

AU-DELÀ DES CHIFFRES

Pourquoi l'amélioration des données contribue-t-elle à sauver des vies de femmes et d'enfants?



© Vision Mondiale International 2014

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit sans l'autorisation écrite de l'éditeur, à l'exception de brefs extraits destinés à des articles.

Publié par Vision Mondiale International.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur cette publication ou des publications de Vision Mondiale International, ou encore pour obtenir des exemplaires supplémentaires de cette publication, veuillez écrire à l'adresse : wvi_publishing@wvi.org.

Vision Mondiale International souhaite être informée de la façon dont ce document est utilisé, que ce soit dans le cadre d'une formation, d'un travail de recherche ou de la conception, de la mise en œuvre ou de l'évaluation d'un programme.

Ce rapport a été rédigé par Rachel Coghlan à partir des recherches d'Isis Sunwoo (conseillère) et a été publié par Kate Eardley. Nous remercions le personnel de Vision Mondiale de nous avoir fait part de leurs commentaires et observations.

Gestion au nom de « Santé : les enfants d'abord » : Emma Edwards. Rédaction en chef : Heather Elliott.
Gestion de la production : Katie Klopman et Daniel Mason. Révision : Audrey Dorsch. Correction d'épreuves : Amber Hendrickson. Conception de la couverture et mise en page du contenu : Lara Pugh.

Photo de couverture © Vision Mondiale (Sopheak Kong).

Photos à l'intérieur © personnel de Vision Mondiale.

p. 3 Mozambique (Antonio Matimbe).

p. 8 Inde (Daniel Mung).

Résumé

En tant que communauté mondiale, pays et organismes individuels, nous faisons des progrès qui doivent être célébrés. Près de 90 millions de vies ont été sauvées au cours des deux dernières décennies grâce à nos efforts collectifs pour améliorer la survie des enfants. Chaque année, nous perdons de moins en moins d'enfants atteints de la rougeole, de la malaria et d'autres maladies d'enfance, mais nous en perdons encore trop pour des causes de mortalité évitables.

Tandis que nous nous approchons de la date limite pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), nous devons chercher à accélérer les progrès accomplis et à réduire encore davantage le nombre d'enfants que nous perdons chaque année. Nous avons jusqu'au 31 décembre 2015 pour atteindre nos objectifs qui consistent à réduire de deux tiers la mortalité juvénile depuis 1990 et de trois quarts la mortalité maternelle. Il est déjà question de ce qui viendra après les OMD et l'on appuie fortement l'idée d'une cible ambitieuse visant à mettre fin aux décès évitables des mères et des enfants en une génération. Cette cible ne peut être atteinte que si l'on trouve des moyens de toucher ces bébés, ces enfants et ces mères qui ne bénéficient pas des systèmes de santé et des financements standards. Nous devons découvrir qui est encore laissé pour compte – et pourquoi.

Chaque année, partout dans le monde, combien d'enfants meurent invisibles ou sans qu'on s'en aperçoive, sans avoir été enregistrés à l'état civil ni avoir eu accès aux services de santé qui auraient pu leur sauver la vie? En réalité, nous l'ignorons. Selon les estimations les plus fiables, il y aurait entre 250 et 500 millions de personnes invisibles et laissées pour compte dans les pays en voie de développement.¹ Combien d'entre elles sont des enfants? Nous ne devrions pas avoir à le deviner. Nous devrions savoir où sont ces personnes et comment leur donner accès aux interventions en matière de santé.

Actuellement, les enfants les plus vulnérables ne sont pas comptés, car il y a de grandes disparités dans l'information sur la santé recueillie par pays. Seulement 20 % des pays possèdent des systèmes d'information fiables en matière de santé permettant de compter les naissances et les décès et de faire le suivi des causes de décès, parallèlement aux grandes enquêtes sur les ménages. C'est surtout le cas dans les pays les plus développés, mais ce n'est pas dans ces pays qu'il y a le plus de décès d'enfants.

Chaque mère et chaque enfant, partout dans le monde, ont le droit d'être comptés et d'avoir accès aux services gouvernementaux. Si chaque personne est comptée, les gouvernements et les donateurs peuvent alors investir avec plus de confiance dans les politiques et les programmes qui ciblent et touchent les communautés les plus vulnérables. Nous savons que cela sauvera des vies. En Ouganda, il s'agit de permettre à un enfant malade de consulter un médecin. En Indonésie, il s'agit de permettre au gouvernement d'offrir des fonds suffisants pour immuniser tous les enfants d'une même communauté. En Afghanistan, il s'agit d'informer les mères où trouver de l'aide si elles accouchent prématurément et comment y avoir accès.

Ce que nous savons, c'est que beaucoup d'enfants décédés ou malades n'ont jamais eu accès à un établissement de santé et que leur état n'a souvent pas été enregistré. Il est donc essentiel d'étendre la portée des systèmes d'information actuels et d'investir dans la collecte d'information auprès de la communauté et par la communauté. Vision Mondiale aide les communautés à améliorer le bien-être de leurs enfants. La clé de ce travail consiste à évaluer et à surveiller l'état des enfants les plus vulnérables et à les atteindre, eux qui sont souvent invisibles ou passent inaperçus. En Afghanistan, nous équipons les sages-femmes d'un téléphone portable pour la surveillance de la santé. En Indonésie, nous aidons les travailleurs de la santé au sein de la communauté à enregistrer de l'information sur les enfants qui assistent à des festivals publics, puis à faire un suivi en plaçant des étiquettes sur les maisons où vivent des enfants âgés de moins de cinq ans, pour que les bénévoles en santé puissent facilement repérer les maisons qui ont besoin d'une aide et d'une attention continues.

Chaque **mère** et **chaque** enfant, partout dans le **monde**, ont le droit d'être **comptés**.



Nous avons besoin d'acteurs politiques prêts à défendre la cause des enfants.

Pour mettre fin aux décès évitables des enfants âgés de moins de cinq ans, nous devons soutenir davantage de projets de ce type, les intégrer aux systèmes d'information nationaux et voir les gouvernements leur donner une plus grande portée. Nous devons appuyer mondialement les approches qui placent les personnes, comme les familles et les communautés, au cœur des efforts pour compter et atteindre les enfants les plus vulnérables qui sont le plus dans le besoin. Nous avons besoin d'acteurs politiques qui sont prêts à défendre les enfants les plus éloignés des centres de santé et de l'esprit des gens et à leur donner une place de premier plan dans le prochain programme de développement.

Chaque enfant a le droit d'être compté, ceux qui sont invisibles méritent de gagner de la visibilité et les plus vulnérables méritent d'avoir la chance de survivre et de réaliser leur potentiel.

Nous croyons que les gouvernements nationaux, les donateurs et les organismes mondiaux doivent suivre les étapes indiquées ci-dessous pour réaliser la vision selon laquelle chaque enfant doit être compté et pour combler le manque d'équité en matière de santé. Ces étapes ne doivent pas seulement servir à réaliser le potentiel de millions de personnes. Elles doivent aussi servir à prendre des mesures immédiates pour accélérer les efforts envers l'atteinte des OMD en matière de santé.

Les gouvernements nationaux doivent :

- veiller à ce que le traitement des inégalités soit toujours au cœur des préoccupations en améliorant le comptage des personnes, en visant les enfants les plus vulnérables et en utilisant les données recueillies pour élaborer des politiques, concevoir des programmes, suivre les progrès et mener des analyses;
- étendre systématiquement le système d'information sur la santé à l'échelle locale grâce à des approches prometteuses visant à obtenir des données et à mener des analyses, particulièrement pour les régions dans lesquelles il y a actuellement peu d'enquêtes ou de données cartographiques permettant de repérer les personnes les plus vulnérables, de prendre des décisions éclairées, d'améliorer la prestation des services de santé et d'avoir des incidences positives sur les résultats en matière de santé;
- investir davantage dans les systèmes permettant l'enregistrement à l'état civil et l'obtention de statistiques en matière d'état civil pour qu'ils représentent l'ensemble de la population;
- institutionnaliser le suivi des décès maternels et les interventions qui y sont liées et veiller à ce que la collecte d'information soit structurée de façon à simplifier la participation de la communauté aux processus d'analyse en cas de décès;
- combler les lacunes entre les décideurs à tous les niveaux, les personnes soignantes, les familles et les membres des communautés en appuyant les systèmes de suivi communautaires, comme les vérifications sociales ou les fiches d'évaluation par les citoyens;
- prendre des mesures concrètes pour donner la priorité aux enjeux locaux par rapport aux enjeux nationaux, y compris grâce à la participation de la société civile dans les mécanismes de planification, d'analyse et de responsabilité.

Les pays, les gouvernements donateurs et les organismes internationaux doivent :

- revoir et recentrer leurs efforts actuels pour accélérer les progrès vers l'atteinte des OMD, en gardant à l'esprit de mieux compter et atteindre les enfants les plus vulnérables;
- accorder particulièrement la priorité aux personnes les plus vulnérables dans le programme de développement de l'après 2015, en se concentrant sur un objectif ambitieux visant à mettre fin aux décès évitables des mères, des nourrissons et des enfants et en s'engageant à réduire considérablement le nombre d'enfants qui souffrent d'un retard de croissance dans le monde entier;

- veiller à ce que le suivi de tout nouvel objectif de développement repose sur des données fiables sur l'équité au-delà de la question du revenu et sur un engagement à décomposer les données sur la santé du pays au moins selon l'âge, le sexe, l'emplacement, l'origine ethnique, le quintile de revenu et l'invalidité;
- s'engager à accroître le nombre d'enregistrements à l'état civil et la portée des systèmes statistiques de l'état civil pour inclure l'ensemble de la population;
- investir dans des mécanismes de suivi de la santé, d'analyse et de responsabilité et étendre leur portée, aussi bien à l'échelle locale qu'à l'échelle mondiale, pour que les communautés, la société civile et tous les acteurs concernés puissent y participer de façon efficace.

Finaliser le travail : sauver des vies grâce à l'amélioration des données

Dans le village reculé de Bawomataluo, dans la région du sud de Nias en Indonésie, il y a une étiquette sur la porte de toutes les maisons où vit un enfant âgé de moins de cinq ans. Cette étiquette contient de l'information sur le poids de l'enfant, sa taille et le jour de sa pesée. Les bénévoles et les sages-femmes de cette communauté mettent à jour chaque mois l'information qui figure sur l'étiquette et l'enregistre dans une base de données sous la forme d'un livre dans lequel se trouvent la photo de l'enfant, sa date de naissance et son état nutritionnel. Avant que cette pratique de localisation ne soit lancée, il y avait une faible couverture des services de santé et personne ne savait exactement combien d'enfants vivaient dans le village. Grâce à ce programme de suivi communautaire, chaque enfant et chaque femme enceinte sont pris en compte et les bénévoles de la santé peuvent utiliser l'information recueillie pour mieux cibler les services de santé et les conseils essentiels à offrir.

Le simple fait de compter tous les enfants et de suivre l'évolution de leur état de santé est peut-être une pratique courante dans les pays riches, mais cette pratique est rare dans les pays pauvres, comme dans la communauté éloignée de Bawomataluo, et bon nombre d'enfants sont laissés pour compte, n'étant pas comptés et invisibles. L'obtention de données à l'échelle locale peut permettre de combler les lacunes en matière d'information essentielle pour que les services de santé puissent cibler les enfants les plus vulnérables. Les communautés du monde entier doivent participer aux efforts faits pour pouvoir compter chaque mère et chaque enfant.

Des progrès extraordinaires ont permis de sauver la vie d'enfants : le nombre des enfants âgés de moins de cinq ans qui meurent chaque année a chuté, passant de 12 millions à 6,6 millions au cours des deux dernières décennies.² Toutefois, à l'heure où l'on salue, à juste titre, de grandes avancées en matière de santé pour les enfants, des millions d'enfants partout dans le monde meurent sans qu'on les remarque ou qu'on les voit, sans avoir été inscrits à l'état civil ni avoir eu accès aux services de santé qui auraient pu leur sauver la vie. Environ 18 000 enfants âgés de moins de cinq ans meurent chaque jour. Pour beaucoup, il s'agit de causes de mortalité qui auraient pu être évitées ou traitées efficacement. Deux millions d'enfants décèdent le jour de leur naissance et quatre millions meurent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans.

Nous vivons à une époque où des investissements sans précédent sont faits dans la santé, aussi bien à l'échelle internationale et nationale. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont une occasion extraordinaire d'attirer l'attention des communautés politiques du monde entier pour sauver des vies et réduire la pauvreté. Cette attention politique a permis de mettre en place des investissements financiers et de réaliser les progrès dont nous avons été témoins ces dernières années. Néanmoins, en dépit des progrès réalisés grâce aux efforts déployés pour atteindre les OMD en matière de santé, des groupes d'enfants sont complètement laissés de côté. Trop souvent, les enfants les plus pauvres et les plus marginalisés sont exclus des histoires de réussite.



Il est essentiel de **combler** les disparités en matière d'équité en santé pour **mettre fin** aux décès évitables des enfants. Ce fondement peut aussi créer de grandes **retombées économiques**.

Les OMD actuels ne prennent pas en compte le concept d'équité : les chiffres globaux utilisés pour évaluer les progrès mondiaux et nationaux envers l'atteinte des OMD ont permis à certains pays d'atteindre leurs cibles sans répondre aux besoins des enfants les plus vulnérables. Les mesures actuelles en matière de santé des enfants masquent les inégalités entre les mieux lotis et les moins bien lotis. Un grand nombre d'enfants naissent sans être comptés. Leur droit à l'identité le plus fondamental est ainsi bafoué. Des enfants et des mères meurent, car nous ne savons pas toujours où ils se trouvent et comment les atteindre. Il manque beaucoup d'information sur la santé, même dans celle recueillie par les pays les plus riches. C'est pour cela qu'il est difficile de comprendre qui souffre de l'inégalité en matière de santé et qu'il est probable que les gouvernements du monde entier sous-estiment l'ampleur des inégalités entre les pays et au sein des pays. Dans les pays pauvres en particulier, cela signifie que nous perdons des mères et des enfants qui auraient pu être sauvés par des interventions de santé simples et rentables. Les groupes qui souffrent le plus – comme les enfants dont la naissance n'est pas enregistrée, les enfants handicapés, orphelins, issus de minorités ethniques, apatrides ou encore ceux qui sont nés sans l'aide de sages-femmes compétentes – ne sont généralement pas comptés. Ils restent invisibles pour les services et les systèmes de santé et ne profitent pas des progrès accomplis. Le manque d'information, à savoir qui et où sont les enfants les plus vulnérables, a de grandes incidences sur la planification, la gestion des ressources et la prestation des services de santé.

Pour terminer le travail commencé, il ne suffit pas de se rapprocher des objectifs macroéconomiques moyens à l'échelle nationale et mondiale. Il s'agit aussi de mettre fin aux décès d'enfants pouvant être évités. Dorénavant, pour la plupart des pays, la question est de savoir qui est encore laissé pour compte et pourquoi.³

En 2007, une série d'articles publiés dans la revue *The Lancet* ont attiré l'attention sur le « scandale de l'invisibilité », dénonçant que les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables de la société ne sont pas inscrites au registre d'état civil, ne sont pas comptées et sont délaissées.⁴ Entre 250 et 500 millions de personnes les plus pauvres parmi les pauvres pourraient être concernées dans les pays en voie de développement.⁵

Comblent les disparités en matière d'équité en santé

Pour terminer le travail entrepris dans le cadre de l'atteinte des OMD et mettre un terme aux décès évitables des enfants, nous devons offrir des services de santé aux nourrissons, aux enfants, aux mères et aux familles du monde entier. Chaque mère et chaque enfant ont le droit d'être comptés et d'avoir accès à des services de santé de qualité. Nous devons nous concentrer davantage sur la vie individuelle des mères et des enfants, plutôt que sur les statistiques nationales ou mondiales. Cela signifie qu'il faut s'attaquer aux raisons pour lesquelles les mères et les enfants meurent, offrir davantage d'information aux familles pour éviter les retards de croissance chez les enfants et étendre l'accès aux soins de santé et aux services d'eau et d'assainissement de base aux régions défavorisées. Ceci est difficile à mettre en œuvre et nécessite de trouver des mesures pour atteindre les enfants qui souffrent non seulement d'une, mais de multiples privations. Il peut s'agir d'enfants au sein des familles les plus pauvres dans les zones rurales ou d'enfants handicapés vivant au sein de populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays ou de populations de réfugiés.

Il est essentiel de combler les disparités en matière d'équité en santé pour accélérer le progrès et mettre fin aux décès évitables des enfants. Le fait d'investir dans la santé et de combler les disparités en matière d'équité en santé au sein des pays et entre les pays peut aussi entraîner de grandes retombées économiques. Selon la Commission sur l'investissement dans la santé de 2013 de la revue *The Lancet*, la diminution de la mortalité représente environ 11 % de la croissance économique pour les pays à revenus faibles à intermédiaires.⁶ Selon un rapport coût-bénéfice de la Commission *The Lancet*, en dépensant seulement 23 \$ US par habitant dans les pays les plus pauvres, soit 25 milliards de dollars supplémentaires, on obtiendrait un gain de 216 \$ par habitant en croissance économique. Par ailleurs, le consensus de Copenhague de 2012, un projet permettant d'examiner les solutions les plus ingénieuses pour répondre aux enjeux mondiaux, a révélé

que les cinq priorités d'investissement en matière de développement concernaient la santé ou la nutrition et qu'il en était de même pour 4 des 10 autres priorités.⁷

Les risques d'exclusion sociale des populations vulnérables et l'inattention à leur égard sont toujours présents. Le fait de ne pas tenir compte de l'équité n'est pas seulement mauvais pour la santé des femmes et des enfants, mais empêche aussi d'accélérer le progrès. Les projets axés sur l'équité pourraient accélérer la chute de la mortalité, améliorer la rentabilité et réduire les inégalités.⁸

On ne peut pas mettre fin à la pauvreté sans lutter contre les inégalités. Voilà pourquoi on parle de l'importance de traiter les inégalités en santé pour « terminer le travail commencé » dans le cadre des OMD et d'établir un programme de développement équitable et viable à suivre. À l'occasion de la huitième session du Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable, l'équipe de soutien technique des Nations Unies a récemment préparé un document sur la promotion de l'égalité pour attirer l'attention sur les « grandes disparités qui se renforcent souvent mutuellement » et qui sont bien visibles au sein des pays, faisant remarquer que de telles inégalités rendraient particulièrement difficile l'atteinte d'objectifs universels ou réévalués dans le cadre du nouveau programme de développement.⁹

Il a aussi beaucoup été question du renforcement de grandes méthodes, comme les systèmes d'enregistrement à l'état civil, les enquêtes sur les ménages et la collecte systématique de données à l'échelle des établissements, pour améliorer le suivi en matière d'équité en santé. Toutefois, les systèmes de suivi actuels ne sont pas assez sophistiqués pour pouvoir inclure de petits groupes d'enfants souffrant de multiples privations, qui demeurent invisibles pour les services de santé et sont exclus des progrès qui permettent de sauver des vies. Dans beaucoup de pays, les systèmes d'information sur la santé visent principalement à répondre aux besoins en matière de données des gouvernements centraux, des donateurs ou des bases de données mondiales. La plupart de ces systèmes ne tiennent pas compte des points de vue et des expériences à l'échelle locale. Il y a encore beaucoup à faire pour veiller à ce que les systèmes d'information en matière de santé comptent et touchent les groupes de personnes les plus marginalisés.

Il faudra recueillir plus d'information auprès des personnes et des communautés elles-mêmes pour connaître les besoins qui leur sont propres et pouvoir atteindre les enfants laissés pour compte. Comme beaucoup d'enfants décédés ou malades n'ont jamais eu accès à un établissement de santé et que leur état n'a souvent pas été enregistré, il est essentiel de recueillir de l'information au sein de la communauté, par la communauté. Grâce aux innovations locales qui permettent aux communautés de recueillir elles-mêmes leurs propres données et d'en faire le suivi, il est possible d'obtenir de l'information pertinente reflétant les besoins et pouvant compléter les données recueillies de façon conventionnelle et combler les manques d'information sur l'état de santé des femmes et des enfants. Les communautés peuvent ainsi aider à rassembler de l'information sur les enfants et les mères exclus des systèmes de données pour permettre de comprendre qui et où ils sont, à quels services de santé ils ont accès et enfin de quoi ils meurent.

Un nouveau mouvement pour l'amélioration des données

Le manque de données sur les inégalités constitue un obstacle majeur à l'atteinte des OMD en matière de santé et des cibles qui seront fixés pour le prochain cadre de développement. On dispose de données insuffisantes, voire inexistantes, dans bon nombre de pays, en particulier pour les facteurs de santé et de bien-être au-delà des questions de revenu, et pour les groupes sociaux les plus pauvres ou les plus marginalisés. Les systèmes d'information en matière de santé doivent être conçus non seulement pour recueillir des données dans le but d'en disposer, mais aussi pour améliorer la santé des membres de la communauté et atteindre l'équité en santé.

La question que nous posons dans le présent rapport est la suivante : *Comment peut-on renforcer les systèmes non pas pour évaluer simplement plus de données, mais pour mieux évaluer les données de façon à saisir la réalité de chaque enfant et à mobiliser les groupes les*

Comme beaucoup d'enfants décédés ou malades n'ont jamais eu accès à un établissement de santé et que leur état n'a souvent pas été enregistré, il est essentiel de recueillir de l'information au sein de la communauté.

La «révolution des données pour le développement durable» doit permettre de recueillir de l'information pour **mettre en lumière** les groupes les plus vulnérables qui autrement resteraient **dans l'ombre**.

plus marginalisés? C'est la seule façon de pouvoir sauver les vies des mères et des enfants qui sont exclus des efforts actuels.

L'appel pour l'obtention de données plus complètes et plus fiables n'est pas nouveau, mais le débat soulevé par la « révolution des données » proposée est une grande occasion de renforcer les systèmes que nous utilisons pour évaluer les progrès en matière de santé des enfants.

En portant une attention particulière aux inégalités qui entravent les progrès en matière de santé et de développement des enfants, le rapport du Groupe de personnalités de haut niveau sur le programme de développement pour l'après 2015 a su démontrer de façon convaincante qu'il faut se concentrer sur les populations exclues et défavorisées, en appelant à un changement d'orientation pour ne « laisser personne pour compte ».

Le prochain programme de développement doit veiller à ce que, à l'avenir, ni le revenu, ni le sexe, ni l'origine ethnique, ni le handicap, ni le lieu géographique ne puissent déterminer si une personne vit ou meurt, si une mère peut donner la vie en toute sécurité ou si un enfant a une chance équitable dans la vie.¹⁰

Étant donné que les efforts pour lutter contre les inégalités dépendent grandement de la disponibilité de données fiables, le groupe d'experts a proposé que la « révolution des données pour le développement durable » consiste à recueillir de l'information décomposée selon le sexe, le lieu géographique, le revenu, le handicap et toute autre catégorie pour mettre en lumière les groupes les plus vulnérables qui autrement resteraient dans l'ombre. En mettant l'accent sur ces communautés, on pourrait sauver beaucoup de vies grâce à des interventions mieux ciblées qui permettraient d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.

Bon nombre d'intervenants ont lancé des appels similaires par divers processus pour trouver une nouvelle approche et améliorer les données, en vue du prochain programme de développement tout particulièrement. Dans son rapport de 2013 intitulé *Chaque femme, chaque enfant : renforcer l'équité et la dignité par la santé*, le Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant (IERG) a demandé la création d'« un nouveau mouvement pour l'amélioration des données » et d'une cible de développement visant l'existence de systèmes universels et efficaces d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil pour l'après 2015.¹¹ Dans un résumé sur la promotion de l'égalité, les Nations Unies suggèrent ce qui suit :

Parmi les méthodes qui permettent de mesurer efficacement les inégalités, on trouve le renforcement des enquêtes sur les ménages et des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil actuels grâce à l'utilisation de données mieux ventilées et recueillies auprès des populations peu couvertes en matière de santé. Ces méthodes pourraient progressivement être combinées avec des pratiques de contrôle du suivi, du rendement et des progrès accomplis, en utilisant de « nouvelles données » recueillies, par exemple, grâce à l'externalisation ouverte, aux audits sociaux et aux fiches d'évaluation par les citoyens, ce qui augmenterait la participation et la responsabilisation.¹²

Le point positif est que ces moyens novateurs de recueillir de l'information plus complète et plus fiable permettent de mieux cibler les ressources et les interventions requises et donc de sauver davantage de vies, contrairement aux moyens de collecte des données et de suivi habituels, qui reposent généralement sur une approche descendante, contrôlée de manière externe et principalement extractive. Dans beaucoup de pays, les systèmes d'information se concentrent sur l'atteinte des besoins en données des gouvernements nationaux, des donateurs ou des bases de données mondiales, en général sans tenir compte des points de vue, idées, expériences ou solutions à l'échelle locale. Les bases de données et les registres aux échelles nationale et internationale sont essentiels, mais les données regroupées émanant d'enquêtes et de recensements à l'échelle nationale ne peuvent pas fournir de l'information locale, actuelle, détaillée et utile pour les personnes, les communautés, les autorités locales et les fournisseurs de services de santé. L'information recueillie au sein de la communauté offre aux autorités une meilleure occasion de servir les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables dans leurs services de santé.

Afin d'atteindre les enfants laissés pour compte, nous devons recueillir davantage de renseignements auprès des citoyens pour pouvoir saisir les besoins réels et particuliers des enfants. Les personnes, les familles et les communautés peuvent jouer un rôle important dans le façonnement et le suivi des systèmes de santé, mais pour étendre localement les systèmes d'information actuels sur la santé, nous avons besoin d'acteurs politiques qui soient prêts à nous aider à modifier les modèles et les méthodes actuels.

Plus qu'une révolution des données : une révolution de la responsabilité pour transformer les communautés

Le fait que la communauté participe à l'obtention et au suivi des données ne profite pas uniquement à la révolution des données. Le suivi local peut contribuer à accroître la responsabilité à l'échelle locale, nationale et mondiale. Il peut donner du pouvoir aux communautés, améliorer les relations entre la communauté et le gouvernement et modifier les systèmes gouvernementaux pour profiter aux femmes et aux enfants les plus marginalisés. L'essence de la responsabilité consiste à compter chaque femme et chaque enfant et c'est la seule façon de pouvoir faire des progrès tangibles pour sauver des vies.

Tandis qu'elle présentait les conclusions de l'enquête *Un million de voix* réalisée auprès de plus d'un million de citoyens de 190 pays, dont des femmes et des groupes de personnes exclues comme des enfants, des personnes handicapées ou déplacées, l'administratrice du Programme des Nations Unies pour le développement, Helen Clark, rapportait que les personnes du monde entier...

...souhaitent continuer à avoir leur mot à dire, à voir leurs opinions prises en compte, à suivre en temps réel les progrès accomplis dans leurs pays et à tenir les gouvernements responsables des résultats obtenus... Ces personnes appellent à une révolution des données pour que des données fiables sur leurs communautés, leurs pays et le monde entier soient régulièrement mises à jour et désagrégées. Pour elles, la révolution des données est le fondement de la révolution de la responsabilité.¹³

Les éléments d'équité, de participation et de responsabilité font grandement défaut aux OMD et à leurs cibles. Tandis qu'il reste à peine deux années pour atteindre les OMD et que nous proposons des programmes de développement durable pour l'après-2015, nous devons impérativement nous entendre sur un plan d'action transformateur qui permettra d'allier les statistiques sur la santé et les droits de l'homme. Les gouvernements, les institutions et les organismes doivent reconnaître que, comme les enfants de Bawomataluo en Indonésie, chaque enfant a le droit d'être compté et d'avoir accès aux services de santé. Les personnes invisibles méritent de gagner en visibilité et les plus vulnérables méritent de pouvoir survivre au-delà de l'âge de cinq ans et de réaliser tout leur potentiel.

Enfants invisibles : ceux sur qui nous n'avons aucune donnée

Les enfants et les familles qui n'ont vu aucune amélioration dans leur accès aux services de santé et dans leur survie au cours des deux dernières décennies ne sont ni répartis aléatoirement ni répartis uniformément au sein des pays. Ce sont les groupes les plus défavorisés qui voient leur sort empirer systématiquement, selon les indicateurs de mesure des progrès vers l'atteinte des OMD, et qui ne profitent pas des améliorations générales menées dans leur pays. Dans les cas les plus graves, le manque d'enregistrement à l'état civil signifie que des vies sont perdues, car les services gouvernementaux oublient complètement certaines communautés marginalisées. Les niveaux de revenu en disent long sur les disparités en matière d'équité en santé. De 2006 à 2011, l'augmentation des inégalités entre les revenus s'accroît au sein de la plupart des pays, partout dans le monde. La pauvreté monétaire veut souvent dire que les personnes vivent dans des conditions de vie médiocres, souffrent de malnutrition, sont exposées à la plupart des maladies et ont le moins de chance de surmonter leurs difficultés.



Les personnes invisibles méritent de gagner en visibilité et les plus vulnérables méritent d'avoir la chance de survivre au-delà de leur cinquième année de vie pour réaliser leur plein potentiel.



Or, comme le fait remarquer un récent indice de santé mondiale de Vision Mondiale, la richesse matérielle globale d'un pays ne garantit pas à elle seule la bonne santé de la population de ce pays.¹⁴ Les enfants qui sont exclus du système de santé doivent souvent faire face non pas à une, mais à de multiples inégalités en même temps. Il est donc plus difficile de les compter et de leur offrir des interventions en santé essentielles, et ils se retrouvent exclus des progrès en matière de santé pour les enfants. Les enfants les plus à risque sont issus des foyers les plus pauvres, résident dans des lieux ruraux, appartiennent à une minorité ethnique ou à un groupe de caste inférieure et ont des parents, surtout des mères, qui sont peu éduqués.¹⁵

Compte tenu des multiples privations auxquelles certains enfants peuvent être confrontés, les mesures moyennes de santé dissimulent les inégalités entre les enfants les mieux lotis et les moins bien lotis. La santé des enfants les plus vulnérables n'est donc pas enregistrée systématiquement ni reconnue. Ils restent invisibles et n'ont pas accès aux services de santé dont ils ont tant besoin. Il est évident que le manque d'accès à ces services a des répercussions sur leurs perspectives de santé. Les données sommaires peuvent aussi être trompeuses : au Népal, le taux de mortalité infantile dans les communautés dalits est au moins 50 % plus élevé que le taux de mortalité des enfants du pays, et au Pérou, bien que le retard de croissance des enfants soit plus faible dans les zones urbaines, les enfants les plus pauvres des zones urbaines courent quatre fois plus de risques d'avoir un retard de croissance que les enfants du quintile le moins pauvre des zones rurales.¹⁶

De grands efforts sont déployés pour améliorer la façon de mesurer les résultats essentiels en matière de santé, comme la mortalité ou l'état nutritionnel des enfants, la portée des interventions de soins de santé (p. ex., la situation en matière d'immunisation, l'utilisation d'antibiotiques pour soigner la pneumonie chez l'enfant, la présence de personnel soignant compétent au moment d'une naissance), ou encore la qualité des soins de santé. Or, un facteur essentiel est souvent exclu du calcul : comment comptons-nous les populations et, en particulier, les enfants et les pauvres? Sans cette information, il est hasardeux de cibler les interventions là où il y a le plus besoin et, comme l'affirme ce rapport, ce sont les personnes les plus vulnérables qui seront laissées pour compte.

Tandis que les ODM et les indicateurs ne tiennent pas compte des inégalités en matière de santé des enfants, on s'inquiète de plus en plus de l'inégalité croissante en matière de santé entre les pays et au sein des pays. On tente alors de quantifier et de mesurer ces disparités :

- La Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant souligne les limites des statistiques agrégées sur le plan national. Elle exige que les 11 indicateurs sur la santé des femmes et des enfants reposent sur le quintile le plus pauvre, le sexe, l'âge, le lieu de résidence urbain ou rural, le lieu géographique, l'origine ethnique et demande, si possible et s'il y a lieu, que le niveau d'études de la mère, son état matrimonial, le nombre d'enfants qu'elle a et son état sérologique vis-à-vis du VIH soient aussi précisés.¹⁷
- L'initiative Compte à rebours 2015 comprend des analyses sur l'équité et les place au cœur de son rapport sur les progrès accomplis pour l'atteinte de l'ODM4 (réduire la mortalité de l'enfant) et de l'ODM5 (améliorer la santé maternelle) pour 75 pays. Elle présente 18 indicateurs d'interventions essentielles en matière de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, qui reposent sur l'éducation maternelle, le sexe de l'enfant, le quintile de richesse, le lieu de résidence urbain ou rural et la région du pays.
- Les enquêtes sur les ménages, y compris les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) soutenues par l'UNICEF et les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) menées avec l'appui d'USAID, sont les principales sources de données des indicateurs de couverture des soins pour les enfants et les femmes dans la plupart des pays. Elles fournissent généralement des renseignements ventilés sur les lieux urbains ou ruraux, la richesse, le sexe, les groupes d'âge et les groupes ethniques définis à l'échelle nationale.¹⁸

Les différentes façons de mesurer les inégalités mentionnées ci-dessus sont celles qui sont les mieux saisies par les modes de collecte des données actuelles. Or, en réalité, l'inégalité s'étend bien au-delà des données qui sont en train d'être compilées. Il se peut que les enfants les plus vulnérables soient les plus exclus des statistiques et des services de santé essentiels, et aussi les plus à risque de voir leurs droits bafoués en matière de santé, de protection et d'identité.

Une étude récente des interventions visant à améliorer l'équité des OMD en matière de santé a démontré qu'il n'y avait presque aucune étude sur les questions sociales et culturelles liées à la santé des mères et des enfants. Presque toutes les études s'intéressent à la pauvreté monétaire, ce qui renforce l'idée selon laquelle l'inégalité en santé est grandement considérée comme une question de revenu et qui montre que les autres inégalités sont négligées.¹⁹ Toutefois, nous savons que le développement économique ne suffit pas à améliorer la santé pour tous. En dépit des efforts pour mesurer et analyser la santé des enfants, la compréhension des réalités auxquelles sont confrontés les enfants et les communautés les plus vulnérables continue d'échapper aux gouvernements, aux responsables politiques et aux planificateurs.

Le rapport *The Killer Gap* de Vision Mondiale pointe les groupes d'enfants vulnérables suivants sur lesquels de l'information n'est pas recueillie systématiquement et qui n'ont pas accès aux services de santé essentiels :²⁰

- les enfants dont la naissance et le décès ne sont pas comptés;
- les mères et les nouveau-nés qui meurent dans la période entourant la naissance;
- les enfants autochtones et les minorités ethniques;
- les réfugiés et les enfants déplacés;
- les enfants handicapés;
- les enfants qui travaillent et les enfants victimes de traite;
- les enfants orphelins.

Le présent rapport ajoute les enfants qui vivent dans des bidonvilles urbains à cette liste de personnes marginalisées et non prises en compte.

Même si l'on dispose de bien peu de données pour évaluer la situation de ces enfants et s'il est difficile de faire un suivi de leur situation en raison des lacunes liées aux données, nous devons nous assurer qu'ils sont pris en compte et qu'ils ont accès aux services de santé essentiels requis pour pouvoir sauver des vies.

Les méthodes de comptage standard permettent-elles d'inclure les enfants les plus vulnérables?

Les systèmes d'information sur la santé utilisent généralement des données provenant des populations, comme les enquêtes sur les ménages, l'enregistrement à l'état civil et les recensements, des données provenant d'établissements, comme les dossiers d'hôpitaux et les dossiers médicaux individuels, ou encore des données obtenues grâce à des systèmes de surveillance servant à évaluer les inégalités en matière de santé.

Les données systématiques provenant des établissements peuvent fournir de l'information continue à des niveaux administratifs inférieurs comme les districts, mais les systèmes d'information sur la santé ne permettent généralement pas de recueillir et d'utiliser des données de qualité. Par ailleurs, ces sources ne reflètent pas la situation de certains groupes – souvent les plus pauvres et les plus marginalisés – qui n'ont pas accès aux établissements de santé et ne sont donc pas pris en compte. Il existe plusieurs types de systèmes de surveillance, comme les systèmes de surveillance en cas d'épidémie qui permettent de suivre les cas de maladies pouvant donner lieu à une épidémie, ainsi que

Les enfants qui sont exclus du système de santé doivent souvent affronter non pas une, mais de multiples inégalités en même temps.

Il n'y a eu aucune **tentative systématique** pour évaluer le nombre d'enfants manquants dans les enquêtes.

leurs facteurs de risque. Bon nombre de pays à revenus faibles à intermédiaires disposent de sites de surveillance démographique, où l'information est recueillie pour une tranche de population en particulier sur une longue période de temps.²¹ Ces systèmes de surveillance fournissent des données de grande qualité, mais pour des zones géographiques limitées qui ne sont pas représentatives des populations nationales.

Dans le cadre de l'enthousiasme suscité par l'atteinte de la « révolution des données », on parle beaucoup des enquêtes sur les ménages comme étant parmi les sources d'information les plus fiables pour les éléments couverts par le nouveau programme de développement et comme faisant partie des principales sources d'information sur la mortalité des enfants pour la plupart des pays. Les enquêtes nationales représentatives sur les ménages sont la méthode de prédilection pour mesurer la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile des pays à revenus faibles et intermédiaires et pour appuyer les prises de décisions nationales et mondiales relatives aux interventions de santé. Cela devrait rester le cas dans un avenir proche.^{22,23} Les programmes MICS et DHS contribuent grandement à renforcer les capacités nationales en matière de collecte de données de qualité selon divers indicateurs de développement, notamment plus de 20 indicateurs relatifs aux OMD.²⁴

Cependant, les enquêtes sur les ménages ne permettent pas d'évaluer pleinement si les enfants les plus pauvres et les plus marginalisés ont accès aux services de santé essentiels. La taille de l'échantillon pour les enquêtes DHS (15 000 ménages) et les enquêtes MICS (10 000 ménages) suffit à fournir de l'information fiable sur la plupart des indicateurs aux échelles nationale, rurale ou urbaine et régionale, mais pas au niveau des plus petites unités administratives comme les districts ni au sein des communautés pour les petits groupes de population. Les enquêtes sur les ménages peuvent servir à suréchantillonner des groupes en particulier pour repérer et souligner les expériences des petits groupes marginalisés, par exemple.²⁵ Or, le suréchantillonnage et les questions ajoutées aux enquêtes exigent plus de temps et d'argent et la valeur ajoutée par l'obtention d'information à des niveaux inférieurs doit être équilibrée en fonction des enjeux logistiques.

Les enquêtes sur les ménages sont essentielles pour la collecte de données, aussi bien à l'heure actuelle qu'à l'avenir, mais la plupart des enfants, des familles et des communautés les plus pauvres et les plus vulnérables n'entrent tout simplement pas dans le cadre de l'échantillonnage de l'enquête et continueront d'être exclus de ces seules méthodes de comptage. Les enquêtes sur les ménages excluent les personnes qui n'habitent pas dans un ménage, comme les enfants qui vivent dans la rue, dans des institutions ou dans des camps de réfugiés, ainsi que les populations mobiles ou sans terre. Les enquêtes sous-représenteront aussi bon nombre de groupes plus difficiles à atteindre ou vulnérables, dont les habitants de bidonvilles et ceux qui vivent dans des logements fragiles ou des logements à occupants multiples.²⁶ Il est plus probable que les enfants confrontés à de multiples privations soient exclus de la base d'échantillonnage des enquêtes en raison de leur faible nombre.

Le manque de reconnaissance pour le sort des enfants les plus vulnérables du monde et l'incapacité des méthodes de comptage actuelles à leur donner une visibilité montrent qu'il n'y a eu aucune tentative systématique d'estimer le nombre d'enfants manquants dans les enquêtes, ni de savoir où ils se trouvent ou comment leur donner accès aux services essentiels.

Collecte et suivi des données locales : comment les communautés peuvent-elles étendre le système d'information sur la santé pour atteindre les personnes les plus vulnérables?

À ce jour, de grandes améliorations en matière de santé ont eu lieu dans les communautés qui sont les plus accessibles, tandis que des millions d'enfants et de familles continuent

de souffrir et de mourir dans des lieux reculés, difficiles d'accès et difficiles à dénombrer. Beaucoup de systèmes d'information sur la santé sont conçus et mis en place sans évaluer ni comprendre les caractéristiques particulières et le contexte dans lequel vivent les enfants et les groupes les plus marginalisés. Sans ces renseignements, ces groupes vulnérables continueront de ne pas profiter des efforts déployés dans le cadre des OMD et d'autres accords analogues.

L'information sur la santé est trop importante pour être confiée uniquement aux statisticiens et aux politiciens. Le renforcement des systèmes d'information sur la santé passe aussi par l'imagination et la création d'un monde meilleur pour tous.²⁷

Dans cette optique, il faut investir dans les systèmes communautaires pour renforcer et étendre la portée des systèmes nationaux d'information sur la santé. Les méthodes établies pour produire et utiliser des données dans le but de surveiller les progrès en matière de santé pour les femmes et les enfants peuvent s'accompagner d'innovations permettant aux familles et aux communautés de faire des suivis à l'échelle locale. Les communautés peuvent aider à rassembler de l'information sur les mères et les enfants exclus des systèmes de données pour comprendre qui ils sont, où ils se trouvent, à quels services de santé ils ont accès et de quoi ils meurent. Comme bon nombre de personnes décédées ou atteintes de maladies n'ont jamais eu accès à un établissement de santé et que leur état n'est souvent pas enregistré, la collecte d'information à l'échelle communautaire, par les communautés, est d'une importance primordiale. La volonté politique, l'engagement des gouvernements locaux et la participation des communautés sont des facteurs essentiels pour mettre au point des méthodes novatrices adaptées aux conditions et aux expériences locales.

Les systèmes communautaires peuvent se révéler extrêmement rentables pour améliorer la collecte de données. Dans le cas du système de suivi communautaire (CBMS), une approche à laquelle participent les membres de la communauté et les autorités locales pour faire le suivi des questions de pauvreté et de développement à l'échelle des ménages dans 14 pays en Afrique, en Asie et en Amérique latine, le coût par ménage pour l'exécution du système CBMS est bien inférieur au coût des enquêtes sur les ménages menées par les bureaux statistiques nationaux. Au Vietnam, le coût du programme CBMS est seulement d'environ 0,30 \$ US par ménage et aux Philippines, il est de 0,70 \$.²⁸ En général, ce sont les gouvernements locaux qui assument les coûts de mise en œuvre. L'engagement des gouvernements locaux et des municipalités locales est essentiel pour surmonter les contraintes liées aux capacités et aux ressources.

Notre vision pour compter chaque enfant

Faire participer la communauté à la collecte et au suivi des données permet d'obtenir de l'information riche et précise pour compléter les statistiques nationales et combler les lacunes en matière d'information. Les communautés peuvent contribuer à recueillir de l'information sur l'état de santé des enfants les plus pauvres et les plus marginalisés qui ne pourrait pas être obtenue par les enquêtes. C'est aussi une façon de veiller à ce que les gouvernements soient en contact avec les réalités des membres de la communauté. Cela signifie que les systèmes de santé et les services gouvernementaux peuvent être mieux conçus et mis en œuvre pour répondre aux besoins de tous les groupes de la communauté. L'obtention de données à l'échelle locale peut appuyer non seulement le flux d'information sur le plan communautaire, mais aussi à l'échelle nationale, puis vis versa, et créer des occasions pour établir un vrai dialogue entre les groupes marginalisés et les autorités à chaque échelon.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de politiques pour obtenir et faire le suivi des données à l'échelle locale avec la participation des membres de la communauté. Nous avons repéré quatre principes fondamentaux pour étendre les systèmes d'information sur la santé actuels, veiller à ce que tous les enfants soient comptés, visibles et aient accès aux services de santé essentiels et placer l'équité au cœur des chiffres et des statistiques relevés. En mettant ces principes en œuvre, les gouvernements peuvent étendre leurs systèmes de données, mieux recueillir l'information sur les personnes les plus vulnérables et mieux cibler les communautés les plus marginalisées.

Il est nécessaire d'investir dans les systèmes communautaires pour renforcer et étendre la portée des systèmes nationaux d'information sur la santé.

La participation de la communauté à la collecte et au suivi des données peut permettre de **fournir** de l'information riche et précise pour compléter les statistiques nationales et **combler** les lacunes en matière **d'information**.

1. **Chaque enfant compte** : chaque mère et chaque enfant ont le droit d'être comptés, et ce, de leur naissance à leur décès.
2. **Les enfants les plus pauvres et les plus marginalisés méritent une attention particulière** : l'information locale sur les inégalités en santé permet de soutenir les efforts déployés pour dénombrier les enfants laissés pour compte.
3. **Les autorités locales doivent s'associer pour pouvoir fournir et utiliser de l'information locale** : l'engagement des autorités locales et des chefs locaux est nécessaire pour pouvoir compter et toucher les enfants les plus marginalisés.
4. **Au-delà des données - donner la responsabilité à la communauté et aux institutions** : l'obtention d'information locale peut être un processus participatif et responsabilisant pour les communautés et peut être l'occasion pour les gouvernements, les communautés et les personnes de collaborer pour réduire les inégalités en matière de santé.

Les communautés locales peuvent fournir de l'information de nombreuses façons, grâce à la cartographie, au pointage, à des outils de comparaison ou de mesure. Les méthodes et les innovations sont diverses : il peut s'agir simplement de feuilles de pointage communautaires, de discussions de groupe ou de systèmes de haute technologie, comme les téléphones mobiles et les systèmes d'information géographiques. Les innovations en matière de suivi communautaire sont utilisées grâce au rôle toujours croissant des technologies de l'information et des communications. Les récentes avancées technologiques en matière de téléphonie mobile ont multiplié les occasions de faire participer la communauté et de la responsabiliser dans le cadre de la collecte de données.

Les fiches à remplir par les citoyens et les feuilles de pointage sont devenues de puissants outils de suivi, de responsabilisation et de sensibilisation. L'information peut être recueillie par les professionnels de la santé communautaires, les bénévoles communautaires, les comités de santé des villages, les groupes de femmes ou les prestataires locaux de soins de santé. Les membres de la communauté peuvent aussi prendre part au processus d'analyse, de validation et de diffusion de l'information.

Quelle que soit l'approche retenue, tout système d'information sur la santé de la communauté doit reposer sur des modes de diffusion de l'information et des boucles de rétroaction entre la communauté et les prestataires de service ou les gouvernements. L'approche doit viser l'extraction de données dans l'intérêt d'obtenir des données, mais aussi pour améliorer la santé des membres de la communauté et atteindre l'équité de manière participative et responsable. Il est plus aisé de choisir de bonnes politiques pour responsabiliser les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables si les autorités locales travaillent avec les communautés et leur donnent la chance de participer à la planification et à la mise en œuvre des mesures de santé.

Les éléments d'équité, de participation et de responsabilité faisaient grandement défaut aux OMD, à leurs cibles et à leurs indicateurs. Tandis qu'il reste à peine deux ans pour atteindre les OMD et que nous proposons des programmes de développement durable pour l'après-2015, nous devons impérativement nous entendre sur un plan d'action transformateur pour que les données et les statistiques ne fassent pas seulement partie d'un système d'information pour les gouvernements et les agences, mais qu'elles reflètent bien la réalité des personnes, participent à un processus de responsabilisation local et mènent à de meilleurs résultats pour la santé des enfants. Nous pouvons concrétiser notre vision qui est de compter et d'atteindre chaque enfant, chaque nouveau-né et chaque mère, mais encore faut-il que les gouvernements, les donateurs, les institutions, les communautés et les familles déploient des efforts conjoints et mettent en œuvre des mesures concertées. Nous devons nous concentrer sur les enfants qui sont actuellement les plus éloignés des centres de santé et des préoccupations des gens, pour garantir leur droit d'être comptés et de compter.

Notes de fin de texte

- 1 R. Carr-Hill (2012). *Measuring Inequalities: The Population Denominator Problem*, submission for the Global Thematic Consultation, Addressing Inequalities, The Heart of the Post-2015 Development Agenda and the Future We Want for All.
- 2 Groupe interinstitutions des Nations Unies sur l'estimation de la mortalité de l'enfant (2013). *Niveaux et tendances en matière de mortalité maternelle et infantile, rapport de 2013*, UNICEF, New York.
- 3 UNICEF (2013). *S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée, rapport de situation de 2013*, UNICEF, New York.
- 4 P. Setel et coll. (2007). « A Scandal of Invisibility: Making Everyone Count by Counting Everyone », *The Lancet*, vol. 370, numéro 9598, p. 1569 à 1577.
- 5 R. Carr-Hill (2012).
- 6 D. Jamison et coll. (2013). *Global Health 2035: A World Converging within a Generation*, Commission *The Lancet* sur l'investissement dans la santé. *The Lancet*, Londres.
- 7 Ibid.
- 8 Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant (2013). *Chaque femme, chaque enfant: renforcer l'équité et la dignité par la santé*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- 9 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ONU Femmes, Programme des Nations Unies pour le développement et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (sans date). *TST Issues Brief: Promoting Equality, Including Social Equity*. <<http://sustainabledevelopment.un.org/index.php?menu=1680>> (en anglais uniquement)
- 10 Nations Unies (2013). *Un nouveau partenariat mondial : éradiquer la pauvreté et transformer les économies par le biais du développement durable. Rapport du groupe de haut niveau de personnalités éminentes des Nations Unies chargé du programme de développement pour l'après-2015*, Nations Unies, New York, p. 7.
- 11 Groupe d'examen indépendant d'experts. (2013).
- 12 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ONU Femmes, Programme des Nations Unies pour le développement et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (sans date).
- 13 V. Russell (2013). « World Leaders Must Heed Calls for Bold Development Goals, Says UNDP Chief », *Public Finance International*. <<http://www.publicfinanceinternational.org/news/2013/09/world-leaders-must-heed-calls-forbold-development-goals-says-undp-chief/>> (en anglais uniquement)
- 14 Vision Mondiale Internationale (2013). *The Killer Gap: A Global Index of Health Inequality for Children*, Vision Mondiale Internationale, Royaume-Uni.
- 15 M. Woodhead, P. Dornan et H. Murray (2013). *What Inequality Means for Children: Evidence from Young Lives*, Young Lives, Oxford.
- 16 Ibid.
- 17 Commission d'information et de responsabilisation en matière de la santé de la femme et de l'enfant de l'ONU (2011). *Tenir les promesses, Mesurer les résultats*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- 18 J. Requejo et coll. (2013). « Measuring Coverage in MNCH: Challenges and Opportunities in the Selection of Coverage Indicators for Global Monitoring », *PLOS Medicine*, vol. 10, numéro 5, p. 138 à 145.
- 19 M. Malqvist et coll. (2013). « Targeted Interventions for Improved Equity in Maternal and Child Health in Low- and Middle-income Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLOS Medicine*, vol. 8, numéro 6.
- 20 Vision Mondiale Internationale (2013).
- 21 Organisation mondiale de la Santé (2013). *Handbook on Health Inequality Monitoring: With a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- 22 J. Bryce et coll. (2013). « Measuring Coverage in MNCH: New Findings, New Strategies, and Recommendations for Action », *PLOS Medicine*, vol. 10, numéro 5, mai 2013.
- 23 A. Hancioglu et F. Arnold (2013). « Measuring Coverage in MNCH: Tracking Progress in Health for Women and Children Using DHS and MICS Household Surveys », *PLOS Medicine* vol. 10, numéro 5, mai 2013.
- 24 Équipe de travail du Système des Nations Unies (UNTT) sur le Programme de développement des Nations Unies de l'après 2015 (2013). *Statistics and Indicators for the Post-2015 Development Agenda*, Nations Unies, New York.
- 25 E. Samman et L. Rodriguez-Takeuchi (2013). *ODI Background Note: Old Age, Disability and Mental Health: Data Issues for a Post-2015 Framework*, Overseas Development Institute, Londres.
- 26 R. Carr-Hill (2012).
- 27 C. AbouZahr et T. Boerma (2005). « Les systèmes d'information sanitaire piliers de la santé publique », bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, vol. 83(8), p. 578 à 583.
- 28 C. Reyes et E. Due (2009). *Les faits, une arme contre la pauvreté : systèmes de suivi communautaire de la pauvreté*, Centre de recherches pour le développement international, Ottawa, Canada.

VISION MONDIALE EST UNE ORGANISATION DE SOLIDARITÉ INTERNATIONALE QUI LUTTE CONTRE TOUTES LES FORMES DE PAUVRETÉ ET D'INJUSTICE À TRAVERS SES PROGRAMMES D'AIDE HUMANITAIRE D'URGENCE, DE DÉVELOPPEMENT ET SES ACTIONS DE PLAIDOYER. DANS LE CADRE D'UN PARTENARIAT INTERNATIONAL, NOUS ŒUVRONS AUPRÈS D'ENVIRON 100 MILLIONS DE PERSONNES DANS PRÈS DE 100 PAYS.

NOS BUREAUX DANS LE MONDE

**World Vision International
Executive Office
Waterview House
1 Roundwood Avenue
Stockley Park
Uxbridge, Middlesex
UB11 1FG, Royaume-Uni**

**World Vision Brussels & EU
Representation ivzw
18, Square de Meeûs
1er étage, case postale 2
B- 1050 Bruxelles, Belgique
+32-2-230-1621**

**World Vision International
Liaison Office
7-9 Chemin de Balexert
Case Postale 545
CH-1219 Châtelaine
Switzerland
+41.22.798.4183**

**World Vision International
United Nations Liaison Office
919, 2nd Avenue, 2nd Floor
New York, NY 10017, États-
Unis
+1-212-355-1779**

<http://www.wvi.org>
(en anglais uniquement)

www.childhealthnow.org
(en anglais uniquement)