sur l'équité, les dépenses directes de l'utilisateur pour les services de santé et de nutrition sont éliminées et les initiatives de proximité sont étendues, afin de garantir une large couverture des interventions préventives de base telles que la vaccination et de promouvoir une alimentation saine et des pratiques d'hygiène et d'assainissement.

ENCADRÉ 2 : Délégation de tâches

Prenons un chiffre : seulement 60 % des enfants de moins de cinq ans présumés atteints d'une pneumonie ont accès à un prestataire de soins de santé approprié. Un grand nombre des quelque 1,2 million de décès liés à la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans pourrait être évité si l'on s'assurait que les plus pauvres et les plus exposés à la maladie disposent des soins et des médicaments de base, tels que les antibiotiques, dans les lieux où ils vivent.

Des preuves de plus en plus nombreuses montrent que les principales maladies qui touchent et tuent plus particulièrement les enfants pauvres, telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole et la malnutrition aiguë sévère, peuvent souvent être traitées avec succès dans la communauté lorsque les agents de santé communautaires bénéficient d'une supervision, d'un soutien et de mesures d'encouragement adaptés. Sans une telle innovation, les enfants continueront de mourir faute d'interventions éprouvées et peu coûteuses.

À court terme, le recours aux agents de santé communautaires pour les interventions de soins de santé de base en dehors d'un établissement de soins présente deux avantages potentiels. En premier lieu, il permettrait d'accroître considérablement le nombre d'agents de santé disponibles pour les enfants et les familles pauvres. En second lieu, il permet d'abaisser le coût des soins qui leur sont dispensés.

Lorsque la délégation de tâches est complétée par des mesures visant à promouvoir l'utilisation de services, au travers de la communication de masse et de la promotion individuelle par des promoteurs communautaires de la santé et de la nutrition, elle peut considérablement augmenter l'accès aux services de soins de santé primaires essentiels et leur utilisation.

Les deux stratégies appliquent la même sélection d'interventions de santé publique, issues d'un grand nombre de publications, notamment d'une série d'articles de *The Lancet* sur la santé et la nutrition maternelles, néonatales et infantiles, ainsi que d'autres études systématiques. Ces interventions se divisent globalement en trois types : interventions de prévention, de promotion et curatives.

Les mesures de prévention cherchent à prévenir les maladies et la sous-nutrition et à assister les femmes enceintes (vaccination, supplémentation en micronutriments, soins prénatals et prévention de transmission mère-enfant du VIH). Les mesures de promotion favorisent une alimentation saine et des pratiques d'hygiène et d'assainissement, ainsi que d'autres comportements sains. L'allaitement précoce et exclusif, le lavage des mains avec du savon, une connaissance correcte et complète du VIH et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme représentent quatre de ces interventions. Les mesures curatives visent à traiter les maladies et affections et à soutenir les mères et les nouveau-nés pendant l'accouchement et au cours de la période post-partum. Elles incluent les interventions telles que le traitement antibiotique contre la pneumonie, l'assistance spécialisée lors de l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence, le traitement de la malnutrition aiguë sévère et la prophylaxie ainsi que le traitement pédiatrique du VIH et du SIDA.

L'application conjointe de ces trois types d'intervention a prouvé avoir un effet prononcé sur les principales causes de décès maternel, néonatal et infantile chez les pauvres.

Exécution de la simulation

Le stade final du processus de modélisation a exigé une simulation extrêmement complexe, dans laquelle les deux modèles de stratégie ont été exécutés sur les quatre typologies de pays. Pour la simulation, l'équipe de recherche s'est servi du modèle de budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement (MBB). Développé conjointement par la Banque mondiale et l'UNICEF, le MBB est très largement utilisé dans la recherche sur la santé publique internationale. Il s'agit d'un outil puissant utilisé pour la conception et la mise à l'épreuve de stratégies de développement.

Le fondement central du MBB est que la réussite des stratégies repose sur leur aptitude à surmonter les obstacles qui limitent la prestation des services essentiels et la demande de ces services. Côté prestation, les obstacles concernent la disponibilité des produits, l'infrastructure physique et les ressources humaines, ainsi que la proximité des services physiques pour les communautés.

Côté demande, les obstacles sont ceux qui entravent l'utilisation initiale et continue des services par les plus pauvres. Ils incluent des facteurs tels que la distance, le temps et les coûts associés à l'utilisation des services, un manque de sensibilisation et des problèmes de qualité, ainsi que des obstacles d'ordre social et culturel.

À l'aide du MBB, décideurs et chercheurs peuvent simuler diverses configurations de mode de prestation de service pour en élargir l'accès, ainsi que des mesures destinées à en favoriser l'usage. Pour chaque stratégie, le modèle génère l'effet prévisible sur la couverture de l'intervention et les résultats en termes de santé, le coût global et les sorties effectives d'argent impliquées pour les pauvres, ainsi que le rapport coût-efficacité (mesuré par le nombre de décès évité par million de dollars dépensé).

Avant cette étude, le MBB n'avait jamais été appliqué à l'analyse des différences entre les populations les plus et les moins démunies au sein d'un même pays. Environ 180 000 variables liées aux interventions essentielles, aux goulets d'étranglement, aux coûts, à l'incidence des maladies, à la taille de la population et à de nombreux autres facteurs ont été utilisées dans l'exercice de simulation. Parallèlement, l'équipe de recherche et d'autres membres du personnel de l'UNICEF ont continué à passer en revue des centaines d'articles consacrés aux approches axées sur l'équité, ont interrogé des spécialistes externes sur les preuves et la méthodologie et ont passé une journée avec de grands experts et intervenants internationaux auxquels ils ont demandé d'examiner le travail réalisé. Les résultats surprenants de cette étude sont résumés ci-dessous.

Examen des résultats

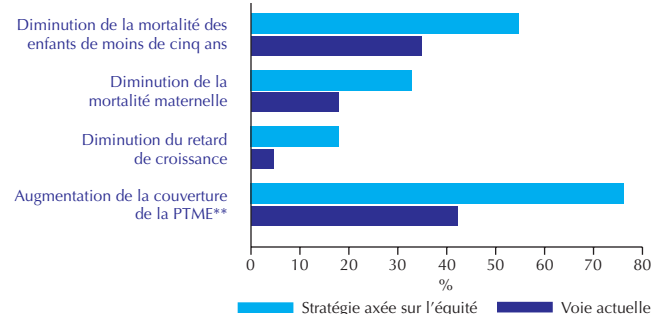
Deux résultats initiaux de l'exercice de simulation se détachent.

En premier lieu, une approche axée sur l'équité accélérera les progrès vers la réalisation des OMD en matière de santé plus rapidement que la voie actuelle.

En second lieu, cette nouvelle approche sera considérablement plus économique et durable que la voie actuelle dans toutes les typologies de pays.

Les gains potentiels en ce qui concerne les OMD sont significatifs. Pour l'ensemble des contextes nationaux et des types de carence, l'approche axée sur l'équité génère les meilleurs résultats en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile, de diminution du retard de croissance et d'accroissement de la couverture des mesures visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (*Figures 1 et 3*). Elle présente en outre l'avantage de réduire les disparités entre les groupes et régions les plus et les moins démunis pour les quatre typologies de pays (*Figures 2a et 2b*) et, dans le même temps, de diminuer les sorties effectives d'argent pour les familles pauvres.

FIGURE 1: CONTRIBUTION DES MODÈLES STRATÉGIQUES POUR LA RÉALISATION DES OMD*



Basée sur l'analyse de 15 pays : Afrique du Sud, Bangladesh, Bénin, Ghana, Honduras, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, Rwanda, Viet Nam et Zimbabwe.

* Ces indicateurs font référence aux OMD en matière de santé 1 (Réduire l'extrême pauvreté et la faim) ; 4 (Réduire la mortalité infantile) ; 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies). La liste complète des OMD en matière de santé et des cibles associées mentionnés dans l'étude se trouve en troisième de couverture de ce compte rendu.

** PTME : fait référence aux interventions destinées à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

L'approche axée sur l'équité présente un rapport coût-efficacité particulièrement impressionnant dans les pays à faibles revenus et à mortalité élevée. Dans ces contextes, pour chaque million de dollar supplémentaire investi, cette approche évite 60 % de plus de décès que la voie actuelle (Figure 4).

Pour s'assurer du bien-fondé de ces conclusions, l'UNICEF a invité, en juillet 2010, de prestigieux chercheurs en santé et économistes internationaux à procéder à une mise à l'épreuve rigoureuse du modèle et à examiner de manière exhaustive son cadre conceptuel, ses hypothèses, ses ressources, sa méthodologie et ses résultats. Cette mise à l'épreuve devrait se poursuivre à mesure que le modèle sera affiné et appliqué à d'autres domaines du développement de l'enfant, notamment l'éducation et la protection de l'enfant.

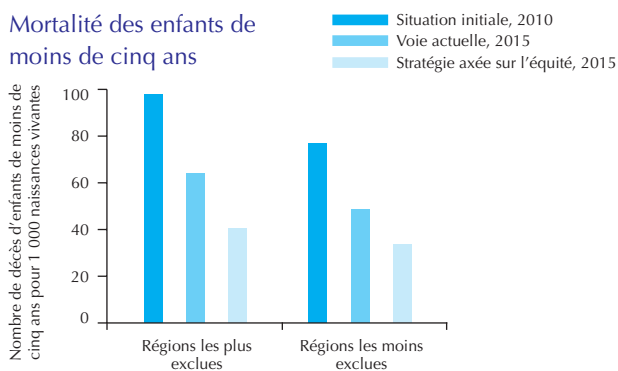
Exemples de considérations de politique initiales

Cette analyse, ainsi que l'examen des publications susmentionnées, suggère l'existence d'une série de considérations de politique initiales extrêmement pertinentes pour l'engagement renouvelé de l'UNICEF à réaliser les OMD en adoptant des approches axées sur l'équité dans son travail. Si les implications élaborées ci-dessous sont probablement mieux adaptées aux soins de santé primaires, elles sont également applicables à de nombreux autres domaines du développement de l'enfant.

Identifier les enfants et les communautés les plus démunis

Les communautés les plus pauvres et les plus marginalisées ne font pas l'objet d'une évaluation systématique et sont souvent oubliées lors de l'établissement des plans de développement nationaux et de l'attribution des ressources. Elles sont également les moins susceptibles de faire entendre leur voix dans les forums décisionnels mondiaux et nationaux. La subdivision des données nationales permettant d'identifier ces groupes et d'évaluer les facteurs d'exclusion est fondamentale pour concevoir des solutions équitables.

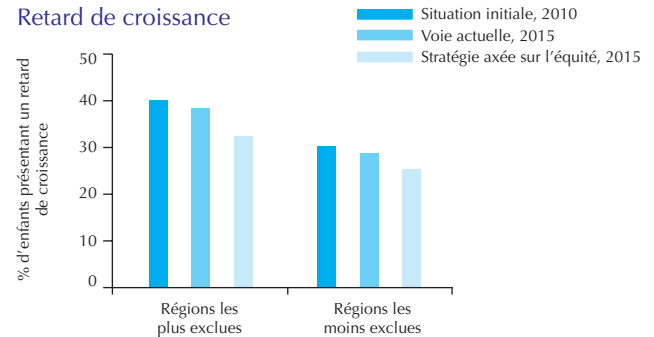
FIGURE 2a: EFFET PRÉVU DES MODÈLES STRATÉGIQUES SUR LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS



Basée sur l'analyse de 15 pays : Afrique du Sud, Bangladesh, Bénin, Ghana, Honduras, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, Rwanda, Viet Nam et Zimbabwe.

Les régions les plus et les moins exclues de chaque pays sont déterminées par les niveaux de couverture des services de soins de santé primaires essentiels.

FIGURE 2b: EFFET PRÉVU DES MODÈLES STRATÉGIQUES SUR LE RETARD DE CROISSANCE



Basée sur l'analyse de 15 pays : Afrique du Sud, Bangladesh, Bénin, Ghana, Honduras, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, Rwanda, Viet Nam et Zimbabwe.

Les régions les plus et les moins exclues de chaque pays sont déterminées par les niveaux de couverture des services de soins de santé primaires essentiels.

Plusieurs mesures sont actuellement disponibles pour identifier les enfants les plus démunis. Celles-ci incluent la mesure de la pauvreté des enfants, utilisée à l'origine par le défunt Peter Townsend et l'Université de Bristol; l'indice de pauvreté multidimensionnel récemment élaboré par l'Oxford Poverty and Human Development Initiative et la mesure de l'écart de couverture du Compte à rebours 2015. Toutes ces mesures ont considérablement bénéficié de l'essor des enquêtes auprès des ménages telles que les enquêtes démographiques et sanitaires et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples.

Le potentiel de progrès supplémentaires dans la collecte de données s'accroît rapidement. Certains gouvernements nationaux, tels que ceux de l'Inde et du Brésil, fournissent une subdivision plus poussée des données relatives à la survie et au développement des enfants. Les enquêtes auprès des ménages fondées sur la population constituent une importante source de données sur les disparités, qui n'a pas encore été totalement exploitée. Les nouvelles technologies, telles que les SMS, facilitent une collecte plus rapide et étendue des données pour et par les communautés pauvres et marginalisées. Des investissements supplémentaires dans la collecte et l'analyse des données renforceront la base d'une action axée sur l'équité aux niveaux national et sous-national.

Investir dans des interventions éprouvées et économiques

Les interventions les plus efficaces dans les domaines de la santé et de la nutrition sont déjà bien connues. Investir dans ces interventions – regroupées sous forme de trains de mesures – est un moyen éprouvé et économique d'empêcher les décès et de réduire le retard de croissance.

Dans l'éducation, la suppression des frais de scolarité, les transferts de fonds aux familles pauvres et la mise en œuvre de programmes relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les écoles sont les principales mesures connues pour stimuler l'inscription et la fréquentation scolaires.

Des solutions existent également pour faire face au problème des réseaux d'eau et d'assainissement insuffisants dans les communautés pauvres. Certaines initiatives communautaires ont encouragé

avec succès les foyers à utiliser des réseaux d'assainissement améliorés et à mettre fin à la pratique de défécation à l'air libre. Des technologies abordables, telles que les puits forés à la main et les pompes fabriquées localement, permettent de rendre accessible l'approvisionnement en eau. La promotion de pratiques hygiéniques, telles que le lavage des mains avec du savon et le traitement de l'eau potable domestique, permettent aux pauvres d'assumer le contrôle de ces facteurs essentiels pour leur santé.

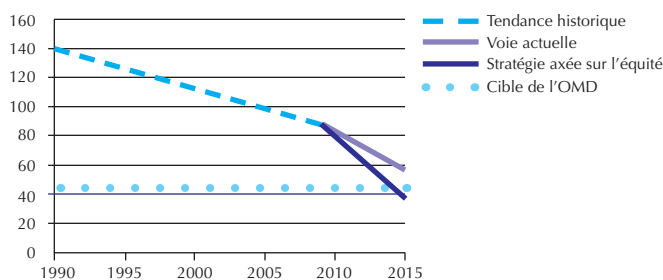
Les méthodes éprouvées destinées à prévenir la transmission du VIH incluent l'éducation et les services de santé qui transmettent des connaissances complètes et des aptitudes à la vie quotidienne aux jeunes, en particulier les filles, bien plus sensibles au virus que les garçons ; l'utilisation correcte et constante des préservatifs et les mesures visant à prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant. La décentralisation des services VIH, en particulier la thérapie antirétrovirale, a considérablement favorisé l'élargissement de l'accès au traitement du VIH.

Franchir les goulets d'étranglement et les obstacles

Les stratégies d'investissement actuelles pour la réalisation des OMD sont fortement axées sur l'élimination des obstacles à la fourniture de services, notamment pour les pauvres et les marginalisés. Cependant, l'élimination des obstacles à l'utilisation des services, tels que les normes sociales et culturelles, le temps et la distance nécessaires pour atteindre des services essentiels, leur qualité inégale et la faible sensibilisation aux soins parmi les communautés pauvres, a fait l'objet d'une attention bien moindre.

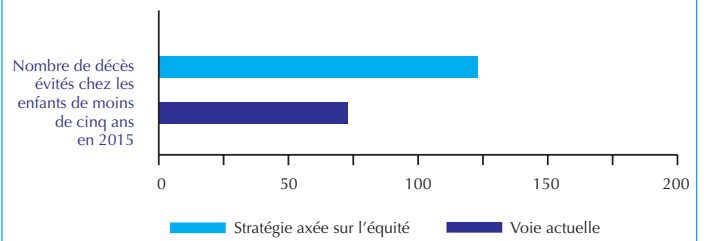
Les approches axées sur l'équité peuvent accélérer les progrès en complétant les efforts visant à faire augmenter les produits de base et les ressources humaines par des mesures qui encouragent les familles pauvres à demander et à utiliser les services essentiels. Des mécanismes de financement novateurs, tels que les transferts de fonds, peuvent aider à surmonter les obstacles financiers directs et indirects. Des solutions d'information, d'éducation et de communication sont disponibles pour surmonter les obstacles culturels et sociaux. Des services mobiles et de proximité, ainsi que l'usage innovant de la technologie mobile, peuvent fortement diminuer le temps et la distance nécessaires pour l'obtention des services.

FIGURE 3: CONTRIBUTION DES MODÈLES STRATÉGIQUES À LA RÉALISATION DE L'OMD 4



Basée sur l'analyse de 15 pays : Afrique du Sud, Bangladesh, Bénin, Ghana, Honduras, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, Rwanda, Viet Nam et Zimbabwe.

FIGURE 4: RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DES MODÈLES STRATÉGIQUES* (Nombre de décès évités par million de dollars investi)



* Basée sur l'analyse de quatre pays à faibles revenus et mortalité élevée : Mali, Niger, Ouganda et Rwanda.

Par-dessus tout, les décideurs doivent continuer à rechercher des solutions pratiques pour surmonter des obstacles bien ancrés, en continuant à se poser une question fondamentale : quels obstacles continuent à empêcher les enfants et les familles pauvres d'accéder aux services et de les utiliser ?

Le partenariat avec les communautés

Le développement d'établissements de qualité, bien dotés en ressources et bénéficiant d'un personnel adapté est la pierre angulaire de la construction de systèmes nationaux solides dans les domaines de la santé et de l'éducation. Cependant, dans les communautés les plus reculées, exclues des services essentiels par la distance, le coût ou simplement l'indifférence, permettre aux familles d'avoir un accès régulier à des soins de proximité ou communautaires pourrait s'avérer le moyen le plus favorable d'améliorer la santé environnementale et de lutter contre la maladie et la sous-nutrition à court ou moyen terme. Les soins en établissement sont chers; les solutions de proximité et communautaires sont d'un très bon rapport coût-efficacité et, plus important encore, ouvertes à tous.

L'engagement des communautés est également vital, non seulement dans la prestation des services, mais également dans leur utilisation et dans la promotion de pratiques et de comportements de santé améliorés. Le lavage des mains avec du savon est la mesure dont les effets sont les plus importants sur la réduction de la diarrhée, diminuant le nombre de cas de près de 40 %. L'allaitement précoce et exclusivement au sein, l'une des méthodes de prévention les plus efficaces pour sauver la vie des enfants, pourrait permettre d'éviter 13 % de l'ensemble des décès des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. La promotion de ce type de mesures au niveau communautaire pourrait accélérer les progrès vers l'OMD 4 à un rythme plus rapide que jamais.

L'engagement des communautés dans la santé, l'éducation et la protection de leurs enfants présente des avantages qui vont bien au-delà des améliorations mesurables en termes de résultats de développement de l'enfant. Ce type de partenariat peut également aider à surmonter d'autres obstacles bien ancrés et pernicieux, notamment la discrimination fondée sur le sexe, l'ethnicité, l'invalidité, la contamination par le VIH, ou les stigmates qui excluent les femmes et les enfants des services essentiels et de la protection.

Les programmes axés sur la communauté démarrent souvent timidement et font face à de sérieux problèmes, en particulier pour retenir et motiver leur personnel. Il convient de ne pas suspendre ces initiatives lorsque les difficultés apparaissent, mais plutôt de les soutenir et de mieux les cibler. De nombreuses initiatives mises en œuvre dans le monde en développement (l'approche diagonale vers les soins de santé au Mexique, le Programme de santé familiale et l'initiative *Bolsa Escola* au Brésil, le Programme d'extension sanitaire en Éthiopie, les Travailleuses de la santé au Pakistan, ainsi que de très nombreuses autres initiatives) ont mis en évidence l'immense potentiel des programmes axés sur la communauté. Plus important encore, ils prouvent que la transposition à grande échelle de ces interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour les pauvres au niveau de la communauté, complétée par des initiatives de protection sociale, ne va pas à l'encontre des systèmes nationaux mais peut au contraire aider à les construire.

Maximiser l'impact des ressources disponibles

L'article 4 de la Convention relative aux droits de l'enfant demande aux gouvernements de prendre des mesures visant à assurer le respect des droits des enfants « dans toutes les limites des ressources dont ils disposent ». Le rapport coût-efficacité est un critère essentiel pour décider de l'attribution des priorités dans la dotation des financements pour la survie et le développement de l'enfant.

Conclusions

Les recommandations émises ici sont issues d'un travail en cours et nécessiteront une analyse plus approfondie et une attention plus poussée à mesure de leur évolution. Cependant, même à ce stade initial, les travaux entrepris jusqu'à présent suggèrent que des interventions majeures sont possibles pour atteindre les enfants les plus pauvres et les plus vulnérables en recentrant nos énergies et nos investissements sur l'élimination des obstacles qui les excluent.

Ces constatations sont significatives et ont été rigoureusement examinées et réexaminées. Toutefois, elles doivent être interprétées de façon judicieuse. L'étude est fondée sur des modèles et non sur des prévisions de l'avenir. Elle n'est pas synonyme des stratégies d'équité spécifiques que l'UNICEF devra adopter dans le large éventail de pays dans lesquels nous travaillons. Elle ne doit pas non plus être interprétée comme une critique des stratégies en cours, qui ont grandement contribué aux progrès historiques déjà réalisés vers les OMD.

Cependant, les résultats suggèrent qu'un recentrage des efforts sur une approche fondée sur l'équité est correct, tant dans le principe que dans la pratique. Dans le principe, il reflète le précepte d'universalité exprimé dans la Convention, et est intrinsèque à la réalisation de l'éducation primaire universelle (OMD 2) et à la prévention des maladies graves.

Compte tenu du climat économique mondial actuel, une utilisation judicieuse des ressources disponibles pour stimuler les progrès vers les OMD avec équité est impérative. Les approches très fortement axées sur les enfants les plus pauvres et les plus démunis, ainsi que sur les mesures éprouvées et économiques visant à réduire les obstacles auxquels ils sont confrontés pour accéder aux services essentiels et les utiliser, sont adaptées à ce contexte.

La réduction des sorties effectives d'argent pour les plus pauvres est également un élément central d'une approche efficace axée sur l'équité. Les foyers pauvres consacrent une part élevée de leurs ressources aux soins de santé et à l'éducation. S'ils sont excessifs, ces frais peuvent avoir des effets nocifs. Les familles sont souvent incapables de s'offrir les services essentiels pour leurs enfants, même lorsque ceux-ci sont disponibles. Et lorsqu'ils finissent par les utiliser, ils le font souvent aux dépens d'autres éléments essentiels au bien-être des enfants, tels que la nourriture et l'eau propre.

De nombreux pays tentent de surmonter ce problème en concevant des politiques et des stratégies visant à réduire les coûts directs et indirects associés à ces services. Les mécanismes de protection sociale, notamment les transferts de fonds, l'assurance maladie et d'autres formes d'assistance, sont largement et de plus en plus souvent acceptés comme des moyens vitaux de protéger les familles marginalisées des chocs externes et de les inciter à s'assurer que leurs enfants utilisent les services essentiels.

Dans la pratique, une approche axée sur l'équité a le potentiel d'accélérer les progrès vers les OMD en matière de santé pour les enfants aux niveaux national et local, et de sauver bien plus de vies que les approches actuelles par rapport aux ressources dépensées.

La mise en œuvre d'approches fondées sur l'équité nécessitera du courage, de la détermination et des efforts substantiels. Et comme la plupart des choses qui en valent la peine, elle sera difficile. Mais au regard des preuves apportées par cette nouvelle étude et de l'expérience de l'UNICEF, c'est un défi qui peut être relevé.

Les OMD en matière de santé auxquels cette étude fait référence sont les suivants :

OBJECTIF 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

CIBLE 1C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

OBJECTIF 4 : Réduire la mortalité infantile

CIBLE 4A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

OBJECTIF 5 : Améliorer la santé maternelle

CIBLE 5A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

CIBLE 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

OBJECTIF 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

CIBLE 6A : D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du virus du VIH/SIDA et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

CIBLE 6B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/SIDA

CIBLE 6C : D'ici à 2015 avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle

OBJECTIF 7 : Préserver l'environnement

CIBLE 7C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base

UNICEF
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis

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

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Septembre 2010