

# VIES EN PÉRIL

Programme pour en finir avec  
la mortalité évitable chez l'enfant

Save the Children  
**EVERY  
ONE**



Photo de couverture : Babygirl, 21 ans, assise sur son lit avec Margaret, son bébé âgé de trois jours, dans un nouveau centre d'accueil maternel construit par Save the Children à la clinique de Worhn, région de Margibi (Libéria). Dans les zones rurales, les femmes enceintes et les mères doivent parcourir jusqu'à huit heures de marche pour atteindre le centre de soins le plus proche. Le centre d'accueil maternel héberge les femmes enceintes dans la clinique pendant la dernière semaine avant l'accouchement afin d'assurer qu'elles reçoivent les soins professionnels appropriés dont elles ont besoin.

(Photo : Jonathan Hyams/Save the Children)

# **VIES** EN PÉRIL

Programme pour en finir avec  
la mortalité évitable chez l'enfant



**Save the Children**

Save the Children est la principale organisation indépendante pour les enfants dans le monde. Nous travaillons dans quelque 120 pays. Nous sauvons des vies d'enfants ; nous nous battons pour leurs droits ; nous les aidons à réaliser leur potentiel.

## Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Smita Baruah, Steve Haines, Ben Hewitt, Louise Holly, Paul Jensen, Robert Johnson, Patrick Watt et Simon Wright, avec le concours de Michel Anglade, Kitty Arie, Krista Armstrong, Lara Brearley, Michael Kiernan, Grace Kite, Michael Klosson, Karin Lapping, David Oot, Nora O'Connell et David Olayemi. Nous sommes reconnaissants envers nos collègues de Save the Children en Afghanistan, au Bangladesh, en Éthiopie, en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Nigeria, au Pakistan et en Sierra Leone pour leur contribution.

Nous remercions Kimberly Adis et Michael Amaditz pour la direction artistique et le graphisme.

Nous remercions tout particulièrement Vishna Shah pour la gestion du projet.

Publié par Save the Children  
St Vincent House  
30 Orange Street  
London WC2H 7HH  
Royaume-Uni  
[www.savethechildren.net](http://www.savethechildren.net)  
[www.everyone.org](http://www.everyone.org)

Première parution en 2013

Copyright © Save the Children Association 2013

Publié par Save the Children Association, organisme suisse à but non lucratif constitué pour une durée illimitée en vertu des articles 60-79 du Code civil suisse.

Cette publication est protégée par un droit d'auteur, mais elle peut être reproduite par quelque moyen que ce soit, gratuitement et sans autorisation préalable, à des fins pédagogiques mais non à des fins commerciales. La reproduction dans toutes autres circonstances nécessite l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur, et pourra donner lieu au versement de droits d'auteur.

Mise en page par Kimberly Adis  
Imprimé par Page Bros Ltd  
Traduit par Philippe Galinier

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	3
INDICE <b>EVERY ONE</b>	8
ANNEXE I: MÉTHODOLOGIE DE L'INDICE <b>EVERY ONE</b>	10
NOTES	13



PHOTO : AMERTI LEMMASAVETHE CHILDREN

# VIES EN PÉRIL :

## PROGRAMME POUR EN FINIR AVEC LA MORTALITÉ ÉVITABLE CHEZ L'ENFANT

### RÉSUMÉ

En 2000, le monde a adopté un ensemble d'objectifs hardis et ambitieux : les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations unies. Parmi eux figuraient des engagements à réduire la pauvreté de moitié, à scolariser chaque enfant, et à faire baisser considérablement la mortalité infantile et maternelle d'ici 2015.

À deux ans de la date butoir pour ces objectifs, d'extraordinaires avancées ont été effectuées vers la réalisation des OMD. Aujourd'hui, par rapport à la génération précédente, des millions de personnes en moins vivent dans la pauvreté extrême, la plupart des enfants terminent leur éducation primaire, et la faim a été réduite de plus d'un tiers. La preuve la plus convaincante des progrès réalisés réside peut-être dans le fait que 90 millions de vies humaines auraient été fauchées si les taux de mortalité infantile étaient restés aux niveaux de 1990, année de référence pour les objectifs.

Les améliorations récentes dans la santé de l'enfant ont été remarquables. 25 pays, dont beaucoup figurent parmi les pays les plus démunis et à forte charge de morbidité, ont d'ores et déjà atteint l'objectif de réduction des deux tiers de leurs taux de mortalité infantile d'ici 2015 : l'Éthiopie, la Tanzanie, le Bangladesh, le Malawi, le Népal et le Liberia, pour n'en citer que quelques-uns. Et réaliser cet objectif dans la période restante est à la portée de nombreux autres pays, dont le Cambodge, la Guinée, le Niger, le Rwanda et le Mozambique.<sup>1</sup> Beaucoup de pays à revenu intermédiaire, du Brésil à la Chine, ont déjà réduit leur mortalité infantile au-dessous de 2 %, soit 20 naissances pour 1000, ratio qui définit le seuil marquant la fin des décès d'enfants évitables.<sup>2</sup>

De tels gains sont sans précédent. En 1960, le taux de mortalité infantile en Afrique était de 27 % ; il se situe désormais à moins de 10 %.<sup>3</sup> On constate en outre une accélération de ces progrès. En effet, depuis 2005 l'Afrique subsaharienne a réduit sa mortalité infantile à un rythme cinq fois supérieur à celui qu'elle avait atteint de 1990 à 1995.<sup>4</sup> Même dans les pays à la traîne par rapport aux objectifs, notamment en Afrique occidentale et centrale, les taux de mortalité ont reculé de 40 % depuis 1990.<sup>5</sup> Pour la première fois dans l'histoire, il existe une réelle possibilité d'en finir avec les décès d'enfants évitables d'ici une génération.

Fatuma, 20 ans, dans la hutte familiale avec son fils Mohammed, 7 mois. Malade et affaibli, Mohammed a été dirigé vers le programme de traitement en soins ambulatoires le plus proche, situé à Wuha Limat, un village de la région d'Arfar. Fatuma a reçu une ration d'une semaine de pâte à base d'arachide hautement nutritive pour son fils, ainsi que de l'amoxicilline en sirop pour son rhume.

Ci-contre : Dora Luna Galeano, 28 ans, a été formée par Save the Children pour servir sa communauté en tant que brigadista, c'est-à-dire aide-soignante bénévole. Elle conseille Edixia de Los Angeles Lopéz Bravo, 21 ans, sur la façon de soigner sa fille, Jannea Criceyda Lopéz, âgée de 21 mois.

Pour autant, si ces gains nous démontrent que le progrès est possible, même dans les pays les plus démunis, il y a lieu de ne pas relâcher nos efforts. Chaque jour, 18 000 enfants continuent de mourir de causes évitables avant leur cinquième anniversaire, et depuis 1990, 216 millions d'enfants sont décédés dans les pays en développement.<sup>6</sup> Les baisses de mortalité chez les nouveau-nés continuent d'accuser un retard par rapport aux baisses globales de la mortalité infantile.

Le monde dans son ensemble reste éloigné de la réalisation du quatrième Objectif du Millénaire pour le développement, lequel vise à réduire de deux tiers la mortalité infantile d'ici 2015, et il y a lieu d'intensifier les efforts dès maintenant pour maximiser les progrès dans la période menant à l'échéance des OMD. Alors que les gouvernements et les instances des Nations unies œuvrent à l'adoption d'un cadre de travail pour l'après-2015, il est tout aussi impératif que le monde s'engage formellement à achever la mission entamée par les OMD, et ce en adoptant une cible pour mettre un terme à la mortalité infantile évitable.

Les progrès futurs en matière de réduction de la mortalité infantile nécessiteront de nouvelles stratégies différentes de celles qui ont été menées pour arriver où nous sommes. Dans bon nombre de pays qui sont sur les rails pour atteindre l'OMD sur la mortalité infantile, ou qui ont réalisé des progrès importants, il existe un risque — souligné dans l'Indice figurant dans le présent rapport — que les progrès ne soient pas soutenus à moins que n'intervienne un changement de démarche, soutenu par des investissements adéquats et un engagement politique à long terme.

Les réductions extraordinaires de la mortalité ont remodelé le défi posé par la mortalité infantile de deux manières cruciales. Tout d'abord, tandis que les taux de mortalité ont été réduits, la proportion de décès d'enfants intervenant dans le premier mois suivant la naissance, la période néonatale, a augmenté. Alors qu'en 1990 37 % des décès d'enfants intervenaient dans la période néonatale, 44 % de la mortalité infantile intervient aujourd'hui chez les nouveau-nés.<sup>7</sup> Aussi une nouvelle réduction de la mortalité infantile dépendra-t-elle d'une augmentation massive des soins néonataux destinés aux mères et à leurs bébés, et doit s'inscrire dans une politique visant à parvenir à une couverture sanitaire universelle pour chaque enfant et sa famille.

Par ailleurs, la mortalité infantile se concentre de plus en plus dans des régions précises et au sein des groupes les plus démunis et les plus défavorisés structurellement, notamment parmi les populations rurales reculées et, en milieu urbain, les habitants de taudis. Alors qu'en 1990 l'Afrique occidentale et centrale comptait pour 17 % de la mortalité infantile, la région est désormais à l'origine de 30 % de la mortalité infantile, concentrée en grande partie dans les États fragiles et affectés par un conflit. L'Afrique et l'Asie du Sud représentent à présent 80 % de l'ensemble des morts d'enfants dans le monde.<sup>8</sup> Au sein de ces régions, beaucoup plus d'enfants meurent dans les ménages pauvres que dans les riches, et les inégalités se sont en fait accentuées en Afrique au cours de la période des OMD. Le recul de la mortalité infantile passera par des stratégies d'amélioration de l'équité, par la suppression des obstacles qui empêchent les foyers les plus démunis d'accéder à la santé





et à la nutrition, et par l'élargissement de l'accès aux soins de santé dans les contextes où les capacités de l'État sont faibles et où l'insécurité est très répandue.

Si les avancées réalisées ont apporté de nouveaux défis, une des difficultés particulièrement tenaces qui requiert notre attention accrue est la malnutrition. La réduction de la malnutrition, cause sous-jacente de 45 % des morts d'enfants, demeure stagnante et menace de compromettre les avancées futures. Le retard de croissance — provoqué par la malnutrition chronique — a été diminué d'à peine un tiers depuis 1990.<sup>9</sup>

Un effort mondial intensifié en vue de soutenir les progrès récents et de mener à bien la mission inachevée des OMD nécessitera des ressources accrues axées sur l'ensemble de ces défis. À l'heure actuelle, de nombreux pays à forte charge de mortalité infantile sous-investissent dans la santé et la nutrition, et ne concrétisent pas les engagements qu'ils ont pris. Un financement accru à destination des soins de santé essentiels et de la nutrition doit être assorti d'investissements adéquats dans les professionnels de la santé, sans quoi bon nombre d'interventions clés ne pourront être mises en œuvre. Actuellement, 46 millions de femmes accouchent chaque année sans le soutien d'un professionnel de la santé qualifié, et 57 pays continuent de tomber en dessous du ratio minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la santé de 23 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 personnes.<sup>10</sup>

Toutefois, l'expérience émanant des pays qui ont effectué des percées majeures en matière de mortalité infantile nous montre que les ressources seules ne suffisent pas. De nouvelles preuves convaincantes de pratiques efficaces jouent souvent un rôle vital d'incitation à l'action. À titre d'exemple, l'analyse parue dans le *Lancet* des interventions à forte incidence sur la nutrition a permis de jeter les bases de l'engagement pris cette année lors de la conférence *Nutrition for Growth* à prévenir 20 millions de cas de retard de croissance et à doubler l'aide destinée à la nutrition. Les avancées vers l'OMD 4 sont normalement soutenues par un environnement favorable au changement, où des personnalités politiques de haut niveau réagissent aux exigences d'action émanant d'un public souvent mobilisé par des organisations de la société civile, notamment les ONG, les groupes religieux et les associations professionnelles. L'expérience de la Sierra Leone, où la mobilisation populaire a permis d'obtenir un engagement à proposer des soins de santé gratuits pour les mères et leurs enfants en 2010, en est l'illustration.

Enfin, les avancées reposent souvent sur de larges partenariats. La mortalité infantile ne représente pas seulement un enjeu de santé, mais aussi un enjeu politique, économique et social. Faire baisser la mortalité infantile nécessite de larges coalitions en faveur du changement, lesquelles, pour obtenir des résultats, mobilisent les connaissances, les ressources, l'engagement politique et la redevabilité. C'est cette prise de conscience qui a encouragé la création de la stratégie du secrétaire général de l'ONU pour les femmes et les enfants, *Chaque femme, chaque enfant*, en 2010. De nouveaux partenariats novateurs sont requis à l'échelle mondiale, nationale et locale pour construire un mouvement imparable dans chaque pays et communauté où les enfants continuent de mourir de causes évitables.

La campagne internationale de Save the Children, EVERY ONE, s'inscrit dans ce mouvement plus large en faveur du changement. Elle puise dans notre expérience de l'action visant à protéger et à promouvoir la santé et la nutrition des enfants, action menée depuis 90 ans et dans plus de 100 pays, et dans les partenariats que nous avons noués. Nous avons la conviction que cette génération peut être celle qui mettra un terme à la mortalité infantile évitable, et assurera que le droit de survivre de chaque enfant sera réalisé, où qu'il soit né. Le présent rapport décrit ce programme.

**D'ici la fin de 2015, les gouvernements, forts du soutien actif d'autres parties prenantes et donateurs, devront prendre publiquement quatre mesures pour en finir avec la mortalité infantile évitable :**

**1.** Publier et mettre en œuvre, dans les pays à forte charge de morbidité, des plans santé nationaux complets et chiffrés qui répondent aux causes principales de la mortalité infantile et garantissent des soins de santé essentiels de qualité pour chaque enfant et chaque mère. Ces plans doivent comprendre :

- les preuves des interventions et soins essentiels à la survie des nouveau-nés au-delà du premier mois crucial qui suit leur naissance ;
- des programmes pour que chaque enfant bénéficie des vaccinations systématiques et des plans visant à inclure les vaccins contre les infections à pneumocoque et les rotavirus dans la couverture systématique ;
- un professionnel de la santé, dûment formé, soutenu et équipé, au service de chaque enfant, et la présence à chaque naissance d'une accoucheuse qualifiée ;
- des investissements dans des interventions alimentaires directes qui s'attaquent aux problèmes du retard de croissance et de la carence en micronutriments.

**2.** Lancer une campagne nationale dans chacun des pays à forte charge de morbidité pour réduire le retard de croissance, permettre à chaque enfant d'accéder à un régime alimentaire nutritif et inscrire ces objectifs dans les politiques sociale et agricole, et garantir l'accès à une eau salubre et à l'assainissement.

**3.** Engager publiquement les niveaux appropriés de dépenses publiques nécessaires pour garantir l'accès aux soins de santé essentiels pour tous les enfants, de manière égale, où qu'ils soient nés — et lier ces dépenses à un processus transparent permettant à la société civile de suivre activement les budgets et les dépenses.

**4.** S'engager à en finir avec la mortalité infantile évitable et à garantir les soins de santé pour tous dans le programme de l'après-2015, au sein d'un cadre de travail unique comprenant un cadre de redevabilité solide.

## L'INDICE EVERY ONE

Chacun des 75 pays est classé selon le score total qu'il a obtenu en matière de réduction de la mortalité chez les moins de 5 ans, d'équité et de durabilité. Les pays dont il manque des données sur l'équité ou la durabilité (surlignés en bleu) ont reçu un score moyen et leur position dans l'Indice tient compte de ce score moyen.

Nom du pays	Score mortalité chez les moins de 5 ans (sur 1) <sup>11</sup>	Score équité (sur 1) <sup>12</sup>	Score durabilité (sur 1) <sup>13</sup>	Score total (sur 3)	Classement
Niger	1,0	0,67	0,88	2,54	1
Liberia	1,0	—	0,88	2,21	-
Rwanda	1,0	0,17	1,00	2,17	2
Indonésie	1,0	0,67	0,50	2,17	3
Madagascar	1,0	0,67	0,50	2,17	4
Inde	1,0	0,33	0,75	2,08	5
Chine	1,0	—	0,75	2,08	-
Égypte (Rép. arabe d')	1,0	0,67	0,38	2,04	6
Tanzanie	1,0	0,67	0,38	2,04	7
Mozambique	1,0	0,50	0,50	2,00	8
Népal	1,0	0,50	0,50	2,00	9
Zambie	1,0	0,33	0,63	1,96	10
Laos (RDP)	1,0	—	0,63	1,96	-
Éthiopie	1,0	0,17	0,75	1,92	11
Vietnam	0,5	0,67	0,75	1,92	12
Soudan du Sud	1,0	—	—	1,85	-
Bénin	1,0	0,33	0,50	1,83	13
Malawi	1,0	0,33	0,50	1,83	14
Sénégal	1,0	0,33	0,50	1,83	15
Azerbaïdjan	1,0	—	0,50	1,83	-
Brésil	1,0	—	0,50	1,83	-
Corée, Rép. dém.	1,0	—	0,50	1,83	-
Afrique du Sud	1,0	—	0,50	1,83	-
Congo (RDC)	0,5	—	1,00	1,83	-
Ghana	0,5	0,67	0,63	1,79	16
Burkina Faso	1,0	0,00	0,75	1,75	17
Bolivie	1,0	0,33	0,38	1,71	18
Érythrée	1,0	—	0,38	1,71	-
Afghanistan	0,5	—	0,88	1,71	-
Angola	0,5	—	0,88	1,71	-
Guinée-Bissau	0,5	—	0,88	1,71	-
Iraq	0,5	—	0,88	1,71	-
Cambodge	1,0	0,00	0,63	1,63	19
Mali	1,0	0,00	0,63	1,63	20
Sao Tomé-et-Principe	1,0	—	0,25	1,58	-
Bangladesh	1,0	0,17	0,38	1,54	21
Pérou	1,0	0,00	0,50	1,50	22
Ouganda	1,0	0,00	0,50	1,50	23
Nigeria	0,5	0,50	0,50	1,50	24
Pakistan	0,5	0,50	0,50	1,50	25
République kirghize	1,0	—	0,13	1,46	-
Botswana	0,5	—	0,63	1,46	-
Burundi	0,5	—	0,63	1,46	-
République centrafricaine	0,5	—	0,63	1,46	-
Tadjikistan	0,5	—	0,63	1,46	-

Notes : Le score moyen pour l'équité est de 0,333. Le score moyen pour la durabilité est de 0,512.

Nom du pays	Score mortalité chez les moins de 5 ans (sur 1)	Score équité (sur 1)	Score durabilité (sur 1)	Score total (sur 3)	Classement
Togo	0,5	—	0,63	1,46	-
Ouzbékistan	0,5	—	0,63	1,46	-
Guinée	1,0	0,00	0,38	1,38	26
Cameroun	0,5	0,33	0,50	1,33	27
Congo, Rép. du	0,5	—	0,50	1,33	-
Djibouti	0,5	—	0,50	1,33	-
Gambie	0,5	—	0,50	1,33	-
Mauritanie	0,5	—	0,50	1,33	-
Mexique	0,5	—	0,50	1,33	-
Sierra Leone	0,5	—	0,50	1,33	-
Soudan	0,5	—	0,50	1,33	-
Kenya	0,5	0,50	0,25	1,25	28
Zimbabwe	0,5	0,50	0,25	1,25	29
Tchad	0,5	0,33	0,38	1,21	30
Gabon	0,5	—	0,38	1,21	-
Îles Salomon	0,5	—	0,38	1,21	-
Somalie	0,5	—	0,38	1,21	-
Swaziland	0,5	—	0,38	1,21	-
Yémen, Rép. du	0,5	—	0,38	1,21	-
Côte d'Ivoire	0,5	—	0,38	1,21	-
Comores	0,5	—	0,25	1,08	-
Guatemala	0,5	—	0,25	1,08	-
Myanmar	0,5	—	0,25	1,08	-
Turkménistan	0,5	—	0,25	1,08	-
Philippines	0,5	0,17	0,38	1,04	31
Lesotho	0,5	0,00	0,50	1,00	32
Maroc	0,5	0,00	0,50	1,00	33
Haiti	0,5	0,33	0,13	0,96	34
Guinée équatoriale	0,5	—	0,13	0,96	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,5	—	0,13	0,96	-

## COMPARAISONS RÉGIONALES DE L'ÉQUITÉ DANS LA MORTALITÉ DE L'ENFANT

Région	Variation annuelle moyenne de l'écart d'équité (richesse)	Variation annuelle moyenne de l'écart d'équité (sexes)	Variation annuelle moyenne de l'écart d'équité (milieu urbain/rural)
Région de la Méditerranée orientale [3 pays]	-1	+1	-1
Région de l'Afrique [21 pays]	-1	+1	0
Région des Amériques [3 pays]	+2	0	+2
Région de l'Asie du Sud-Est [4 pays]	-3	0	-1
Région du Pacifique occidental [3 pays]	0	-1	+9
Total [34 pays]	-1	0	0

Une variation négative indique une réduction de l'écart d'équité, et par conséquent une augmentation d'équité au sein des groupes indiqués. Une variation positive dénote une accentuation de l'écart d'équité, et par conséquent une baisse d'équité.

# ANNEXE I: MÉTHODOLOGIE DE L'INDICE **EVERY ONE**

L'Indice EVERY ONE utilise des données recueillies par le groupe interinstitutions des Nations unies pour la mortalité infantile et le Compte à rebours jusqu'en 2015, ainsi que les propres analyses de Save the Children d'enquêtes auprès des ménages représentatifs au niveau national.

En nous centrant sur les 75 pays qui ont les plus fortes charges de mortalité maternelle et infantile, nous avons attribué à chaque pays un classement fondé sur la rapidité à laquelle il améliore sa performance dans trois dimensions majeures : réduction du nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année (mortalité chez les moins de 5 ans), équité et durabilité. Globalement, notre démarche consistait à donner une note plus élevée aux pays dont le taux de progrès était supérieur à la moyenne, tout en reconnaissant les pays qui réalisaient des progrès, mais à un rythme plus lent. Chaque pays pouvait obtenir un score maximum de trois points, un point étant disponible pour chacune des dimensions.

## **Réduction de la mortalité chez les moins de 5 ans**

Nous avons calculé le taux annuel moyen de réduction de la mortalité des moins de 5 ans entre 2000 et 2012. Les pays dont la baisse de la mortalité des moins de 5 ans était plus rapide que la moyenne ont reçu un score maximum de 1 point. Les pays dont la baisse de la mortalité des moins de 5 ans était plus lente que la moyenne ont reçu un score de 0,5 point. Les pays qui n'avaient enregistré aucune baisse de la mortalité chez les moins de 5 ans ont reçu 0 point.

## **Équité**

Nous avons mesuré l'équité en observant les différences de variation moyenne de la mortalité des moins de 5 ans à trois niveaux : entre les 10 % les plus riches de la population et les 40 % les plus démunis (équité des richesses) ; entre les filles et les garçons (équité des sexes) ; et entre les enfants des zones rurales et ceux des milieux urbains (équité géographique). Un ratio du taux de mortalité de 1:1 est supposé représenter l'équité.

Là encore, nous avons calculé le taux moyen de progrès vers l'équité pour chacun des trois niveaux. Lorsqu'un pays a réalisé des progrès supérieurs à la moyenne dans l'amélioration de l'équité à un niveau donné, il a reçu un score de 0,333. Si les progrès étaient inférieurs à la moyenne, il obtenait 0,167, et si les niveaux d'équité ne s'amélioraient pas le pays obtenait 0. L'Inde, par exemple, a obtenu 0,167 pour l'équité des richesses, 0 pour l'équité des sexes (parce que le pays s'éloigne de l'équité en la matière) et 1,67 pour l'équité géographique, ce qui lui confère un score de 0,33 sur 1 pour l'équité.

## **Durabilité**

Nous avons retenu quatre indicateurs servant de mesures indirectes de la probabilité qu'un pays puisse soutenir ses progrès en matière de mortalité infantile : existence d'une stratégie nationale chiffrée en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; amélioration de la performance en matière d'indicateurs d'efficacité du gouvernement ; dépenses publiques accrues dans la santé en tant que proportion des budgets annuels totaux ; et augmentation de la proportion de la population qui a accès à des systèmes d'assainissement améliorés.

Dans le cas des stratégies SMNE, un pays obtenait 0,25 s'il possédait une stratégie et 0,125 s'il existait une stratégie partielle. Pour les trois autres indicateurs, nous avons encore une fois calculé une moyenne. Si un pays a réalisé des progrès supérieurs à la moyenne dans l'amélioration de sa performance, il a reçu un score de 0,25. Si les progrès étaient inférieurs à la moyenne, il obtenait 0,125, et si sa performance avait baissé il a obtenu un 0. Le Nigeria, par exemple, a obtenu 0,25 pour avoir une stratégie SMNE chiffrée, 0 pour le manque d'avancées en matière d'efficacité du gouvernement, 0,25 pour son accroissement des dépenses publiques de santé, et 0 pour n'avoir réalisé aucun progrès en matière d'accès à un meilleur assainissement, portant son score total de durabilité à 0,5 sur 1.

## **Disponibilité des données**

Pour 41 des 75 pays étudiés, nous ne disposons pas de données suffisantes sur l'équité. En conséquence, nous avons attribué aux pays concernés un score moyen et les avons surlignés en bleu dans le tableau de classement afin de les différencier des pays dont nous disposons de données. Nous avons donné à ces pays un score moyen afin de ne pas les désavantager injustement en l'absence de données disponibles. Tout en reconnaissant que l'attribution de scores moyens a des limites — et s'est sans doute traduite par le fait que certains pays ont reçu des scores plus élevés ou plus faibles qu'ils méritaient — nous estimons qu'elle représente la manière la plus équitable d'évaluer leurs performances d'un point de vue statistique. Nous appelons tous les pays à recueillir des données sur la mortalité infantile qui puissent être ventilées par revenu, sexe, géographie (milieu urbain contre milieu rural) et autres facteurs décisifs tels que l'appartenance ethnique, de sorte que l'on puisse surveiller l'équité et s'y attaquer.





# NOTES

- 1 IGME, 2013 *Levels and Trends in Child Mortality : Report 2013* (niveaux et tendances de la mortalité infantile de l'IGME)
- 2 Le ratio de 20 décès pour 1000 naissances vivantes (2 %) a été retenu dans l'Appel à l'action comme étant la définition minimum de la fin de la mortalité infantile évitable. De nombreux pays européens ont des taux de mortalité infantile de 3-5 pour 1000 naissances vivantes. Beaucoup de pays à revenu intermédiaire qui ont franchi le seuil des 2 %, telle la Chine, continuent d'avoir de groupes démographiques aux taux de mortalité bien au-dessus de ce niveau.
- 3 Kenny, C., 2011. *Getting Better : Why Global Development is Succeeding*. Basic Books : New York
- 4 UNICEF, 2013. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed 2013*. Progress Report 2013. September. New York : UNICEF
- 5 IGME, 2013 *Levels and Trends in Child Mortality : Report 2013* (niveaux et tendances de la mortalité infantile de l'IGME)
- 6 Ibid.
- 7 Ibid.
- 8 Ibid.
- 9 PNUD. 2013. *Objectifs du Millénaire pour le développement Rapport de 2013*. New York: UNDP
- 10 Save the Children. Mars 2011. Manque de sages-femmes
- 11 Banque de données de la Banque mondiale. <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>. (site web consulté en septembre 2013).
- 12 Les ratios des taux de mortalité chez les moins de 5 ans pour chaque dimension ont été établis par Save the Children à partir de données provenant d'enquêtes menées par DHS dans les 34 pays étudiés entre 1990 et 2011. En ligne. <http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Search.cfm>. (Site consulté en septembre 2013.)
- 13 Banque de données de la Banque mondiale. <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>. (site web consulté en septembre 2013).

Ci-contre : un enfant est en train d'être pesé par Meckytildis Amlima, sage-femme, afin de surveiller le développement de sa croissance, au centre de soins du village de Kilolambwani, district rural de Lindi (Tanzanie).





# VIES EN PÉRIL

Programme pour en finir avec  
la mortalité évitable chez l'enfant

« IL NE PEUT Y AVOIR PLUS VIVE RÉVÉLATION DE L'ÂME D'UNE  
SOCIÉTÉ QUE LA MANIÈRE DONT ELLE TRAITE SES ENFANTS. »

— Nelson Mandela, ancien président d'Afrique du Sud

