

RÉDUIRE LES ÉCARTS

L'IMPORTANCE DES INVESTISSEMENTS EN
FAVEUR DES ENFANTS LES PLUS PAUVRES

unicef 

pour chaque enfant

Remerciements

Réduire les écarts

Analyse technique

Principaux auteurs : Carlos Carrera, Geneviève Begkoyian, Shahrour Sharif et Rudolf Knippenberg.

Extraction et traitement des données : Adeline Azrack, Anthony Bauche, Claire Bonfils, Pierre-Yves Colinet, Kayode Oyegbite et Xiaoyi An.

Réduire les écarts : L'importance des investissements en faveur des enfants les plus pauvres

Principaux auteurs/rédacteurs : Jordan Tamagni, Guy Taylor

Responsable éditoriale et production : Tara Dooley

Vérification : Yasmine Hage, Xinyi Ge

Relecture et correction : Awoye Timpo, Carol Holmes

Conception : Camila Garay

Nos sincères remerciements à tous les experts techniques et examinateurs dont les retours ont été d'une importance capitale, et notamment à ceux travaillant au sein de l'UNICEF : Laurence Chandy, David Hipgrave, Ulla Griffiths, Jingqing Chai, David Anthony ainsi qu'aux membres de l'équipe Données et analyse de l'UNICEF.

Les auteurs de l'étude sont particulièrement reconnaissants envers leurs collègues des bureaux de pays de l'UNICEF pour leur soutien dans l'élaboration des études de cas qui accompagnent cette publication, et tout particulièrement envers ceux de l'UNICEF Afghanistan, l'UNICEF Bangladesh, l'UNICEF Malawi, l'UNICEF Niger, l'UNICEF Rwanda et l'UNICEF Sierra Leone.

Nous remercions également Agbessi Amozou, Peter Berman, Mickey Chopra, Theresa Diaz, David Peters, Davidson Gwatkin, Kim Mulholland, Cesar Victora et Netsanet Walelign pour leur examen indépendant de cette étude.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Juin 2017

Reproduction partielle ou intégrale de cette publication interdite sans autorisation. L'autorisation sera accordée gratuitement aux établissements d'enseignement et aux organisations à but non lucratif. Des droits de reproduction d'un montant modeste seront demandés dans les autres cas. Prière de contacter:

Division de la Communication, UNICEF

Attn : Permissions

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

Tél. : +1 (212) 326-7434

Courriel : nyhqdoc.permit@unicef.org

ISBN: 978-92-806-4885-0

Réduire les écarts : L'importance des investissements en faveur des enfants les plus pauvres

En 2010, l'UNICEF s'est risqué à une hypothèse audacieuse : les investissements en faveur de la santé et de la survie des enfants les plus démunis pourraient s'avérer plus rentables malgré leur coût plus élevé, les dépenses supplémentaires étant compensées par de meilleurs résultats.

De nouveaux éléments viennent aujourd'hui confirmer cette hypothèse. En effet, l'étude indique que le nombre de vies sauvées par million de dollars investi auprès des plus pauvres est près de deux fois supérieur au nombre de vies sauvées par des investissements équivalents ciblant des groupes de population moins défavorisés.

Conclusions clés

Les investissements permettant d'élargir l'accès des groupes de population pauvres aux interventions à fort impact en matière de santé et de nutrition ont permis de sauver deux fois plus de vies que des investissements comparables en faveur de groupes de population non pauvres.

L'accès des populations les plus démunies aux interventions à fort impact sur la santé et la nutrition s'est amélioré rapidement au cours des dernières années, permettant ainsi la réalisation de nettes avancées en matière d'équité.

Ainsi, pendant la période étudiée, la baisse absolue des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans associée à l'amélioration du taux de couverture des interventions a été trois fois plus rapide au sein des groupes pauvres que parmi les groupes non pauvres.

Du fait d'un taux de natalité plus élevé dans les populations pauvres, la diminution du taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans s'est traduite par un nombre de vies sauvées 4,2 fois supérieur par million de personnes. En effet, sur la dernière année de l'étude, près de 85 % du 1,1 million de vies sauvées dans les 51 pays étudiés appartenaient à des groupes de population pauvres.

Renforcer les politiques et les investissements visant à réduire les inégalités, tout en surveillant les écarts en matière de couverture des interventions peut aider les pays à atteindre les cibles de l'objectif de développement durable en matière de mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans (ODD 3.2).

Une approche axée sur la réduction des inégalités en matière de survie des enfants peut également aider à rompre le cycle intergénérationnel de la pauvreté. Lorsque des enfants sont en bonne santé, ils sont plus aptes à apprendre à l'école et à mieux gagner leur vie une fois adultes.





Un plaidoyer pour des investissements équitables

De toutes les inégalités et injustices existant de par le monde, celle-ci demeure certainement la plus grande : les enfants qui grandissent dans des milieux pauvres ont deux fois plus de chance de mourir avant leur cinquième anniversaire que ceux évoluant dans des conditions plus favorables.

Dans leur immense majorité, ces décès restent inadmissibles car la plupart pourraient être évités par le biais de mesures sanitaires concrètes à fort impact, et, pour la plupart, peu coûteuses, telles que : le recours à des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme et à des sels de réhydratation orale pour traiter les diarrhées ; la vaccination précoce ; la mise en place de services de soins de santé primaires de proximité incluant notamment la présence de personnel qualifié pour réduire les risques de complications lors du travail et de l'accouchement ; l'initiation précoce à l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie ; et l'incitation des parents à consulter lorsque leurs jeunes enfants sont malades.

Cependant, bien souvent, les mères et les enfants qui ont le plus besoin de ces interventions, à savoir les plus pauvres et les plus démunis, n'en bénéficient pas.

En 2010, alors qu'étaient évalués à l'échelle mondiale les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) de 2015, et notamment l'OMD 4 visant à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, des données ventilées ont fait état d'une situation inquiétante¹ : si, en effet, au niveau mondial, le taux de mortalité infantile avait enregistré un recul, dans certains pays, il avait diminué plus rapidement chez les groupes plus aisés que chez les pauvres et ce, même dans des pays affichant une amélioration générale. Ainsi, les enfants les plus défavorisés, à savoir ceux qui courent le plus grand risque de mourir avant leur cinquième anniversaire, avaient été laissés de côté.



Devant la mise au jour de tels écarts en matière d'équité, l'UNICEF a cherché à déterminer si la cible des OMD en matière de mortalité infantile pouvait être atteinte plus rapidement au niveau mondial si les efforts entrepris et les investissements réalisés étaient davantage axés sur les communautés et les populations les plus pauvres et les plus difficiles à atteindre. Par ailleurs, l'autre question pour l'organisation était de savoir si les progrès réalisés en termes de survie des enfants par le biais d'une approche reposant sur l'équité suffiraient à compenser les coûts supplémentaires engendrés par les mesures permettant d'atteindre les plus démunis.

L'étude de 2010 de l'UNICEF, dont les conclusions ont été présentées en premier lieu dans le rapport sommaire intitulé *Réduire les écarts pour atteindre les objectifs*, prédisait que l'extension des services aux enfants les plus démunis ainsi qu'aux communautés les plus marginalisées permettrait d'éviter plus de décès tout en présentant un meilleur rapport coût-efficacité. En d'autres termes, cette stratégie serait en mesure de sauver la vie d'un plus grand nombre d'enfants pour chaque dollar dépensé que les démarches traditionnelles se concentrant sur les populations les plus faciles à atteindre.

Les conclusions de cette étude publiées dans *The Lancet*² ont également servi pour éclairer les stratégies de recentrage sur l'équité de l'UNICEF. Elles ont constitué la base de son plaidoyer en faveur d'une approche axée sur l'équité et ont alimenté ses travaux sur le terrain, notamment dans les domaines de la survie et de la santé de l'enfant. Le réseau de bureaux de pays de l'UNICEF a ainsi commencé à surveiller les résultats de ces interventions davantage centrées sur les populations les plus désavantagées. Au fil du temps, les experts de l'organisation ont ainsi pu observer des changements en matière d'accès aux services de santé essentiels.

À mesure que des données probantes apparaissaient, l'équipe de l'UNICEF menant l'étude a réexaminé son hypothèse et ses nouvelles conclusions n'ont fait que corroborer son affirmation initiale. Grâce à une plus grande couverture des interventions ciblant les foyers et communautés les plus pauvres, les écarts en matière d'équité ont effectivement diminué, et la stratégie axée sur la réduction des inégalités ayant permis d'atteindre ces résultats s'est avérée plus économique qu'une démarche traditionnelle. La présente étude de suivi montre en effet qu'en moyenne, un million de dollars investi pour la santé des enfants les plus pauvres permet d'éviter deux fois plus de décès qu'un investissement comparable en faveur d'enfants non pauvres.

Les implications de ces conclusions sont importantes, surtout alors que les gouvernements continuent à œuvrer pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD).

Plus ambitieux que les OMD, les ODD ont pour but ultime de mettre un terme à tous les décès d'enfants évitables. Cet objectif universel requiert des actions nouvelles et immédiates pour atteindre les enfants jusqu'ici laissés pour compte.

Même si le taux de mortalité actuel chez les enfants de moins de cinq ans se maintient, des investissements supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les plus pauvres, faute de quoi près de 70 millions de nouveau-nés, de bébés et de jeunes enfants mourront encore de maladies évitables d'ici à 2030.

Compte tenu de ces enjeux capitaux et du nombre de vies menacées, nous ne pouvons pas nous permettre d'ignorer ces nouveaux éléments.

Les questions clés

Une équipe d'experts de la santé infantile de l'UNICEF a préparé cette étude de suivi pour répondre aux trois questions suivantes :

1. **Les écarts constatés entre les groupes de population pauvres et non pauvres en matière de couverture des interventions à fort impact sur la santé et la nutrition ont-ils évolué au cours des dernières années ?**
2. **Quelles sont les incidences attendues de ces évolutions sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans ?**
3. **Les investissements en faveur d'interventions à destination des groupes pauvres sont-ils plus rentables que les investissements ciblant les non-pauvres ?**

Cette étude couvre une période allant de 2003 à 2016³. Il convient de noter que le début et la fin de cette période peuvent varier d'un pays à l'autre, en fonction de la disponibilité des données. Aussi les résultats relatifs à la progression du niveau de couverture des interventions sont-ils présentés sur une base annuelle.

L'approche

Les auteurs de cette étude ont utilisé des données reposant sur l'observation directe d'enquêtes réalisées auprès des ménages dans le respect des normes internationales, notamment des enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). Lorsque le déficit de données disponibles empêchait l'observation directe des résultats, les auteurs ont dû faire appel à des intermédiaires, formuler des hypothèses et utiliser des modèles. La méthodologie et les conclusions de cette étude ont fait l'objet d'une évaluation externe par un groupe d'experts en santé infantile et en financement de la santé. Des analyses de sensibilité supplémentaires ont été réalisées pour valider la solidité de ces conclusions. Les auteurs publieront la méthodologie complète et l'intégralité des conclusions de cette étude dans les prochains mois.

Sélection des pays

Pour réaliser cette étude, l'équipe a sélectionné 51 pays présentant des taux de mortalité relativement élevés chez les enfants de moins de cinq ans (au moins 30 décès pour 1 000 naissances vivantes) ou un nombre important de décès d'enfants de moins de cinq ans (au moins 15 000 par an), et suffisamment de données pour suivre les évolutions en termes de couverture des interventions sur la période étudiée. L'ensemble de ces pays enregistrait 5,7 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans en 2010, soit plus de quatre cinquièmes des décès d'enfants de moins de cinq ans au niveau mondial pour cette même année.

Les pays étudiés présentaient différentes formes de pauvreté, certains avec une majorité d'enfants vivant dans des foyers pauvres et d'autres où la plupart bénéficie de conditions de vie plus favorables. Cela a permis à l'équipe menant l'étude d'évaluer la problématique de l'équité dans différents contextes nationaux.

En plus des exercices de modélisation utilisés dans le cadre de cette étude, les auteurs ont également étudié les éléments fournis par chaque pays ayant réussi de manière efficace à réduire les inégalités. Les études de cas de certains des pays sont synthétisées dans le présent rapport.

Définition de la pauvreté

L'un des principaux objectifs de cette étude consistait à savoir si les écarts en matière d'accès aux interventions à fort impact entre les pauvres et les non-pauvres avaient évolué, des écarts grandissants signifiant que

l'accès est devenu moins équitable et, à l'inverse, des écarts moins importants traduisant une amélioration en matière d'équité.

Afin de mesurer ces écarts, il convenait donc tout d'abord de définir les populations pauvres et les populations non pauvres. L'équipe a donc utilisé des données provenant d'enquêtes auprès des ménages pour répartir les populations des pays en quintiles. Pour chaque pays, les personnes entrant dans les quintiles présentant un revenu quotidien moyen inférieur à 3,10 dollars É.-U. (le seuil de pauvreté modérée de la Banque mondiale) ont été classées dans la catégorie « pauvre », et celles dans les quintiles présentant un revenu quotidien moyen supérieur à 3,10 dollars É.-U. par jour, dans la catégorie « non pauvre ».

Bien entendu, les formes de pauvreté varient d'un pays à l'autre. Dans les pays les plus riches, comme le Pérou ou le Viet Nam, un seul des cinq quintiles entrait dans la catégorie des pauvres. À l'inverse, dans les pays très pauvres, comme la République centrafricaine ou le Tchad, quatre quintiles sur cinq tombaient dans cette catégorie⁴.

Une fois ces deux catégories clairement identifiées, l'étude s'est penchée sur l'évolution des écarts en matière de couverture des interventions entre les populations pauvres et non pauvres au cours de la période concernée⁵. Cette analyse a été effectuée en premier lieu sur la base individuelle de chaque pays, puis pour l'ensemble de la population des 51 pays. Comme indiqué plus haut, les années marquant le début et la fin de l'étude varient selon les pays.

Mesure des écarts en matière de couverture des interventions

Les évolutions en termes de couverture des interventions à fort impact ont été mesurées sur la base des données issues d'enquêtes effectuées auprès des ménages. Afin d'analyser ces changements, l'étude s'est intéressée aux données relatives à la couverture de 35 interventions à fort impact sur la santé et la nutrition. Ces interventions ont ensuite été réparties en six trains de mesures (*voir tableau 1*) représentant chacun un maillon du continuum de soins, c'est-à-dire la chaîne continue de services et d'interventions pendant la période précédant la naissance (soins prénatals), la période néonatale (soins lors de l'accouchement, soins et alimentation néonatale et infantiles), et les cinq premières années de vie de l'enfant (santé environnementale, vaccination et soins curatifs dispensés aux enfants malades).

Pour pouvoir cerner les tendances en matière de couverture, l'étude a dû définir et suivre l'évolution d'un indicateur témoin pour chaque paquet d'interventions (*voir tableau 1*).

Tableau 1. Indicateurs témoins utilisés pour évaluer le niveau de couverture des services essentiels de santé maternelle, néonatale et infantile.

NOM DU PAQUET D'INTERVENTIONS	INDICATEUR REPRÉSENTATIF OU TÉMOIN
1. Santé environnementale	Enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
2. Soins et alimentation néonataux et infantiles	Taux d'initiation précoce à l'allaitement
3. Soins prénatals	Soins prénatals (4+ visites) (%)
4. Vaccination	Enfants complètement vaccinés (%)
5. Soins lors de l'accouchement	Accouchements assistés par du personnel qualifié (%)
6. Soins curatifs prodigués aux enfants malades	Taux de sollicitation de soins pour les enfants atteints de diarrhée, de fièvre ou de pneumonie

À l'aide des données issues des enquêtes menées pour chacun des 51 pays, l'équipe a ensuite examiné les évolutions en matière de couverture pour ces six indicateurs témoins parmi les groupes pauvres et non pauvres sur toute la période étudiée.

Estimation du nombre de vies sauvées

Pour déterminer la manière dont l'évolution des niveaux de couverture des interventions se traduit en vies sauvées, les auteurs de l'étude ont utilisé le modèle LiST (Lives Saved Tool ou « outil de vies sauvées »), un outil informatique s'appuyant sur des données probantes largement utilisé dans le cadre de la recherche mondiale sur la santé infantile. Cet outil utilise toute une série de données relatives à la démographie, aux causes des décès, à l'efficacité des interventions ainsi qu'à d'autres variables lui permettant de prévoir l'incidence de l'évolution des niveaux de couverture des interventions visant à lutter contre la mortalité infantile.

Pour estimer le nombre de vies sauvées, l'étude s'est appuyée sur les données relatives à la couverture de 35 interventions à fort impact. Cela a permis ensuite à l'équipe d'analyse d'estimer la mesure dans laquelle l'évolution des écarts en matière de taux de mortalité infantile chez les enfants de moins de cinq ans entre les groupes pauvres et non pauvres était due à la progression des niveaux de couverture de ces interventions. Ce calcul a d'abord été effectué pour chaque pays puis pour l'ensemble des 51 pays concernés.

Calcul du rapport coût-efficacité

De toutes les questions soulevées par l'équipe, la plus critique était de savoir si une approche fondée sur l'équité est réellement économique ou pas.

Les investissements qui visent à promouvoir un accès équitable aux interventions de santé à fort impact ciblant les pauvres peuvent sauver des vies, mais permettent-ils d'en sauver plus que des investissements qui n'améliorent pas l'équité ? Représentent-ils la meilleure utilisation possible de ressources limitées ? Dans un monde où les priorités se font concurrence et où les contraintes budgétaires sont fortes, une stratégie axée sur l'équité a-t-elle du sens, financièrement parlant ?

Cette analyse a été effectuée sur un sous-groupe de 24 pays pour lesquels les données relatives au coût de couverture de l'intervention ont été extraites de publications ayant été revues par des pairs⁶. Les coûts relatifs aux infrastructures, aux ressources humaines et aux produits médicaux, entre autres, ont été pris en compte et pondérés pour refléter les prix locaux et l'accessibilité géographique. Le calcul a également inclus le coût de la transmission de l'information aux familles ainsi que celui du transport et des autres dépenses à la charge des foyers. Enfin, l'analyse a intégré les coûts supplémentaires nécessaires pour atteindre les enfants plus pauvres qui vivent le plus souvent dans des zones difficiles d'accès. Ces coûts n'ayant pas pu être étudiés directement, les auteurs de l'étude ont utilisé un ensemble de données tirées d'études existantes et recueillies auprès d'intermédiaires pertinents⁷.

En comparant les surcoûts engendrés dans les groupes pauvres et non pauvres au nombre de décès évités dans chacun de ces groupes, l'équipe de recherche a été en mesure de déterminer si l'investissement d'un million de dollars américains en faveur de groupes de population pauvres permettait d'éviter plus de décès qu'un investissement équivalent en faveur du reste de la population.

Examen des résultats

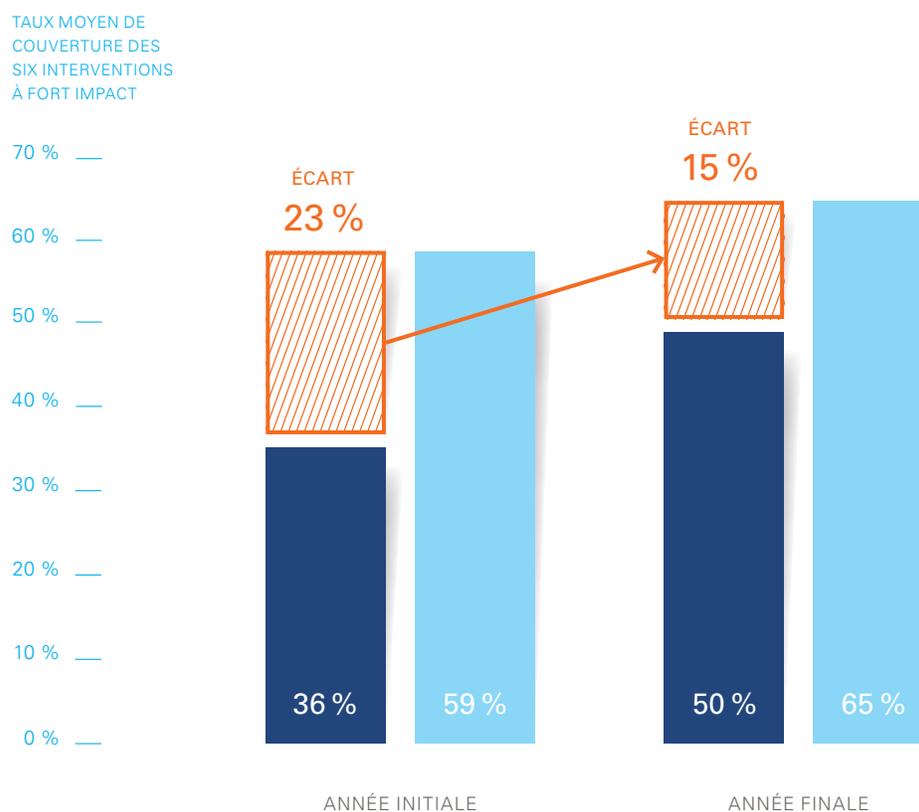
L'exercice de modélisation et les analyses décrites ci-dessus font émerger trois grandes conclusions – une pour chacune des questions posées au départ. Ces conclusions valident l'hypothèse formulée dans le rapport de 2010 de l'UNICEF *Réduire les écarts pour atteindre les objectifs*.

Les écarts en termes de niveau de couverture des interventions se sont réduits...

Si l'on considère l'ensemble des 51 pays concernés, qui comptent au total 400 millions d'enfants de moins de cinq ans, les écarts de couverture entre les groupes pauvres et non pauvres se sont réduits pour les six indicateurs témoins (*Question clé n° 1*). Lorsque l'on examine chaque pays individuellement, les écarts entre les groupes défavorisés et les autres ont diminué dans 37 des 51 pays.

Figure 1 : Le niveau de couverture des interventions à fort impact a augmenté plus rapidement chez les groupes pauvres que chez les non pauvres.

Niveau de couverture moyen des interventions au sein des populations pauvres et non pauvres des 51 pays concernés



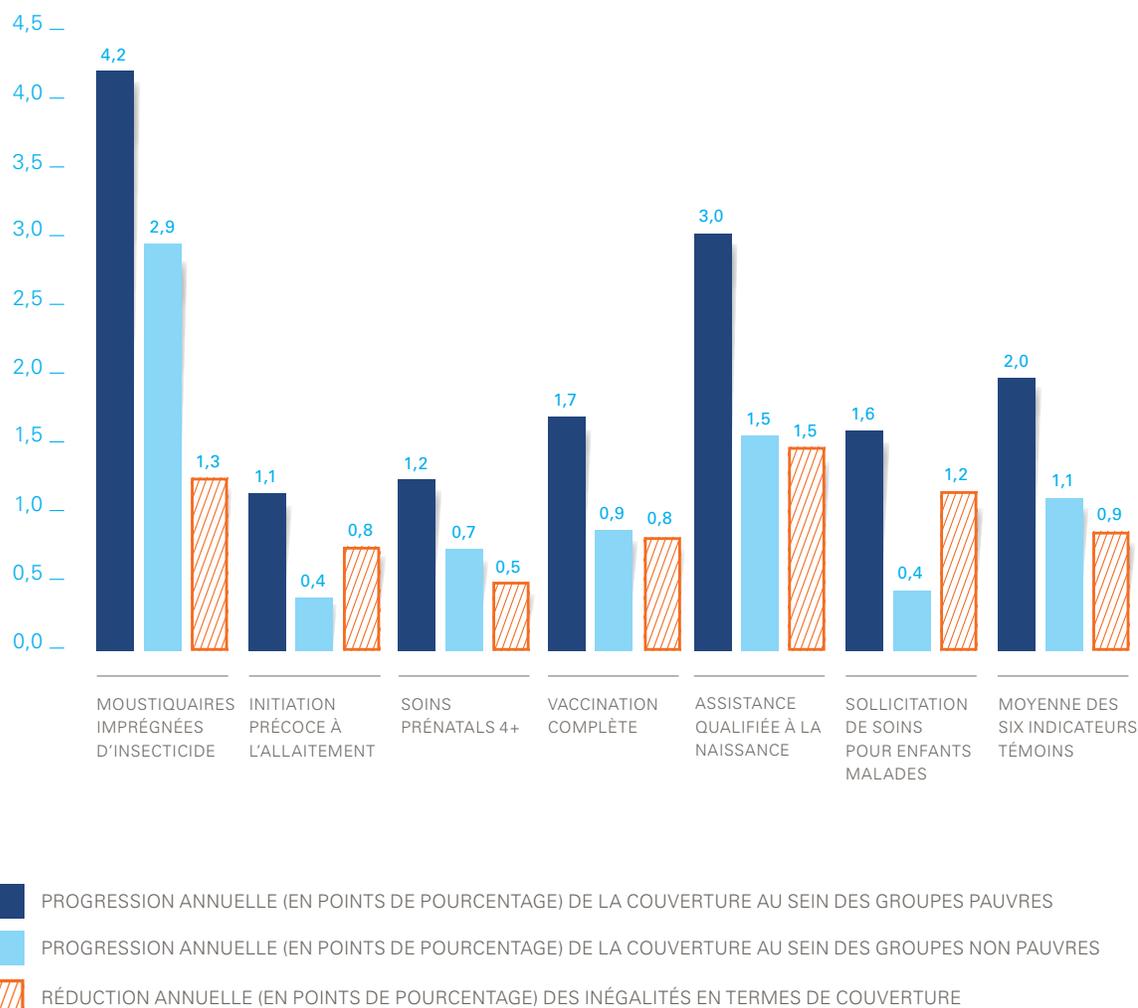
Source : analyse de l'UNICEF s'appuyant sur des données tirées d'enquêtes démographiques et de santé (EDS) et d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS)

Si l'amélioration de la couverture des interventions au sein des communautés pauvres ne s'est pas faite aux dépens du reste de la population, le taux de progression annuel s'est toutefois avéré plus rapide pour les groupes de population pauvres, avec une augmentation supérieure d'un point de pourcentage en moyenne chaque année pour les six indicateurs. Ce chiffre, qui peut sembler relativement insignifiant au premier abord, représente une remarquable avancée lorsqu'il est cumulé sur plusieurs années.

Les inégalités d'accès à une assistance qualifiée à la naissance ont régressé plus vite que pour n'importe quel autre indicateur témoin puisque le taux de couverture a progressé de 3 points de pourcentage pour les groupes pauvres, contre 1,5 point pour les non pauvres (voir Figure 2). Enfin, ce sont les moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme qui enregistrent la plus forte croissance en matière de couverture, aussi bien au sein des groupes démunis que des groupes non pauvres, avec une augmentation de respectivement 4,2 et 2,9 points de pourcentage.

Figure 2 : Réduction des écarts de couverture entre pauvres et non-pauvres
Évolution du niveau de couverture pour les six indicateurs témoins dans les 51 pays concernés

PROGRESSION ANNUELLE (EN POINTS DE POURCENTAGE) DE LA COUVERTURE DES SIX INDICATEURS TÉMOINS

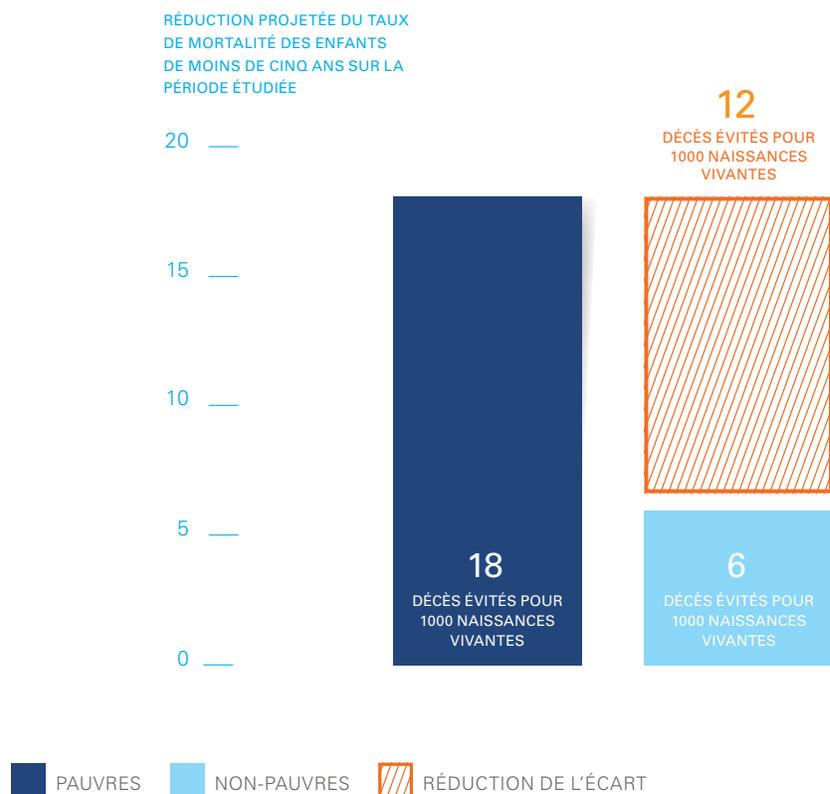


Source : analyse de l'UNICEF s'appuyant sur des données tirées d'EDS et de MICS

... ce qui a entraîné une réduction des inégalités en matière de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.

Figure 3: Une réduction des écarts en matière de couverture des interventions a permis de resserrer les écarts en termes de mortalité

Évolution des taux moyens de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans les groupes de population pauvres et non pauvres des 51 pays étudiés



Source : analyse de l'UNICEF s'appuyant sur des données tirées d'EDS et des MICS

À l'aide du modèle LiST, l'étude a estimé le nombre de décès au cours de la dernière année pour laquelle les données étaient disponibles pour chaque pays (*Question clé n° 2*). Ce chiffre a ensuite été comparé au nombre de décès escomptés pour cette même année si le taux de couverture des interventions vitales n'avait pas augmenté, une simplification utile ne remettant toutefois pas en cause l'incidence que d'autres facteurs auraient pu également avoir.

L'agrégation de ces chiffres a permis d'estimer à 1,1 million le nombre total de décès d'enfants de moins de cinq ans ayant pu être évités dans l'ensemble des pays grâce à l'amélioration de la couverture des interventions sur la dernière année de l'étude. La majeure partie des décès ainsi évités (940 000 au total) l'ont été au sein de groupes de population pauvres, lesquels enregistraient les taux de mortalité les plus élevés.

L'amélioration de l'accès aux interventions a donc contribué à réduire les écarts en matière de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans entre les communautés pauvres et non pauvres : en effet, pour l'ensemble de la population des 51 pays étudiés, la mortalité des enfants de moins de cinq ans au sein des groupes défavorisés a enregistré une baisse annuelle de 2,6 décès pour 1 000 naissances vivantes contre 0,9 décès pour 1 000 naissances vivantes dans le reste de la population.

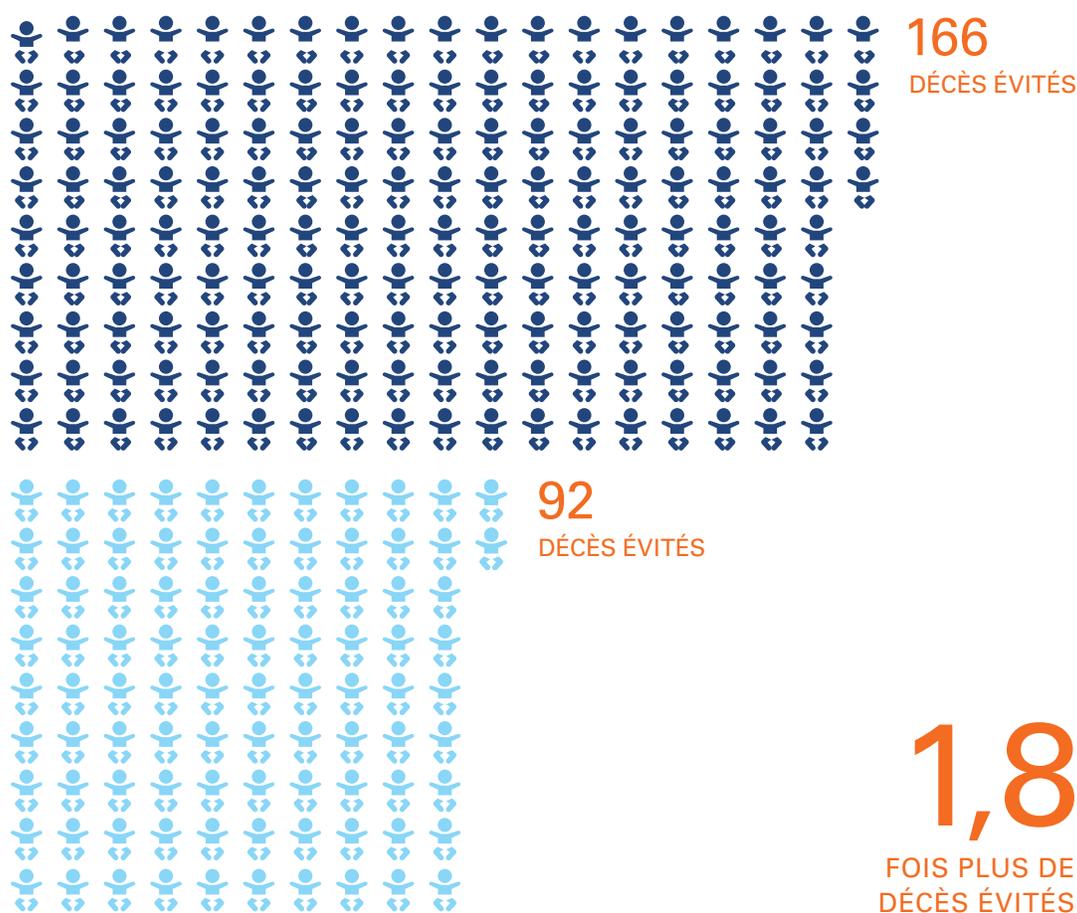
En d'autres termes, la baisse absolue des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans associée à l'amélioration du taux de couverture des interventions s'est avérée presque trois fois plus rapide chez les pauvres que chez les non-pauvres.

Surtout, les investissements qui favorisent les plus pauvres présentent un bon rapport coût-efficacité

Les enfants les plus pauvres du monde vivent souvent dans des communautés isolées ou difficiles d'accès ne bénéficiant pas d'infrastructures fiables, ce qui rend les interventions vitales auprès de ces populations d'autant plus compliquées et onéreuses. D'après l'étude, le coût moyen annuel pour la mise en œuvre d'un paquet complet de 35 interventions à haut impact auprès de populations démunies était estimé à 3,90 dollars É.-U. par personne dans les 24 pays pour lesquels les données relatives au coût de la couverture des interventions étaient disponibles⁸.

Figure 4 :

Une stratégie axée sur l'équité sauve davantage de vies tout en présentant un meilleur rapport coût-efficacité
Pour chaque million de dollars É.-U. investi, le nombre de décès évités au sein des groupes défavorisés s'est révélé 1,8 fois supérieur à celui du reste de la population dans 24 pays.



Source : analyse de l'UNICEF

Ce coût moyen par personne est environ 1,5 fois supérieur à celui des interventions ciblant des enfants et des femmes situés dans des zones non défavorisées. Toutefois, comme la modélisation LiST en témoigne, ces améliorations en matière de couverture des services au sein des communautés démunies ont sauvé 2,6 fois plus de vies dans ces 24 pays.

En d'autres termes, si les investissements nécessaires à l'intensification des interventions ciblant les foyers les plus pauvres sont plus élevés que ceux requis pour le reste de la population, le nombre de décès évités par million de dollars investi est environ 1,8 fois supérieur dans les groupes pauvres.

Incidence des résultats

Les résultats de cette étude viennent étayer l'hypothèse de l'UNICEF selon laquelle des stratégies axées sur l'équité sont plus efficaces que les approches traditionnelles pour réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

De surcroît, ces résultats montrent que les démarches fondées sur l'équité, bien que plus coûteuses, offrent un bien meilleur retour sur investissement en termes de vies sauvées que des niveaux d'investissement équivalents en faveur de populations non pauvres. Ils témoignent également avec force de l'émergence d'une dynamique positive en faveur d'une plus grande équité dans de nombreux pays enregistrant des taux élevés de mortalité chez les moins de cinq ans.

Il est plus que certain que ces résultats positifs auront d'importantes répercussions sur l'élaboration des politiques de développement durable en général et pour la santé infantile en particulier. Ils confirment en outre à l'aide de preuves tangibles toute l'importance de prendre au sérieux la promesse des ODD de « ne laisser personne de côté ».

Les démarches renforçant l'équité permettent de sauver la vie d'un plus grand nombre d'enfants de manière plus économique. Investir dans la santé des enfants et des familles les plus désavantagés contribue également à rompre le cycle intergénérationnel de la pauvreté. Des enfants en bonne santé sont en effet plus enclins à apprendre à l'école et à gagner leur vie une fois adultes, et pourront ainsi offrir à leurs enfants de meilleures perspectives tout en contribuant davantage à la croissance économique de leur pays⁹.

D'immenses défis et opportunités subsistent néanmoins, car même si les écarts se sont réduits, ils ne sont pas pour autant comblés. Les succès dont il est fait état dans le présent rapport sont fragiles et pourraient bien être réduits à néant si nous n'agissons pas de toute urgence. En effet, les inégalités sont exacerbées par la piètre qualité des services de soins auxquels les communautés pauvres ont souvent accès. Néanmoins, les résultats de cette analyse prouvent qu'au-delà d'être un principe juste, donner la priorité aux approches fondées sur l'équité sur la période des ODD est tout à fait réalisable.

Comme le montrent les synthèses d'études de cas citées dans le présent rapport, un certain nombre de pays qui enregistraient des taux de mortalité infantile élevés ont adopté des approches axées sur l'équité pour améliorer la survie des enfants. Force est de

constater que ces mesures, qui ont consisté à élargir la couverture des interventions à fort impact aux enfants et aux familles les plus à risque, obtiennent d'excellents résultats.

Accélérer les progrès visant à réduire les décès d'enfants dus à des causes évitables tout en améliorant leur rapport coût-efficacité est donc tout à fait possible si l'on investit dans le déploiement à grande échelle de politiques et programmes fondés sur l'équité.

Plus qu'une possibilité, c'est un devoir, car la vie de dizaines de millions d'enfants en dépend.

En pratique, les pays peuvent adopter plusieurs mesures pour réduire les inégalités :

Identifier les enfants et les communautés les plus démunis – en ventilant les données afin de mettre au jour les inégalités souvent masquées par les moyennes nationales et recenser les enfants laissés de côté.

Investir dans des interventions éprouvées, rentables et à fort impact – en élargissant la couverture vaccinale, les services de nutrition et les autres programmes de santé afin de protéger les enfants vulnérables contre les plus grands dangers qui menacent leur survie.

Améliorer les systèmes de santé – en renforçant les capacités du personnel de santé et en mettant l'accent sur les initiatives locales permettant un accès élargi et systématique aux interventions à fort impact.

Innover pour trouver de nouvelles manières d'atteindre les communautés les plus difficiles d'accès – en développant de nouveaux partenariats entre les secteurs et en particulier avec le secteur privé pour la conception de projets de développement.

Surveiller les résultats en matière d'équité – en ayant recours aux enquêtes effectuées auprès des ménages et aux systèmes d'information nationaux afin de voir si les écarts en matière d'équité se réduisent à mesure que le monde progresse vers les ODD.

L'analyse présentée dans ce rapport vient étayer les conclusions initiales formulées par l'UNICEF en 2010 selon lesquelles une stratégie axée sur l'équité serait à la fois efficace et économique. Beaucoup reste encore à faire néanmoins pour pallier les déficits actuels de données relatives au nombre de vies sauvées et au coût de couverture des interventions. Dans le cadre de sa collaboration avec des partenaires visant à aider chaque enfant à survivre et à s'épanouir, l'UNICEF s'est engagé à approfondir cette analyse au fil du temps en y intégrant de nouvelles données au fur et à mesure qu'elles seront disponibles.







Conclusions

Dans son rapport de 2010, l'UNICEF avait plaidé en faveur de l'équité en émettant l'hypothèse selon laquelle une approche axée sur les populations les plus pauvres contribuerait à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs mondiaux de développement. En 2017, l'UNICEF est en mesure de présenter de nouveaux éléments de preuve venant étayer cette idée : poursuivre sur la voie de l'équité est juste en principe et justifié en pratique. Se concentrer sur les enfants, les familles et les communautés les plus démunies peut en effet contribuer à stimuler les progrès vers la réalisation de l'objectif mondial consistant à mettre un terme aux décès d'enfants évitables tout en respectant l'engagement des ODD de ne laisser personne de côté.

Ces éléments de preuve arrivent à un moment crucial, alors que l'utilité des fonds versés à l'aide mondiale est de plus en plus remise en question et les preuves de leur efficacité, fortement attendues.

Les enjeux sont incroyablement élevés, tout comme l'est le coût de l'inaction. En effet, selon les dernières estimations, si la communauté internationale n'accélère pas ses progrès en matière de lutte contre la mortalité infantile, ce sont environ 70 millions d'enfants qui mourront de maladies évitables d'ici à 2030.

Il est de notre devoir de protéger leur vie et leur avenir tout comme nous le ferions pour nos propres enfants. Car ces enfants sont aussi les nôtres.

Étude de cas n° 1

Afghanistan

En 2003, l'Afghanistan a mis en place une collaboration étroite avec des organisations non gouvernementales en vue de surmonter les difficultés extrêmes auquel le pays faisait face concernant l'accès aux services de santé essentiels, la majeure partie de sa population vivant dans des zones difficiles d'accès¹⁰.

Les initiatives d'externalisation novatrices développées par le gouvernement et ses partenaires ont contribué à renforcer le personnel local de santé pour ainsi former une équipe de 28 000 agents de santé de proximité ayant pour mission de fournir des services aux communautés pauvres¹¹. En outre, le nombre de médecins, d'infirmières et de sages-femmes est passé de moins de 1 400 à plus de 15 000¹². Des équipes mobiles de santé comprenant une sage-femme, un agent de vaccination et une infirmière ont été déployées dans le pays pour atteindre les zones les plus reculées d'Afghanistan et y proposer des services vitaux. En plus de la vaccination, ces équipes fournissent des soins prénatals et postnatals gratuits ainsi que d'autres soins médicaux de base, détectent la malnutrition et d'autres complications médicales, et prodiguent des conseils.

Résultat : l'assistance qualifiée à la naissance s'est accrue de manière équitable dans le pays et on estime que la mortalité a reculé deux fois plus rapidement au sein des communautés pauvres que dans le reste de la population. Globalement, l'Afghanistan a réduit de moitié la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015, laquelle est passée de 181 à 91 décès pour 1 000 naissances vivantes au cours de cette période.





Étude de cas n° 2

Bangladesh

Depuis le début des années 2000, le Bangladesh élabore des politiques ayant pour vocation d'améliorer l'accessibilité et le coût des interventions de santé à fort impact reposant sur les communautés locales et visant à lutter contre les principaux facteurs de mortalité infantile (complications à la naissance, pneumonie et diarrhée, notamment). Pour ce faire, le gouvernement et ses partenaires ont installé dans les villages des cliniques de proximité délivrant gratuitement les soins de santé courants¹³.

Parallèlement, l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène sont au cœur de la stratégie du pays. Ainsi, en collaborant étroitement avec des organisations gérées par les communautés, le Bangladesh a pu faire passer le taux de défécation à l'air libre de 42 % en 2003 à seulement 1 % en 2015^{14,15}.

Résultat : entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans au Bangladesh a diminué de quasiment 74 %, passant de 144 à 38 décès pour 1 000 naissances vivantes au cours de cette période. Des efforts sont actuellement déployés pour améliorer la qualité des soins, et notamment ceux prodigués aux parturientes les plus vulnérables et à leurs nouveau-nés.

Étude de cas n° 3

Malawi

En 1990, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans du Malawi était l'un des plus élevés au monde, un enfant sur quatre n'atteignant pas l'âge de cinq ans.

Pour réduire ce taux de mortalité, le pays a adopté une approche reposant sur l'équité en matière de couverture des interventions à fort impact visant à lutter contre les principaux facteurs à l'origine de la mortalité infantile, à savoir la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. Parmi ces interventions, citons notamment l'élargissement des programmes de vaccination, la promotion du recours aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'intensification des efforts pour prévenir la sous-alimentation infantile.

Le Malawi a également renforcé les stratégies axées sur les communautés en déployant environ 11 000 agents de vulgarisation sanitaire pour mettre en place 4 300 cliniques de proximité dans des zones difficiles d'accès et en organisant deux fois par an des journées de santé infantile dans tout le pays en vue de sensibiliser davantage l'opinion aux problématiques de santé¹⁶. Le Gouvernement du Malawi a également adopté une approche intégrée en matière de santé infantile mettant à la fois l'accent sur la prévention et sur les traitements afin de lutter contre les principales causes de mortalité chez les enfants.

Résultat : les améliorations rapides et équitables en matière d'accès à des moustiquaires imprégnées d'insecticide, à l'initiation précoce à l'allaitement, à l'assistance qualifiée à la naissance et à d'autres mesures ont permis de faire reculer la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Malawi. Si cette dernière demeurait encore élevée en 2015, avec 64 décès pour 1 000 naissances vivantes, la situation s'est considérablement améliorée et le pays poursuit ses efforts pour atteindre les populations les plus vulnérables.





Étude de cas n° 4

Rwanda

La longue guerre civile qui a déchiré le Rwanda dans les années 1990 a considérablement affaibli le système de santé déjà fragile du pays. Afin de renforcer son système de soins et de faire baisser le taux élevé de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, le Rwanda a placé les communautés pauvres au cœur de sa stratégie. L'approche du pays incluait notamment l'expansion des services de santé de proximité, le renforcement du personnel de santé dans les zones rurales à l'aide de formations, l'augmentation des salaires et des primes liées à la performance, le déploiement d'efforts supplémentaires pour encourager les femmes à accoucher dans des établissements de santé ainsi que la mise en place d'un régime d'assurance maladie au niveau local afin de protéger les plus vulnérables en leur évitant de devoir assumer le coût des soins.

Ces initiatives ont permis au Rwanda de réaliser de rapides progrès concernant la couverture des interventions d'importance vitale. Ainsi, le pays affiche aujourd'hui un taux plus élevé d'accouchements assistés par du personnel qualifié et de nouveau-nés allaités dans l'heure suivant leur naissance. Enfin, plus de 67 % d'enfants rwandais dorment désormais sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Résultat : en 1990, le Rwanda enregistrait un taux de mortalité de 152 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les enfants de moins de cinq ans. En 2015, ce chiffre était tombé à 42, témoignant des progrès admirables réalisés par le pays. Ces avancées ont notamment bénéficié aux communautés les plus démunies puisque le taux de mortalité des moins de cinq ans a baissé deux fois plus rapidement au sein de ces dernières que dans le reste de la population rwandaise.

Étude de cas n° 5

Sierra Leone

Pour réduire ses taux de mortalité infantile et maternelle élevés, la Sierra Leone a mis en place en 2010 un ensemble de services de base visant à lutter contre les principales causes de décès chez les enfants et les femmes les plus vulnérables. Ces services incluaient notamment le recours à des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la promotion de l'allaitement précoce et exclusif, la vaccination et l'assistance à la naissance¹⁷.

Pour appuyer ces efforts, le pays a formé 15 000 agents de santé locaux entre 2000 et 2015 et fait bénéficier d'une formation en cours d'emploi aux agents sanitaires de base de chacun des 1 200 centres de soins de santé primaire que compte le pays.

La Sierra Leone a également mené tous les deux ans des campagnes de distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes enceintes et aux enfants afin de prévenir le paludisme. En 2010, le pays a lancé la Free Health Care Initiative (programme de soins de santé gratuits) en vue d'améliorer l'accès aux soins des mères et des enfants.

Entre 2000 et 2013, le pays a réalisé d'importantes avancées en améliorant considérablement l'accès des populations pauvres aux interventions, avec une couverture jusqu'à 25 % supérieure pour certaines d'entre elles. Enfin, la couverture des six indicateurs témoins examinés au cours de cette étude a progressé plus rapidement au sein des communautés démunies que dans le reste de la population.

Résultat : selon les estimations, entre 2008 et 2013, la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Sierra Leone a diminué annuellement de 14 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les groupes défavorisés, contre 9 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les groupes plus aisés.

Si la Sierra Leone illustre parfaitement la manière dont l'élargissement de l'accès à des services essentiels permet de sauver des vies, elle témoigne également de la grande fragilité des résultats obtenus. En effet, l'épidémie du virus Ebola en 2014-2015 a eu des conséquences désastreuses sur le pays et a failli compromettre des décennies de progrès. Cette crise sanitaire a clairement mis en évidence le besoin urgent d'investissements durables et supplémentaires en faveur des systèmes de santé locaux, du renforcement des ressources et des capacités des hôpitaux et centres de soins afin d'atteindre les enfants et les familles les plus démunis, qui sont toujours les plus vulnérables lors de ces crises.



- 1 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Réaliser les OMD avec équité*, n° 9, UNICEF, New York, 2010.
- 2 Carrera, Carlos, et al., « The Comparative Cost-effectiveness of an Equity-focused Approach to Child Survival, Health, and Nutrition: A modelling approach », *The Lancet*, vol. 380, n° 9850, 13 octobre 2012, pp. 1341-1351.
- 3 Chaque pays étudié présentait au moins un quintile dans la catégorie « pauvre » et au moins un quintile dans la catégorie « non pauvre », une condition sine qua non à l'évaluation de l'équité en matière d'accès aux interventions de santé dans chaque pays.
- 4 Des enquêtes sur le bien-être monétaire ont servi de base à la répartition des quintiles en groupes de population pauvres et non pauvres alors que l'analyse des écarts de couverture a reposé sur des études abordant les thématiques de propriété de biens et de richesse. Dans le cadre de la présente étude, il a été décidé de considérer les quintiles de revenus comme strictement équivalents aux quintiles de richesse.
- 5 L'étude a commencé dans chaque pays entre 2003 et 2010 pour s'achever entre 2010 et 2016. L'année médiane de départ se situe ainsi en 2006 et l'année médiane de finalisation, en 2013.
- 6 Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Haïti, Honduras, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Philippines, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Zambie, Zimbabwe.
- 7 La méthode de calcul des coûts pour cette étude est la suivante : 1) les coûts associés à l'amélioration de la couverture des interventions (les coûts des médicaments et des produits médicaux, par exemple) ont été calculés sur la base des hausses observées en termes de niveau de couverture des interventions concernées par l'étude ; 2) les coûts associés aux améliorations en termes de capacités des systèmes de santé ont été calculés sur la base d'estimations des ressources et moyens supplémentaires (les coûts en ressources humaines ou des infrastructures, par exemple) nécessaires à la réalisation de ces améliorations. Parmi les coûts relatifs aux « programmes et systèmes » et aux infrastructures, l'étude s'est intéressée aux coûts supplémentaires supportés par les familles pour accéder aux soins et aux services, notamment ; 3) les coûts présentés ci-dessus ont été pondérés pour refléter les systèmes nationaux de fixation des prix en se fondant sur la publication des pratiques de chiffrage des coûts propres à chaque pays ; 4) un « facteur d'ajustement logistique » qui reflète les surcoûts enregistrés pour atteindre les populations éloignées et dispersées a été appliqué aux coûts susmentionnés, et calculé sur la base d'informations empiriques relatives aux caractéristiques de densité de la population dans chaque pays.
- 8 Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Haïti, Honduras, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Philippines, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Zambie, Zimbabwe.
- 9 Amiria, Arshia, et Ulf G. Gerdthamb, « Impact of Maternal and Child Health on Economic Growth. New evidence-based analysis Granger causality and DEA analysis », étude commandée par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH), Genève, mars 2013 ; et Currie, Janet, « Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development », document de travail n° 13987, Bureau national de la recherche économique, Cambridge, MA, mai 2008.
- 10 Akseer, Nadia, et al., « Achieving Maternal and Child Health Gains in Afghanistan: A countdown to 2015 country case study », *The Lancet Global Health*, vol. 4, juin 2016, e395-413
- 11 Akseer, Nadia, et al., *The Lancet Global Health*, vol. 4, juin 2016.
- 12 Akseer, Nadia, et al., *The Lancet Global Health*, vol. 4, juin 2016.
- 13 Ministère de la santé et du bien-être de la famille du Bangladesh, « Success Factors for Women's and Children's Health », Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale et Alliance pour la recherche sur la politique et les systèmes de santé, Genève, 2015, p. 24.
- 14 Hanchett, Suzanne, « Sanitation in Bangladesh: Revolution, evolution, and new challenges », document de travail du Centre de connaissances CLTS, Agence suédoise de coopération internationale pour le développement, Stockholm, mai 2016, p. 6.
- 15 Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, *Progrès en matière d'assainissement et d'approvisionnement en eau : mise à jour 2015 et évaluation des OMD*, UNICEF et OMS, New York et Genève, 2015, p. 56.
- 16 Joos, Olga, et al., « Strengthening Community-Based Vital Events Reporting for Real-Time Monitoring of Under-Five Mortality: Lessons learned from the Balaka and Salima Districts in Malawi », *PLoS ONE*, vol. 11, n° 1, 2016, e0138406.
- 17 Ministère de la santé et de l'assainissement du Gouvernement de la Sierra Leone, Programme de base pour les services de santé essentiels pour la Sierra Leone, Sierra Leone, Freetown, mars 2010.

Crédit photographique :

Couverture: © UNICEF/UNI107263/de Viguerie

Page iii: © UNICEF/UN043866/Lister

Page 1: © UNICEF/UNI182593/Pirozzi

Page 3: © UNICEF/UN048841/Ergen

Page 12: © UNICEF/UNI175895/Singh

Page 13: © UNICEF/UN016848/Noorani

Page 16: © UNICEF/UNI117571/Noorani

Page 17: © UNICEF/UNI158440/Mawa

Page 20: © UNICEF/UN063420/Schermbrucker

Page 21: © UNICEF/UN026618/Everett

Page 24: © UNICEF/UN055470/Grile

Réduire les écarts : L'importance des investissements en faveur des enfants les plus pauvres

Une étude de l'UNICEF utilise de nouvelles données et analyses pour montrer que chaque dollar investi en faveur des enfants et communautés les plus démunis permet de sauver plus de vies que les investissements laissant de côté les populations pauvres. Les approches axées sur l'équité en matière de survie des enfants présentent un bon rapport coût-efficacité.

Ces conclusions nous parviennent à un moment crucial : alors que la communauté internationale s'unit pour atteindre les objectifs de développement durable dans un contexte de contraintes budgétaires et de redéfinition des priorités des dépenses publiques, chaque dollar compte. Et si nous n'accélérons pas dès aujourd'hui le rythme actuel des progrès effectués en matière de survie de l'enfant, alors d'ici à 2030, près de 70 millions d'enfants mourront de maladies évitables.

Face à de tels enjeux, et tant de victoires possibles, nous ne pouvons pas nous permettre d'ignorer ces preuves manifestes.

unicef  | pour chaque enfant

