

# G8 : un plan d'action contre la mortalité maternelle, infantile et néonatale

Les OMD sur la mortalité infantile et la mortalité maternelle accusent un retard criant

L'initiative sur la mortalité maternelle, infantile et néonatale, proposée par les pays du G8 à l'initiative du Canada, sera l'un des points principaux à l'agenda du G8 sur les questions de développement. **Le G8 de Muskoka doit réaffirmer les recommandations existantes et les transformer en un plan d'action concret et dûment financé en faveur de la santé des femmes et des enfants.**

**Oxfam France demande aux chefs d'Etat des pays du G8 de tenir leurs promesses à travers :**

- Un investissement additionnel de 10 milliards de dollars par an dans le secteur de la santé jusqu'à 2015 pour rattraper le retard accumulé;
- Une augmentation significative de l'aide dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive (intégrant la planification familiale et l'éducation sexuelle) ;
- Une augmentation des investissements pour le renforcement des systèmes de santé avec pour objectif une hausse du nombre de personnels soignants, un soutien explicite au secteur public et un engagement pour un accès gratuit aux soins ;
- Un financement de la santé materno-infantile qui ne se fasse pas au détriment de la reconstitution des sources du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

# La lutte contre la mortalité materno-infantile doit être une priorité

A ce jour, parmi les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) définis par les Nations unies en 2000, **les objectifs relatifs à la santé infantile (OMD 4) et la mortalité maternelle (OMD 5)<sup>1</sup> accusent le plus de retard.**

Près de 1 000 femmes meurent chaque jour dans le monde de complications liées à leur grossesse ou à l'accouchement<sup>2</sup>. La quasi-totalité de ces décès ont lieu dans les pays du Sud et plus particulièrement en Afrique subsaharienne. Au Malawi, au Tchad ou en République Centrafricaine, plus d'une grossesse sur 100 se solde par le décès de la mère. Le risque est cent fois plus élevé qu'en France<sup>3</sup>. **Les causes de ces décès sont connues : le manque d'infrastructures, les circuits défectueux d'approvisionnement de médicaments mais aussi et surtout la pénurie en personnel soignant qualifié.**

Dans les pays en développement, plus d'un tiers des femmes accouche sans l'aide d'un personnel soignant qualifié<sup>4</sup>. **Il manque aujourd'hui 4 millions de professionnels de santé dans les pays en développement, dont 350 000 sages-femmes qualifiées.** Les zones rurales sont les plus touchées. En Sierra Leone par exemple, plus de la moitié des provinces sont démunies d'unités de soins capables d'effectuer des césariennes et des transfusions sanguines<sup>5</sup>.

## OMD 4 et OMD 5

Parmi les huit objectifs du Millénaire pour le développement adoptés en 2000 à l'Assemblée Générale des Nations unies, deux objectifs concernent la santé infantile et maternelle

### - Santé infantile (OMD 4)

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

### - Mortalité maternelle (OMD 5)

Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle, et rendre l'accès à la médecine procréative universel.

<sup>1</sup> Voir encadré

<sup>2</sup> *Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*, The Lancet, 2010.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> *The Millennium Development Goals Report 2009*, United Nations.

<sup>5</sup> *Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*, The Lancet, 2010.

Les barrières financières telles que le paiement direct des soins par les patients représentent également un obstacle majeur à l'accès aux services de santé lorsqu'ils existent. Les pays ayant supprimé le paiement direct des soins par les patients ont vu le nombre de consultations considérablement augmenter. Le coût d'une césarienne au Bénin, avant la mise en place de la politique de gratuité en 2009, représentait plus d'un tiers du revenu annuel d'une famille béninoise modeste<sup>6</sup>. Au Burundi en 2006, après que le gouvernement a mis en place la gratuité des soins dans les maternités, les naissances en milieu hospitalier ont augmenté de 61 %<sup>7</sup>. **C'est pourquoi, il est nécessaire d'investir durablement dans les systèmes de santé du secteur public et de s'assurer de l'accès gratuit aux soins de santé de base.**

Améliorer la santé maternelle nécessite des investissements dans les services de santé de la reproduction et des mesures qui renforcent l'égalité de genre. En Afrique sub-saharienne, un quart des femmes ont des besoins insatisfaits en planification familiale<sup>8</sup>.

**Comme l'a déjà rappelé le G8 en 2009<sup>9</sup>, à l'Aquila, pour réduire la mortalité maternelle et infantile dans le monde, il est urgent d'investir massivement dans les systèmes de santé du secteur public et les personnels soignants, de lutter pour l'égalité de genre et de développer un accès gratuit aux soins de santé de base pour les femmes enceintes et les enfants.**

## Les engagements du G8 en matière de santé materno-infantile

Les pays du G8 doivent s'assurer que leurs efforts pour soutenir les initiatives visant à renforcer les systèmes de santé dans les pays en développement soient parfaitement coordonnés entre eux ainsi qu'avec les autres bailleurs. **Le programme proposé par le Canada représente une opportunité de mettre enfin en place un plan d'action basé sur le consensus global en santé maternelle, infantile et néonatale.**

---

<sup>6</sup> *L'Hôtel des indigentes*, Gladys Marivat & Cyrille Standler, 2010.

<sup>7</sup> *21<sup>st</sup> century aid*, Oxfam International, 2010.

<sup>8</sup> *The Millennium Development Goals Report 2009*, United Nations.

<sup>9</sup> « We warmly support building a global consensus on maternal, newborn and child health as a way to accelerate progress on the Millennium Development Goals for both maternal and child health, through (i) political and community leadership and engagement; (ii) a quality package of evidence-based interventions through effective health systems; (iii) the removal of barriers to access for all women and children, free at the point of use where countries chose to provide it; (iv) skilled health workers; (v) accountability for results. We encourage the work of the WHO, WB, UNICEF and UNFPA are doing to renew international efforts on maternal and child health. [...]»

[http://www.g8italia2009.it/static/G8\\_Allegato/G8\\_Declaration\\_08\\_07\\_09\\_final.0.pdf](http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Declaration_08_07_09_final.0.pdf)

C'est pourquoi le G8 doit concrètement s'engager à :

### **A/ Investir 10 milliards de dollars supplémentaires par an dans le renforcement des systèmes de santé et la santé materno-infantile**

Les ministres du développement du G8 qui se sont réunis à Halifax en avril 2010, se sont accordés sur le fait que : « *la réalisation de progrès dans le secteur de la santé ne demande pas de nouveaux mécanismes, fonds ou structures* » et que le plan du G8 sur la santé maternelle, infantile et néonatale doit être un « *appui aux systèmes et aux plans sanitaires nationaux des pays* ».

**Si Oxfam France approuve les principes de soutien aux politiques nationales et d'étroite collaboration entre les pays donateurs derrière un plan national commun, le niveau actuel de dépense des pays donateurs pour améliorer la santé maternelle, infantile et néonatale et pour renforcer les systèmes de santé n'est pas du tout adapté pour atteindre les OMD 4 et 5.**

Le secrétaire général de l'ONU estime à 20 milliards de dollars les besoins de financement annuel pour améliorer la santé maternelle et infantile. Ces 20 milliards de dollars font référence à la fois à la réalisation d'interventions ciblées (vaccinations, programmes de nutrition, mise à disposition de kit d'accouchement, etc.) ainsi qu'à la mise en place de politiques publiques générales de santé (formation de personnel soignant qualifié, mise en place de systèmes d'évacuation d'urgence, etc.) Mais cette situation exclut le financement de maladies spécifiques (sida, tuberculose et paludisme) ainsi que d'autres mesures requises comme les travaux liés à l'accès à l'eau et d'assainissement et l'égalité de genre qui sont envisagés par les ministres du développement du G8.

Afin de participer aux financements des besoins en santé, les pays du G8 doivent :

- Investir 10 milliards de dollars par an dans le secteur de la santé jusqu'en 2015 (ce qui correspond à la moitié des besoins financiers annuels pour la santé maternelle et infantile) - fonds qui doivent provenir de financements nouveaux et non redistribués, y compris des financements innovants ;
- S'assurer que le financement de la santé materno-infantile ne se fait pas au détriment de la reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- Garantir que l'ensemble des financements bilatéraux et multilatéraux répondent aux stratégies élaborées par les pays eux-mêmes, par exemple dans le cadre défini par le Partenariat International pour la Santé (International Health Partnership - IHP)<sup>10</sup> ;
- Exiger que la Banque mondiale se focalise sur la levée des barrières physiques d'accès aux soins (par l'amélioration des routes, des moyens de transports type ambulances etc.) sans gêner les politiques nationales de santé ;
- S'assurer que les engagements pris pour lutter contre les maladies spécifiques, pour l'eau et l'assainissement et pour l'égalité de genre sont dissociés des autres engagements qui ne constituent pas une réponse directe au déficit de 20 milliards de dollars annuel identifié par le Secrétaire général des Nations unies.

---

<sup>10</sup> <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>

## **B/ Favoriser l'accès à la contraception pour les femmes, développer le planning familial et atteindre l'égalité de genre**

Ces dix dernières années, la planification familiale volontaire a été fortement négligée par l'aide internationale. **Promouvoir les produits de santé sexuelle et reproductive comme les préservatifs féminins et la contraception d'urgence est pourtant crucial.**

Dans son plan d'action sur la mortalité maternelle, infantile et néonatale, le G8 doit intégrer la planification familiale. Or, la position du Canada quant à la nécessité du G8 de financer des mesures permettant de rendre les avortements plus sûrs est floue. Cette position doit changer : chaque année dans le monde, 70 000 femmes meurent des suites d'avortements mal pratiqués, le plus souvent clandestinement<sup>11</sup>.

La position de G8 sur l'avortement ne devrait pas être un recul en comparaison aux engagements pris lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement au Caire en 1994. Ceux-ci ont recommandé aux Etats de « *revoir les lois qui criminalisent le recours à l'avortements illégal* » et affirmé que « *dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès aux services de qualité pour la prise en charge des complications dues à l'avortement* ».

Les violences faites aux femmes pendant leur grossesse est un autre facteur important de complications à l'accouchement et de mortalité infantile.

**Le renforcement de la planification familiale et un meilleur accès à des avortements sûrs doivent donc être une priorité.**

Le plan du G8 doit:

- S'engager à appliquer et soutenir les droits humains fondamentaux des femmes et des jeunes filles définis aux seins des conventions internationales et des plates-formes d'actions<sup>12</sup> et à augmenter le financement des organisations de défense des droits des femmes ;
- Reconnaître la lutte contre la violence faite aux femmes comme une stratégie pour réduire la mortalité maternelle et infantile ;
- Augmenter considérablement l'aide consacrée à la planification familiale et l'éducation sexuelle ;
- Assurer un accès universel et gratuit aux moyens de contraception pour les femmes qui désirent en bénéficier ;
- Soutenir l'intégration des services de lutte contre le VIH et des services de santé sexuelle et de la reproduction ;
- Soutenir les politiques publiques qui rendent les avortements plus sûrs et garantir que les femmes souffrant de complications dues à un avortement peu sûr reçoivent des soins adaptés.

---

<sup>11</sup> *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Process*, Guttmacher Institute, 2009.

<sup>12</sup> En particulier : la plateforme de Pékin, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et le Plan d'actions du Caire.

## C/ Investir davantage dans les services de santé publics et gratuits

Le plan du G8 sur la mortalité maternelle, infantile et néonatale se concentre sur un éventail d'interventions comprenant « *les soins prénatals, les soins post-partum, la planification familiale et la contraception, la santé reproductive, le traitement et la prévention des maladies, la prévention de la transmission du VIH de la mère à enfant, les vaccinations et la nutrition* »<sup>13</sup>. Les ministres du développement de G8 ont convenu que des systèmes de santé doivent également être renforcés par des services de prise en charge globale au niveau local, comprenant « *un accès aux soins de base, des infrastructures équipées, des professionnels de santé qualifiés et de solides systèmes d'information et d'évaluation* ».

Cependant, un certain nombre d'actions clefs ne sont pas encore précisées : la suppression des paiements directs par les patients, l'investissement dans les soins obstétricaux d'urgence mais aussi dans des infrastructures de santé en zone rurale ainsi que dans des produits de santé de reproduction, dont les médicaments.

**Le cadre général doit donc être accompagné d'un plan d'action beaucoup plus concret comprenant des objectifs plus clairs.**

Le plan d'action du G8 sur la mortalité materno-infantile doit :

- Définir un objectif mesurable et ambitieux en termes de formation de nouveaux personnels soignants afin de réduire la pénurie en personnel de santé estimée à quatre millions dans le monde, dont 350 000 sages-femmes et obstétriciens<sup>14</sup> ;
- Promouvoir de meilleures conditions de travail dans le secteur public, dont de meilleures rémunérations et un accès aux formations afin d'éviter la fuite des professionnels de santé dans le secteur privé ou à l'étranger ;
- Recommander que 25% de l'aide publique en santé soit consacrée aux personnels de santé en contact direct avec les patients<sup>15</sup> ;
- Soutenir les systèmes publics de santé car ils sont mieux placés que les systèmes privés pour fournir un continuum de soins maternels gratuits aux femmes défavorisées ;
- Réaffirmer l'importance de la gratuité des soins pour les femmes et les enfants ;
- S'engager à soutenir financièrement et techniquement les pays en développement qui ont supprimé les paiements directs des soins par les patients ;
- Proposer un continuum complet de soins sans oublier de définir des cibles précises en terme de couverture en services obstétricaux d'urgence, y compris dans les zones rurales.

---

<sup>13</sup> Ministres du développement du G8, Halifax, avril 2010.

<sup>14</sup> A Toyako en 2008, les Etats membres du G8 ont décidé d'agir en faveur de l'atteinte du seuil de couverture de 2,3 professionnels de santé pour 1 000 habitants recommandé par l'OMS. Le G8 devrait rendre des comptes par rapport à cet objectif.

<sup>15</sup> Afin d'augmenter le nombre de personnels de santé, l'OMS, dans le rapport *Travailler ensemble pour la santé dans le monde*, recommande que "50 % des fonds soient alloués au renforcement des systèmes de santé, dont au moins la moitié pour le soutien des plans d'urgence en matière de ressources humaines" Mais les données manquent sur la proportion de l'aide internationale en santé qui est réellement allouée aux ressources humaines.

**Dossier rédigé par Julien Potet**

**Juin 2010**

**Contact presse :**

**Delphine Bedel**

**00 33 1 77 35 76 00 / 00 33 6 38 69 24 07**

**[dbedel@oxfamfrance.org](mailto:dbedel@oxfamfrance.org)**

**© Oxfam France**

**104 rue Oberkampf – 75011 Paris**

**00 33 1 56 98 24 40 – [info@oxfamfrance.org](mailto:info@oxfamfrance.org)**



**[www.oxfamfrance.org](http://www.oxfamfrance.org)**