

Accélération des efforts entrepris pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable en matière de santé maternelle et de mortalité de l'enfant

Rapport du Directeur général

INTRODUCTION

1. Alors qu'il ne reste que six ans, de nombreux pays ne sont toujours pas en bonne voie pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable visant à réduire la mortalité de la mère et de l'enfant d'ici 2030. La cible 3.1 consiste à ramener le taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes ; or, 46 pays devraient afficher un ratio supérieur à 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030, soit plus du double du niveau fixé par cette cible. La cible 3.2 consiste à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus. Or, 63 pays ne sont pas en bonne voie pour atteindre la cible relative à la mortalité néonatale d'ici à 2030 et 54 pays ne sont pas en bonne voie pour atteindre la cible relative à la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici à 2030. Il est essentiel d'investir dans les soins de santé primaires, d'opérer une réorientation radicale vers cette approche et de remédier à la pénurie de personnels de santé et d'aide à la personne. Il est encore possible d'accélérer les efforts pour atteindre les cibles fixées pour 2030, comme le montre l'impact de la mise en œuvre à plus grande échelle de stratégies et de solutions visant à prévenir la mortalité de la mère et de l'enfant dans un certain nombre de pays.

TENDANCES ACTUELLES

2. En 2020, le taux mondial de mortalité maternelle était estimé à 223 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce qui signifie que 287 000 femmes sont décédées d'une cause liée à la maternité. Entre 2016 et 2020, une seule Région de l'OMS (la Région de l'Asie du Sud-Est) a enregistré une baisse significative de la mortalité maternelle. Deux régions de l'OMS (la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale) n'ont enregistré ni augmentation ni diminution de la mortalité maternelle. Dans trois Régions de l'OMS (la Région européenne, la Région des Amériques et la Région du Pacifique occidental), le taux de mortalité maternelle a augmenté de manière statistiquement significative entre 2016 et 2020. En 2020, plus de quatre pays sur cinq dans le monde n'étaient pas en bonne voie pour parvenir à mettre un terme aux décès maternels évitables, conformément à la cible 3.1 des objectifs de développement durable.

3. Le taux de mortinatalité est un marqueur important de la qualité des soins pendant la grossesse et l'accouchement. Le cible fixée dans le Plan d'action « Chaque nouveau-né » pour 2030 est de 12 mortinaissances ou moins pour 1000 naissances vivantes. En 2021, près de 1,9 million de nourrissons étaient mort-nés à 28 semaines de gestation ou plus, pour un taux mondial de mortinatalité de 13,9 mortinaissances pour 1000 naissances. Comptant pour les trois quarts du total des mortinaissances, l'Afrique subsaharienne (21 pour 1000 naissances) et l'Asie centrale et l'Asie du Sud (16 pour 1000 naissances) affichent la charge de mortinaissances la plus élevée.

4. En 2021, environ 2,3 millions de nourrissons sont morts au cours de leur premier mois de vie, soit près de 47 % des décès d'enfants de moins de 5 ans cette année-là. Les principales causes de mortalité néonatale sont la naissance prématurée et les complications associées à l'accouchement (asphyxie néonatale/traumatismes à la naissance), les infections des voies respiratoires inférieures, les anomalies congénitales, le sepsis néonatal et la méningite néonatale. Les anomalies congénitales sont responsables de près de 5 % de la mortalité néonatale et affichent un pourcentage plus élevé dans les pays où le taux de mortalité néonatale est faible, pouvant atteindre jusqu'à 20 %. Dans les pays où le taux de mortalité néonatale est élevé, les infections néonatales représentent un pourcentage plus élevé des décès néonataux.

5. En 2020, on estimait le taux de naissances prématurées à 9,9 pour 100 naissances vivantes, pour un total estimé à 13,4 millions de naissances prématurées cette année-là. Ce chiffre est comparable aux 13,8 millions de naissances prématurées estimées pour l'année 2010, ce qui montre qu'il n'y a pas eu d'évolution significative du nombre de naissances prématurées au cours de la dernière décennie. La prématurité reste la principale cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le monde.

6. En 2021, 5 millions d'enfants sont décédés avant l'âge de 5 ans, dont 2,7 millions d'enfants âgés de 1 à 59 mois. À l'échelle mondiale, le taux de mortalité des enfants âgés de 1 à 59 mois est de 21 décès pour 1000 enfants âgés de 28 jours. C'est en Afrique subsaharienne que les enfants âgés de 1 à 59 mois sont les plus à risque, avec un taux de mortalité de 48 décès pour 1000, soit plus du double du taux mondial. En ce qui concerne la cible proposée pour atteindre d'ici à 2030 un taux de mortalité mondial chez les enfants âgés de 1 à 59 mois de 13 décès pour 1000 enfants âgés de 28 jours, 42 pays sont actuellement en retard et ont besoin d'une aide urgente pour atteindre cette cible. Les principales causes de décès chez les enfants âgés de 1 à 59 mois dans le monde restent les infections respiratoires aiguës (y compris la pneumonie), la diarrhée et le paludisme.

7. En 2022, dans le monde, 148,1 millions d'enfants de moins de 5 ans présentaient un retard de croissance, 45 millions étaient émaciés et 37 millions en surpoids. Le retard de croissance n'a cessé de diminuer dans le monde au cours de la dernière décennie. En 2022, 22,3 % des enfants de moins de 5 ans étaient concernés et 72 % d'entre eux vivaient dans la Région de l'Asie du Sud-Est (34 % de la part mondiale) et dans la Région africaine (38 % de la part mondiale). En 2022, on estime que 6,8 % des enfants de moins de 5 ans étaient touchés par l'émaciation, dont 13,7 millions (2,1 %) souffraient d'émaciation sévère. Plus de la moitié des enfants souffrant d'émaciation sévère vivent dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 17 % dans la Région africaine. Les niveaux actuels d'obésité persistent depuis une vingtaine d'années dans presque toutes les régions. À l'échelle mondiale, environ 37 millions d'enfants de moins de 5 ans sont actuellement en surpoids, soit une augmentation de près de 4 millions depuis 2000.

8. Les inégalités dans le développement du jeune enfant sont répandues dans le monde entier. Par exemple, selon une analyse récente des données d'enquêtes auprès des ménages menées dans 95 pays à revenu faible ou intermédiaire, le pourcentage d'enfants dont le développement n'est pas en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial (indicateur 4.2.1 des objectifs de développement durable) dans ces 95 pays est supérieur de plus de 20 points de pourcentage dans les pays à faible revenu par rapport aux pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (38,7 % contre 18,0 %).

9. À l'échelle mondiale, les taux de mortalité de l'enfant et de l'adolescent sont les plus élevés chez les enfants de moins de 5 ans, diminuent pour atteindre un faible taux chez les adolescents de 10 à 14 ans, puis augmentent à nouveau. En 2021, les taux de mortalité mondiaux s'établissaient à 38 décès pour 1000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 5 ans, 3 décès pour 1000 enfants âgés de 5 à 9 ans et pour 1000 jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans. Chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, le taux était légèrement plus élevé, à 5 décès pour 1000, en raison d'une mortalité accrue due à des traumatismes, qu'ils soient intentionnels ou non. Entre 1990 et 2021, les taux de mortalité ont diminué dans toutes les tranches d'âge chez les enfants et les adolescents, le groupe des adolescents âgés de 15 à 19 ans enregistrant le taux de réduction le plus faible.

10. Le taux mondial de natalité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans était de 41,3 naissances pour 1000 filles en 2023, contre 47,2 en 2015. Il a également diminué pour les filles âgées de 10 à 14 ans, passant de 1,8 naissance pour 1000 filles en 2015 à 1,5 en 2023.

11. Environ 8 % des jeunes enfants (5 à 9 ans) et 14 % des adolescents (10 à 19 ans) dans le monde présentent un trouble mental. L'anxiété est le trouble mental le plus répandu chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans : ils sont 4,6 % à présenter un trouble anxieux et les filles enregistrent des taux plus élevés.

12. D'après le *Rapport mondial de situation sur l'activité physique 2022* de l'OMS, plus des trois quarts des pays ont déclaré effectuer une surveillance nationale de l'activité physique chez les enfants et les adolescents. Dans les pays concernés, on estime que plus de 80 % des adolescents n'ont pas une activité physique conforme aux lignes directrices pour la santé formulées par l'OMS.

PROGRÈS VERS LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS CLÉS

13. En 2020, 966 millions de femmes en âge de procréer dans le monde avaient recours à un moyen de contraception, dont 874 millions utilisaient une méthode contraceptive moderne et 92 millions une méthode traditionnelle. La proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) ayant recours à des méthodes de planification familiale modernes (indicateur 3.7.1 des objectifs de développement durable) ressortait à 77 % à l'échelle mondiale, soit une hausse de 10 % par rapport à 1990. L'Afrique subsaharienne affiche l'un des taux les plus faibles au monde (56 %), bien qu'il y ait progressé plus rapidement que dans toutes les autres régions, puisqu'il a plus que doublé depuis 1990. Bien que cette proportion ait augmenté pour les adolescentes (15 à 19 ans) dans le monde entier, passant de 45 % en 2000 à 61 % en 2020, elle reste faible par rapport aux chiffres rapportés pour les groupes plus âgés.

14. Pour mesurer la dimension « couverture des services » de la couverture sanitaire universelle (indicateur 3.8.1 des objectifs de développement durable), on considère un indice composite représentatif des services de santé essentiels. Cet indice comporte des indicateurs relatifs à la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, aux maladies infectieuses, aux maladies non transmissibles, ainsi qu'à la capacité d'accueil et à l'accessibilité des services de santé. Depuis 2000, les améliorations les plus significatives de la couverture des services ont été observées dans la composante « maladies infectieuses », dont la progression ressort à 7 % par an en moyenne. En revanche, les scores des autres composantes (maladies non transmissibles ; santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; et capacité d'accueil et l'accessibilité des services de santé) n'ont enregistré qu'une augmentation graduelle (1 % ou moins par an) avant 2015, suivie d'améliorations minimales ou nulles ces dernières années.

15. Il ressort de l'examen de 16 interventions clés dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant,¹ fondé sur les données de 136 pays à revenu faible ou intermédiaire pour la période 2017-2022, qu'on est loin d'assurer une couverture universelle à leur sujet, les déficits les plus marqués concernant les services de planification familiale, l'allaitement au sein et le traitement des maladies de l'enfant.

16. L'indice composite de la couverture en matière de santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui est dérivé des données d'enquêtes auprès des ménages de 89 pays pour l'essentiel à revenu faible ou intermédiaire menées entre 2011 et 2020, est différent de la composante santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de l'indice de couverture des services en vue de la couverture sanitaire universelle et est très utile pour évaluer les inégalités. Il s'agit de la moyenne pondérée de huit indicateurs répartis en quatre étapes le long de la continuité des soins.² Des taux de couverture plus élevés pour les interventions en matière de santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ont été observés chez les personnes vivant dans des ménages plus riches (couverture médiane de 73 % dans le quintile le plus riche contre 58 % dans le quintile le plus pauvre dans 88 pays) ; chez les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé (couverture médiane de 71 % chez les personnes ayant fait des études secondaires ou supérieures contre 56 % chez celles n'ayant pas fait d'études dans 78 pays) ; et chez celles qui vivent dans les zones urbaines (couverture médiane de 70 % contre 63 % dans les zones rurales dans 89 pays).

17. Il ressort également des dernières estimations de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance que, depuis la pandémie de coronavirus (COVID-19), la couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche a presque retrouvé son niveau de 2019, ce qui n'est pas le cas de la couverture par le vaccin antirougeoleux. Le taux mondial de couverture par la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux est passé de 81 % en 2021 à 84 % en 2022. La proportion d'enfants bénéficiant d'une première dose de vaccin antirougeoleux est passée de 81 % en 2021 à 83 % en 2022, mais reste en deçà des 86 % enregistrés en 2019. Le nombre d'enfants qui ne sont pas vaccinés (ceux que l'on appelle les enfants zéro dose) est passé de 18,1 millions en 2021 à 14,3 millions en 2022, soit un niveau presque aussi faible qu'avant la pandémie en 2019 (12,9 millions).

OBSTACLES À LA RÉALISATION DES CIBLES RELATIVES À LA MORTALITÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT À L'HORIZON 2030

18. On s'accorde de plus en plus à reconnaître que les agents de santé communautaires sont efficaces pour dispenser toute une gamme de services préventifs, curatifs et promotionnels liés à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. En 2019, l'Assemblée de la Santé a adopté la

¹ Les 16 interventions sont les suivantes : traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH ; consultations postnatales pour nourrissons ; vaccination par le vaccin antirotavirus ; personnels de santé qualifiés pour l'accouchement ; protection contre le tétanos néonatal ; soins prénatals (quatre consultations au moins) ; consultations maternelles postnatales ; utilisation par la population au moins de services d'eau potable de base ; demande de soins pour les enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie ; mise au sein précoce ; allaitement exclusif au sein (jusqu'à l'âge de 6 mois) ; méthodes contraceptives modernes pour répondre à la demande de planification familiale ; thérapie de réhydratation orale pour le traitement de la diarrhée chez l'enfant de moins de 5 ans ; poursuite de l'allaitement au sein (pour la première année) ; vaccination au moyen de la première dose de vaccin à valence rougeole ; et vaccination avec la troisième dose de vaccin à valences diphtérie, tétanos et coqueluche à l'âge d'un an.

² Santé reproductive (méthodes contraceptives modernes pour répondre à la demande de planification familiale) ; santé maternelle (couverture par les soins prénatals avec au moins une consultation et accouchement en présence de personnel qualifié) ; vaccination de l'enfant (bacille de Calmette-Guérin, rougeole et diphtérie, anatoxine tétanique et coqueluche) ; et prise en charge des maladies de l'enfant (thérapie de réhydratation orale pour la diarrhée et recours aux soins pour les cas suspects de pneumonie).

résolution WHA72.3, dans laquelle elle soulignait « que les agents de santé communautaires contribuent à instaurer un accès équitable à des services de santé sûrs et complets dans les zones urbaines et rurales et à réduire les inégalités, y compris celles relatives au lieu de résidence, au sexe, à la formation et au statut socioéconomique, ainsi qu'à mobiliser les communautés bénéficiaires et à gagner leur confiance ». Cependant, les niveaux d'accompagnement fournis aux agents de santé communautaires et leur intégration dans les systèmes de santé sont inégaux d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays.

19. Les obstacles à l'accès aux soins de santé et à la réalisation des cibles des objectifs de développement durable à l'horizon 2030 en matière de mortalité de la mère et de l'enfant sont multifactoriels. Outre les problèmes d'organisation et les faiblesses du système de santé dans son ensemble, d'autres facteurs entrent en ligne de compte, comme la méconnaissance des besoins et des soins disponibles ; les dépenses de santé à la charge des patients ; l'éloignement des établissements de santé ; l'inadéquation des infrastructures de santé ; le manque d'accès adéquat à des médicaments, des équipements et des produits de qualité ; et la pénurie de personnels de santé et d'aide à la personne compétents. Même si les sages-femmes, lorsqu'elles sont en nombre suffisant, parfaitement formées, encadrées et intégrées au sein d'une équipe interdisciplinaire, peuvent fournir environ 90 % des services nécessaires en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, elles représentent moins de 10 % du personnel de santé mondial ; d'ici à 2030, on estime qu'il manquera 750 000 sages-femmes. Pour que la mise à l'échelle des interventions qui sauvent des vies soit réussie et équitable, il faut investir dans la formation, l'emploi et le maintien en place des personnels de santé. Pour que le potentiel des sages-femmes et des agents de santé communautaires soit pleinement exploité, il faut qu'ils soient pleinement intégrés dans des équipes interdisciplinaires et multiprofessionnelles qui les soutiennent.

20. Selon les estimations, 8 millions de nouveau-nés naissent chaque année avec une malformation congénitale, qui cause le décès d'environ 240 000 d'entre eux au cours du premier mois de vie. Néanmoins, la prévention et la prise en charge efficaces des malformations congénitales font partie des services de santé courants et davantage pourrait être fait pour renforcer la détection, le traitement et la prise en charge des malformations congénitales, améliorant ainsi la survie et la qualité de vie des enfants.

21. Par ailleurs, le fait que la mauvaise santé et le handicap des mères ne sont pas seulement des problèmes médicaux, mais aussi des problèmes sociaux résultant d'une interaction complexe de facteurs, n'est pas suffisamment reconnu. Même si les décès évitables de millions de femmes chaque décennie peuvent être dus aux complications biomédicales de la grossesse, de l'accouchement et de la période du post-partum (par exemple, hémorragie du post-partum, troubles tensionnels de la grossesse, infection ou avortement), il est de plus en plus évident que les inégalités persistantes en matière de santé mondiale et de développement socio-économique contribuent de manière significative à la mauvaise santé maternelle. Au total, 121 des 185 pays analysés en sont restés au même stade de transition de la mortalité maternelle depuis 2000, malgré les efforts continus déployés au niveau mondial pour s'attaquer aux causes biomédicales des décès maternels.

22. La mauvaise qualité des soins est reconnue comme un obstacle majeur à la réduction de la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Les données provenant de différents pays révèlent systématiquement des lacunes dans la qualité des soins de santé dispensés à divers groupes de population. Par exemple, plus de 8 millions de personnes meurent chaque année dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à cause d'affections qui devraient pouvoir être prises en charge par leurs systèmes de santé. Il est choquant de constater que 60 % de ces décès sont dus à une qualité de soins insuffisante, tandis que les autres décès résultent d'une sous-utilisation des services de santé. Un système de santé solide et de qualité peut éviter chaque année un million de décès de nouveau-nés et la moitié de tous les décès maternels.

23. Les mères et les enfants sont particulièrement vulnérables aux changements climatiques. Entre 2030 et 2050, la crise climatique devrait causer environ 250 000 décès supplémentaires par an, avec d'importantes conséquences à long terme sur la santé des populations. Un corpus de connaissances de plus en plus fourni établit un lien entre changements climatiques et effets néfastes sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui risquent d'aggraver les niveaux de mortalité. La grossesse augmente la vulnérabilité à la chaleur, aux maladies infectieuses et à la pollution de l'air. En outre, compte tenu de leur immaturité physiologique et de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons et les enfants ont des modes spécifiques d'exposition et de sensibilité aux risques climatiques.

UNE ACCÉLÉRATION POUR ATTEINDRE LES CIBLES RELATIVES À LA MORTALITÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT À L'HORIZON 2030 EST POSSIBLE

24. De nombreuses données sont disponibles sur les interventions efficaces pour surveiller et améliorer la santé et le bien-être de la femme et de l'enfant. Des stratégies ont été élaborées qui intègrent ces données afin d'aider les pays à repérer les interventions à fort impact qu'ils doivent intégrer dans leurs plans nationaux pour le secteur de la santé, à savoir : la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) ; l'Initiative tendant à mettre un terme à la mortalité maternelle évitable ; le Plan d'action « Chaque nouveau-né » ; la feuille de route pour lutter contre l'hémorragie du post-partum entre 2023 et 2030 ; l'Appel à l'action pour la survie de l'enfant ; et l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents. Les pays qui ne sont pas en bonne voie pour atteindre les cibles relatives à la mortalité de la mère et de l'enfant à l'horizon 2030 pourraient accélérer les progrès en direction des cibles nationales et mondiales en matière de santé en adoptant ces stratégies et en les mettant en œuvre à grande échelle.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

25. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport et à fournir d'autres orientations sur les mesures qui pourraient être prises, notamment en répondant aux questions ci-dessous :

- Quelles mesures les États Membres recommandent-ils pour accélérer les progrès vers la réalisation des cibles des objectifs de développement durable suivantes :
 - Cible 3.1 (réduire la mortalité maternelle) ?
 - Cible 3.2 (éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants et réduire la mortalité néonatale) ?
- Selon les États Membres, quel rôle le Secrétariat de l'OMS devrait-il jouer pour appuyer ces actions ?

= = =