



La survie de l'enfant

Table des matières

Introduction 1

La survie de l'enfant en Afrique : les communautés s'unissent pour trouver des solutions

Figure

1.1 Sous-régions et régions d'Afrique

1 Survie de l'enfant – Le bilan 3

Mortalité infantile en dessus et en dessous du Sahara; Survie de l'enfant en Afrique au sud du Sahara; Progrès vers la réalisation des OMD liés à la santé en Afrique; Les principales causes de décès d'enfants en Afrique subsaharienne; Nouveaux espoirs pour la survie de l'enfant : sept réussites de ces dernières années; Accélérer les progrès vers les OMD liés à la santé; Créer un milieu favorable à la mise en œuvre de stratégies de survie de l'enfant

Encadrés

Malawi : un pays et ses progrès en termes de survie de l'enfant; Afrique du Sud : sauver des vies d'enfants grâce à un diagnostic précoce; Sierra Leone : plan unifié pour faire baisser les taux de décès de la mère et de l'enfant; Aider les enfants des conflits à survivre

Figures

- 1.2 Progrès par région en matière de réduction de la mortalité infantile
- 1.3 Santé et Objectifs du Millénaire pour le développement
- 1.4 Décès des moins de 5 ans : le fardeau repose de plus en plus sur l'Afrique subsaharienne
- 1.5 Comparaisons sous-régionales des taux de mortalité des moins de 5 ans en Afrique
- 1.6 L'Afrique de l'Ouest a enregistré plus de 40 % des décès d'enfants en Afrique en 2006
- 1.7 L'Afrique subsaharienne ne progresse pas assez, ou pas du tout, vers l'ensemble des OMD liés à la santé
- 1.8 Les principales causes de décès d'enfants dans la région Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé, 2000
- 1.9 Nutrition infantile dans les sous-régions d'Afrique
- 1.10 Les taux de vaccination ont progressé sur l'ensemble du continent au cours des dernières décennies
- 1.11 Élargir les taux de couverture antirétrovirale pour les femmes enceintes séropositives afin d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- 1.12 Écarts en matière d'éducation, par sexe

2 Leçons apprises au fil de l'évolution des systèmes et des pratiques sanitaires... 21

Lutte contre la maladie; Soins de santé primaires complets; Soins de santé primaires sélectifs; Intégration des mesures de lutte contre la maladie; Vers un cadre consolidé pour les soins de santé maternelle et infantile; Leçons tirées de la recherche et de l'expérience

Encadrés

L'Érythrée trouve le moyen d'atteindre son but; Améliorer et harmoniser les plans de santé nationaux;

3 Partenariats communautaires en matière de soins de santé primaires pour les mères, les nouveau-nés et les enfants 28

Une multiplicité d'interventions communautaires; Les facteurs de succès dans les partenariats communautaires; Exemples de partenariats communautaires couronnés de succès en faveur des soins de santé primaires en Afrique; Intégrer les partenariats communautaires dans les services de district et les politiques nationales;

Encadrés

Partenariats communautaires en matière de nutrition en Éthiopie, au Malawi et au Soudan; Gambie, Maroc et Ghana : élargissement des services de vaccination pour sauver des vies d'enfants; Ghana et Malawi : améliorer l'accès à l'eau salubre et aux installations sanitaires; Togo : intégration des interventions pour accélérer les progrès en faveur de la survie de l'enfant; Des soins communautaires pour la survie des enfants au Niger

4 Renforcement des partenariats communautaires, du continuum des soins et des systèmes de santé en Afrique 35

Élargissement; Regrouper les interventions par type de prestations; Planification nationale stratégique à des fins d'élargissement des services et des systèmes; Développer les systèmes de santé pour obtenir des résultats; Obtenir un engagement politique national

Encadrés

Accorder la « priorité absolue » aux enfants en Angola; Retenir les agents de santé qualifiés et perfectionner leur formation; Égypte : un moyen simple de sauver de jeunes vies; L'investissement dans la survie de l'enfant et dans les autres OMD liés à la santé en Afrique subsaharienne

5 Unissons-nous pour la survie de l'enfant en Afrique 45

Faire de la survie de l'enfant en Afrique un impératif régional et mondial

Encadrés

Pourquoi la bonne gouvernance est une bonne nouvelle pour les enfants africains; Les téléphones portables au service de la santé

Références..... 50

Statistiques 53

Remerciements

Le présent rapport a été préparé par l'équipe de *La Situation des enfants dans le monde* à New York grâce aux contributions et aux conseils prodigués par les Bureaux régionaux de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et centrale, l'Afrique de l'Est et australe, et pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, ainsi que par les bureaux de pays de ces régions. L'équipe de rédaction est composée de : Patricia Moccia (rédactrice en chef), David Anthony (conseiller à la rédaction) et William Lee (coordinateur). Kate Rogers et Hirut Gebre-Egziabher ont effectué les recherches et rédigé les articles.

Les contributions des bureaux régionaux et de pays ont été coordonnées par Martin Dawes et Patricia Lone pour l'Afrique de l'Ouest et centrale, et l'Afrique de l'Est et australe, respectivement, et par Abdel Rahman Ghandour pour l'Afrique du Nord. Nos sincères remerciements vont à Gaëlle Bausson, Geneviève Begkoyian, Thierry Delvigne-Jean, Yvonne Duncan, James Elder, Lone Hvass, Sara Johansson, Macharia Kamau, Melanie Renshaw, Asako Saegusa, Angus Spiers, Abdulai Tinorgah et MacKay Wolff. Ont également contribué à ce rapport par leurs conseils et leurs commentaires : David Alnwick, Barbara Bentein, Geert Cappelaere, Victor Chinyama, Hoosain Coovadia, Demissie Habte, Anthony Hodges, Adele Khudr, Rudolf Knippenberg, Ngashi Ngongo, Dorothy Rozga, Mahendra Sheth, Rumishael Shoo et Henk van Norden.

Amy Lai, Charlotte Maitre, Karin Shankar, Catherine Rutgers, Emily Goodman, Marilia Di Noia, Michelle Risley, Kristin Moehlmann et Gabrielle Mitchell-Marell ont apporté leur soutien à l'équipe de rédaction. Les tableaux statistiques ont été préparés par la Section de l'information stratégique de la Division des politiques et de la planification, et nous remercions Nyein Nyein Lwin et Priscilla Akwara. La production a été assurée par Jaclyn Tierney et Edward Ying, Jr., et la maquette et la production avant la mise sous presse par Choon Shim et Kaspar Tingley de Creatrix.

Crédits photos

PHOTO DE COUVERTURE : © UNICEF/HQ06-0197/Michael Kamber (Djibouti).

PHOTOS DU TEXTE : p. 1, © UNICEF/HQ04-0556/Mariella Furrer; p. 3, © UNICEF/Ouganda/2007/Chulho Hyun; p. 5, © UNICEF/HQ05-1407/Christine Nesbitt; p. 6, © UNICEF/HQ06-0036/Brendan Bannon; p. 9, © UNICEF Côte d'Ivoire/2007/Parfait Kouassi; p. 13, © UNICEF Sénégal/2007/Nisha Bakker; p. 16, © UNICEF/HQ05-2147/Giacomo Pirozzi; p. 20, © UNICEF Ouganda/2007/Chulho Hyun; p. 21, © UNICEF/HQ02-0264/Giacomo Pirozzi; p. 22, © UNICEF Côte d'Ivoire/2006/Bruno Brioni; p. 25, © UNICEF/HQ05-2269/Giacomo Pirozzi; p. 27, © UNICEF Mozambique/2007/Thierry Delvigne-Jean; p. 28, © UNICEF Nigéria/2007/Abayomi Adeshida; p. 29, © UNICEF Zambie/2007/G. Aubourg; p. 30, © UNICEF/HQ05-0566/Boris Heger; p. 32, © UNICEF Ouganda/2007/Chulho Hyun; p. 33, © UNICEF/HQ04-0830/Thierry Delvigne-Jean; p. 34, © UNICEF/HQ05-1051/Radhika Chalasani; p. 35, © UNICEF/HQ06-1367/Giacomo Pirozzi; p. 38, © UNICEF/HQ07-0657/Giacomo Pirozzi; p. 40, © UNICEF Nigéria/2007/Adesoji Tayo; p. 43, © UNICEF/Gambie/2006/BDownes Thomas; p. 44, © UNICEF/HQ06-2336/Reproduction autorisée par Fouad Kronfol; p. 45, © UNICEF Égypte/2007/Shehzad Noorani; p. 46, © UNICEF/HQ04-0897/Shehzad Noorani; p. 49, © UNICEF/HQ08-0161/Kate Holt; p. 52, © UNICEF Côte d'Ivoire/2006/Bruno Brioni



République-Unie de Tanzanie : « journée santé » au village.

Introduction

La survie de l'enfant en Afrique : les communautés s'unissent pour trouver des solutions

Chaque année l'UNICEF publie *La Situation des enfants dans le monde*, le rapport le plus complet sur les citoyens les plus jeunes de la planète. *La Situation des enfants dans le monde 2008*, qui a été publié en janvier 2008, brosse un tableau de la réalité et des enjeux de la survie maternelle et infantile, tout en calculant les chances de pouvoir atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé – les cibles établies par la communauté internationale en 2000 pour éradiquer la pauvreté, réduire la mortalité infantile et maternelle, combattre la maladie, garantir la durabilité de l'environnement et permettre aux habitants des pays en développement d'avoir accès à des médicaments d'un prix abordable.

Cette année, l'UNICEF inaugure également la première édition de *La Situation des enfants en Afrique*. Ce premier numéro, et les autres éditions régionales qui suivront, viennent compléter *La Situation des enfants dans le monde 2008*, en donnant au rapport mondial consacré essentiellement à la survie et à la santé de l'enfant une perspective régionale plus pointue, et en mettant en lumière les solutions – programmes, politiques et partenariats – qui contribueraient à accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

La Situation des enfants en Afrique 2008 souligne la nécessité de placer la question de la survie de l'enfant au cœur des programmes de développement et de

Note de la rédaction : la discussion dans *La Situation des enfants en Afrique 2008* porte essentiellement sur l'Afrique subsaharienne, qui se compose de 46 pays dans les sous-régions définies par l'UNICEF : Afrique de l'Est, australe, de l'Ouest et centrale. Sauf indication contraire, les analyses des tendances et les données pour l'Afrique subsaharienne ne couvrent pas Djibouti et le Soudan; en effet, ces deux pays situés essentiellement au sud du Sahara et en Afrique continentale, font nominalement partie de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord de l'UNICEF. À des fins d'analyse statistique, comme pour les Figures 1.2, 1.6 et 1.9, Djibouti et le Soudan sont inclus dans les données de l'Afrique de l'Est. Voir Figure 1.1 à la page 2 pour le découpage des sous-régions et la classification des pays. Certains pays font partie de plus d'une sous-région. Les solutions et les recommandations concernant « l'Afrique subsaharienne » s'adressent aussi à Djibouti et au Soudan.

protection des droits de l'homme en Afrique. Le rapport débute par un examen de la situation et des progrès accomplis en faveur de la réalisation des OMD liés à la santé des enfants et des mères dans les cinq principales sous-régions du continent : Afrique de l'Est, Afrique centrale, Afrique du Nord, Afrique australe et Afrique de l'Ouest. Bien que le rapport porte essentiellement sur l'Afrique subsaharienne, l'Afrique du Nord n'est pas oubliée dans les études de cas et les analyses.

Le rapport met en lumière cinq grandes priorités à adopter pour accélérer les progrès; chacune d'entre elles est analysée en profondeur et illustrée par des encadrés se rapportant à l'expérience africaine. Les priorités exposées dans les différents chapitres sont les suivantes :

- Se focaliser sur les pays et communautés dans lesquels le fardeau de la mortalité de l'enfant est le plus lourd.
- Tirer parti des leçons apprises et des informations réunies au cours du siècle dernier.

- Fournir un continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants en regroupant les prestations à garantir aux étapes critiques de leur cycle de vie, compte tenu de leur mode d'administration.
- Renforcer les partenariats et les systèmes de santé communautaires, en insistant sur l'obtention de résultats.
- Faire progresser le cadre commun d'organismes internationaux en faveur de la survie de la mère et de l'enfant.

Ce rapport est un appel à l'unité. Les bases de l'action – données, recherches, évaluations, cadres, programmes et partenariats – sont déjà posées. En conclusion, le rapport fait valoir que l'heure est venue de soutenir les objectifs de survie et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant avec une vigueur renouvelée et une vision plus claire, dans le respect des principes de justice sociale et du caractère sacré de la vie – en particulier la vie de l'enfant africain.

Figure 1.1
Sous-régions et régions d'Afrique *

Afrique du Nord

Algérie; Égypte; Jamahiriya arabe libyenne; Maroc; Tunisie

Afrique centrale

Cameroun; Congo; Gabon; Guinée équatoriale; République centrafricaine, République démocratique du Congo; Sao Tomé-et-Principe, Tchad

Afrique de l'Est †

Burundi; Comores; Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Kenya; Madagascar; Malawi; Maurice; Mozambique; Ouganda; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Seychelles; Somalie; Soudan

Afrique australe

Afrique du Sud; Angola; Botswana; Lesotho; Namibie; Swaziland; Zambie; Zimbabwe

Afrique de l'Ouest

Bénin; Burkina Faso; Cap-Vert; Côte d'Ivoire; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Libéria; Mali; Mauritanie; Niger; Nigéria; Sénégal; Sierra Leone; Togo

Afrique subsaharienne

Afrique du Sud; Angola; Bénin; Botswana; Burkina Faso; Burundi; Cameroun; Cap-Vert; Comores; Congo; Côte d'Ivoire; Érythrée; Éthiopie; Gabon; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Kenya; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Mali; Mauritanie; Maurice; Mozambique; Namibie; Niger; Nigéria; Ouganda; République centrafricaine; République démocratique du Congo; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal;

Seychelles; Sierra Leone; Somalie; Swaziland; Tchad; Togo; Zambie; Zimbabwe

Corne de l'Afrique

Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Somalie

Sahel

Burkina Faso; Cap-Vert; Gambie; Guinée-Bissau; Mali; Mauritanie; Niger; Sénégal; Tchad

* Les classifications sous-régionales et régionales ont été compilées pour ce rapport particulier et peuvent ne pas être strictement conformes aux regroupements régionaux habituels de l'UNICEF.

† Sous-région UNICEF plus Djibouti et Soudan.

Source : Classifications UNICEF pour *La Situation des enfants en Afrique 2008*, sur la base des regroupements régionaux des Nations Unies.



Ouganda : une mère amène son enfant à un centre de soins de proximité.

1

Survie de l'enfant – Le bilan

Mortalité infantile en dessus et en dessous du Sahara

Le continent africain est divisé par le Sahara, le plus grand désert du monde, et cette démarcation n'est pas seulement géographique. Dans les pays situés essentiellement au nord du Sahara – Algérie, Égypte, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc et Tunisie – le taux moyen de mortalité des enfants de moins de 5 ans en 2006 était de 35 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui signifie qu'au cours de cette année particulière, environ 1 enfant sur 29 est mort avant son cinquième anniversaire. Depuis 1990, chacun des cinq pays d'Afrique du Nord a fait reculer d'au moins 45 % son taux de mortalité infantile, jusqu'à afficher un taux annuel moyen de 5,3 % pour la région – mettant ainsi ces pays sur la bonne voie pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le développement no.4, qui vise à faire

reculer des deux tiers le taux de mortalité des moins de cinq ans entre 1990 et 2015¹.

Le contraste avec les tendances en matière de survie de l'enfant en Afrique au sud du Sahara (y compris Djibouti et le Soudan) ne pourrait pas être plus frappant. En 1970, le taux moyen de mortalité des moins de 5 ans en Afrique du Nord était de 215 décès pour 1 000 naissances vivantes. Ce taux n'était pas très différent des taux de l'Afrique de l'Est dans les années 1970, à 216 décès pour 1 000 naissances vivantes, ou de l'Afrique australe, à 208 pour 1 000 naissances vivantes. Mais entre 1970 et 2006, l'Afrique du Nord a fait chuter son taux de mortalité des moins de 5 ans de 84 %, tandis que les réductions correspondantes en Afrique de l'Est et australe n'ont été que de 43 % et 30 %, passant à 123 et 146 décès pour 1 000 naissances vivantes, respectivement. L'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest n'affichant pas non plus de fortes réductions, l'Afrique subsaharienne dans son ensemble (y compris Djibouti et le

Soudan) a vu son taux de mortalité des moins de 5 ans baisser d'un peu plus d'un tiers pendant cette même période de 36 ans.

Bien que ce contraste soit un exemple poignant du fossé qui se creuse entre l'Afrique subsaharienne et les autres régions du monde en termes de survie de l'enfant, il représente aussi un signe d'espoir dans la mesure où certains pays africains ont réussi à maintenir des taux annuels de réduction élevés en matière de mortalité infantile au cours des quatre dernières décennies. L'expérience de l'Afrique du Nord prouve qu'il est possible de faire nettement baisser les taux de mortalité des moins de 5 ans même quand les taux de départ sont élevés, lorsque les conditions suivantes sont réunies : action concertée, stratégies solides, ressources suffisantes et détermination politique axées systématiquement sur le soutien à la santé de l'enfant et de la mère.

Figure 1.2

Progrès par région en matière de réduction de la mortalité infantile

Taux annuel moyen de régression (TAMR) du taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) observé pendant la période 1990–2006 et requis pendant la période 2007–2015 pour atteindre l’OMD 4.

	TMM5		TAMR (%)*		Progrès vers la réalisation de la cible de l’OMD
	1990	2006	Observé 1990–2006	Requis 2007–2015	
Afrique subsaharienne	187	160	1,0	10,5	progrès insuffisants
Afrique de l’Est et australe	165	131	1,4	9,6	progrès insuffisants
Afrique de l’Est†	171	123	2,1	8,5	progrès insuffisants
Afrique australe	125	146	-1,0	13,9	aucun progrès
Afrique de l’Ouest et centrale	208	186	0,7	11,0	aucun progrès
Afrique centrale	187	193	-0,2	12,6	aucun progrès
Afrique de l’Ouest	215	183	1,0	10,4	progrès insuffisants
Afrique du Nord	82	35	5,3	2,8	sur la bonne voie
Asie du Sud	123	83	2,5	7,8	progrès insuffisants
Asie de l’Est/Pacifique	55	29	4,0	5,1	sur la bonne voie
Amérique latine/Caraïbes	55	27	4,4	4,3	sur la bonne voie
ECO/CEI**	53	27	4,2	4,7	sur la bonne voie
Pays industrialisés	10	6	3,2	6,6	sur la bonne voie
Pays en développement	103	79	1,7	9,3	progrès insuffisants
Monde	93	72	1,6	9,4	progrès insuffisants

* Un TAMR négatif indique un accroissement du taux de mortalité des moins de 5 ans depuis 1990.
† Y compris Djibouti et le Soudan.
** Europe centrale et orientale/Communauté d’États indépendants.
Sur la bonne voie : le TMM5 est inférieur à 40, ou le TMM5 est égal ou supérieur à 40 et le TAMR du taux de mortalité des moins de 5 ans observé pendant la période 1990–2006 est égal ou supérieur à 4,0 %.
Progrès insuffisants : le TMM5 est égal ou supérieur à 40, et le TAMR est compris entre 1,0 % et 3,9 %.
Aucun progrès : le TMM5 est égal ou supérieur à 40, et le TAMR est inférieur à 1,0 %.

Source : estimations de l’UNICEF fondées sur les travaux du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile.

Survie de l’enfant en Afrique au sud du Sahara

L’Afrique au sud du Sahara est la région du monde dans laquelle il est le plus difficile pour un enfant de survivre jusqu’à l’âge de cinq ans. En 2006, l’année la plus récente pour laquelle des estimations sont disponibles, le taux de mortalité des moins de 5 ans pour l’Afrique subsaharienne était de 160 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui signifie qu’en gros 1 enfant sur 6 n’était plus en vie pour fêter son cinquième anniversaire. Même si la réduction est de 14 % depuis 1990, ce taux de mortalité des moins de 5 ans est de loin le plus élevé du monde (Figure 1.2).

En plus d’afficher le taux régional de mortalité infantile le plus élevé, l’Afrique subsaharienne est à la traîne en ce qui concerne la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (Figure 1.7) – en particulier l’OMD 4 mais aussi l’OMD 5, qui vise à réduire la mortalité maternelle de trois quarts

entre 1990 et 2015. Dans plusieurs pays, certains obstacles profondément enracinés comme la pauvreté, les effets du SIDA et des conflits civils, la médiocrité des infrastructures physiques et la faiblesse des capacités du système de santé sont autant de facteurs qui ont contribué à la stagnation au cours des dernières décennies – voire à l’aggravation des taux de mortalité infantile et à l’augmentation du nombre de décès d’enfants.

Progrès vers la réalisation des OMD liés à la santé en Afrique

Les progrès en faveur de la réalisation des huit Objectifs du Millénaire pour le développement sont essentiels à la survie et au bien-être des enfants, et six de ces objectifs sont accompagnés de cibles qui ont directement trait à la santé des enfants (Figure 1.3). Pour faire reculer la mortalité de l’enfant en Afrique subsaharienne et conserver les acquis en Afrique du Nord,

il convient de redoubler d’efforts pour atteindre les OMD liés à la santé. On examinera dans les paragraphes suivant les progrès accomplis vers la réalisation de ces objectifs, en accordant une attention particulière à l’OMD 4, dans les cinq principales sous-régions d’Afrique.

OMD 4 : Réduire la mortalité infantile

L’Afrique du Nord est sur la bonne voie, mais les quatre principales sous-régions d’Afrique situées au sud du Sahara sont à la traîne

L’Afrique du Nord est sur la bonne voie pour réaliser l’OMD 4, après avoir réduit son taux de mortalité des moins de 5 ans de 57 % depuis 1990. Les cinq pays de la sous-région affichent des taux de mortalité des moins de 5 ans inférieurs à 40 pour 1 000 naissances vivantes. L’Égypte, en particulier, a enregistré des progrès remarquables vers la réalisation de l’OMD 4 au cours des dernières années, affichant une réduction de 62 % de son taux de mortalité des moins de 5 ans entre 1990 et 2006. Cependant, du fait de sa population élevée d’enfants de moins de 5 ans (8,6 millions), l’Égypte affiche le nombre le plus élevé de décès d’enfants de moins de 5 ans en Afrique du Nord – 64 000 en 2006, soit un nombre supérieur au total combiné de 56 000 pour les quatre autres pays de la sous-région.

Les perspectives de survie de l’enfant en Afrique subsaharienne sont rien moins que favorables. Bien que le taux global de mortalité des moins de 5 ans pour l’Afrique subsaharienne ait chuté depuis 1990, l’année de référence pour plusieurs Objectifs du Millénaire pour le développement, le taux annuel moyen de régression (TAMR) de 1 % seulement affiché entre 1990 et 2006 était très inférieur aux 4 % minimum par an qui auraient été nécessaires pendant cette période pour garder les pays et les régions sur la bonne voie pour atteindre l’OMD 4 d’ici à 2015.

La part du nombre total de décès d’enfants de moins de 5 ans au cours des dernières décennies qui revient à l’Afrique subsaharienne est également préoccupante. Elle s’explique en partie par un taux moyen de fécondité plus élevé que dans les autres régions du monde. Le taux de fécondité de l’Afrique subsaharienne



Malawi : centre de soins communautaires pour orphelins et autres enfants vulnérables.

Figure 1.3
Santé et Objectifs du Millénaire pour le développement

OBJECTIF	CIBLES SANITAIRES	INDICATEURS SANITAIRES
OBJECTIF 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim	Cible 2 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique
OBJECTIF 4 : Réduire la mortalité infantile	Cible 5 Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des moins de 5 ans Taux de mortalité infantile Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
OBJECTIF 5 : Améliorer la santé maternelle	Cible 6 Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	Taux de mortalité maternelle Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
OBJECTIF 6 : Combattre le VIH et le SIDA, le paludisme et d'autres maladies	Cible 7 D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans
	Cible 8 D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liée à cette maladie Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liée à cette maladie
OBJECTIF 7: Assurer un environnement durable	Cible 10 Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable	Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée, zones urbaines et zones rurales Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement, zones urbaines et zones rurales
OBJECTIF 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	Cible 17 En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	Proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments de base d'un coût abordable

Source : Adapté de *La santé dans les Objectifs du Millénaire pour le développement*, Organisation mondiale de la Santé, 2005, p. 11.

pour 2006, par exemple, était de 5,3* par rapport à 3,0 pour l'Asie du Sud et 2,8 pour l'ensemble des pays en développement. La part croissante qui revient à cette région du total mondial de décès d'enfants de moins de 5 ans reflète aussi, notamment, la lenteur des progrès dans le secteur des soins de santé primaire, la qualité inadéquate de la nutrition, ainsi que la pénurie de sources d'eau améliorées et d'installations d'assainissement de base.

La comparaison entre la part des décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne et dans le reste du monde au cours des 35 dernières années donne un relief particulier à la situation (*Figure 1.4*). En 1970, l'Afrique subsaharienne affichait 11 % des naissances de la planète et 19 % des décès d'enfants de moins de 5 ans. En 2006, tandis que la proportion des naissances par rapport au reste du monde avait doublé en Afrique subsaharienne pour atteindre 22 %, la proportion des décès d'enfants de moins de 5 ans était montée en flèche et atteignait près de 50 % du total mondial. La part des décès d'enfants de moins de 5 ans qui revient à l'Afrique de l'Ouest et centrale a triplé depuis 1970, passant de 10 à 30 %, tandis que la part de l'Afrique de l'Est et centrale a plus que doublé. Quand on ajoute les chiffres affichés par Djibouti et le Soudan à ceux de l'Afrique subsaharienne, le total combiné représente 50 % du total des décès d'enfants de moins de 5 ans enregistrés dans le monde en 2006. Par contre, la proportion a chuté partout ailleurs dans le monde.

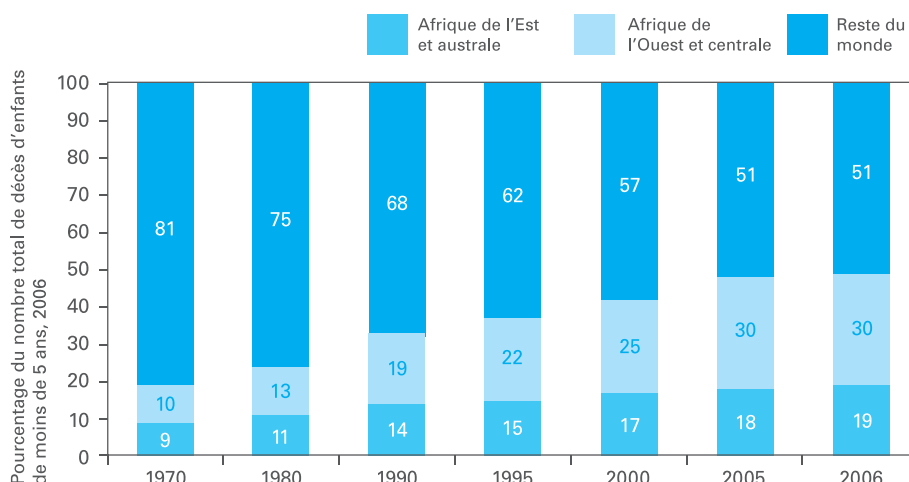
Différences, en matière de mortalité de l'enfant, entre l'Afrique centrale, de l'Est, australe et de l'Ouest

On examine dans les paragraphes qui suivent les taux de mortalité des moins de 5 ans dans quatre sous-régions séparées d'Afrique subsaharienne. Le but est d'évaluer les disparités en termes de tendances, taux et niveaux entre les sous-régions et de définir leurs répercussions possibles pour les programmes, les politiques et les partenariats.

Les chiffres sont éloquentes. Sur les quatre sous-régions, l'Afrique centrale est celle qui a enregistré les progrès les plus faibles en termes de réduction du nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans depuis 1990. En fait, le total pour la sous-région a même augmenté, passant de 187 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 193

Figure 1.4

Décès des moins de 5 ans : le fardeau repose de plus en plus sur l'Afrique subsaharienne



Source : estimations de l'UNICEF fondées sur les travaux du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile

pour 1 000 naissances vivantes en 2006. L'Afrique de l'Ouest, dont le taux de base était plus élevé, avec 215 décès pour 1 000 naissances vivantes, a réussi à faire reculer son taux de mortalité des moins de 5 ans de 15 % pour atteindre 183 pour 1 000 naissances vivantes en 2006.

L'Afrique de l'Est a affiché des progrès réguliers, avec une réduction de 28 % du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2006. L'Afrique australe a affiché par contre une augmentation de 17 % de son taux de mortalité des moins

de 5 ans pendant cette même période, mais les nombres absolus de décès d'enfants dans cette région sont toujours inférieurs à ceux des autres sous-régions (*Figure 1.6*). Dans un certain nombre de pays d'Afrique australe – Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Swaziland et Zimbabwe – l'impact dévastateur du SIDA a fait grimper en flèche les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par rapport à 1990, ce qui explique pourquoi la moyenne régionale est si élevée.

Les pays de la Corne de l'Afrique ont fait des progrès en faisant reculer de 39 %

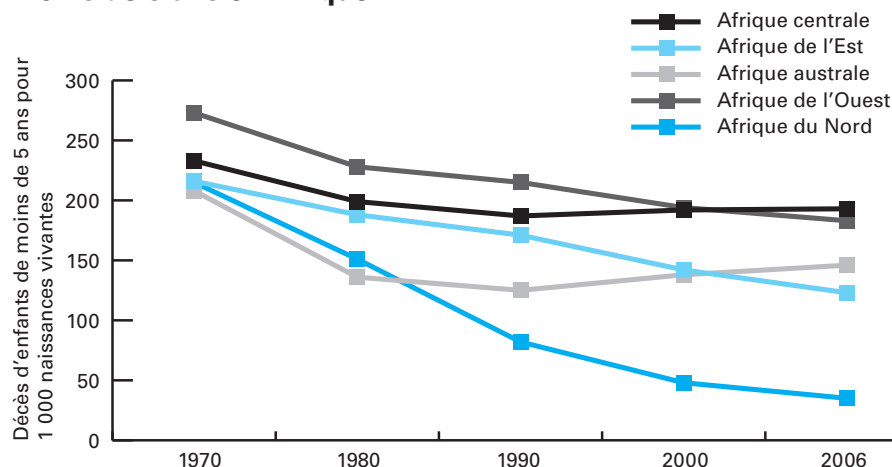
* Le taux total de fécondité est égal au nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.



Somalie : un agent sanitaire mesure le bras d'un enfant pour déterminer son état nutritionnel.

Figure 1.5

Comparaisons sous-régionales des taux de mortalité des moins de 5 ans en Afrique



Source : estimations de l'UNICEF fondées sur les travaux du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile.

depuis 1990 leurs taux de mortalité des moins de 5 ans. Les progrès pourraient être accélérés en s'attaquant à certains problèmes importants, en particulier le mauvais état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans – dont près de la moitié accusent un retard de croissance, de modéré à grave. Les progrès dépendent aussi de la fin des hostilités en Somalie, où les femmes et les enfants sont les premières victimes des conséquences dévastatrices d'un conflit, auquel sont venues s'ajouter des catastrophes naturelles et des épidémies, provoquant une crise humanitaire qui prend de plus en plus d'ampleur. Les pays du Sahel ont réalisé des progrès moins marqués, avec un taux de mortalité des moins de 5 ans qui a baissé de 11 % seulement depuis 1990. La progression des taux d'allaitement exclusif

au sein – actuellement 1 nourrisson seulement sur 6 est nourri exclusivement au sein pendant les six premiers mois de sa vie – contribuerait à améliorer l'état nutritionnel des enfants.

Un examen de la répartition des décès entre les sous-régions d'Afrique, y compris Djibouti et le Soudan, révèle que bien qu'elle ait affiché la plus forte augmentation des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans depuis 1990, 8 % seulement des décès d'enfants de l'ensemble de la région sont imputables à l'Afrique australe. C'est l'Afrique de l'Ouest qui porte le plus lourd fardeau (42 %), suivie par l'Afrique de l'Est (30 %). À peine moins de 20 % des décès d'enfants en Afrique subsaharienne surviennent en Afrique centrale. Les pays du Sahel et de

la Corne de l'Afrique affichent des taux de 12 % et 10 %, respectivement, du nombre total de décès d'enfants de moins de 5 ans du continent. Trois pays – l'Éthiopie, le Nigéria et la République démocratique du Congo – regroupent plus de 43 % du nombre total de décès d'enfants de moins de 5 ans de l'ensemble du continent africain.

Sur les 46 pays d'Afrique subsaharienne, seuls le Cap-Vert, l'Érythrée, Maurice et les Seychelles sont sur la bonne voie pour atteindre l'OMD 4, selon le numéro spécial publié en décembre 2007 de *Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants, bilan statistique*, le rapport phare de l'UNICEF sur les progrès réalisés pour atteindre les objectifs en faveur des enfants adoptés au niveau international. Les 24 pays de la région qui n'enregistrent aucun progrès, voire des aggravations de leurs taux de mortalité des moins de 5 ans depuis 1990, sont ceux qui suscitent le plus de préoccupations. Tant Djibouti que le Soudan affichent des progrès insuffisants pour atteindre l'OMD 4, et devront accroître leur taux annuel de régression de la mortalité des moins de 5 ans pour passer de 1,9 % pendant la période 1990–2006 à 8,9 % pendant la période 2007–2015 s'ils veulent atteindre leur but.

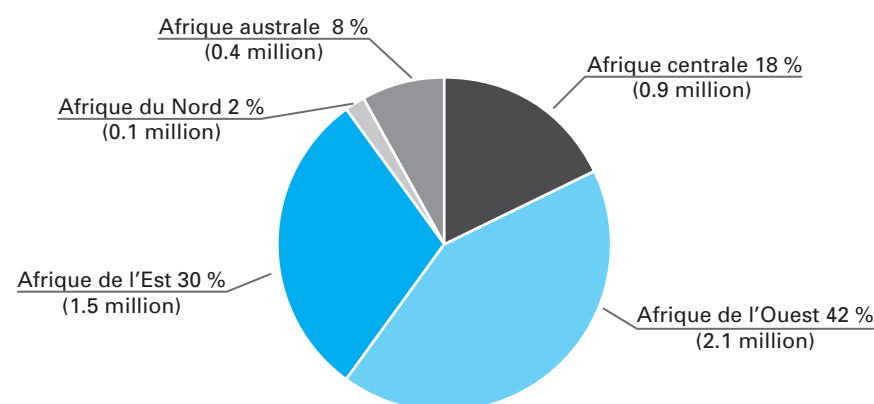
L'Afrique subsaharienne est confrontée à un défi sans précédent concernant la réalisation en temps voulu de l'Objectif du Millénaire pour le développement no.4. Pour atteindre cet OMD, pendant la période 2007–2015, il lui faudra multiplier par dix au moins le taux affiché entre 1990 et 2006. Si les tendances actuelles perdurent, 2,8 millions d'enfants de moins de 5 ans mourront en Afrique subsaharienne pendant l'année 2015, année cible de l'OMD, des enfants dont la vie pourrait être épargnée si l'OMD 4 était atteint.

L'Afrique subsaharienne est aussi à la traîne en ce qui concerne les autres OMD liés à la santé (Figure 1.7). Selon *Progrès pour les enfants*, l'Afrique subsaharienne :

- Affiche des progrès insuffisants concernant la réduction de l'extrême pauvreté et de la faim (OMD 1).
- Affiche des taux de mortalité maternelle (OMD 5) jugés très élevés.
- N'a pas encore réussi à enrayer la propagation du VIH et à commencer à inverser la tendance actuelle (OMD 6).
- Ne fait aucun progrès en faveur d'un environnement durable (OMD 7).

Figure 1.6

L'Afrique de l'Ouest a enregistré plus de 40 % des décès d'enfants en Afrique en 2006



Source : estimations de l'UNICEF fondées sur les travaux du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile.

Les principales causes de décès d'enfants en Afrique subsaharienne

Les principales causes de décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne sont bien connues (Figure 1.8). Selon les derniers chiffres publiés par l'Organisation mondiale de la Santé dans son rapport *Statistiques sanitaires mondiales 2007*, les maladies néonatales sont responsables de plus d'un

quart des décès dans la région Afrique de l'OMS. Cette région est semblable à la classification standard de l'UNICEF pour l'Afrique subsaharienne, la seule différence étant que l'OMS y inclut l'Algérie mais pas la Somalie. Derrière ces maladies, on trouve la pneumonie, responsable de plus d'un cinquième des décès d'enfant. Le paludisme et les maladies diarrhéiques sont responsables de 18 % et 17 %, respectivement, des décès d'enfants. Au nombre des causes importantes, on peut encore citer le SIDA, en particulier dans les pays d'Afrique australe, et la rougeole.

Les interventions et pratiques essentielles qui permettraient d'éviter la majorité des décès d'enfants en Afrique sont bien connues. On peut notamment citer :

- Présence d'un soignant qualifié à la naissance, suivi et prise en charge après l'accouchement.
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et traitement pédiatrique du SIDA.
- Nutrition adéquate, en particulier allaitement exclusif au sein dès la naissance et pendant les six premiers mois de la vie.
- Aliments complémentaires tout en poursuivant l'allaitement maternel pendant au moins deux ans supplémentaires.
- Administration de suppléments en micronutriment pour renforcer le système immunitaire.
- Immunisation pour protéger les enfants contre les six maladies principales évitables par la vaccination.
- Thérapie de réhydratation orale et zinc pour lutter contre les maladies diarrhéiques.
- Antibiotiques pour combattre la pneumonie.
- Moustiquaires imprégnées d'insecticide et médicaments efficaces pour prévenir et traiter le paludisme.
- Promotion de l'hygiène, notamment lavage des mains au savon, traitement de l'eau et élimination des excréta aux points d'utilisation ².

Bien que les taux de couverture pour plusieurs de ces interventions restent faibles dans l'ensemble de la région, des progrès notables ont été enregistrés concernant l'adoption de mesures préventives de lutte contre les maladies de l'enfance, comme décrit dans la section suivante, *Nouveaux espoirs pour la survie de l'enfant*. Par contre, en ce qui concerne les taux de couverture des traitements efficaces des maladies de l'enfant – en particulier la pneumonie et les maladies diarrhéiques, auxquelles on peut imputer 38 % des décès d'enfants dans la région Afrique de l'OMS, les progrès restent marginaux. Seuls 40 % des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne présumés atteints de pneumonie sont emmenés en consultation dans un service

Figure 1.7 **L'Afrique subsaharienne ne progresse pas assez, ou pas du tout, vers l'ensemble des OMD liés à la santé**

INDICATEURS DE PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT	ESTIMATIONS FERMES LES PLUS RÉCENTES	TAUX ANNUEL MOYEN DE RÉGRESSION (1990-2006)	PROGRÈS VERS LA CIBLE DE L'OMD
OMD 1			
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	28 % (2000–2006)	1,1	Progrès insuffisants
OMD 4			
Taux de mortalité des moins de 5 ans	187 pour 1 000 naissances vivantes (1990); 160 pour 1 000 naissances vivantes (2006)	1,0	Progrès insuffisants
OMD 5			
Taux de mortalité maternelle, ajusté	920 pour 100 000 naissances vivantes (2005)	s/o	'Très élevé'
OMD 6			
Paludisme, enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire traitée à l'insecticide	8 % (2003–2006)	s/o	Doit encore maîtriser la propagation du paludisme et inverser la tendance
Infections pédiatriques par le VIH (enfants âgés de 1 à 14 ans)	2,0 millions (2005)	s/o	Doit encore maîtriser la propagation du VIH et inverser la tendance
Prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes (âgées de 15 à 24 ans) dans la capitale	9,7 % (2005)	s/o	Doit encore maîtriser la propagation du VIH et inverser la tendance
OMD 7			
Utilisation de sources améliorées d'eau potable	48 % (1990); 55 % (2004)	s/o	Aucun progrès
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	32 % (1990); 37 % (2004)	s/o	Aucun progrès

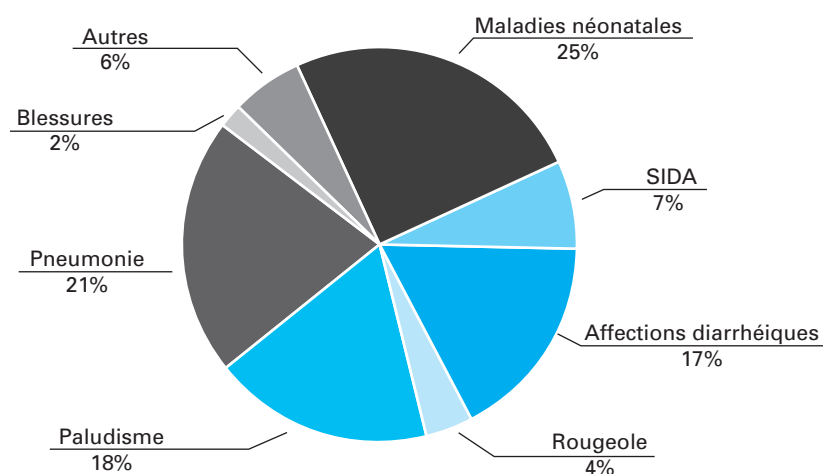
* 'Très élevé' indique un taux de mortalité maternelle d'au moins 550 décès de femmes succombant à des causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes.

Source : UNICEF, *Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants, bilan statistique*, Numéro 6, décembre 2007; et *La Situation des enfants dans le monde 2008*; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA*, ONUSIDA, Genève, 2006.



Côte d'Ivoire : une mère allaite son bébé sous le regard attentif d'un agent sanitaire.

Figure 1.8
Les principales causes de décès d'enfants dans la région
Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé, 2000*



* La région Afrique de l'OMS diffère du regroupement régional de l'UNICEF pour l'Afrique subsaharienne dans la mesure où elle inclut l'Algérie et exclut la Somalie. La liste des pays compris dans le regroupement régional de l'UNICEF pour l'Afrique subsaharienne se trouve à la Figure 1.1, p. 2.

Source : Organisation mondiale de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2007*, p. 31.

médical approprié. La couverture pour le traitement de la diarrhée est encore plus faible, puisque moins d'un tiers des enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée en Afrique subsaharienne reçoivent le traitement approprié : thérapie de réhydratation orale ou augmentation de l'administration de fluides, avec poursuite de l'alimentation.

Il est également urgent de s'attaquer à la dénutrition et d'améliorer l'hygiène du milieu en Afrique subsaharienne. Plus d'un tiers des décès d'enfants sont attribuables à la dénutrition de la mère et de l'enfant. La réalisation de

l'OMD 1, qui a pour but de faire reculer la pauvreté et la faim, permettrait d'éviter des décès d'enfants dus à la diarrhée, la pneumonie, le paludisme, le VIH et la rougeole, et de réduire la mortalité néonatale. En d'autres termes, l'amélioration de la nutrition infantile est une condition préalable à la réalisation de l'OMD 4.

Il est nécessaire que la mère ait une bonne nutrition pendant la grossesse. La sous-alimentation de la mère peut avoir des conséquences à long terme pour l'enfant, par exemple troubles de la croissance prénatale, insuffisance pondérale à la

naissance et risque accru de troubles du développement plus tard dans la vie. L'état nutritionnel des femmes est en effet un indicateur révélateur de la santé et de la nutrition des enfants³.

Les quatre sous-régions d'Afrique subsaharienne, y compris Djibouti et le Soudan pour l'Afrique de l'Est, affichent des taux élevés de dénutrition, mesurés par les taux d'insuffisance pondérale, d'émaciation et de retard de croissance modéré ou grave (Figure 1.9). La dénutrition est surtout grave au Sahel et dans la corne de l'Afrique, en partie à cause de l'insécurité alimentaire. Par ailleurs, les taux d'allaitement exclusif au sein jusqu'à l'âge de six mois restent faibles, en particulier en Afrique centrale, australe et de l'Ouest. L'Afrique australe est à la traîne en ce qui concerne la supplémentation en vitamine A, car la moitié seulement des enfants âgés de 6 à 59 mois sont totalement couverts par deux doses de ce micronutriment, tandis que moins de la moitié seulement des foyers d'Afrique de l'Est consomment du sel iodé.

Bien que l'Afrique du Nord affiche des taux beaucoup plus faibles de dénutrition, tels qu'ils sont mesurés par les indicateurs d'insuffisance pondérale et d'émaciation, la nutrition infantile y pose toujours problème. Près de 1 enfant sur 6 en Afrique du Nord souffre d'un retard de croissance modéré à grave, et plus de 1 ménage sur 4 consomment du sel non iodé. Par contre, dans les ménages plus aisés, l'obésité et la suralimentation ont fait leur apparition et constituent un grave problème de santé chez les jeunes enfants et les adolescents.

Figure 1.9

Nutrition infantile dans les sous-régions d'Afrique

	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 1999–2006*	% d'enfants nourris au sein (2000-2006*) :			% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2006)* souffrant :				Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2005		% de ménages consommant du sel iodé
		exclusivement	plus aliments de sevrage	encore allaités	d'insuffisance pondérale		d'émaciation	de retard de croissance			
					modérée et grave	grave	modérée et grave	modéré et grave	au moins une dose (%)	couverture totale** (%)	
Afrique centrale	13	21	75	47	29	9	12	37	93	86	65
Afrique de l'Est	16	42	69	56	30	8	8	41	79	71	47
Afrique du Nord	12	31	61	29	6	1	5	16	-	-	71
Afrique australe	12	17	66	41	23	-	6	41	56	50	-
Afrique de l'Ouest	15	21	58	46	28	8	10	36	82	80	74
Sahel	18	16	55	66	34	11	13	37	89	85	45
Corne de l'Afrique	19	45	50	-	38	11	11	45	59	58	20

* Les données portent sur l'année disponible la plus récente pendant la période spécifiée.
 ** Pourcentage d'enfants à qui l'on a administré deux doses.

Source : Estimations de l'UNICEF fondées sur des données extraites de : Enquêtes démographiques et sanitaires, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, autres enquêtes nationales sur les ménages et données figurant dans des systèmes d'établissement de rapports de routine.

L'amélioration de l'hygiène du milieu reste particulièrement difficile en Afrique subsaharienne. Près de 45 % de la population d'Afrique subsaharienne n'avaient pas accès à des sources améliorées d'eau potable, le taux étant de plus de 60 % pour les installations sanitaires améliorées en 2004, l'année la plus récente pour laquelle des estimations sont disponibles (*Figure 1.7*).

Depuis 1990, l'accès à des sources améliorées d'eau potable s'est un peu amélioré partout en Afrique. Par contre, les progrès en matière d'assainissement sont loin d'être suffisants car huit pays seulement – les cinq pays d'Afrique du Nord plus Djibouti, le Malawi et le Sénégal – sont sur la bonne voie pour atteindre la cible de l'OMD 7 visant à diviser par deux la proportion de personnes qui n'ont pas accès à un assainissement d'ici à 2015⁴.

Si l'on examine ensemble l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, le nombre de personnes qui n'ont pas accès à des sources d'eau améliorées et à des installations sanitaires était plus élevé en 2004 qu'en 1990. Quand on regroupe l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, les proportions étaient de 56 % pour l'accès à des sources d'eau améliorées (contre 48 % en 1990) et de 38 % pour l'accès à l'assainissement de base (une légère amélioration par rapport aux 35 % de 1990); cependant, l'élargissement de la couverture n'a pas été à la hauteur de la croissance démographique.

L'expansion rapide de la population en Afrique subsaharienne fait que 54 millions d'enfants de moins de 5 ans n'ont pas accès à une source améliorée d'eau potable; en Afrique de l'Est et australe, le nombre de personnes sans assainissement de base a augmenté d'un tiers entre 1990 et 2004⁵.

Les répercussions, lorsque les installations d'hygiène du milieu ne répondent pas aux besoins, peuvent être meurtrières. Des estimations récentes portent à près de 2 millions par an le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui succombent à la diarrhée de par le monde, tandis que dans certains pays, la proportion de décès d'enfants à imputer principalement à la diarrhée peut atteindre les 20 %. Selon les estimations, 88 % des décès provoqués par la diarrhée de par le monde peuvent être attribués au manque d'eau pour l'hygiène, à un approvisionnement en eau de boisson peu sûr et à un accès limité à des moyens d'assainissement.

En Afrique subsaharienne, 70 % des enfants atteints de diarrhée ne sont pas traités par la thérapie de réhydratation orale, ce qui est inacceptable. Il s'agit d'une simple solution composée de sel et de sucre qui permet d'éviter des décès en traitant la déshydratation provoquée par la diarrhée – pour la somme modique de moins de 0,05 dollar des É.-U. par dose.

L'eau courante et des toilettes décentes peuvent transformer la vie des enfants. L'amélioration de l'assainissement pourrait

à elle seule faire reculer la morbidité liée à la diarrhée de plus d'un tiers à l'échelon mondial; si en plus on accompagne cette mesure d'une sensibilisation à l'hygiène et aux changements de comportements, le taux pourrait être de deux tiers.

Si certains pays africains affichent des progrès considérables en termes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, aucun ne peut toutefois se reposer sur ses lauriers. Les disparités les plus profondes en termes d'eau salubre et d'assainissement de base séparent les populations urbaines des populations rurales. La fracture, en terme d'eau potable, est surtout profonde dans les régions d'Afrique subsaharienne, où 81 % des habitants des zones urbaines sont desservis, contre 41 % dans les zones rurales⁶.

Nouveaux espoirs pour la survie de l'enfant : sept réussites de ces dernières années

La faiblesse des progrès réalisés en Afrique subsaharienne vers la réalisation de plusieurs des OMD liés à la santé est préoccupante alors que nous nous trouvons à mi-parcours entre l'établissement des objectifs en 2000 lors

du Sommet du Millénaire et la date butoir de leur réalisation en 2015. Toutefois, les progrès pourraient s'accélérer au cours des prochaines années grâce, notamment : au recul des décès d'enfants provoqués par la rougeole – de 91 % entre 2000 et 2006, ce qui est remarquable – à des taux en progression notable de l'allaitement exclusif au sein, de supplémentation en vitamine A, d'utilisation des moustiquaires traitées à l'insecticide, ainsi qu'à l'amélioration de l'identification des femmes enceintes séropositives et des interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Plusieurs décisions donnent de bonnes raisons de se réjouir, notamment l'union entre les gouvernements, les organismes internationaux, les donateurs, les organisations non gouvernementales, les administrations nationales et les communautés pour adopter des cadres, des programmes et des politiques visant à fournir rapidement des soins de santé de

qualité aux mères et aux enfants grâce à un continuum de soins dans le temps et dans l'espace.

Sept réussites, obtenues en termes de survie de l'enfant en Afrique subsaharienne au cours des dernières années, prouvent bien que les progrès pourraient être plus rapides :

- Progrès rapides en matière de survie de l'enfant dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne depuis 1990.
- Recul remarquable des décès dus à la rougeole chez les enfants entre 2000 et 2006.
- Progrès en termes de prévention et de traitement du paludisme.
- Accès plus facile au traitement antirétroviral pour les mères et les enfants séropositifs.
- Amélioration des taux d'allaitement exclusif au sein jusqu'à l'âge de six mois.

- Meilleure répartition et utilisation de la supplémentation en micronutriments.
- Consensus plus vigoureux concernant le cadre et les stratégies nécessaires pour accélérer les progrès.

1. Progrès rapides en matière de survie de l'enfant dans de nombreux pays

Même dans certains des pays d'Afrique les plus pauvres, des victoires ont été remportées dans le domaine de la survie de l'enfant. En outre, l'exemple de plusieurs pays de la région qui ont réussi à réduire leurs taux de mortalité infantile depuis 1990 est une bonne raison d'espérer. Les statistiques montrent qu'il est possible de remporter rapidement des succès notables dans les domaines de la mortalité et de la santé infantiles. Selon les données publiées dans *La Situation des enfants dans*

Malawi : un pays et ses progrès en termes de survie de l'enfant

BIEN QUE la mortalité de l'enfant soit encore élevée au Malawi comparée aux normes mondiales, le pays affiche des progrès notable en terme de diminution du nombre de décès d'enfants. Entre 1990 et 2005, le taux de mortalité des moins de 5 ans a chuté, passant de 221 à 125 pour 1 000 naissances vivantes. Son taux de mortalité des moins de 5 ans pour 2006 de 120 pour 1 000 naissances vivantes est similaire ou inférieur à celui de 30 autres pays d'Afrique au sud du Sahara.

Au nombre des facteurs qui contribuent à ce recul rapide de la mortalité infantile, on peut citer une très large couverture vaccinale et la supplémentation en vitamine A. Quatre-vingt-dix neuf pour cent des enfants malawiens âgés de moins de 1 an sont vaccinés contre la tuberculose, la poliomyélite et l'hépatite B, ils ont reçu leurs trois doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos et trois doses de vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b, et 85 % d'entre eux sont vaccinés contre la rougeole. En 2006, 94 % des enfants âgés de 6 à 59 mois avaient reçu au moins une dose de vitamine A,

et 86 % bénéficiaient de la couverture totale de deux doses.

À 56 %, l'allaitement exclusivement au sein des enfants jusqu'à l'âge de six mois représente un taux relativement élevé pour la région. Près de 73 % des ménages ont accès à une source d'eau améliorée. Le Gouvernement du Malawi a indiqué que plus de 1 million de moustiquaires imprégnées d'insecticide avaient été distribuées, selon les statistiques de décembre 2006 – dépassant ainsi la cible de 60 % décidée à Abuja pour atteindre 65 % des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. Selon le gouvernement, la poliomyélite a été éradiquée en 2002 au Malawi, et aucun nouveau cas n'a été signalé depuis.

Selon le rapport 'A World Fit for Children' (Un Monde digne des enfants) soumis en 2006 par le gouvernement, la réduction des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans peut aussi être attribuée à l'élargissement d'interventions sanitaires à fort impact dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), une initiative qui privilégie les soins parentaux et cible le paludisme, la dénutrition, l'anémie, la pneumonie, la rougeole et la diarrhée. Si ce taux de réduction perdure, selon le rapport, le pays réussira à atteindre la cible de l'Objectif du Millénaire pour le

développement no.4 visant à faire reculer la mortalité infantile.

Un rapport publié par l'UNICEF en 2005 confirme le succès de la stratégie de PCIME : en 2000, peut-on y lire, après avoir mené à bien une phase pilote initiale, le Malawi s'est attaché à élargir l'application d'un traitement préventif intermittent (TPI) destiné aux femmes enceintes, et la distribution, à un coût subventionné, de moustiquaires traitées à l'insecticide lorsque les mères viennent aux consultations prénatales et dans les centres de protection infantile. Une large couverture par les soins prénatals, l'élaboration d'une politique claire de TPI lors de la grossesse, ainsi que le soutien actif et positif de divers partenaires (en particulier l'UNICEF, l'OMS, USAID, Population Services International et Faire reculer le paludisme) ont largement contribué aux résultats positifs obtenus grâce à cette stratégie.

L'un des facteurs qui est resté constant depuis les années 1990 est la prévalence de la dénutrition, qui est toujours la cause sous-jacente de près de la moitié des décès d'enfants au Malawi. Dix-neuf pour cent des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale modérée à grave, et 46 % d'un retard de croissance modéré à grave.

Voir Références, page 50.

le monde 2008, le taux de mortalité des moins de 5 ans a reculé de 40 % au moins depuis 1990 en Érythrée, en Éthiopie, au Malawi et au Mozambique – des pays dans lesquels le revenu national brut par habitant est inférieur à 350 dollars des États-Unis par an.

2. Réduction remarquable du nombre de décès dus à la rougeole

Après un recul pendant les années 1990, particulièrement en Afrique centrale et de l'Ouest, les taux de vaccination se sont régulièrement améliorés dans la région pour les principaux vaccins, y compris la troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) et le vaccin contre la rougeole – ce dernier étant l'un des trois indicateurs utilisés pour mesurer les progrès vers la réalisation de l'OMD 4. Une meilleure couverture par les activités de vaccination systématique contre la rougeole, accompagnée de campagnes de suivi donnant une deuxième possibilité aux enfants d'être vaccinés, ont contribué à un recul de 91 % du nombre de décès dus à la rougeole en Afrique entre 2000 et 2006. Ce succès est un tournant décisif : en effet, le défi qui consistait à réduire de 90 % d'ici à 2010 la mortalité due à la rougeole par rapport au taux de 2000, un objectif établi en 2005 lors de l'Assemblée mondiale de la santé, a été atteint avant la date limite dans la région africaine⁷.

Les activités de lutte contre la rougeole contribuent de diverses manières au renforcement des systèmes de santé en Afrique – par exemple grâce à la promotion de pratiques d'injection sans danger, à l'amélioration de la chaîne du froid pour le stockage des vaccins et à la mise en place d'un réseau mondial de laboratoires de santé publique. Qui plus est, les campagnes de vaccination vont de pair avec d'autres interventions essentielles, comme la supplémentation en vitamine A, l'administration de médicaments vermifuges et la distribution de moustiquaires traitées à l'insecticide.

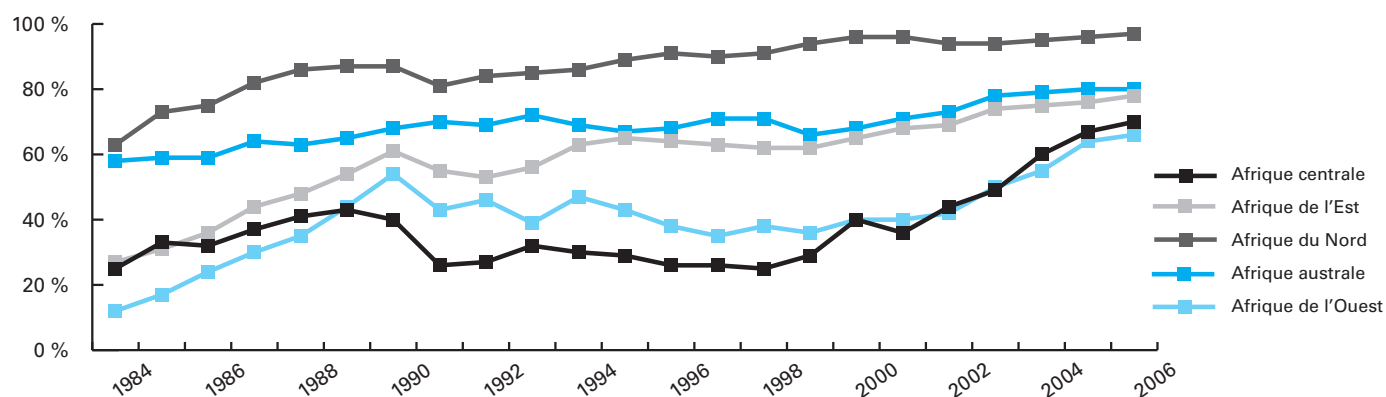
3. Progrès dans la prévention et le traitement du paludisme

Dans la plus grande partie de l'Afrique subsaharienne, la région la plus durement frappée par des affections et des décès liés au paludisme, des progrès notables ont été accomplis en matière de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Selon des statistiques récentes, dans tous les pays de la région qui disposent de données relatives aux tendances, l'utilisation de moustiquaires pour les enfants de moins de 5 ans a progressé, et dans 16 pays sur 20, la couverture a au moins triplé depuis 2000. Cependant, les statistiques régionales globales révèlent que 15 % seulement des enfants d'Afrique subsaharienne dorment sous une moustiquaire, imprégnée ou non, le

taux n'étant que de 8 % pour les enfants qui sont protégés par une moustiquaire traitée. Certains pays affichent des taux d'utilisation supérieurs à la moyenne générale : Gambie (49 %, autour de 2005), Sao Tomé-et-Principe (42 %), Guinée-Bissau (39 %) et Togo (38 %). D'autres pays sont sur le point d'enregistrer des chiffres beaucoup plus élevés concernant la distribution et l'utilisation de moustiquaires imprégnées. Par exemple, depuis sa dernière enquête sur les ménages en 2005, l'Éthiopie a distribué plus de 18 millions de moustiquaires, le chiffre étant de 10 millions pour le Kenya depuis sa dernière enquête en 2003⁸. Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, la production locale de moustiquaires imprégnées a fait plus que doubler, passant de 30 millions à 63 millions par an entre 2004 et 2006.

Des données communiquées récemment par le Kenya indiquent que la vente de moustiquaires imprégnées d'insecticide à des prix fortement subventionnés dans le cadre des services de santé réguliers ou la distribution gratuite lors des grandes campagnes contribuent à améliorer la couverture et l'équité socio-économique. Plus de 10 millions de moustiquaires ont été distribuées au Kenya depuis 2003 dans le cadre de services intégrés de santé infantile et maternelle qui englobent la vaccination et les soins prénatals. Une enquête réalisée récemment dans quatre districts kenyens révèle que grâce à cette intervention, 67 % des enfants de moins

Figure 1.10
Les taux de vaccination* ont progressé sur l'ensemble du continent au cours des dernières décennies



* Pourcentage de nourrissons à qui l'on a administré trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3). L'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé utilisent le DTC3 comme indicateur de référence de la couverture vaccinale systématique annuelle.

Source : estimations de l'UNICEF fondées sur des données réunies par l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé.



Sénégal : des écolières apportent leurs moustiquaires pour les faire imprégner d'insecticide.

de 5 ans dorment protégés par une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Le traitement du paludisme a également progressé en Afrique subsaharienne, et près d'un tiers des enfants qui ont de la fièvre reçoivent un traitement antipaludique. Malgré des améliorations au niveau de la prévention et du traitement, les niveaux globaux de couverture restent faibles surtout quand on sait que la région enregistre 80 % des décès d'enfants de moins de 5 ans provoqués par le paludisme dans le monde. Potentiellement, la thérapie en association avec l'artémisinine, qui est sans danger, efficace et qui agit rapidement

contre les souches multirésistantes, représente une découverte décisive. Elle a aussi l'avantage de prévenir un retour des symptômes de la maladie. Pratiquement tous les pays d'Afrique subsaharienne ont adopté une thérapie en association médicamenteuse avec l'artémisinine comme traitement de première ligne contre le paludisme.

Pendant l'enfance, le paludisme et une autre maladie extrêmement meurtrière, la pneumonie, se caractérisent par des symptômes très similaires. Lorsqu'un enfant souffre de pneumonie, la personne qui s'en occupe doit reconnaître les symptômes et rechercher immédiatement

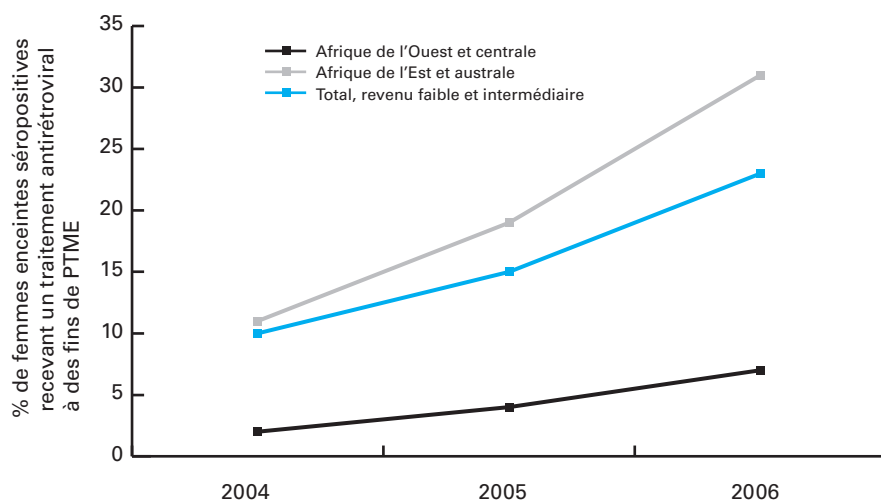
une prise en charge appropriée. Au Sénégal, par exemple, un programme qui apprend aux agents de santé et aux parents à identifier les premiers symptômes et, s'ils sont positifs, à mettre entre les mains des parents des antibiotiques gratuits, a permis aux enfants malades d'être traités dans les plus brefs délais.

4. Amélioration de l'accès au traitement antirétroviral pour les mères et les enfants séropositifs

L'épidémie de SIDA fait peser une lourde menace sur la survie de l'enfant en Afrique subsaharienne : près de 90 % des cas pédiatriques d'infection par le VIH de par le monde et la majorité des décès provoqués par le SIDA surviennent dans cette région. L'Afrique australe a été particulièrement frappée par la maladie et elle a vu monter son taux de mortalité des moins de 5 ans, passant de 125 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 146 pour 1 000 naissances vivantes en 2006. Si l'Afrique australe a été durement frappée, les autres sous-régions n'ont certainement pas été épargnées.

Plus de 400 000 enfants de moins de 15 ans ont contracté le virus en 2007, dans la majorité des cas par transmission de la mère à l'enfant⁹. Une fois qu'une femme enceinte est infectée, sans intervention, le risque qu'elle transmette le virus à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement maternel est de 35 %¹⁰.

Figure 1.11
Élargir les taux de couverture antirétrovirale pour les femmes enceintes séropositives afin d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant



Source : estimations de l'UNICEF fondées sur des données préliminaires du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

Afrique du Sud : sauver des vies d'enfants grâce à un diagnostic précoce

L'Afrique du Sud est le pays du monde le plus durement frappé par le SIDA; selon les estimations, 5,5 millions de personnes vivent avec le VIH et près de 250 000 enfants de moins de 15 ans sont séropositifs (chiffres pour 2005). Près de 64 000 nouveau-nés contracteraient le VIH chaque année par transmission de la mère à l'enfant. La moitié environ des nourrissons séropositifs qui ne sont pas soignés meurent avant leur deuxième anniversaire, ce qui fait du SIDA la maladie la plus meurtrière pour les enfants –on peut lui imputer la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans qui interviennent dans les hôpitaux sud-africains.

Ce taux élevé de mortalité s'explique d'une part, par la difficulté pour les femmes enceintes d'accéder aux services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), et d'autre part, pour les enfants qui en ont besoin, d'accéder à la prise en charge et au traitement pédiatrique du SIDA.

En 2005, 30 % seulement des femmes enceintes infectées par le VIH recevaient une dose unique de névirapine, 26 % des nourrissons exposés au VIH étaient traités par le cotrimoxazole à titre prophylactique et 18 % des enfants éligibles avaient accès à un traitement antirétroviral. Mais le grand problème c'est que le VIH est rarement diagnostiqué à l'âge idéal chez les enfants séropositifs,

soit de quatre à six semaines après la naissance. Par conséquent, la majorité des bébés infectés ne sont pas traités malgré l'existence de médicaments qui pourraient prolonger leur vie grâce au Plan opérationnel pour l'Afrique du Sud pour des soins, une prise en charge et un traitement généraux du VIH et du SIDA.

Le Gouvernement sud-africain accorde la priorité à l'accès des enfants à la prise en charge et au traitement du SIDA dans son intervention nationale. Dès avril 2004, il recommandait un diagnostic précoce de l'infection chez les nourrissons dont la mère est séropositive, en utilisant de préférence la méthode virologique de diagnostic du VIH chez les nourrissons à l'âge de six semaines appelée « DNA PCR ». Auparavant, le test n'était pas toujours disponible dans le secteur public et les capacités des Services de laboratoire de la santé nationale ne leur permettaient pas d'effectuer plus de 60 000 tests par an – par rapport à des besoins annuels estimés à au moins 400 000 tests de DNA PCR.

Action : en 2004, le Département national de la santé a lancé un programme pour renforcer les capacités de trois laboratoires -- situés dans trois provinces : Gauteng, KwaZulu-Natal et Western Cape --, d'effectuer le test par le DNA PCR. Le KwaZulu- Natal, une province rurale dans laquelle les établissements de santé sont très éloignés les uns des autres, a adopté la technologie de la tache de sang séché, avec le soutien de l'UNICEF, afin de faciliter le transport de spécimens entre les établissements de santé et les laboratoires.

En 2005, ces trois laboratoires effectuaient plus de 5 000 tests par mois. C'est alors que les capacités des Services de laboratoire de la santé nationale ont été renforcées. À la fin de 2006, les services nationaux avaient créé huit laboratoires qui étaient en mesure de réaliser plus de 300 000 tests par le DNA PCR par an.

Impact : entre 2004 et 2006, le nombre de tests par le DNA PCR réalisé est passé de moins de 20 000 à plus de 140 000 par an – ce qui a contribué à une augmentation remarquable de l'accès au traitement antirétroviral pédiatrique. Le nombre d'enfants éligibles qui ont eu accès au traitement est passé d'un peu moins de 3 000 en 2004 à 25 000 en septembre 2006 et 32 000 en décembre 2007. Ce progrès a contribué à sauver des centaines de vies de jeunes enfants qui seraient morts sans ces médicaments.

Le SIDA est le principal obstacle à la survie de l'enfant en Afrique du Sud. La réalisation de l'OMD 4 dépendra de l'élargissement des services de PTME afin de prévenir autant de nouvelles infections que possible et de faire reculer la demande de prise en charge et de traitement. De plus, il sera indispensable d'améliorer l'accès au diagnostic, à la prise en charge et au traitement précoces des nourrissons qui ont été infectés malgré les services de PTME. Par l'intermédiaire du Plan stratégique national relatif au VIH, au SIDA et aux IST, le Gouvernement et le peuple d'Afrique du Sud se sont engagés à garantir l'accès universel aux services de PTME, de prise en charge et de traitement des enfants d'ici à 2011.

Voir Références, page 50.

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que l'identification et l'administration d'un traitement aux mères et aux enfants contaminés sont au nombre des besoins les plus pressants à satisfaire en Afrique en matière de santé. Le traitement antirétroviral réduit considérablement les risques de transmission et il est essentiel pour juguler l'augmentation des taux de mortalité infantile dans les pays où le SIDA a pris des dimensions d'épidémie. Il semblerait que les niveaux de couverture s'améliorent, même si au départ la base est faible. Selon les estimations préliminaires pour 2006, la couverture par le traitement antirétroviral progresse considérablement en Afrique subsaharienne (*Figure 1.11*).

Lorsqu'on examine ensemble l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, on constate que l'accès au traitement antirétroviral pour les enfants de moins de 15 ans a augmenté, atteignant 17 % en 2006 contre 12 % en 2005. Néanmoins, compte tenu de l'envergure du problème, ces taux sont extrêmement faibles et il reste encore beaucoup à faire pour améliorer rapidement l'accès au traitement.

5. Faire progresser les taux d'allaitement exclusif au sein

L'allaitement exclusif au sein dès la naissance est la meilleure source de nutrition pour les nouveau-nés, tout en

leur offrant à la fois réconfort physique et renforcement de leur système immunitaire. S'ils sont toujours faibles, les taux d'allaitement exclusif au sein en Afrique subsaharienne ont largement progressé au cours des dernières années, le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein au cours des premiers six mois de leur vie étant passé de 22 % en 1996 à près de 30 % en 2006. Plusieurs pays, notamment le Bénin, le Ghana, Madagascar et le Malawi, ont réussi à dépasser les 50 % en 10 ans.

Le potentiel de l'allaitement exclusif au sein en tant que stratégie de survie de l'enfant ne doit pas être sous-estimé : il permettrait d'éviter près de 13 % des décès d'enfants de moins de 5 ans dans

les pays en développement. Certains pays d'Afrique subsaharienne ont déjà démontré qu'il était possible de faire progresser les taux, reste à s'assurer que les autres feront des progrès similaires dans ce secteur.

6. Élargir la distribution et l'utilisation de la supplémentation en micronutriments

Les micronutriments tels que l'iode, le fer et la vitamine A peuvent avoir des retombées profondes sur le développement de l'enfant et la santé de la mère. Malgré les avantages démontrés de la supplémentation en micronutriments et son excellent rapport coût-efficacité, nombre de nourrissons et de mères d'Afrique subsaharienne n'y ont toujours pas accès. Les chiffres sont éloquentes : 10 millions de nouveau-nés en Afrique subsaharienne ne sont pas protégés contre la carence en iode, qui est la première cause évitable d'arriération mentale.

L'élargissement de la couverture par la supplémentation en vitamine A au cours des dernières années permet d'espérer que d'autres interventions seront également renforcées. L'Afrique subsaharienne, comme d'autres régions en développement, affiche un élargissement marqué de la couverture des enfants âgés de 6 à 59 mois par au moins une dose de vitamine A par an. De toutes les régions évaluées par l'UNICEF dans *La Situation des enfants dans le monde 2008* pour lesquelles des données suffisantes étaient disponibles pour calculer une moyenne régionale, c'est l'Afrique de l'Ouest et centrale qui affiche le taux cumulatif le plus élevé de couverture pour la vitamine A, avec l'Asie de l'Est et le Pacifique.

L'élargissement de la supplémentation en vitamine A est le résultat d'un ensemble de stratégies, notamment de sensibilisation et de regroupement de la vitamine A avec d'autres interventions sanitaires et nutritionnelles à fort impact, comme la vaccination. Les activités de supplémentation se sont souvent inscrites dans le cadre des journées de santé nationale et des journées pour la santé de l'enfant.

7. Il faut forger un consensus pour accélérer les progrès

La septième source d'espoir concernant l'accélération des progrès en faveur de la survie de l'enfant en Afrique subsaharienne est le consensus qui s'établit concernant le cadre nécessaire pour fournir des biens et services essentiels. Au cours des dernières années, les initiatives

déployées grâce à des partenariats et des programmes axés sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ont progressivement été regroupées dans le cadre d'un « continuum de soins », qui s'est établi compte tenu du fait que les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants ont en commun un certain nombre de causes structurelles, en plus de la dénutrition. Les interventions portant sur l'ensemble du cycle de vie,

Sierra Leone : plan unifié pour faire baisser les taux de décès de la mère et de l'enfant

La Sierra Leone, un pays ravagé par la guerre qui affiche des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de mortalité maternelle parmi les plus élevés du monde, est peut-être le meilleur exemple de l'impact dévastateur du conflit sur la survie de la mère et de l'enfant. En 2006, sur 1 000 naissances vivantes, 270 enfants mourraient avant l'âge de 5 ans – soit près de 1 enfant sur 4. Le taux de mortalité maternelle est le plus élevé du monde, à 2 100 pour 100 000 naissances vivantes en 2005, et le risque sur toute la vie de décès maternel est de 1 sur 8, à comparer à 1 sur 22 en moyenne en Afrique subsaharienne et à 1 sur 8 000 dans les pays industrialisés.

Les estimations les plus récentes pour la période 1999–2006 sont révélatrices : près d'un quart des nourrissons souffrent d'insuffisance pondérale à la naissance, 8 % d'entre eux seulement sont nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie, 30 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale légère à grave, et 40 % d'un retard de croissance modéré à grave. Plus d'un tiers des nourrissons n'ont pas été vaccinés, notamment par les trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC 3) et contre la poliomyélite, qui sont des vaccins essentiels. L'accès à des sources d'eau potable améliorées en 2004 (l'année la plus récente pour laquelle des estimations fermes sont disponibles), à 57 %, et à un assainissement adéquat, à 39 %, reste limité.

Pour faire face aux taux dévastateurs de décès de la mère et de l'enfant, le Ministère de la santé et de

l'assainissement a élaboré un Plan stratégique national de santé de la procréation et infantile pour la période 2008–2010, en collaboration avec ses principaux partenaires. Plusieurs grandes institutions des Nations Unies – l'UNICEF, le Programme alimentaire mondial, l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour la population – ont élaboré un programme commun de soutien à ce Plan. Le programme couvre les soins obstétricaux d'urgence de base et complets, la vaccination, ainsi que la prévention et la prise en charge de la dénutrition. Cette entreprise fait partie des nombreuses initiatives de collaboration chapeautées par le Plan stratégique de santé de la reproduction et infantile qui s'appuient sur l'apport du gouvernement et d'un éventail de partenaires internationaux, notamment la Banque mondiale et le Department for International Development du Royaume-Uni. L'objectif général de ces initiatives est de réduire les taux de mortalité maternelle, des moins de 5 ans et infantile de 30 % d'ici à 2010 par rapport au niveau de 2005.

Le Plan stratégique de santé de la procréation et infantile représente un tournant décisif dans l'action en faveur de la survie maternelle et infantile dans la mesure où il accorde la priorité à l'intégration et à la participation de tous les principaux partenaires. Il s'appuie sur le cadre de continuum des soins, offrant des prestations médicales d'abord aux femmes avant, pendant et après leur grossesse, puis aux nouveau-nés et aux jeunes enfants. Pour maximiser l'efficacité de l'aide, le plan met l'accent sur le l'appropriation, l'alignement, la gestion des résultats, la transparence mutuelle et l'harmonisation des activités des principaux acteurs – dans le but de soutenir à l'unisson les efforts de la Sierra Leone visant à améliorer la survie et la santé maternelle et infantile.

Voir Références, page 50.

qui sont regroupées dans des systèmes de soins dynamiques intégrant les soins à domicile, communautaires, ambulatoires et hospitaliers, sont généralement plus efficaces et plus rentables.

Accélérer les progrès vers les OMD liés à la santé

Les difficultés auxquelles l'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne doivent faire face en terme de réalisation des OMD sont divergentes. L'Afrique du Nord a une base solide sur laquelle s'appuyer – non seulement pour atteindre la cible de l'OMD 4, mais pour aller plus loin, en particulier en luttant contre les inégalités socio-économiques en matière de prestations de soins. L'Afrique subsaharienne devra entreprendre une transformation radicale de ses systèmes de santé au cours des prochaines années, en adoptant plusieurs priorités importantes sur lesquelles asseoir le changement. On peut notamment citer le renforcement des systèmes de santé avec l'appui des partenariats communautaires, l'établissement d'un continuum de soins

au fil des années et à grande échelle, et le développement de systèmes de santé axés sur les résultats.

Renforcement des systèmes de santé grâce à la participation communautaire

Pour être complètes, les prestations de santé destinées aux enfants doivent comprendre des mesures de prévention, ainsi que de traitement des maladies. La prévention repose le plus souvent sur des changements de comportement qui interviennent d'abord au foyer et gagnent progressivement le soutien de la communauté. Lorsqu'ils s'inscrivent dans un système de santé plus large, les partenariats communautaires de soutien à la santé maternelle et infantile peuvent remplir une double fonction : inciter les membres de la communauté à travailler comme agents sanitaires et mobiliser la communauté pour qu'elle soutienne des pratiques sanitaires de meilleure qualité. Ils stimulent également la demande de services de santé publique de qualité.

La participation communautaire favorise l'appropriation des initiatives en faveur de la survie de l'enfant au niveau local et revitalisent les systèmes de santé gangrenés par la bureaucratie. Elle est essentielle pour atteindre les groupes les plus isolés ou exclus. Comme le démontrent les chapitres qui suivent, plusieurs pays d'Afrique ont adopté avec succès des programmes communautaires relatifs à la santé, à la nutrition, au SIDA et à l'hygiène du milieu. La tâche consiste aujourd'hui à tirer les leçons qui s'imposent de ces expériences, élaborer des stratégies permettant de faire passer à plus grande échelle les programmes couronnés des succès, et à atteindre les millions de mères et d'enfants laissés pour compte.

Établir un continuum de soins dans le temps et dans l'espace

Pour être efficace, le continuum de soins établit un fil conducteur de services de santé essentiels pour la mère, le nouveau-né et l'enfant, allant de la grossesse à l'adolescence, en passant par l'accouchement, la période postnatale,



République démocratique du Congo : un dirigeant religieux de la communauté vaccine un enfant contre la poliomyélite.

la petite enfance et l'enfance. Chaque étape repose sur le succès de l'étape précédente. Les soins intégrés prodigués aux adolescentes, par exemple, se traduisent par une diminution des grossesses non désirées ou mal planifiées. Les consultations pendant la grossesse permettent d'éviter certains problèmes et améliorent les chances, pour les mères, d'avoir accès à des soins appropriés pendant l'accouchement. L'accès à des soins prodigués par un personnel compétent avant, pendant et immédiatement après la naissance, diminue le risque de décès ou d'incapacité tant pour la mère que pour son bébé. La garantie de prestations ininterrompues pour les enfants est un moyen de soutenir leur droit à la santé.

Le continuum de soins a aussi l'avantage d'éliminer les interruptions au niveau des soins, que ce soit à domicile, dans la communauté, au dispensaire ou à l'hôpital. Par exemple, les nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance, de septicémie ou de complications dues à une naissance prématurée risquent de mourir dans les heures, voire les minutes qui suivent l'apparition de la complication s'ils ne sont pas pris en charge immédiatement. Comme en Afrique la majorité des femmes accouchent à la maison, il est extrêmement important qu'un soignant qualifié soit présent et puisse se tourner vers un dispensaire ou un établissement de premier niveau pour obtenir de l'aide¹¹. Il est essentiel de pouvoir proposer des soins de qualité à toutes les étapes du continuum.

Renforcer les systèmes de santé grâce à des stratégies axées sur les résultats, ainsi que des programmes et des partenariats consolidés

L'accélération des progrès en matière de survie de l'enfant dépend de l'application de tout ce que nous avons appris pendant un siècle de développement du secteur de la santé et de l'adoption de mesures efficaces visant à renforcer les partenariats communautaires, le continuum de soins et les systèmes de santé. Sur la base du cadre commun mis au point par les grandes institutions internationales, en particulier la Banque mondiale, l'OMS et l'UNICEF, qui a été soumis à l'Union africaine, *La Situation*

des enfants en Afrique 2008 présente, dans son Chapitre 4, une structure permettant d'édifier des systèmes de santé partout en Afrique fondés sur des programmes, des lignes d'action et des partenariats au cours de la prochaine décennie.

Créer un milieu favorable à la mise en œuvre de stratégies de survie de l'enfant

Les perspectives de survie de l'enfant dépendent du contexte institutionnel et écologique dans lequel vivent les enfants et leurs familles, ainsi que de la fourniture de services et de pratiques essentiels. En Afrique, comme partout ailleurs, les taux de mortalité infantile et juvénile sont plus élevés dans les pays les plus pauvres, dans les districts et les communautés les plus défavorisés, isolés, marginalisés où les niveaux d'instruction sont faibles, ainsi que dans les pays ravagés par un conflit civil, le SIDA, l'insécurité alimentaire, une mauvaise gouvernance et un manque chronique d'investissements dans les systèmes de santé publique et dans les infrastructures physiques. De même, les États fragiles, caractérisés par des institutions affaiblies, des niveaux élevés de corruption, par l'instabilité politique et le non-respect du droit, sont souvent incapables de garantir la fourniture de services de base à leurs citoyens.

Les facteurs institutionnels et écologiques ont parfois un impact dominant sur la survie de l'enfant. Dans les pays d'Afrique de l'Est et australe qui sont particulièrement éprouvés par le SIDA, par exemple, la lutte contre la maladie est le principal obstacle à la survie de l'enfant. L'épidémie est telle que toute intervention s'avérera inefficace si elle n'englobe pas la lutte contre le SIDA. Les pays en proie à l'insécurité alimentaire ou à la sécheresse, notamment dans la corne de l'Afrique, risquent aussi d'afficher des résultats médiocres en termes de survie de l'enfant. L'impossibilité de consommer des aliments variés se solde par une dénutrition chronique chez les enfants, qui seront ainsi des proies faciles pour la maladie, voire la mort.

Dans les pays où les problèmes sont aussi complexes, il n'est pas facile de s'assurer que tous les enfants sont protégés.

Cependant, les pays qui font preuve d'un engagement concerté et à long terme prendront des mesures qui favoriseront la survie et le développement de l'enfant.

L'héritage du conflit et de l'instabilité

Les conflits civils sont le principal obstacle à la survie des mères et des enfants en Afrique. Plus de la moitié des 10 pays africains où 20 %, voire davantage, d'enfants meurent avant l'âge de 5 ans – Angola, Burkina Faso, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Niger, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Tchad – ont été victimes d'un conflit armé de grande envergure entre 1989 et aujourd'hui. En République démocratique du Congo, quatre années de conflit ont forcé plus de 1 million de personnes, essentiellement des femmes et des enfants, à quitter leurs foyers pour s'abriter dans des villages de fortune où les maladies meurtrières pour les enfants, telles que le choléra et la rougeole, se propagent très rapidement. La lutte pour rétablir les services essentiels se poursuit bien après la fin des hostilités, en particulier pour les enfants et les familles dont les foyers et les communautés ont été détruits par la guerre.

Malgré ces conditions désespérées, les pays africains qui sortent d'une guerre relèvent le défi qui consiste à reconstruire des sociétés dévastées par la guerre. Grâce à des initiatives nationales vigoureuses en faveur de la santé maternelle et infantile, prises avec le soutien des partenaires internationaux, des pays comme l'Angola, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Libéria, le Rwanda et la Sierra Leone s'efforcent avec courage de reconstruire des services essentiels détruits par la guerre.

Il convient également de prendre des mesures pour s'assurer que, dans les sociétés ravagées par la guerre, les enfants grandissent dans un milieu sûr et stable. De nombreux États restent fragiles longtemps après la fin des hostilités. Une paix durable exige l'édification de structures sociales et politiques capables d'éliminer à la fois les causes profondes et les conséquences des conflits armés. Il s'agit d'un processus à long terme qui repose sur la pleine participation de tous les membres de la société et un engagement durable de la part des partenaires internationaux.

Aider les enfants des conflits à survivre

DANS DE NOMBREUSES RÉGIONS d'Afrique, les populations civiles sont prises dans les tirs croisés du conflit, et les femmes et les enfants sont trop souvent au nombre des victimes. Sur les 3,6 millions de personnes frappées par la crise qui sévit dans la région du Darfour, dans l'ouest du Soudan, par exemple, 1,8 million sont des enfants.

Le conflit du Darfour continue à déplacer de larges segments de la population autochtone et plus de 240 000 Soudanais – dont 85 % sont des femmes et des enfants – ont trouvé refuge dans un pays voisin, le Tchad.

Ce dont on parle beaucoup moins, c'est des 173 000 Tchadiens qui ont été déplacés à la suite du conflit interne et de la violence qui règne dans leur pays – dont 30 000 au cours des derniers mois de 2007. Le financement pour soutenir les personnes déplacées et les communautés qui ont dû les accueillir s'est avéré beaucoup plus difficile à obtenir que l'aide aux réfugiés du Darfour. Au début de 2008, plus de 100 organisations non gouvernementales internationales et institutions des Nations Unies œuvraient en faveur des Soudanais à Abéché et aux alentours, dans l'est du Tchad. La majeure partie de leurs travaux a porté sur la santé publique et d'autres interventions qui améliorent les chances de survie des enfants qui vivent au milieu des réfugiés et des personnes déplacées.

Dans chacun des 12 camps de réfugiés, chaque personne reçoit 10 litres d'eau par jour et la même couverture est assurée pour les latrines communautaires. Des équipes de jeunes du camp ont pour tâche d'éliminer l'eau stagnante qui risque de s'écouler vers le centre de distribution alimentaire. Le même groupe élimine les ordures des espaces communautaires du camp.

Les enfants fréquentent des écoles temporaires et se préparent pour les examens. Comme ils sont nombreux, ils ont été divisés en deux groupes, un va à l'école le matin, l'autre l'après-midi. Les enseignants sont généralement des volontaires qui ont suivi un mois de formation. Une association parents-enseignants aide les enfants à nettoyer et entretenir les écoles.

Lors des discussions de groupe dans le camp, les mères parlent de l'importance de l'allaitement maternel pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant, tandis que les agents de santé leur rappellent qu'une campagne de vaccination contre la rougeole pour les enfants de six mois à quatre ans est prévue prochainement. Des aires de jeu ont été prévues pour les enfants. Des réseaux communautaires ont été établis et ils sont chargés de s'occuper du bien-être des enfants soudanais et tchadiens, tant dans le camp que dans la communauté.

Une pâte d'arachide à forte teneur en protéines, hautement calorique, est distribuée aux enfants de moins de 5 ans sous-alimentés et les mères disent que leurs enfants la mangent

avec plaisir. Les enfants qui montrent des signes de dénutrition aiguë sont transférés dans un centre d'alimentation thérapeutique.

En dehors du camp de réfugiés, les Tchadiens de naissance mènent un style de vie différent. Ils sont réticents à travailler dans cette partie du pays, où la vie est difficile et instable. Les enseignants tchadiens, qui sont payés irrégulièrement par l'État, ont abandonné leur poste pour travailler dans les camps de réfugiés où les salaires sont plus élevés. Cependant, cinq médecins et sages-femmes travaillent dans l'unique hôpital d'Abéché.

Le soutien local et international tant pour les personnes déplacées que pour les communautés d'accueil a progressé. Les besoins essentiels pour la survie de la population – eau, nourriture, soins médicaux, protection, logement et éducation – sont couverts. Comme partout ailleurs en Afrique, les agents humanitaires déploient des efforts concertés pour tresser un lien entre les interventions d'urgence et l'aide au développement des communautés locales. Le but est de permettre aux personnes déplacées de se prendre en charge et de s'intégrer dans les communautés d'accueil, tout en fournissant aux personnes concernées – personnes déplacées et communautés d'accueil – un meilleur accès à un soutien et à des services qui permettent de sauver des vies.

Voir Références, page 50.

Le facteur éducation

Les faibles niveaux d'éducation, en particulier chez les femmes et les jeunes filles, représentent un obstacle pour la santé maternelle et infantile difficile à surmonter dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Plusieurs pays d'Afrique affichent des progrès spectaculaires dans le secteur de l'éducation des filles. Toutefois, ces progrès sont souvent très récents, ce qui explique pourquoi l'analphabétisme est toujours très présent chez les femmes.

Les conséquences de l'analphabétisme chez les femmes peuvent être dévastatrices. Quand on les compare aux femmes qui ont un degré d'instruction relativement élevé, les femmes illettrées n'ont souvent pas l'aide d'un soignant qualifié pendant la

grossesse et l'accouchement. Les femmes qui ont reçu une certaine éducation se marient et ont souvent des enfants plus tardivement, elles s'assurent que leurs enfants sont vaccinés, elles connaissent leurs propres besoins nutritionnels et ceux de leurs enfants, et adoptent des méthodes améliorées d'espacement des naissances. Leurs enfants ont ainsi de meilleurs taux de survie et sont généralement en meilleure santé et mieux nourris.

Enregistrement des naissances : une étape importante vers l'accès aux services essentiels

Le droit à un nom et à une nationalité est inscrit dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant,

dont l'article 7 stipule que l'enfant doit être enregistré aussitôt sa naissance. Cependant, 51 millions d'enfants de par le monde n'ont pas été déclarés en 2006. Le droit d'être déclaré est un droit fondamental et la condition première de la réalisation des autres droits et de la satisfaction des besoins pratiques de l'être humain. Il s'agit notamment de l'accès aux soins de santé et à l'éducation, ainsi que de la protection contre le travail des enfants, les mariages précoces, le service militaire ou la conscription des enfants trop jeunes, la séparation des membres de la famille après un conflit ou une catastrophe naturelle, la traite d'enfants et le harcèlement par la police ou par d'autres responsables du maintien de l'ordre.

Figure 1.12
Écart en matière d'éducation, par sexe

	TAUX NET DE SCOLARISATION/ FRÉQUENTATION SCOLAIRE AU NIVEAU DU PRIMAIRE* (% , 2000–2006†)			TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15–24 ANS)** (2000–2006†)	
	Total	Homme	Femme	Homme	Femme
Afrique centrale	58	61	54	76	60
Afrique de l'Est	66	66	66	74	63
Afrique du Nord	93	95	91	90	78
Afrique australe	77	77	78	-	-
Afrique de l'Ouest	64	67	59	76	65

* *Taux net de scolarisation/de fréquentation au niveau du primaire* : Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire ou fréquentant l'école primaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire. Cet indicateur est soit le taux net de scolarisation au niveau du primaire, soit le taux net de fréquentation de l'école primaire. En général, lorsque les deux indicateurs sont disponibles, le taux net de scolarisation est choisi de préférence sauf si les données concernant la fréquentation de l'école primaire sont de qualité supérieure.

** *Taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans)* : Nombre de personnes alphabétisées âgées de 15–24 ans, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe d'âge.

† Les données se réfèrent à l'année la plus récente disponible pendant la période spécifiée.

Sources : Estimations de l'UNICEF fondées sur l'Institut UNESCO de statistiques, les Enquêtes démographiques et sanitaires et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples.

En 2006, 19,7 millions d'enfants en Afrique subsaharienne n'ont pas été enregistrés à la naissance. C'est l'Afrique subsaharienne qui affiche la plus forte proportion, à 66 %, ou plus de 33,6 millions, d'enfants qui n'ont jamais été enregistrés à la naissance. Les difficultés sont ressenties plus particulièrement dans certains pays, comme la République-Unie de Tanzanie et la Zambie, où les taux d'enregistrement des naissances sont très faibles en raison de l'absence de systèmes efficaces et opérationnels d'enregistrement. Selon l'UNICEF, pendant la période 1999–2006, 10 % seulement des naissances ont été enregistrées en Zambie, tandis qu'en République-Unie de Tanzanie, le taux d'enregistrement était de 8 % seulement. L'enregistrement des naissances et l'accès aux soins médicaux sont étroitement liés, en particulier pour les enfants de moins de 5 ans. Par exemple, les données réunies dans plusieurs pays africains permettent de penser qu'il existe une corrélation étroite entre la présence d'un soignant compétent à la naissance et l'enregistrement des naissances. Au Bénin, par exemple, 74 % des enfants qui ont été mis au monde par un soignant qualifié avaient été déclarés à la naissance, contre seulement 28 % des enfants qui n'avaient pas été mis au monde par un soignant

qualifié. Les données permettent encore de penser que les niveaux d'enregistrement des naissances ont tendance à augmenter parallèlement au nombre de vaccinations effectuées, à l'administration de suppléments de vitamine A, et au niveau de soins médicaux disponibles. Au Tchad, par exemple, 38 % des enfants à qui l'on avait administré des suppléments en vitamine A avaient été déclarés, contre 15 % de ceux qui n'y avaient pas eu accès. En l'absence d'enregistrement des naissances, les enfants de nombreux pays risquent de se voir refuser l'accès à des interventions ou programmes vitaux. Les problèmes rencontrés par les parents qui veulent déclarer leurs enfants sont souvent symptomatiques d'autres formes plus larges d'exclusion sociale et d'un manque d'accès aux services sociaux. Dans les régions isolées en particulier, les parents ne comprennent pas toujours les avantages de la citoyenneté, et encore moins ceux que confèrent à leurs enfants l'enregistrement de leur naissance. Par ailleurs, même quand les parents ont l'intention de déclarer la naissance de leur enfant, le coût élevé de l'opération et la distance à parcourir pour se rendre au centre le plus proche les découragent profondément.

Selon une analyse récente de l'UNICEF, le coût élevé de l'enregistrement semble être la raison principale pour laquelle les parents ne déclarent pas leurs enfants dans une vingtaine de pays en développement de par le monde, ce qui se traduit par des disparités profondes entre les enfants riches et les enfants pauvres. En République-Unie de Tanzanie, où le taux global d'enregistrement des naissances est très faible, on constate de profondes disparités entre les riches et les pauvres, avec 2 % seulement du quintile le plus pauvre de la population d'enfants qui sont enregistrés contre 25 % du quintile le plus riche.

L'enregistrement universel des naissances en Afrique exigera que les gouvernements, les parents et les communautés travaillent main dans la main pour faire de cette question une priorité. Une approche intégrée, combinant les campagnes nationales de vaccination avec des campagnes nationales d'enregistrement des naissances, semble souvent être la meilleure stratégie. Faire respecter le droit de l'enfant d'acquérir un nom et une nationalité est un objectif tangible, mais aussi une étape essentielle pour s'assurer que tous les enfants ont accès aux soins et à la protection qu'ils méritent.

Donner aux femmes les moyens de se prendre en charge

Il est essentiel de donner aux femmes des moyens d'action sociaux et économiques pour améliorer la survie de l'enfant. On sait que quand les femmes exercent une influence sur les prises de décisions au niveau du ménage, et plus particulièrement sur le budget familial, elles ont généralement tendance à consacrer une large part des ressources du ménage à la nourriture et aux autres besoins des enfants. Pour les mêmes raisons, quand on donne aux femmes les moyens de devenir indépendantes économiquement, les enfants ont de bonnes chances d'en bénéficier. L'analyse des données extraites d'enquêtes démographiques et sanitaires réalisées récemment dans 30 pays permettent de penser que dans de nombreux ménages, en particulier en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, les femmes ont peu d'influence sur les décisions relatives à la

santé, qu'il s'agisse de la leur ou de celle de leurs enfants. Au Burkina Faso, au Mali et au Nigéria, par exemple, près de 75 % de femmes interrogées ont déclaré que c'était leur conjoint qui prenait seul les décisions relatives à la santé de leur épouse¹².

Les initiatives qui favorisent l'autonomisation des femmes et leur permettent d'exercer des responsabilités au niveau communautaire ont eu l'avantage d'améliorer l'état sanitaire des femmes et des enfants. Au Ghana, la prévalence de la maladie provoquée par le ver de Guinée – une affection douloureuse qui est propagée par l'eau et peut handicaper une personne infectée pendant plusieurs mois – était suffisamment importante pour exiger l'organisation d'une vaste campagne d'éradication. Des femmes bénévoles, qui connaissaient mieux les sources d'eau améliorées que les hommes, ont réalisé une surveillance de porte à porte, en distribuant des filtres, identifiant les sources d'eau risquant d'être contaminées et en éduquant la communauté. Ainsi, l'incidence de la maladie a chuté de 36 % entre 2002 et 2003.

Promouvoir l'équité sociale

Des millions de femmes et d'enfants ont été exclus des progrès sociaux et économiques au cours des récentes décennies parce qu'ils sont pauvres et vulnérables. Les

disparités en termes de perspectives de survie de l'enfant entre les enfants pauvres et les enfants plus aisés sont profondes, non seulement entre les pays, mais également au sein d'un même pays. Dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles, les enfants vivant dans les 20 % des ménages les plus pauvres n'ont pas les mêmes chances que les enfants appartenant au quintile le plus riche de la population d'atteindre l'âge de 5 ans. Les enfants pauvres, comparés à ceux qui sont nés dans des familles plus aisées, sont plus exposés à la maladie en raison de la qualité de l'eau et de l'assainissement, de la pollution de l'air, de la surpopulation, de mauvaises conditions de logement et d'une forte exposition aux vecteurs des maladies.

Des interventions stratégiques visant à éliminer les inégalités socioéconomiques – à savoir, ramener les taux de mortalité infantile des 80 % les plus pauvres de la population à un niveau équivalent à celui des 20 % les plus riches – auraient de spectaculaires conséquences sur les taux de mortalité des moins de 5 ans pour un pays considéré dans son ensemble. En Afrique subsaharienne, près de 35 % de décès d'enfant de moins de 5 ans pourraient ainsi être évités¹³.

Les pays africains sont particulièrement sensibles aux facteurs intervenant au niveau le plus général, s'étendant des conflits armés aux catastrophes naturelles

en passant par une mauvaise gouvernance et les chocs économiques. Plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont souffert de situations d'urgence au cours des dernières années allant de la sécheresse et des inondations aux épidémies, telles que la fièvre hémorragique Ebola. L'Afrique subsaharienne est aussi l'épicentre de l'épidémie du SIDA, qui a prélevé un lourd tribut sur les familles et les enfants. Selon une étude rétrospective sur cinq ans réalisée à partir de 2001, portant sur 232 familles urbaines et 101 familles rurales touchées par le SIDA, le revenu mensuel disponible de plus des deux tiers des familles a chuté de plus de 80 %¹⁴.

En l'absence de stratégie de prévention et d'atténuation des risques, les ménages doivent souvent faire face aux difficultés en réduisant l'investissement dans la nutrition infantile, surtout pour les garçons, et dans l'éducation, en particulier pour les filles. Les chiffres prouvent à l'évidence que le SIDA a ébranlé des mécanismes déjà affaiblis. Certains ménages ont été obligés de vendre des biens essentiels comme le bétail, ce qui a entraîné une perte de revenu et augmenté la pauvreté.

Les mesures couronnées de succès utilisées pour s'attaquer aux inégalités sociales consistent parfois à supprimer les frais d'utilisation des soins dans les programmes qui offrent des interventions aux populations les plus difficiles à atteindre, et à subventionner les soins destinés aux pauvres et aux groupes exclus.

Relever le défi

La principale difficulté, en matière de survie de l'enfant, n'est pas de déterminer les causes immédiates de la mortalité infantile et les solutions à apporter, mais plutôt de s'assurer que les services et l'éducation requis pour appliquer ces solutions atteignent les pays et les communautés les plus marginalisés. Plusieurs pays, y compris les plus pauvres du monde, ont réalisé des progrès marquants en fournissant des services essentiels à un grand nombre d'enfants et de familles. Pour faire passer ces services à plus grande échelle, toutefois, il faudra que nous tirions les leçons qui s'imposent des dernières décennies en nous efforçant en particulier de renforcer les mesures intégrées en faveur de la santé de l'enfant au niveau communautaire.



Ouganda : un bébé d'un jour se fait vacciner devant la clinique d'un village.



Mali : une accoucheuse traditionnelle explique les dangers du tétanos.

2 Leçons apprises au fil de l'évolution des systèmes et des pratiques sanitaires

Un examen des diverses méthodes utilisées pour fournir aux populations des services essentiels du début du XX^e siècle jusqu'à nos jours montre qu'il existe un éventail d'interventions et de mesures efficaces susceptibles d'accélérer les progrès en Afrique – en particulier en Afrique subsaharienne. Ces interventions vont d'initiatives ciblant une maladie ou affection particulière, telle que le paludisme ou la dénutrition, jusqu'à la solution idéale, qui consiste à fournir un continuum de services de soins de santé primaires complets intégrant tant les établissements hospitaliers que les dispensaires, les services ambulatoires et de proximité, et les soins communautaires et familiaux.

Un examen rapide des résultats obtenus en matière de santé de l'enfant en Afrique au cours du siècle passé et des problèmes

qu'il reste encore à résoudre en matière de systèmes médicaux et de santé publique sur ce continent, permet d'aborder la situation actuelle dans une nouvelle perspective et de trouver la voie à suivre. Cet examen portera sur cinq étapes importantes des soins de santé publique : les grandes campagnes de lutte contre la maladie; les soins de santé primaires complets; les soins de santé primaires sélectifs; les approches intégrées; et le cadre consolidé de soins, établi sur la base des enseignements tirés de l'expérience.

Chacune de ces étapes est décrite en détail dans *La Situation des enfants dans le monde 2008*, le rapport international qui sert de référence aux diverses éditions régionales. Les points principaux de cet examen sont résumés ci-après et étayés par des exemples spécifiquement africains.

Lutte contre la maladie

Les initiatives visant à lutter contre des maladies spécifiques en Afrique ont été entreprises dès le début du XX^e siècle. Pendant la première moitié de ce siècle, les grandes campagnes ont porté essentiellement sur la lutte contre le paludisme, établissant un lien entre la recherche et l'action sur le continent africain. Ces premiers efforts, certes fragmentés, ont été entrepris par les gouvernements coloniaux. Malgré l'étroitesse de leur ciblage, certaines initiatives – par exemple, la lutte contre le paludisme pendant la période 1930–1950 dans et autour des mines de cuivre de ce qui est aujourd'hui la Zambie – ont été largement couronnées de succès. Toutefois, la lutte contre le paludisme n'a jamais fait l'objet d'efforts sérieux en Afrique,

où surviennent encore la vaste majorité des cas et des décès provoqués par cette maladie.

Les programmes de lutte contre la maladie ont pris de l'ampleur dans les années 1950 et jusque dans les années 1970 avec l'apparition des grandes campagnes centrées sur la réduction ou l'éradication d'une maladie spécifique grâce à une technologie particulière. Ces campagnes se sont attaquées à des maladies, comme la dracunculose, la variole, la lèpre, le trachome, le pian, l'éléphantiasis et d'autres affections qui empêchaient les gens de travailler. Plusieurs de ces campagnes se sont avérées extrêmement efficaces, l'exemple le plus notable étant la variole, qui a été éradiquée du continent africain et du reste du monde en 1977. L'onchocercose, ou cécité des rivières, a été vaincue en Afrique de l'Ouest et battue en brèche dans le reste de l'Afrique subsaharienne¹. Le succès remporté par plusieurs de ces campagnes dites « verticales », en particulier la lutte contre la variole, a ouvert la voie au programme de santé qui a remporté le plus grand succès de notre histoire : le Programme élargi de vaccination lancé en 1974.

Les initiatives de lutte contre des maladies et affections spécifiques, comme la rougeole, continuent à progresser. Le taux de réduction remarquable de 91 % des décès dus à la rougeole affiché par l'Afrique entre 2000 et 2006, comme l'ont annoncé récemment les responsables de l'Initiative pour la lutte contre la rougeole en Afrique, témoigne des mérites des approches verticales – tout comme les succès rapportés dans le premier chapitre de ce rapport concernant des interventions telles que l'allaitement exclusif au sein, la supplémentation en micronutriments et l'utilisation de moustiquaires traitées à l'insecticide en Afrique subsaharienne.

Soins de santé primaires complets

L'une des grandes leçons tirées des campagnes d'éradication du paludisme menées dans les années 1950 et 1960 est qu'il est difficile de promouvoir l'amélioration à long terme des pratiques sanitaires en l'absence de services de base pour soutenir et consolider les interventions verticales. C'est ainsi qu'aujourd'hui l'eau salubre, les

installations sanitaires de base et une nutrition adéquate sont considérées comme des conditions essentielles à la survie, à la santé et au bien-être de l'enfant. L'autre grand enseignement tiré de ces expériences est la nécessité de promouvoir la participation de la communauté aux programmes ciblant une maladie spécifique, dans la mesure du possible, tout en contribuant au développement et au renforcement des systèmes de santé nationaux².

Les activités de santé communautaire qui ont été couronnées de succès au Nigéria et dans des pays comme la Chine et l'Indonésie au lendemain de la deuxième guerre mondiale, ont montré qu'il pouvait être très efficace de fournir un large éventail de services de santé tout en ciblant des maladies spécifiques. La méthode des soins de santé primaires complets, une idée qui a fait son chemin lors de la conférence historique organisée en 1978 à Alma-Ata (aujourd'hui Almaty), au Kazakhstan, a permis d'élargir le concept des prestations de santé pour intégrer à la lutte contre des maladies spécifiques les principes de participation communautaire, équité, promotion de la santé, approche intégrée



Côte d'Ivoire : journée de vaccination dans un centre de santé.

des prestations de services de santé et collaboration intersectorielle. Ces préceptes et d'autres notions caractérisant les soins de santé primaires sont devenus la pierre angulaire du développement des systèmes de santé au cours des dernières décennies.

Soins de santé primaires sélectifs

Les contraintes économiques, en particulier la crise de l'endettement qui a frappé de nombreux pays au cours des années 1980, et la faiblesse des capacités des systèmes de santé, ont entravé la mise en œuvre des soins de santé primaires en Afrique subsaharienne. Une autre option a été tentée, les soins de santé primaires sélectifs; elle privilégiait la lutte contre un sous-ensemble de maladies et d'affections grâce à des technologies médicales peu onéreuses. Les soins de santé primaires sélectifs ont été largement soutenus par les donateurs, et la « révolution pour la survie de l'enfant » lancée par l'UNICEF en 1982 s'est appuyée sur ce cadre. Il s'agissait de quatre interventions bon marché connues sous le nom de son acronyme anglais, GOBI – surveillance de la croissance pour lutter contre la dénutrition, thérapie de réhydratation orale pour traiter la diarrhée chez l'enfant, allaitement maternel pour préserver la santé des jeunes enfants, et vaccination contre six maladies infantiles meurtrières.

L'initiative GOBI, mise en œuvre parallèlement au Programme élargi de vaccination et à d'autres programmes de lutte contre la diarrhée et les maladies respiratoires aiguës, a indéniablement contribué au recul de la mortalité infantile de par le monde dans les années 1980. En Afrique, les taux de vaccination ont progressé régulièrement pendant cette décennie, même si c'était à partir de très bas. Les trois autres interventions n'ont pas été appliquées avec la même vigueur, et leur couverture est très inférieure à celle des autres régions.

Intégration des mesures de lutte contre la maladie

Dans les années 1990 et au cours des premières années de la décennie actuelle, le concept d'intégration des prestations de services de santé a refait son apparition.

L'Initiative de Bamako

De nombreux pays africains ont adopté l'Initiative de Bamako, lancée en 1987 lors d'une réunion à Bamako, au Mali, de ministres de la santé africains, sous l'égide de l'OMS. Cette stratégie avait pour but d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires et de satisfaire les besoins de base des communautés en Afrique subsaharienne en s'appuyant sur les centres de santé pour fournir toute une gamme de soins minimums intégrés. L'initiative privilégiait l'accès aux médicaments et des contacts réguliers entre les soignants et les communautés.

L'intégration des services essentiels, qui était la pierre angulaire de l'Initiative de Bamako, est devenue le moteur des interventions sanitaires mises en œuvre dans les années 1990. Le but était de combiner les avantages des soins sélectifs et ceux des soins de santé primaires. Tout comme les approches sélectives, les approches intégrées privilégiaient un ensemble de solutions économiques, au moment opportun, pour faire face à des problèmes de santé spécifiques; tout comme les soins de santé primaires, elles accordaient une grande attention à la participation communautaire, à la collaboration intersectorielle et à l'intégration générale dans le système de prestations de santé.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Le cadre dominant de l'intégration est la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), qui préconise une prise en charge globale et à plusieurs niveaux, sachant que la maladie a souvent plus d'une cause. Dans de nombreux cas, l'enfant présente des signes et des symptômes communs à plusieurs maladies, ce qui complique le diagnostic même dans les communautés dotées d'établissements de consultation de premier niveau, et à fortiori dans les communautés plus défavorisées.

Les stratégies de PCIME, qui ont pour but d'améliorer les performances des agents sanitaires, de renforcer les systèmes de santé et de perfectionner les pratiques familiales et communautaires, ont été adoptées par la majorité des pays africains depuis leur introduction en 1992.

La PCIME a eu des résultats positifs dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Une étude réalisée dans les districts ruraux

de la République-Unie de Tanzanie, par exemple, révèle que les districts qui adoptent une initiative de renforcement des systèmes de santé et la PCIME affichent une réduction de la mortalité infantile de 13 % plus élevée que les districts de référence³. Les résultats d'études réalisées en Afrique du Sud, au Malawi, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie montrent que la mise en œuvre à grande échelle d'initiatives communautaires de PCIME – connues sous le nom de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par la communauté, ou C-PCIME – donne de bons résultats dans certains domaines tels que la nutrition, la survie du jeune enfant, la prévention de la maladie, la prise en charge de l'enfant malade à domicile et la recherche de soins spécialisés, ainsi que la création d'un milieu favorable à la croissance et au développement de l'enfant⁴.

Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant

La Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant est un exemple plus récent d'approche intégrée des soins de santé primaires. Lancée par l'Agence canadienne de développement international, l'UNICEF et les gouvernements d'Afrique de l'Ouest et centrale, ce programme a pour but de faire reculer les taux de mortalité infantile (moins d'un an), des enfants de moins de cinq ans, et maternelle. Depuis son introduction en 2002, la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant a progressé rapidement et dessert aujourd'hui plus de 16 millions de personnes dans des districts choisis de 11 pays d'Afrique de l'Ouest et centrale qui affichent des taux élevés de mortalité des moins de cinq ans⁵.

Ce programme privilégie trois stratégies de prestations de services dans le but d'élargir leur couverture pour les femmes et les enfants :

- Promotion dans les communautés d'un éventail de pratiques familiales relatives à la santé et à la nutrition, en s'appuyant essentiellement sur des bénévoles.
- Sensibilisation et campagne de promotion de biens et services essentiels, tels que la vaccination, la supplémentation en vitamine A, le traitement anthelminthique et divers services prénatals.

L'Érythrée trouve le moyen d'atteindre son but

L'ÉRYTHRÉE est l'un des rares pays d'Afrique subsaharienne qui est actuellement sur la bonne voie pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le développement no.4. Son taux de mortalité des moins de 5 ans a chuté d'environ 50 %, passant de 147 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 74 pour 1 000 en 2006. Ce recul peut être attribué à un certain nombre de facteurs. On peut notamment citer l'élargissement de la couverture vaccinale, qui a entraîné une diminution de la prévalence des maladies évitables par la vaccination. L'Érythrée a éradiqué la poliomyélite, ainsi que le tétanos néonatal, et aucun cas de décès dû à la rougeole n'a été enregistré au cours des deux dernières années. Le pays affiche également une forte réduction de la morbidité due au paludisme, qui est passée de 125 750 cas en 2001 à 34 100 cas en 2005, ainsi que de la mortalité provoquée par le paludisme, passant de 129 décès en 2001 à 38 décès en 2005.

Depuis son indépendance en 1993, à l'issue de 30 ans de conflit avec le pays voisin Éthiopie, l'Érythrée a déployé des efforts considérables pour garantir l'accès aux services de santé en investissant dans la reconstruction des hôpitaux, la formation d'agents sanitaires et l'approvisionnement en médicaments et en équipements. Dans le cadre de ses activités d'amélioration de son système de santé, le Ministère de la santé a lancé des campagnes pour protéger les enfants contre la poliomyélite et la rougeole, et distribuer des suppléments de vitamine A qui renforcent le système immunitaire et luttent contre l'héméralopie, la diminution de la vision de nuit. Cependant, de nombreux enfants vivant sur la côte de la mer Rouge n'ont pas accès aux soins médicaux. On ne sera donc pas surpris d'apprendre que la mortalité infantile est plus élevée dans les deux régions côtières que dans les quatre autres régions du pays.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par la communauté (C-PCIME) : cette approche a été introduite en 2005 dans 17 villages ou groupes de villages. Munis d'informations, de matériel d'éducation et de communication, de chronomètres, de thermomètres, de pèse-personnes, de médicaments, de registres et de cartes de santé, les 37 agents sanitaires participant au programme ont administré des soins à plus de 2 000 enfants et conseillé les adultes qui les élèvent. En 2006, la première évaluation C-PCIME a montré que l'action communautaire

bénévole pouvait contribuer à faire reculer la mortalité infantile; que le seul fait d'administrer les soins dans la communauté éliminait certains obstacles liés à la recherche de soins en établissements de santé et élargissait de ce fait la couverture sanitaire. On a pu constater que les agents de santé étaient enthousiastes, et que les soignants qui administraient des soins curatifs étaient plus motivés que ceux qui devaient se limiter à promouvoir la santé. Les cours de perfectionnement mensuels qui ont été organisés dans les établissements de santé -- avec possibilité de suivre les travaux des agents de santé communautaires -- ont également remporté de grands succès.

Par la suite, en 2007, il a été décidé de lancer l'initiative C-PCIME dans 63 autres villages compte tenu des « leçons apprises ». Adi-Rosso est l'un de ces villages, et les agents sanitaires -- un par groupe de 75 enfants -- choisis par chaque comité villageois ont été envoyés en formation selon un plan décidé par le village. À la fin du processus, ils seront capables d'identifier les maladies infantiles les plus courantes et, si nécessaire, de prescrire des médicaments pour les traiter, et d'aiguiller les cas graves vers les établissements de santé appropriés. Comme la moitié de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent au cours du premier mois de la vie d'un enfant -- et dans la majorité des cas pendant la semaine qui suit la naissance -- le gouvernement a décidé d'ajouter un volet néonatal à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau communautaire.

Alimentation thérapeutique au niveau communautaire : des programmes d'alimentation thérapeutique communautaire ont été introduits en Érythrée en 2006 pour tirer parti du succès de la participation communautaire aux actions visant à éliminer les menaces qui pèsent sur la santé et la survie des enfants. Cette intervention, qui est toujours dans sa phase de mise en œuvre, a pour but d'atteindre les enfants qui n'ont pas accès à l'alimentation thérapeutique hospitalière. L'alimentation communautaire permet aux enfants et à ceux qui les élèvent de rester dans leurs communautés et leurs familles pendant le traitement -- un moyen de tenir compte de la charge de travail des femmes, qui constitue le principal obstacle au traitement hospitalier.

Intervention de proximité : les familles d'Adi-Rosso emmènent leurs enfants dans un centre à Nefasit pour les faire vacciner. Ce déplacement prend au

moins toute une journée et coûte 120 nakfa (8 dollars) aux familles pour la location d'un chameau. Cette somme est importante dans un pays où plus de 60 % de la population vit avec 16 dollars par mois. Pour atteindre les enfants les plus vulnérables, des équipes sanitaires sont donc envoyées dans les villages les plus isolés. Elles emportent avec elles les équipements nécessaires pour traiter les maladies les plus courantes, aiguillent les cas graves vers des centres hospitaliers, et administrent les vaccins essentiels et des suppléments de vitamine A. Le personnel de santé de Foro dans la région septentrionale de la mer Rouge, où près de 40 % de la population n'ont pas accès aux services de santé, explique que pour se rendre dans les villages de montagne les plus retirés, il faut parfois voyager pendant cinq jours à dos de chameau. Bien que cette initiative vienne tout juste de débiter, il semble que, couplée à d'autres campagnes, elle ait déjà fait progresser la vaccination.

Campagnes d'administration de la vitamine A : depuis 2006, le Gouvernement érythréen s'est attaché à administrer des suppléments en vitamine A à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois. Cette mesure est particulièrement importante car les taux de dénutrition sont élevés dans la plupart des régions et les enfants déjà affaiblis par la dénutrition sont exposés à des complications graves provoquées par d'autres maladies. Dans de telles conditions, le renforcement du système immunitaire permet de sauver des vies. Les campagnes vitamine A-plus de 2006 ont été organisées parallèlement à une campagne de vaccination contre la rougeole et de lavage des mains dans les écoles élémentaires et les écoles maternelles. En mai 2007, l'activité est allée de pair avec une campagne de rattrapage organisée dans 16 sous-régions de façon à ce que le taux de vaccination systématique des enfants atteigne au moins 80 % et que la couverture par deux doses de vaccin antitétanique chez les femmes enceintes atteigne au moins 50 %. Le dépistage de la dénutrition chez les enfants de moins de cinq ans a été inclus dans la campagne menée dans la région d'Anseba. La couverture par la supplémentation en vitamine A dépasse les 95 % dans les campagnes -- les agents sanitaires se déplaçant à dos d'âne, de chameau ou en barque pour atteindre les enfants même dans les endroits les plus retirés.

Voir Références, page 50.

- Prestations hospitalières comprenant un éventail de soins minimums intégrés regroupant toutes les interventions prioritaires.

Ces interventions prioritaires portent également sur trois volets qui s'appuient sur les atouts des méthodes et programmes existants :

- *Le programme Soins prénatals plus*, qui englobe : traitements préventifs intermittents du paludisme durant la grossesse, suppléments de fer et d'acide folique, vaccin antitétanique et prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- *Le Programme élargi de vaccination plus (PEV+)*, qui comprend la vaccination et la distribution de suppléments de vitamine A et de vermifuges.
- *La Prise en charge intégrée de maladies de l'enfant plus (PCIME+)*, qui couvre la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la thérapie de réhydratation orale, les médicaments antipaludiques, l'allaitement exclusif au sein et l'alimentation d'appoint.

Ce cadre de prestations et d'interventions est soutenu par des stratégies transversales qui visent à atténuer les obstacles comportementaux, institutionnels et environnementaux. Ces stratégies sont, notamment :

- La sensibilisation, la mobilisation sociale et la communication en faveur des changements de comportement.
- Une approche fondée sur les résultats pour fournir des prestations de services au niveau communautaire.
- Un suivi et une micro-planification au niveau du district.
- Une formation intégrée.
- Des systèmes d'approvisionnement améliorés.

La Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant rappelle à quel point il est important d'inclure son cadre intégratif dans le processus général des politiques et programmes nationaux, par exemple les approches sectorielles en matière de santé, les stratégies de lutte contre la pauvreté – notamment les Documents stratégiques pour la réduction de la pauvreté – et les cadres de dépenses à moyen terme correspondants, les financements généraux et l'aide

budgétaire. Elle souligne aussi la nécessité de renforcer les compétences au niveau de la région, des districts et des communautés.

La stratégie comporte un volet communautaire solide et elle est considérée comme étant un programme « centré sur le comportement » car la majorité des interventions – par exemple, l'utilisation de moustiquaires imprégnées dans les communautés où le paludisme est endémique, l'amélioration des soins aux enfants et aux nouveau-nés malades, ainsi que l'encouragement de l'allaitement maternel et d'une alimentation d'appoint – ont pour but de promouvoir des changements de comportement. Ce programme comprend aussi des activités de mobilisation et des stratégies mobiles essentielles pour atteindre les zones les plus reculées.

Les partenaires de la Stratégie, gouvernements nationaux et donateurs, ont établi des objectifs à atteindre pour élargir à 80 % au cours des deux prochaines années la couverture des soins prénatals plus, du PEV+ et de la PCIME+, et pour faire reculer de 15 % en trois ans et de 25 % en cinq ans les taux de mortalité des moins de 5 ans dans les districts où le programme est opérationnel.



Maroc : surveillance attentive de la croissance des enfants.

Améliorer et harmoniser les plans de santé nationaux

EN novembre 2007, lors du deuxième Forum panafricain sur les enfants qui s'est déroulé au Caire, l'Union africaine a adopté le « Cadre stratégique pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la survie de l'enfant en Afrique », élaboré par l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale. Mais même avant cette réunion, les ministres de la santé de l'ensemble du continent avaient commencé à examiner et à réviser leurs plans de santé nationaux conformément aux directives du Cadre stratégique.

Au **Bénin**, par exemple, le président a annoncé au début de l'année 2007 l'abolition de toutes les sommes à payer par l'usager pour les services de santé destinés aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. Des spécialistes de la santé et des finances ont travaillé avec l'UNICEF, la Banque mondiale, le Fonds des Nations Unies pour la population et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin de réviser le budget de l'État compte tenu de cette nouvelle réalité. Les fonds de l'aide intérieure et extérieure ont été permutés pour couvrir les déficits engendrés par ce changement d'orientation. Ainsi, la stratégie de lutte contre la pauvreté adoptée par le Bénin, notamment le volet qui a trait à la santé maternelle et néonatale et à la survie de l'enfant, est beaucoup plus favorable aux enfants – et grâce à cette stratégie, le Bénin a de meilleures chances d'atteindre les OMD.

Certains plans de santé nationaux existent depuis tellement longtemps en Afrique et tant de statistiques et d'enseignements ont été accumulés que leur harmonisation avec le Cadre stratégique est plus une question d'ajustement que de réforme. Le **Mali** est un cas de figure. Son Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) comprend une stratégie relative à la survie de l'enfant pour la période 2008–2012 dans laquelle les interventions s'appliquant à la plus petite unité administrative sont décrites dans le moindre détail. Cette planification méticuleuse permet aux districts du Mali de mieux comprendre leurs besoins et leurs contraintes, et donc de gérer en conséquence leurs systèmes de santé locaux.

En 2007, le **Ghana** a lancé sa stratégie de prestations rapides à fort impact pour les soins de santé qui affiche des résultats impressionnants. La totalité des nouveau-nés et 78 % des femmes enceintes ont bénéficié d'actions préventives de base. Le taux de supplémentation en vitamine A a atteint les 100 % chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. La couverture par la

vaccination contre la poliomyélite a atteint les 100 %. Aucun enfant n'a succombé à la rougeole depuis 2004, et aujourd'hui, plus de la moitié des enfants et des femmes enceintes dorment protégés par des moustiquaires imprégnées d'insecticide. La leçon à tirer de ces résultats est que de grands progrès sont possibles quand les gouvernements, les donateurs et les institutions des Nations Unies tendent ensemble vers un même but.

« Harmonisation pour la santé en Afrique »

Les systèmes de soins africains ayant atteint des niveaux variés de développement, les institutions des Nations Unies, dont l'UNICEF, ont décidé d'utiliser leurs atouts en créant une structure consultative appelée Harmonisation pour la santé en Afrique. Trois « Forums de haut niveau » coordonnés par l'OMS et la Banque mondiale, ont été organisés depuis 2004 pour faire suite à une décision prise en 2003 au Canada lors d'une réunion d'organismes de développement et de pays en développement.

Lors de ces forums, les discussions ont porté sur les ressources, l'efficacité de l'aide et l'harmonisation, les partenariats en faveur de la santé et le suivi des progrès vers la réalisation des OMD. Il a aussi été recommandé aux pays de créer un mécanisme régional susceptible de faciliter et de coordonner l'élaboration de politiques, de plans et de budgets reposant sur des données probantes – dans le but de renforcer les systèmes de santé et les prestations de services afin d'atteindre les groupes pauvres et vulnérables.

Le cadre d'action de l'harmonisation pour la santé en Afrique a pour objectif de coordonner les efforts des organismes internationaux de santé et autres parties prenantes qui tentent de relever les graves défis auxquels l'Afrique est confrontée tandis qu'elle s'efforce de réaliser les OMD et d'améliorer les résultats des services de santé. Les six domaines d'action privilégiés sont :

- Aider les pays à identifier, prévoir et prendre les mesures nécessaires pour faire face à leurs difficultés et améliorer les résultats de leurs systèmes de santé de manière durable et efficace.
- Renforcer les compétences nationales en organisant des formations dans des domaines pertinents et en stimulant les échanges entre collègues, ce qui pourra se faire en créant un répertoire de l'expertise technique dans la région et en renforçant les partenariats avec les centres d'études africains.
- Promouvoir la création et la diffusion de connaissances, de directives et d'outils dans des domaines techniques

spécifiques – en privilégiant l'amélioration des prestations de services de santé, l'évaluation des performances du système de santé, un financement fondé sur les résultats, et une synthèse des expériences relatives à l'efficacité de l'aide et à la santé.

- Aider les pays à s'appuyer sur des ressources fiables et régulières pour le secteur de la santé, élaborer des modèles d'investissement et fournir un modèle permettant de réunir des fonds provenant de tous les mécanismes mondiaux.
- Garantir la transparence et contribuer à la vérification des résultats des systèmes de santé nationaux, de l'efficacité de l'aide et du bilan des partenariats internationaux en faveur de la santé.
- Renforcer la coordination en soutien aux plans et mécanismes de mise en œuvre nationaux, et aider les pays à éliminer les blocages au niveau national, résultant des difficultés rencontrées par les organismes internationaux.

Les organismes fournissent un soutien aux pays dans le cadre des structures nationales de développement et de financement existantes – notamment Documents stratégiques pour la réduction de la pauvreté, soutien pluri-budgétaire et mécanismes sectoriels, cadres de dépenses à moyen terme et plans d'investissement sectoriel. Les interventions initiales jugées critiques sont les suivantes :

- Soutenir l'action nationale identifiée en mobilisant l'expertise que peuvent fournir les organismes participants et autres.
- Élaborer des rapports reposant sur des données factuelles pour les conseils d'administration et les décideurs mondiaux qui ont une influence sur le développement de la santé en Afrique.
- Fournir à tous les acteurs une évaluation globale des progrès, des besoins nationaux et des exigences concernant la réalisation des OMD liés à la santé.
- Jouer le rôle d'intermédiaire et, si nécessaire, fournir un soutien à des fins de facilitation de la mobilisation de ressources et de la préparation de propositions de subventions pour les pays.
- Faciliter les échanges d'expériences entre les pays et les organismes régionaux afin de créer des centres d'excellence régionaux.

Les institutions internationales partenaires ont commencé à mettre en œuvre le cadre d'action pour l'harmonisation pour la santé en Afrique, et 23 pays recevront un soutien d'ici à 2010.

Voir Références, page 50.

Les évaluations préliminaires et les données présentées par les équipes sanitaires de district au Ghana permettent de penser que cette initiative a déjà des répercussions positives. Les niveaux de couverture par la vaccination systématique dans les districts ont progressé de 10 à 20 %, et des succès notables ont été enregistrés dans plusieurs secteurs : proportion d'enfants qui dorment protégés par une moustiquaire imprégnée d'insecticide, couverture par les soins prénatals et élargissement de l'utilisation de la thérapie de réhydratation orale et de la vitamine A. Par ailleurs, des moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées dans le cadre des activités de vaccination-plus. La difficulté en Afrique de l'Ouest et centrale, la région qui affiche le taux d'incidence le plus élevé du monde de mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, est de faire passer rapidement à grande échelle des mesures à la fois efficaces et durables. Les partenaires de la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant examinent attentivement les évaluations, dans le but d'élargir cette stratégie à plusieurs autres districts et pays d'Afrique.

Vers un cadre consolidé pour les soins de santé maternelle et infantile

Les experts de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, après avoir fait la synthèse des enseignements tirés au cours du siècle passé dans le domaine des soins de santé publique en Afrique, s'accordent sur un ensemble de principes stratégiques qui s'applique aux pays en développement et sur la nécessité d'accorder la priorité spécifiquement à la survie de la mère et de l'enfant en Afrique. Les trois principes fondamentaux sont les suivants :

- Une identification révisée des principes relatifs aux soins de santé primaires soulignant l'importance des partenariats familiaux et communautaires pour la survie, la croissance et le développement des enfants.
- Le renforcement des systèmes de santé afin d'aborder les prestations de services de santé sous l'angle des résultats, combinant les atouts des

approches sélectives/verticales et globales/horizontales en élargissant les groupes d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité et en les intégrant dans un continuum de soins destinés aux mères et aux enfants. Cette démarche, préconisée par un cadre commun d'organismes internationaux en Afrique (*voir Chapitre 4*), remet en question la dichotomie qui persiste entre les approches verticales recherchant des résultats spécifiques, et les approches intégrées recherchant un renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de la santé en général, en faisant valoir que les deux objectifs peuvent être atteints en axant les systèmes de santé sur les résultats.

- L'amélioration des méthodes de travail aux niveaux national et international, en privilégiant vigoureusement la coordination, l'harmonisation et les résultats, et surtout la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

Leçons tirées de la recherche et de l'expérience

Le grand principe révélé par cet examen est qu'il n'existe pas de panacée universelle. L'organisation, les prestations et l'orientation des interventions doivent être adaptées aux circonstances : contraintes liées aux ressources humaines et financières, contexte socioéconomique, capacités du système de santé et nécessité d'obtenir urgemment des résultats. Les résultats dépendront de l'adoption de stratégies s'appuyant sur les connaissances collectives relatives à la survie et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de façon à identifier les solutions les mieux adaptées à chaque pays et communauté.



Mozambique : jeune mère et son bébé.



Nigéria : des mères attendent leur tour dans un centre de soins de santé primaires.

3 Partenariats communautaires en matière de soins de santé primaires pour les mères, les nouveau-nés et les enfants

Le foyer est la première ligne de soins et de traitement médical des maladies infantiles en Afrique. Des données réunies récemment dans 24 pays d'Afrique subsaharienne révèlent que 42 % des enfants à qui l'on a administré des médicaments antipaludiques ont été soignés à domicile¹. Dans l'ensemble de la région, moins de 40 % des femmes accouchent sous la supervision d'un soignant qualifié². En Érythrée, par exemple, 72 % des femmes accouchent à domicile sans l'aide d'un personnel dûment formé³.

Apprendre aux familles et aux communautés africaines à protéger la santé et la nutrition des mères, des nouveau-nés et des enfants est un moyen logique et pratique d'améliorer les prestations – surtout dans des pays et des communautés où les soins de santé primaires et les services de protection de l'environnement font défaut. Dans les zones marginalisées et

appauvries, tant dans des contextes ruraux qu'urbains, la participation communautaire peut être cruciale pour que les ménages et les familles aient accès à la nourriture, à la santé et aux soins dont les mères et les enfants ont besoin pour être en bonne santé et jouir d'un bon état nutritionnel. Dans la majorité des cas, l'appui d'un personnel compétent et motivé est nécessaire pour répondre aux besoins en matière de santé.

Une multiplicité d'interventions communautaires

Les partenariats communautaires en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sont aussi variés que les communautés qu'ils ont vocation de desservir. On constate des différences marquées entre les communautés d'un

pays et d'un district particulier, mais il est fort possible que des disparités existent également au sein de ces pays et de ces districts. Bien que les membres des communautés partagent un héritage, des biens et des intérêts communs, qu'ils souffrent des mêmes privations et désavantages, différents membres auront des besoins, des préoccupations et des attentes qui leur seront spécifiques.

Cependant, certains facteurs sont systématiquement associés au succès des partenariats communautaires en Afrique et dans le reste du monde. Tous ces programmes ont pour objectif commun d'améliorer l'accès de la population locale aux services et interventions de santé. Les chiffres prouvent que ces programmes peuvent contribuer à l'accélération des progrès en matière de changement de comportement, pratiques et recherche de soins appropriés, et inciter les communautés et les ménages à exiger

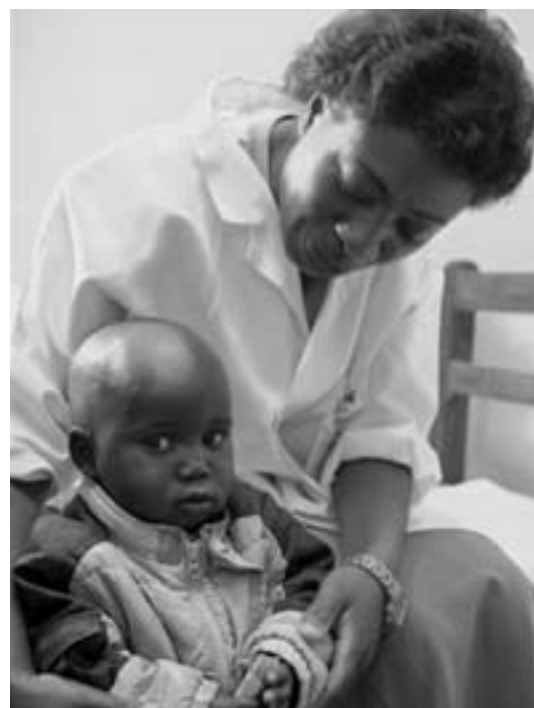
des soins, une nutrition, des services d'approvisionnement en eau et des moyens d'assainissement de qualité.

L'importance de la participation communautaire ne se limite pas aux avantages directs qu'elle peut avoir pour la santé des membres de la famille et de la communauté, elle est en fait au centre de toute intervention fondée sur les droits en faveur du progrès humain. La participation est essentielle pour permettre aux individus de se développer dans toute la mesure de leurs potentialités, d'exercer leur droit de s'engager dans les affaires publiques et communautaires, et de promouvoir l'équité, l'égalité et les moyens d'action. Pour être efficaces, les programmes et interventions communautaires doivent appartenir à la communauté et être adaptés aux besoins et contextes locaux.

Les facteurs de succès dans les partenariats communautaires

L'expérience a prouvé que les partenariats communautaires couronnés de succès ont plusieurs facteurs en commun. Ces facteurs sont décrits en détail dans le Chapitre 3 de *La Situation des enfants dans le monde 2008* et résumés ci-dessous :

- **Appui et incitations aux agents de santé communautaire** : les agents de santé de la communauté, qui sont les principaux responsables des traitements, de l'éducation et des conseils au niveau de la communauté, ont besoin d'incitations et de soutien pour rester motivés, pour qu'ils ne quittent pas leur travail et qu'ils s'acquittent de leurs propres engagements et obligations. Leur rôle pour la survie de l'enfant dans de nombreux pays d'Afrique a été particulièrement efficace.
- **Organisation et participation cohésives englobant tous les membres de la communauté** : les programmes qui s'appuient sur des structures établies au sein de la communauté, qui visent à inclure tous les membres de la société et permettent aux membres de la communauté de participer à la planification, à l'évaluation ainsi qu'à la mise en œuvre des activités, sont généralement couronnés de succès dans les pays en développement.
- **Encadrement adéquat des programmes** : la supervision est nécessaire pour conserver l'intérêt et la motivation des membres de la communauté, et pour éviter qu'ils n'abandonnent leurs responsabilités. Les autres types d'appui importants aux programmes comprennent la logistique, l'approvisionnement et l'équipement.
- **Systèmes d'orientation efficaces pour les soins en établissement** : les hôpitaux et les services de consultation sont des compléments essentiels au succès des partenariats communautaires, en fournissant des services qui ne peuvent pas être dispensés ailleurs sans danger, tels que les soins obstétricaux d'urgence. Les systèmes de santé au niveau du district facilitent aussi la coordination des programmes de santé publique.
- **Coopération et coordination avec d'autres programmes et secteurs** : toute approche intégrée de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant repose sur, d'une part, une collaboration entre les programmes et les secteurs liés à la santé, à la nutrition, à l'hygiène, aux principales maladies et à la sécurité alimentaire, et d'autre part, une collaboration intersectorielle pour régler certains problèmes, comme l'absence d'infrastructures de transports et d'accès aux installations sanitaires et d'approvisionnement en eau.
- **Garantie de financement** : pour être couronné de succès à long terme, le financement des partenariats communautaires doit être axé sur la viabilité à long terme et l'équité, compte tenu de problèmes tels que les frais à la charge de l'utilisateur et les incitations financières pour les agents de santé.
- **Intégration des programmes communautaires dans les services au niveau du district et dans les politiques nationales** : des mécanismes consultatifs, avec participation de plusieurs parties prenantes, sont nécessaires pour élaborer des stratégies rationnelles et s'assurer que la survie de la mère et de l'enfant occupe la place qui lui revient dans les plans et budgets



Zambie : soins administrés à un nourrisson souffrant de malnutrition.

tant nationaux que décentralisés, après adoptions d'objectifs clairs et de points de référence concrets.

Exemples de partenariats communautaires couronnés de succès en faveur des soins de santé primaires en Afrique

L'Afrique offre de bons exemples de programmes communautaires recouvrant une vaste gamme d'activités en faveur de la santé et de la survie de la mère et de l'enfant. Si tous les programmes ne poursuivent pas nécessairement les mêmes buts et n'utilisent pas les mêmes méthodes, tous montrent bien qu'il est indispensable d'associer les membres de la communauté à la conception des programmes pour que chaque initiative soit couronnée de succès. Cette section examine les partenariats communautaires dans les secteurs de la santé, de la nutrition, du VIH et du SIDA, ainsi que de la santé du milieu en Afrique, et ils mettront en lumière les facteurs qui sont à l'origine de leur succès.

Nutrition

Une bonne nutrition comporte des avantages pour les enfants, leurs familles et l'ensemble de la communauté. Si la quantité de nourriture disponible pour garantir une bonne nutrition est un facteur

Partenariats communautaires en matière de nutrition en Éthiopie, au Malawi et au Soudan

L'EXPÉRIENCE de l'Éthiopie, du Malawi et du Soudan prouve que la prise en charge communautaire de la dénutrition aiguë peut être à la fois réussie et d'un bon rapport coût-efficacité. Lorsque la dénutrition grave est courante, les taux de mortalité sont généralement de 20 à 30 %, et la couverture médicale inférieure à 10 %. Selon des statistiques récentes, les programmes de soins thérapeutiques communautaires peuvent réduire considérablement les taux de mortalité et accroître la couverture. Ces programmes utilisent des aliments thérapeutiques d'un type nouveau, prêts à l'emploi, et ils sont conçus pour améliorer l'accès aux services, réduire les coûts de substitution, encourager une présentation et une application précoces, et accroître les taux de couverture et de guérison.

Les programmes communautaires appliqués en Éthiopie, au Malawi,

ainsi que dans le nord et le sud du Soudan entre 2001 et 2005, affichent des taux de guérison de 78,1 % et une réduction de 4,3 % des taux de mortalité. Les taux de couverture ont atteint 73 %, tandis que 74 % des enfants gravement sous-alimentés qui se sont présentés ont été traités dans le cadre des soins ambulatoires. Les premiers chiffres disponibles indiquent que ces programmes sont d'un coût abordable, qui se situe entre 12 dollars et 132 dollars pour chaque année de vie gagnée.

Le bon rapport coût-efficacité de ces programmes de soins thérapeutiques s'explique par le ciblage précis des ressources pour atteindre les enfants gravement dénutris qui courent un risque élevé de mourir, et ces programmes sont comparables à d'autres grandes interventions en faveur de la survie de l'enfant, telles que la supplémentation en vitamine A. Dans la mesure du possible, les programmes s'appuient sur les compétences locales, ainsi que les structures et systèmes existants, préparant ainsi les communautés à faire face à d'autres périodes difficiles à l'avenir.

Voir Références, page 51.

important, les décisions prises par la famille en termes de stockage, de préparation et de régime alimentaire ne le sont pas moins. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, une nutrition appropriée débute avec l'allaitement maternel dès la naissance et jusqu'à l'âge de six mois. La poursuite de l'allaitement maternel est recommandée pendant deux ans au moins, avec une alimentation complémentaire appropriée selon l'âge pour soutenir la croissance et le développement de l'enfant. Dans les pays où la mortalité est élevée chez les jeunes enfants, l'une des interventions ayant le meilleur rapport coût/efficacité en termes de survie de l'enfant consiste à s'assurer que les enfants de 6 à 59 mois consomment suffisamment de vitamine A. Une autre bonne option consiste à enrichir les aliments de base consommés par la majorité de la population, comme l'huile et la farine⁴.

Prise en charge des mères et des nouveau-nés

Près de 40 % des décès d'enfants de moins de 5 ans surviennent au cours du premier mois de la vie, pendant la période néonatale, les deux tiers d'entre eux se produisant pendant la première semaine, et encore les deux tiers de ces derniers au cours des premières 24 heures qui suivent la naissance⁵. Les soins prénatals et la présence de sages-femmes qualifiées pendant l'accouchement augmentent de manière considérable les chances de survie du nouveau-né au cours de cette période critique. Cependant, plus de la moitié des mères du monde en développement accouchent à la maison, et près de la moitié d'entre elles avec l'aide d'un membre de la famille, d'une voisine ou d'une personne non qualifiée⁶. Il est donc crucial d'inculquer aux communautés des compétences et des connaissances en matière de maternité sans risque et de soins au nouveau-né, surtout en l'absence d'établissements de santé d'un prix abordable.

Selon les chiffres, les stratégies communautaires en faveur de la survie de la mère et du nouveau-né peuvent réellement faire la différence. Jusqu'à 72 % des décès de nouveau-nés pourraient être évités grâce à des activités de prévention simples et économiques, comme la vaccination de la mère par l'anatoxine tétanique, un soutien nutritionnel, la planification des naissances, les conseils en matière d'allaitement maternel, la présence de soignants qualifiés lors de l'accouchement, des soins postnatals dès la naissance, et des consultations



Éthiopie : cette mère est toute fière, son bébé vient d'être vacciné.

régulières de routine auprès d'un soignant qualifié⁷. Divers essais cliniques menés au niveau communautaire en Afrique ont mis à jour des réductions importantes de la mortalité infantile, en particulier grâce à la prise en charge des enfants malades par les agents de santé au niveau de la communauté.

Interventions préventives

Les chiffres les plus éloquentes en faveur des interventions communautaires relatives à la survie de l'enfant et à des soins médicaux

complets pour les enfants sont peut-être ceux qui ont trait à la prévention et au traitement des maladies. Dans le cas d'initiatives telles que la distribution et l'utilisation plus fréquente de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour protéger les enfants et les femmes enceintes contre le paludisme, la prévention et le traitement du VIH, ou la vaccination contre tout un éventail de maladies, l'engagement communautaire a un rôle important à jouer en renforçant au maximum l'efficacité de ces interventions bon marché et abordables.

Hygiène et assainissement

Plus que tout autre groupe, les jeunes enfants sont exposés aux risques que représentent pour leur santé l'eau contaminée, et un assainissement et une hygiène qui laissent à désirer⁸. L'eau non potable, le manque d'eau pour se laver et pour cuisiner, et le manque d'accès à l'assainissement contribuent ensemble à plus de 1,5 million de décès d'enfants de moins de 5 ans imputables chaque année aux maladies diarrhéiques, sur un total de 1,9 million⁹.

Gambie, Maroc et Ghana : élargissement des services de vaccination pour sauver des vies d'enfants

La vaccination des enfants contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib) en Gambie : l'expérience de la Gambie réfute la notion selon laquelle il est pratiquement impossible de faire fonctionner les stratégies intégrées dans les pays pauvres en ressources et dotés de systèmes de santé affaiblis. Malgré des infrastructures sanitaires et physiques très limitées – le pays comptait 19 lignes téléphoniques pour 100 habitants en 2005, et 11 médecins seulement pour 100 000 habitants en 2004 – et avec des défaillances fréquentes en matière d'approvisionnement en vaccins, la Gambie a réussi à améliorer sa chaîne du froid pour le vaccin Hib grâce à l'énergie solaire, à la décentralisation du stockage et à une gestion des soins qui permet aujourd'hui de trouver les vaccins là où on en a besoin, quand on en a besoin. Comparé aux enfants qui n'avaient pas été vaccinés, le groupe immunisé contre Hib affichait un recul de 95 % des cas de maladie invasive par Hib, ce qui confirmait que le vaccin offrait une protection aussi élevée que dans les pays industrialisés. Cet essai clinique a aussi contribué à faire reculer de 21 % tous les types de pneumonie chez les nourrissons en Gambie.

La vaccination pour améliorer la survie de l'enfant au Maroc : les progrès réguliers réalisés en matière de couverture vaccinale expliquent le succès du Maroc concernant la réduction de 58 % entre 1990 et 2006 des taux de mortalité des moins de 5 ans – qui sont passés de 89 à 37 pour 1 000 naissances vivantes, à un taux annuel moyen de réduction de 5,5 %.

Les taux de vaccination du Maroc pour cinq des six maladies de l'enfance qui sont évitables par la vaccination ont progressé de manière impressionnante depuis 1990. En 2006, à l'âge d'un an, plus de 95 % des enfants marocains étaient vaccinés contre les six maladies principales évitables par la vaccination. Les taux élevés de couverture par la troisième dose de vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) montrent bien la capacité du pays d'appliquer avec succès son programme de vaccination, et est un bon indicateur de l'efficacité générale des prestations de services de santé. Depuis 1990, les taux de couverture nationaux du Maroc pour le DTC3 se sont améliorés, passant de 81 % à 97 %, selon les estimations réalisées par l'OMS et l'UNICEF en 2006.

L'administration de la troisième dose de vaccin contre l'hépatite B a progressé encore plus rapidement, passant de 43 % à 84 % entre 2000 et 2001, et elle s'est encore améliorée, la couverture ayant été estimée à 95 % en 2006.

La progression du Maroc vers l'éradication de la poliomyélite est digne d'éloges, avec des taux de vaccination de 97 %, tandis que les taux de vaccination contre la rougeole atteignent 95 %. En 2002, le Maroc est devenu le premier pays de la région OMS de la Méditerranée orientale à prouver qu'il était possible d'éliminer le tétanos néonatal. En 2006, le budget du Ministère de la santé affecté à l'achat de vaccins a été doublé, et l'inoculation contre l'*Haemophilus influenzae* de type b a été intégrée dans le calendrier de vaccination national.

Le Maroc est sur le point d'afficher une couverture vaccinale quasi universelle pour les enfants. La plupart des lacunes pourront être comblées en s'attaquant aux disparités, en matière de taux de

vaccination, liées aux désavantages des nourrissons nés dans des zones rurales par rapport aux zones urbaines, aux niveaux d'éducation maternelle et au statut économique.

Rapprocher les services de vaccination des enfants vivant dans les communautés rurales au Ghana : une campagne de vaccination mise en œuvre dans les régions rurales du Ghana prouve qu'une planification générale, axée sur l'intégration, au niveau local, a des résultats positifs sur la santé des enfants – même dans les communautés retirées où les ressources sont rares. La campagne *Atteindre tous les districts* fournit des services intégrés aux communautés isolées, entravées par des infrastructures sanitaires très faibles et par une méconnaissance de la vaccination dans les familles et les communautés.

Adoptée en 2003, la campagne *Atteindre tous les districts* donne aux districts locaux le pouvoir de planifier, mettre en œuvre et contrôler les activités grâce à une formation sur place assurée par les superviseurs, des réunions régulières entre la communauté et le personnel de santé, et des systèmes de suivi communautaire. En 2004, la moitié des 10 districts participants affichaient une augmentation de 12 % du nombre d'enfants vaccinés par rapport aux années précédentes. La participation communautaire est la pierre angulaire du succès de ce programme – et en particulier la participation des autorités religieuses locales. La décision de mener les campagnes de vaccination à proximité des marchés pendant les jours de marché est un bon moyen de s'assurer que les enfants qui vont au marché avec leur mère ne sont pas oubliés.

Voir *Références*, page 51.



Ouganda : des femmes vont chercher de l'eau à un point d'eau communautaire.

Ghana et Malawi : améliorer l'accès à l'eau salubre et aux installations sanitaires

AU Ghana, un large programme de réforme de l'eau a été introduit par le gouvernement au début des années 1990, ce qui a entraîné la réorganisation d'un système qui était hiérarchisé, non réactif et insatisfaisant surtout dans les zones rurales. La responsabilité de l'alimentation en eau a été cédée aux instances locales et aux communautés rurales dans le cadre de ce processus de réforme, et de nouvelles structures politiques de gouvernance de l'eau ont vu le jour. Les structures villageoises font partie du nouveau système. Pour pouvoir prétendre à des aides financières, les communautés doivent former des comités villageois en charge de l'eau et élaborer des plans précisant comment elles gèreront leur système, apporteront une contribution équivalant à 5 % des frais d'investissement et assumeront les coûts de maintenance. Cette approche participative s'est traduite par une amélioration sensible de l'accès aux sources d'eau améliorées, avec une couverture qui est passée de 55 % en 1990 à 75 % en 2004 et qui continue à s'élargir.

Au Malawi, la couverture des communautés rurales par des moyens d'assainissement est estimée

à 30 %, voire moins, pour une couverture par l'approvisionnement en eau de 62 %, bien que ce chiffre puisse masquer un taux important d'équipements en panne. Dans de nombreuses communautés, les installations sanitaires sont des latrines traditionnelles à fosse, qui ne protègent pas toujours efficacement contre la transmission par voie orale de maladies propagées par les matières fécales. Le choléra, la fièvre typhoïde et les autres maladies d'origine hydrique restent prévalentes.

« Water for People » (de l'eau pour les populations) est une organisation non gouvernementale nord-américaine qui travaille avec les communautés pour fournir à plus de 150 000 personnes des installations sanitaires améliorées et un accès à l'eau. L'organisation établit des partenariats avec des organisations non gouvernementales locales et les autorités au niveau du district pour soutenir les initiatives communautaires et améliorer la qualité des installations sanitaires et de l'approvisionnement en eau. Les projets typiques comprennent des puits forés, des puits peu profonds creusés à la main, des bassins de récupération de l'eau de pluie, des bornes-fontaines communautaires et de simples latrines à fosse recouvertes de dalles sanitaires. Selon l'organisation, chaque projet dessert entre 200 et 1 000 personnes.

Voir Références, page 51.

L'amélioration de l'assainissement pourrait faire reculer de plus d'un tiers la morbidité liée à la diarrhée; si ces mesures en faveur de l'assainissement sont combinées avec des activités de sensibilisation à l'hygiène et un changement de comportement, le recul pourrait être de deux tiers. Au nombre des pratiques d'hygiène améliorées au niveau du ménage, on peut citer l'utilisation régulière de toilettes ou de latrines par tous les membres de la famille, l'élimination sans danger des matières fécales des jeunes enfants, le lavage des mains au savon ou à la cendre après défécation et avant de manger, et l'installation de bornes-fontaines, de puits forés et de puits abyssiniens dans le ménages et les communautés¹⁰. Apprendre aux communautés à appliquer des mesures simples et leur donner les ressources nécessaires pour le faire est une première étape vitale vers l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène.

VIH et SIDA

L'urgence de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) n'est plus à démontrer. Plus de 400 000 enfants de moins de 15 ans ont été contaminés en 2007, dans la majorité des cas par la transmission du virus de la mère à l'enfant. Sans traitement, la moitié des nourrissons nés séropositifs mourront avant l'âge de 2 ans.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduite de manière considérable en prenant des précautions simples mais d'une importance critique, par exemple : identification des femmes enceintes séropositives en proposant un test de routine, inscription de ces femmes dans un programme de PTME, garantie que les systèmes de santé sont en mesure de fournir des schémas thérapeutiques antirétroviraux efficaces, tant à titre prophylactique qu'à titre thérapeutique, et soutien aux femmes dans le choix de l'option optimale et la plus sûre d'alimentation du nourrisson.

Intégrer les partenariats communautaires dans les services de district et les politiques nationales

Deux mesures peuvent contribuer à faire durer et soutenir les initiatives communautaires : un soutien actif aux autorités provinciales et centrales, et l'intégration des programmes

communautaires dans les politiques et la planification gouvernementales. La survie, la santé et la nutrition de l'enfant doivent occuper une place prioritaire dans les politiques de santé au niveau du district et du pays, après définition d'objectifs clairs et de points de référence précis¹¹. Le meilleur moyen d'élaborer des stratégies en faveur de la survie de l'enfant est de mettre en place un processus consultatif avec la participation des représentants de plusieurs niveaux : communautaire, district et national, ainsi que de la communauté des donateurs.

Les programmes nationaux comme les projets plus limités confirment à l'évidence que les initiatives communautaires

intégrées qui sont adaptées aux conditions locales et soutenues par les communautés et les autorités obtiennent des résultats efficaces, rentables et durables¹². Au Mali, l'introduction d'un système de santé décentralisé à l'issue de larges consultations avec tous les acteurs – en particulier les notables et les femmes – a permis de multiplier par deux pratiquement le nombre de centres de santé communautaires, passant de 370 en 1998 à plus de 700 en 2004. Sur ce total, de 30 à 51 % peuvent fournir un ensemble de services de soins préventifs et curatifs¹³.

Une bonne compréhension des variations des profils épidémiologiques au sein d'un pays est une première étape essentielle vers une stratégie ciblée. Toutefois, les évaluations détaillées des réalités financières et du niveau de développement des infrastructures de prestations de services de santé aux niveaux de la communauté, du district et du pays sont tout aussi importantes. De ces deux aspects dépend le succès de toute stratégie nationale en faveur de la santé infantile et maternelle; c'est pourquoi ils doivent être intégrés dans tout exercice de planification, dès le début.

Lors de l'établissement de stratégies nationales, il convient de prêter une attention prioritaire à l'élimination des obstacles qui risquent d'entraver l'élargissement et la mise en œuvre à divers niveaux du système de santé. Les blocages bien connus sont : sessions de vaccinations irrégulières, expérience négative du système de santé, distance à parcourir pour se rendre dans un centre médical et manque d'informations¹⁴. Au niveau de la famille et de la communauté, des facteurs comme un approvisionnement peu efficace en médicaments, la faiblesse de la demande

et d'autres difficultés encore, comme le fait que les moustiquaires ne soient pas traitées à l'insecticide, portent atteinte à l'efficacité de la couverture¹⁵.

Les donateurs doivent soutenir les stratégies nationales visant à améliorer la survie, la santé et la nutrition de l'enfant. Même les initiatives à court terme d'éradication d'une maladie spécifique – vigoureusement soutenues par des partenariats internationaux de donateurs – et les programmes de développement à plus long terme du secteur de la santé peuvent et doivent continuer à coexister.

La responsabilité de garantir le droit des enfants à la santé et à la nutrition incombe aux gouvernements. Ils ont un rôle fondamental à jouer dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques susceptibles d'aplanir les obstacles qui nuisent à l'efficacité des soins de santé destinés aux enfants, dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prestataires de services et le renforcement de la transparence des comptes¹⁶. Les politiques sanitaires doivent aussi être transparentes pour les communautés et districts qu'elles desservent.

Il est indispensable que les pays élaborent des politiques de santé vigoureuses axées sur les enfants et tressent des liens solides entre les communautés et les systèmes de santé; dans de nombreux pays, l'augmentation des dépenses de santé s'accompagne d'améliorations notables dans plusieurs secteurs, notamment, gouvernance, stabilité économique et administration de la santé, ce qui permettra de réaliser des progrès importants vers la réalisation des OMD liés à la santé pour les enfants.

Togo : intégration des interventions pour accélérer les progrès en faveur de la survie de l'enfant

EN 2004, le Togo a organisé sa toute première campagne nationale de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Cette initiative s'est appuyée sur l'infrastructure et le personnel déjà responsable d'une stratégie de réduction de la mortalité due à la rougeole pour fournir un ensemble d'interventions sanitaires, à savoir : vaccin contre la rougeole, vaccin oral contre la poliomyélite, une moustiquaire imprégnée et un comprimé de mebendazole, un vermifuge pour enfants, le but étant d'atteindre plus de 95 % des enfants.

Une évaluation de la planification, de la mise en œuvre et des résultats a démontré qu'il était possible d'intégrer ces prestations de services. Un mois après le début de la campagne, les responsables de l'évaluation ont pu constater que 93,1 % des enfants avaient été vaccinés contre la rougeole, 94 % avaient reçu un comprimé de mebendazole, et que le nombre de ménages possédant une moustiquaire imprégnée était passé de 8 % à 63 %. Mais il reste encore beaucoup à faire pour faire évoluer les comportements : la nuit qui a précédé l'enquête, 44 % seulement des enfants de moins de 5 ans avaient dormi sous leur moustiquaire.

Voir Références, page 51.



Togo : des femmes enregistrent leurs enfants lors d'une campagne de vaccination.

Des soins communautaires pour la survie des enfants au Niger

CINQUANTE-SIX pour cent des quelque 14 millions d'habitants du Niger vivent à plus de cinq kilomètres d'un établissement de santé. En 2000, le gouvernement, soucieux d'améliorer la survie de l'enfant en rapprochant les services de santé des communautés rurales non desservies, a commencé à mettre en œuvre une stratégie ambitieuse dans le cadre de laquelle les fonds provenant d'un programme de réduction de la dette financeraient la construction de 2 000 dispensaires. Cette mesure allait permettre d'ouvrir des dispensaires susceptibles, chacun, de desservir 5 000 personnes dans les zones rurales.

La construction de 30 dispensaires dans le District de Madarounfa dans le sud du Niger a permis de doubler l'accès de la population aux soins médicaux. La proportion d'habitants vivant à cinq kilomètres maximum (ou 60 minutes de marche) d'un établissement de santé est passée de 34 % à 72 %. Les enfants sont les premiers bénéficiaires de cette initiative. Depuis l'ouverture de postes de santé communautaires dans le district, le nombre de contacts annuels par enfant et par an a pratiquement doublé.

Des agents de santé qualifiés offrent un ensemble minimum d'interventions curatives et préventives dans ces dispensaires. Ils ont été formés à la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) de façon à pouvoir identifier et traiter efficacement les maladies les plus courantes chez les enfants de moins de 5 ans. Le paludisme, la pneumonie et la diarrhée sont responsables de près de 60 % des décès d'enfants de moins de 5 ans au Niger, et un traitement rapide et efficace fait largement reculer la mortalité infantile. Les agents de santé aiguillent les patients gravement malades vers des centres de santé intégrée et les hôpitaux. Toutefois l'accès au niveau de soins supérieur peut s'avérer très difficile, le manque de moyens de transport posant un obstacle important à l'accès aux hôpitaux centraux.

La prévention est la clé du succès de cette stratégie

En plus du traitement de base, les agents de santé font de la prévention. Ils contrôlent la croissance des enfants, vérifient s'ils ont été vaccinés et assurent le suivi médical. Ils conseillent aussi les familles et les communautés en diffusant des informations qui peuvent sauver des vies sur la manière d'aborder l'allaitement maternel, sur l'allaitement exclusif au sein des nouveau-nés jusqu'à l'âge de six mois, des pratiques alimentaires appropriées pour l'âge,

l'hygiène et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les enfants et les femmes enceintes. Ces interventions bon marché ont un fort impact sur la réduction de la mortalité infantile.

Bien que l'initiative en soit à ses balbutiements et que les difficultés ne manquent pas, le Niger a mis la santé à la portée de milliers d'enfants. La présence d'agents de santé qualifiés fait une différence et donne de l'espoir au 1,8 million d'enfants qui vivent loin des centres de santé intégrée et des hôpitaux. La décision du gouvernement du Niger d'introduire la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans est également prometteuse. C'est un moyen de lever un autre obstacle qui barre l'accès aux soins médicaux pour les 61 % de la population du Niger qui vivent avec moins de 1 dollar par jour.

Il reste encore beaucoup à faire pour élargir ce premier succès. L'idéal serait de pouvoir faire de ces dispensaires des centres de prise en charge intégrée, de façon à ce que les enfants aient accès à tous les services à une distance raisonnable de leur lieu d'habitation. En attendant, les dispensaires sont un moyen économique de sauver des vies d'enfants qui auraient couru le risque d'être emportés par des maladies évitables.

Voir Références, page 51.



Niger : une femme et son bébé rentrent à la maison avec un sac de millet.



Afrique du Sud : une mère et son enfant à une séance de consultation sur la nutrition.

4 Renforcement des partenariats communautaires, du continuum des soins et des systèmes de santé en Afrique

Les enseignements tirés des études et de l'expérience en matière de santé et d'élargissement des interventions dont l'efficacité a été prouvée sont en train d'être appliqués et consolidés à des fins d'harmonisation. Les principales institutions internationales qui œuvrent en faveur de la survie et de la santé maternelles et infantiles – l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale – travaillent main dans la main avec les donateurs, gouvernements et autres organisations internationales chefs de file, comme l'Union africaine, pour élaborer des stratégies et cadres communs afin d'élargir l'accès aux soins de santé primaires. Ce passage à plus vaste échelle dépend d'un éventail complexe d'actions, dont beaucoup sont apparentées, pour garantir à la fois l'envergure et la viabilité à long terme de cette entreprise. Pour les gouvernements, les donateurs, les organismes internationaux et les partenariats mondiaux

pour la santé, l'efficacité de l'élargissement dépendra de l'application de nouvelles méthodes de travail par les principales parties prenantes dans le secteur des soins de santé primaires. Le thème central de ce paradigme est *l'unité*. En effet, les initiatives et les partenariats visant à améliorer divers aspects de la santé maternelle et infantile se multiplient, mais sans rigueur et sans harmonisation, et ces efforts disparates ne permettront pas d'atteindre les OMD liés à la santé au cours des prochaines années.

Les actions distinctes mais complémentaires décrites ci-dessous seront nécessaires pour aligner les programmes, les politiques et les partenariats au cours de la prochaine décennie à des fins d'union en faveur de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant :

- **Initiative I** : réaligner les programmes, qu'il s'agisse d'interventions ciblant une maladie spécifique ou de groupes d'interventions intégrées, à fort impact,

reposant sur des données probantes, pour garantir un continuum de soins dans le temps et l'espace.

- **Initiative II** : s'assurer que les soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sont la pierre angulaire d'un processus national de planification stratégique visant à l'élargissement des systèmes et des services.
- **Initiative III** : élaborer des plans nationaux afin de renforcer les systèmes de santé dans une optique de résultats.
- **Initiative IV** : encourager et soutenir l'engagement politique, la prise d'initiatives aux niveaux national et international, et le financement à long terme nécessaires pour garantir l'accès à un continuum de soins¹.
- **Initiative V** : créer les conditions propices à une meilleure harmonisation des programmes et partenariats mondiaux en faveur de la santé.

Le continuum de soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est un concept relativement nouveau qui met en évidence les liens qui unissent la dénutrition et les décès de mères, nouveau-nés et enfants. Le continuum des soins est ancré dans deux dimensions des prestations de services essentiels des soins de santé primaire :

- *Le temps* : la nécessité de fournir des services essentiels aux mères et aux enfants pendant la grossesse, l'accouchement, la période post-partum, le début de la vie de l'enfant et la petite enfance sachant que la période de l'enfance – avant, pendant et après la naissance – est celle au cours de laquelle les risques de mortalité et de morbidité sont les plus élevés pour la mère comme pour l'enfant.
- *Le lieu* : il s'agit de relier les prestations de services essentiels au sein d'un système dynamique de soins de santé primaire intégrant le foyer, la communauté, ainsi que les soins de proximité et en établissement, sachant que les lacunes au niveau des soins sont souvent les plus profondes au niveau du foyer et de la communauté – là où les soins sont les plus nécessaires.

Le concept de continuum de soins est né de la constatation selon laquelle les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants ont en commun un certain nombre de causes structurelles similaires et apparentées à la dénutrition. On peut citer notamment des facteurs tels que l'insécurité alimentaire, l'analphabétisme des femmes, les grossesses précoces et les problèmes qui surgissent après la maternité, par exemple l'insuffisance pondérale à la naissance, les mauvaises pratiques alimentaires, le manque d'hygiène, d'accès à de l'eau salubre et à des moyens d'assainissement adéquats; l'exclusion des services de santé et de nutrition en raison de la pauvreté ou de la marginalisation géographique ou politique; ainsi que des services de santé et de nutrition sans ressources, mal adaptés aux besoins et inappropriés sur le plan culturel.

Le concept de continuum des soins s'inspire aussi des leçons tirées d'observations factuelles et de l'expérience accumulée au cours des dernières décennies dans le secteur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Dans le passé, les programmes de maternité sans risque et de survie de l'enfant étaient souvent menés séparément, ce qui entraînait des failles dans le système de soins dont souffraient tant les mères que

leurs nouveau-nés. On sait aujourd'hui que la mise en place d'interventions spécifiques à des étapes pivots du continuum présente de multiples avantages. Le regroupement des interventions renforce aussi souvent leur efficacité et leur rentabilité. L'intégration des services peut favoriser leur utilisation effective et offrir des occasions d'élargir la couverture. La priorité consiste à établir une couverture universelle par les interventions essentielles sur toute la durée du cycle de vie dans le cadre d'un système intégré de soins de santé primaire.

Selon les projections, l'impact d'un taux élevé de couverture par un continuum de soins de santé devrait être important. En Afrique subsaharienne, un continuum de soins couvrant 90 % des mères et des nouveau-nés permettrait d'éviter les deux tiers des décès de nouveau-nés, ce qui sauverait 800 000 vies par an².

Élargissement

L'élargissement pour établir un continuum de soins dans le temps et dans l'espace est de plus en plus considéré comme l'un des moyens les plus prometteurs d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD liés à la santé. Cependant, la base de données relative à l'efficacité et à une mise en œuvre réaliste du continuum de soins est beaucoup moins développée que celles des interventions relatives à des maladies spécifiques, et il faudrait réunir des informations sur la manière dont ce concept de continuum pourrait être mis en pratique. Il faudra concevoir de nouveaux cadres et mécanismes, notamment en termes d'organisation programmatique. Il faudra aussi adapter les structures de gestion des programmes afin de refléter l'intégration des divers volets des panoplies d'interventions et de les incorporer dans le système de santé. Pour ce faire, il conviendra de renforcer les capacités institutionnelles et les compétences individuelles, de vaincre la résistance au changement, et d'intégrer et coordonner des courants de financement fragmentés, en particulier ceux en provenance de donateurs et partenariats internationaux³.

Regrouper les interventions par type de prestations

Les services préventifs et curatifs sont aussi essentiels les uns que les autres pour combattre la maladie et favoriser la santé

de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le regroupement d'un éventail d'interventions économiques et fondées sur des données probantes est probablement l'une des méthodes les plus efficaces pour atteindre les objectifs poursuivis. Pour réaliser cet élargissement, les pays devront identifier un continuum de soins comprenant trois volets à adapter à leur propre contexte :

- *Services communautaires, orientés vers la famille*, qui peuvent être assurés sur une base régulière par des responsables communautaires de la promotion de la santé et de la nutrition, avec supervision périodique par des professionnels qualifiés.
- *Services programmés, ciblant la population*, notamment services programmés assurés par des soignants qualifiés ou semi-qualifiés, par exemple infirmières auxiliaires ou accoucheuses et autres types de personnel paramédical, dans le cadre d'interventions de proximité ou en établissement.
- *Services cliniques orientés sur la personne*, c'est à dire des interventions exigeant la présence de soignants très qualifiés, par exemple, infirmières et sages-femmes agréées ou médecins, disponibles en permanence.

Combiner les interventions entre les services de santé et de nutrition en fonction des âges, permettrait de réaliser des économies d'échelle en termes de coûts et de temps, et d'augmenter le nombre de services à la disposition des enfants et des mères. Si, par exemple, des moustiquaires imprégnées d'insecticide sont distribuées tel jour, la vitamine A tel autre jour, et que la vaccination ait lieu encore un autre jour, il est moins probable que les enfants bénéficient des trois interventions que si elles avaient toutes lieu le même jour. À l'inverse, en combinant des interventions bon marché (vaccins, antibiotiques, moustiquaires imprégnées d'insecticide et supplémentation en vitamine A) auxquelles viendraient s'ajouter la sensibilisation à de meilleures pratiques d'alimentation et d'hygiène, ce regroupement de mesures pourrait améliorer considérablement la couverture par les services⁴.

Un certain nombre de programmes ont été élargis avec succès. Le Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant est une initiative encore récente mais prometteuse qui s'est développée rapidement en Afrique de l'Ouest et centrale. Ce programme concentre ses

activités sur trois stratégies de prestations de services afin d'élargir leur couverture pour les enfants, les nouveau-nés et les femmes enceintes, et il les regroupe à des fins d'intégration et de rentabilité. Les données préliminaires présentées par les équipes sanitaires de district au Ghana permettent de penser que cette initiative intégrée regroupant diverses activités - vaccination, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, et soins prénatals-, a déjà un impact positif sur la couverture vaccinale. Des moustiquaires imprégnées d'insecticide, subventionnées par l'État, sont distribuées parallèlement aux activités de « vaccination-plus ».

Planification nationale stratégique à des fins d'élargissement des services et des systèmes

L'élargissement des services et des systèmes devra s'appuyer sur des stratégies nationales concrètes efficaces, tenant compte non seulement du potentiel d'expansion des interventions, mais aussi des limites et des obstacles qui pourraient freiner les progrès, en trouvant les moyens de les contourner.

Les principales mesures que les plans stratégiques doivent adopter pour élargir les interventions groupées citées précédemment sont les suivantes :

- Identifier et éliminer les goulets d'étranglement au sein du système de santé.
- Surveiller les progrès et les lacunes de la couverture.
- Introduire progressivement des panoplies d'interventions et de mesures de renforcement du système de santé.
- Aborder la crise des ressources humaines et financières dans le secteur de la santé.
- Renforcer les systèmes de santé au niveau des districts
- Développer des systèmes de santé axés sur les résultats.
- Obtenir un engagement politique national.

Accorder la « priorité absolue » aux enfants en Angola

L'ANGOLA peut se targuer aujourd'hui de six ans de stabilité après une longue guerre civile qui a laissé l'infrastructure sanitaire du pays dans un état déplorable. La reprise des services de santé et autres services de base est l'objectif principal du gouvernement actuel et des efforts qu'il déploie en faveur de la survie de l'enfant. En partenariat avec l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour la population, le Gouvernement angolais a élaboré un plan d'investissement couvrant la période 2007-2013 afin de mettre en œuvre cette stratégie.

Dans ce grand pays qui compte près de 17 millions d'habitants, la première priorité est de réunir des données. Les statistiques disponibles sur la santé de la mère et de l'enfant datent essentiellement d'avant la fin du conflit civil en 2002 et elles ne traduisent pas les efforts considérables déployés depuis lors pour cibler des maladies individuelles. Pendant la réalisation de ces enquêtes, de nouvelles politiques ont été mises en place pour répondre aux besoins et relever les défis en termes de compétences dans le secteur de la santé infantile et maternelle.

Le taux de mortalité des moins de 5 ans de l'Angola est le deuxième plus élevé au monde, avec 260 décès pour 1 000 naissances vivantes. Sur la totalité des décès d'enfants de moins de 5 ans, 18 % sont dus à la diarrhée et près de 90 % de ces décès sont imputables au manque d'eau pour l'hygiène, à l'eau non potable et à un accès médiocre aux équipements d'élimination sanitaire des déchets. Près de 9 millions d'Angolais, soit plus de la moitié de la population, n'ont pas accès à l'eau potable, et 11,4 millions d'habitants n'ont pas accès à des installations sanitaires adéquates. Seulement 30 à 40 % de la population ont accès à des installations sanitaires fixes.

Pour que l'Angola atteigne les Objectifs du Millénaire pour le développement, le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans doit être réduit de deux tiers et la mortalité maternelle de plus des trois quarts pendant la période comprise entre 1990 et 2015. Un investissement sera nécessaire pour desservir 6,7 millions de nouveaux utilisateurs d'eau et 8,1 millions de nouveaux utilisateurs d'installations sanitaires d'ici à 2015. Le Conseil national des enfants, qui vient tout juste de voir le jour à la suite du troisième Forum national sur les enfants de juin 2007, est un bon exemple de la détermination du Gouvernement angolais à relever les défis liés à la

survie de l'enfant. La représentation au conseil est au niveau du vice-ministre et du directeur national, et ses membres comprennent 16 ministères, l'Institut national angolais pour l'enfant et 18 représentants de la société civile.

Le Conseil national des enfants est responsable de la surveillance et de la mise en œuvre de 11 engagements pris envers les enfants lors du forum national de 2007 qui portent sur leur survie, développement, éducation, protection et participation – ce qui est, selon le forum, une « priorité absolue. »

Profitant de l'impulsion donnée par le forum, le Ministère de la santé a identifié un ensemble de services et soins essentiels pour la mère et l'enfant qui doivent être fournis par l'intermédiaire de trois types de prestations : le réseau fixe de soins de santé publique; les services mobiles et de proximité; et les activités communautaires. Pendant la première phase (2007-2009) les activités sont concentrées dans cinq provinces – Bie, Cunene, Huila, Luanda et Moxico – regroupant approximativement un tiers de la population. Le gouvernement s'appuie déjà sur l'expérience acquise dans ces trois provinces afin d'élargir le plan et de desservir les 18 provinces du pays. Ses partenaires du système des Nations Unies ont élaboré une Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant qui peut être utilisée pour réunir des fonds du gouvernement et des donateurs.

Les données sur la couverture actuelle par les interventions de santé et les projections des niveaux de couverture qui devraient être atteints dans les zones d'intervention ont été utilisées pour calculer les réductions des taux de mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans que le pays peut espérer au cours des cinq prochaines années. Les résultats seront calculés par comparaison avec des enquêtes de base dans chacune des cinq provinces ciblées, et dans trois ou quatre provinces qui ne bénéficient pas de cette panoplie de mesures intégrées.

Sachant que peu d'Angolais ont un accès direct aux postes sanitaires, un cadre d'agents de santé de la communauté est en train d'être établi. Ils ont pour tâche de motiver la population, de s'assurer qu'elle a entendu parler de la panoplie de prestations et a adopté les mesures qui s'imposent au niveau du ménage, tout en fournissant aux familles une assistance médicale de base. Les visites aux municipalités ont permis de constater que les différents niveaux administratifs poursuivent les mêmes objectifs, et comprennent l'utilité du mécanisme de revitalisation, et que les systèmes sont en place et fonctionnent bien.

Voir Références, page 51.

Identifier et éliminer les goulets d'étranglement au sein du système de santé

Pour garantir un continuum de soins, des réseaux fonctionnels de prestation de services doivent être mis en place sur trois niveaux : services communautaires orientés sur la famille; services primaires proches du client; et services d'aiguillage et soins préventifs spécialisés fournis en établissement. La phase initiale consiste à recueillir des données et des informations qualitatives sur tous les prestataires de services existants – publics, privés et informels – et sur les organisations, y compris les organisations non gouvernementales qui peuvent être mobilisées pour soutenir l'effort d'élargissement.

Le nord-est du Ghana, où de nombreuses organisations non gouvernementales appuient différentes interventions en faveur de la santé, offre un exemple concret de mise en œuvre de ce processus. La collaboration entre le Club des mères de la Croix-Rouge du Ghana, les services de santé nationaux et l'UNICEF, dans le cadre du Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant, a permis d'intégrer les activités de toutes ces organisations et de soutenir l'élargissement d'un train d'interventions couronnées de succès de faible coût et à fort impact.

Une autre étape importante consiste à identifier et à analyser les goulets d'étranglement et les problèmes qui existent à l'échelle du système, et à formuler des stratégies pour les éliminer ou les contourner⁵. Ces obstacles peuvent se situer au niveau des centres de santé, des services mobiles, des communautés et des foyers, ou de l'appareil stratégique et bureaucratique qui élabore les politiques, gère la logistique et les approvisionnements, et qui fixe et applique la réglementation.

En Guinée, par exemple, 70 % des villages des districts concernés par le Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant en 2002 avaient un éducateur communautaire sensibilisant les villageois à la santé et à la nutrition, la moitié des familles possédait une moustiquaire et un quart des femmes enceintes dormait sous une moustiquaire. Toutefois, on a constaté que la couverture réelle (qualité) était bien inférieure aux niveaux de couverture adéquats (quantité),

puisque moins de 5 % de la population dormaient sous une moustiquaire qui avait récemment été traitée à l'insecticide. Ce goulet d'étranglement de la lutte contre le paludisme a été éliminé en traitant gratuitement toutes les moustiquaires existantes, et en distribuant en priorité aux femmes enceintes qui recevaient des soins prénatals et qui avaient fait vacciner leurs enfants des moustiquaires déjà imprégnées d'insecticide à un prix fortement subventionné. En 2004, cette approche intégrée d'élimination des goulets d'étranglement avait fait progresser la couverture réelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide de 40 %, tout en étendant aussi la couverture vaccinale

(toutes les doses administrées aux enfants de moins de cinq ans) et des soins prénatals (au moins trois visites) de 40 % en 2002 à 70 % deux ans après.

Plusieurs goulets d'étranglement requerront une solution impliquant de s'attaquer spécifiquement à des problèmes existant à divers niveaux des prestations de services. Par exemple, une demande trop faible de services de santé de bonne qualité de la part des membres de la communauté ou la capacité limitée des centres de santé et des agents à fournir des services essentiels peuvent limiter la couverture des panoplies d'interventions, tout comme les obstacles financiers, sociaux et matériels qui empêchent d'y avoir accès.



Libéria : une femme et son enfant, tout juste traités contre le paludisme, sous une moustiquaire.

Ici, comme il se doit, les partenariats communautaires décrits au Chapitre 3 peuvent jouer un rôle fondamental en facilitant les contacts entre des services et des agents de santé motivés – y compris des agents de santé communautaires –,

et les foyers et communautés qui ne bénéficient pas encore d'interventions essentielles. Mais il faudra aussi prévoir des soins en établissement et des éducateurs pour soutenir les agents de santé communautaires et pour fournir

des services dans le cadre des nombreuses interventions sanitaires qui requièrent une assistance plus spécialisée⁶.

Surveillance des progrès et problèmes liés à la couverture

Pour soutenir l'action des partenariats communautaires en faveur de la santé et de la nutrition, et pour améliorer la qualité des prestations de services, certaines conditions secondaires doivent aussi être remplies, à savoir : améliorer les performances des agents de santé, les motiver, et s'assurer que les établissements disposent des équipements adéquats et des médicaments nécessaires. L'amélioration des prestations de services passe évidemment en partie par l'augmentation des ressources – humaines, financières et administratives – et par l'offre de formations, mais d'autres mesures d'incitation et une meilleure gestion des ressources humaines pourraient également s'avérer nécessaires.

Les déterminants de haut niveau de la performance des systèmes de santé – politique et gestion stratégique, politiques publiques multisectorielles, et changements environnementaux et conjoncturels – sont au nombre des problèmes les plus complexes qui entravent le développement des systèmes de santé, car ils font partie intégrante d'un contexte politique et institutionnel qui risque de ne pas évoluer rapidement ou facilement⁷. Néanmoins, un leadership bien informé, la mobilisation, l'assistance technique et les partenariats contribueront au changement.

Mise en application par étape de la panoplie d'interventions et renforcement du système de santé

Une approche progressive des prestations de service de santé permettra aux pays individuels de définir et de mettre en œuvre une panoplie initiale d'interventions qui peut être élargie au fil du temps. Tant la panoplie que la mise en œuvre d'interventions prioritaires dépendra des capacités du système médical d'un pays donné. L'élimination progressive des goulets d'étranglement

Retenir les agents de santé qualifiés et perfectionner leur formation

POUR accélérer les progrès en faveur de la survie de l'enfant et fournir un continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, il faudra engager un nombre accru d'agents de santé, surtout au niveau communautaire. Selon les estimations, il faudra recruter près de 860 000 soignants supplémentaires d'ici à 2015, dont plus de la moitié sera chargée de promouvoir la santé et la nutrition, pour atteindre les OMD liés à la santé en Afrique.

À une époque où les pays africains sont confrontés à une forte pénurie de personnels de santé, les soignants qualifiés quittent le continent pour des pays industrialisés qui leur offrent de meilleures conditions économiques. Selon le Centre de recherches pour le développement international, parrainé par le Gouvernement canadien, les pays en développement investissent près de 500 millions de dollars chaque année dans la formation de professionnels de la santé qui sont ensuite recrutés à l'étranger et quittent leur pays, ce qui revient à subventionner les systèmes de santé de pays plus riches. On estime aujourd'hui que 1 médecin sur 4 et 1 infirmier/infirmière sur 20 formés en Afrique travaillent dans les 30 pays les plus industrialisés de la planète. Par exemple, 29 % des médecins ghanéens travaillent à l'étranger, le taux étant de 34 % pour les infirmiers zimbabwéens. Sans investissement sérieux dans leurs systèmes de santé, les pays en développement ne disposent que de très peu d'options pour mettre fin à cette « fuite des cerveaux ».

Adapter la formation médicale aux besoins du pays et fournir des incitations

Pour lutter contre ces pertes en personnel soignant, au moins à court et à moyen terme, les systèmes de santé nationaux doivent créer des incitations pour encourager ces personnels à pratiquer leur profession chez eux. Même si la tâche n'est pas facile, un certain nombre de pays ont réussi à recruter et à retenir leur personnel

soignant, même dans les zones rurales, où la pénurie est souvent la plus grave. Des mesures d'incitation ont été élaborées dans plusieurs pays pour retenir les personnels soignants et inverser l'immigration. Au Mali, par exemple, le Ministère de la santé encourage les jeunes médecins diplômés à travailler dans les zones rurales en leur proposant des formations, un logement, des équipements et un moyen de transport.

Une formation axée sur les conditions locales peut aussi contribuer à limiter le départ de la main-d'œuvre. Les efforts qui sont déployés de longue date pour augmenter le nombre d'agents de santé dans les zones rurales permettent d'affirmer que la formation des agents locaux – langues locales et compétences adaptées aux conditions locales – facilite la rétention. Ces mesures s'accompagnent souvent de certificats qui ne sont pas reconnus au niveau international, ce qui limite encore la migration. Le succès dépend toutefois des incitations et du soutien qui pourront être apportés au niveau local.

Il est de plus en plus préoccupant de constater que les pays riches tirent profit de cette fuite des cerveaux aux dépens de l'Afrique. Un mouvement a donc été lancé demandant qu'il soit mis fin au recrutement de personnel soignant africain ou que des mesures soient prises pour que ce recrutement bénéficie aux deux parties. Des voix s'élèvent pour demander aux pays industrialisés de compenser les systèmes de santé africains pour les pertes provoquées par leur recrutement. Au cours des cinq dernières années, une dizaine d'instruments internationaux ont été rédigés par des autorités nationales, des associations professionnelles et des organes internationaux établissant des normes de comportement entre les principaux acteurs concernant le recrutement international d'agents de santé.

Des préoccupations similaires ont fait l'objet d'accords bilatéraux, notamment l'accord entre l'Afrique du Sud et le Royaume-Uni signé en 2003, qui a pour but de créer des partenariats en matière d'éducation sanitaire et de main-d'œuvre. Il semblerait que ce texte ait permis de gérer la migration des personnels de santé.

Voir Références, page 52.



Nigéria : une agente de santé communautaire se fait amener à sa destination.

facilitera l'expansion des prestations de service, même lors des situations d'urgence complexes. Puisque le regroupement est axé sur les résultats, la mise en œuvre d'interventions prioritaires à l'échelle peut être planifiée et suivie par étape.

Les trois phases recommandées pour étendre la couverture des prestations de services dans les pays où les capacités du système de santé sont faibles sont les suivantes :

Phase une : la phase initiale vise à réduire les goulets d'étranglement à l'échelle du système dans les services familiaux/communautaires et les services de soins à la population, en stimulant la demande de soins cliniques de qualité et en fournissant une panoplie minimum d'interventions rentables de fort impact, compatibles avec le contexte politique, les ressources humaines et les capacités disponibles. Les stratégies opérationnelles utilisées sont la formation d'éducateurs communautaires aux questions de santé et de nutrition afin d'améliorer les pratiques de soins familiaux et le déploiement de ces éducateurs. Une panoplie minimum d'interventions comprend généralement : interventions contre le paludisme; nutrition; promotion de l'hygiène; vaccination associée à des campagnes de réduction de la mortalité due à la rougeole; prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles; soins spécialisés pendant l'accouchement et pour le nouveau-né et soins obstétricaux d'urgence; prévention et traitement du VIH et du SIDA; soins fournis en établissement de santé.

Phase deux : la deuxième phase consiste à offrir une panoplie élargie regroupant d'autres interventions néonatales et maternelles, un approvisionnement en eau amélioré et un assainissement adéquat

dans le cadre des politiques nationales et en mobilisant des financements supplémentaires.

Phase trois : la dernière phase vise à introduire et à étendre des interventions innovantes, comme la distribution de vaccins antirotavirus et antipneumococciques, et à stimuler l'offre et la demande de cette panoplie maximum.

Aborder la crise des ressources humaines et financières du secteur de la santé

Dans de nombreux pays, les difficultés économiques et les crises financières ont déstabilisé et porté atteinte au moral du personnel médical, en créant un cercle vicieux de démotivation, de faible productivité, et de sous-investissement dans les ressources humaines. Pour remédier à la crise du personnel de santé dans les pays en développement, un ensemble de mesures devront être prises à plus ou moins longue échéance.

À court terme : l'une des priorités immédiates est de s'assurer que l'expansion des initiatives nationales et mondiales en faveur de la santé maternelle et infantile ne perturbe pas encore davantage le fonctionnement des systèmes de santé et ne provoque pas davantage de départs de personnel.

À court et à moyen terme : il faut rétablir la productivité et le moral des professionnels de la santé en poste, notamment en leur offrant des mesures d'incitation comme des augmentations de salaires et une meilleure supervision. Les effectifs des personnels de santé – y compris les agents de santé communautaires – doivent aussi être augmentés, autant que le permettent la

conjoncture macroéconomique du pays et ses stratégies de réduction de la pauvreté.

À long terme : pour résoudre la crise du personnel de santé, il faudra aussi accroître massivement les possibilités d'éducation et de formation des professionnels de la santé. Si le personnel médical n'est pas mieux formé, et si des financements supplémentaires ne sont pas mobilisés, la crise pourrait s'aggraver, ce qui aurait des conséquences désastreuses sur la santé et la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants.

On ne saurait sous-estimer l'ampleur de ce défi. Pour régler la crise du personnel de santé en Afrique subsaharienne uniquement, l'augmentation des effectifs devra atteindre des sommets sans précédent au cours des dix prochaines années. Pour prodiguer des soins de santé au niveau requis et atteindre les OMD liés à la santé dans cette région, plus de la moitié des 860 000 nouvelles recrues nécessaires devront être des éducateurs communautaires pour la santé et la nutrition. Dans beaucoup de pays en développement, des efforts sont déployés à l'heure actuelle pour augmenter le nombre d'agents de santé communautaires et pour offrir des mesures d'incitation pour diminuer les taux de réduction naturelle des effectifs. Plusieurs pays, dont le Kenya, l'Afrique du Sud et l'Ouganda envisagent d'adopter des programmes nationaux en faveur des agents de santé communautaires, tandis que l'Éthiopie forme 30 000 femmes qui seront chargées de promouvoir la santé maternelle, néonatale et infantile, et de lutter contre le paludisme, le VIH et le SIDA⁸. Des programmes de formation d'agents de santé communautaires sont aussi proposés dans des pays aussi divers que le Burkina Faso, l'Égypte et le Mozambique.

La mise à niveau des compétences des agents de santé actuellement en poste fait partie intégrante d'un élargissement efficace. Une meilleure supervision et un suivi plus régulier, en plus d'incitations et de contrats accordés en fonction de la performance professionnelle, peuvent motiver les agents de santé employés en Afrique subsaharienne.

Pour investir dans les ressources humaines et renforcer les systèmes de santé, il faut disposer de ressources importantes. Les pays dans lesquels l'aide des donateurs est un facteur essentiel du financement de ces programmes ne peuvent pas planifier d'activités à long terme sans s'assurer

qu'ils obtiendront les fonds nécessaires. Pourtant, en calculant le montant de l'aide affectée à la santé maternelle, néonatale et infantile, on constate que les 60 pays prioritaires qui regroupent plus de 90 % des décès d'enfants n'ont reçu que 1,4 milliard de dollars au titre de l'aide publique au développement en 2004, soit 3,10 dollars par enfant⁹. Bien que certains experts soient d'avis que, théoriquement, il sera possible de combler l'écart entre les niveaux actuels et une couverture quasi-universelle d'ici à 2015, l'élargissement des interventions ne pourra pas se faire sans investir massivement dans la santé maternelle, néonatale et infantile¹⁰.

Pour garantir l'accès universel à un continuum de soins de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité, il ne suffit toutefois pas de trouver les fonds nécessaires pour étendre l'offre de services ou payer les prestataires. Pour atteindre les OMD liés à la santé, les stratégies de financement devront s'attacher à éliminer les obstacles financiers qui limitent l'accès des femmes et des enfants aux services, et garantir aux usagers une protection contre les difficultés financières qui pourraient résulter du paiement de leurs soins.

Les implications ne sont pas négligeables. Les frais d'utilisation sont un obstacle important qui limite l'accès, surtout des pauvres, aux services médicaux. Ils ont aussi des répercussions négatives sur la poursuite de traitements onéreux à long terme. Ces aspects négatifs sont partiellement compensés par des retombées bénéfiques sur la qualité des soins.

Les frais d'utilisation ne sont pas les seuls problèmes auxquels les pauvres doivent faire face. Les autres obstacles pécuniaires sont les frais informels, le coût des médicaments, des tests de laboratoire et de radiologie qui ne peuvent pas être effectués dans les établissements publics, les frais de transport, de nourriture et de logement, ainsi que les dépenses liées aux soins dans des établissements privés. Ces dépenses représentent une proportion importante du budget familial, souvent beaucoup trop lourde pour les pauvres. Par ailleurs, un certain nombre d'obstacles liés à la qualité et à l'information, voire des obstacles culturels, limite l'accès des pauvres aux services médicaux. Les chiffres tendent à prouver que les pauvres sont particulièrement touchés par ces obstacles non pécuniaires.

L'élimination des frais d'utilisation pourrait améliorer l'accès aux services de santé, surtout pour les pauvres. Mais cette mesure devra être prise dans le cadre d'un train plus important de réformes comprenant une augmentation budgétaire visant à compenser la perte de revenus, à maintenir la qualité des soins et à répondre à une demande toujours croissante. Il convient aussi d'établir des communications claires avec un large groupe d'acteurs, un suivi minutieux pour s'assurer que les frais officiels ne sont pas remplacés par des frais informels, et que la gestion des nouveaux mécanismes de financement est correctement effectuée.

Si ces conditions ne sont pas satisfaites, il y a peu de chances que les pauvres bénéficient de l'élimination des frais d'utilisation. Dans ces conditions, il faudra rechercher d'autres solutions pour atteindre les pauvres plus efficacement.

Tout le monde ou presque s'accorde à reconnaître que les ressources affectées au secteur de la santé doivent être acheminées par l'intermédiaire d'institutions qui s'efforcent de parvenir à une couverture universelle, plutôt que de financer des projets et des programmes. Les services de santé maternelle, néonatale et infantile doivent faire partie d'une panoplie d'interventions de santé de base couvertes dans tout ensemble de prestations financé par ces institutions. L'augmentation des ressources consacrées à la santé maternelle, néonatale et infantile reposera sur des compromis budgétaires, au sein du budget de la santé ou du budget national. Ces compromis doivent être négociés dans le contexte macroéconomique, qui peut autoriser une augmentation des dépenses sectorielles si la demande est bien étayée. Au niveau national, il convient aussi de mobiliser des ressources en dehors du secteur public en intégrant le secteur privé, les organisations de la société civile, les communautés et les ménages.

Renforcement des systèmes de santé au niveau des districts

Le renforcement des systèmes de santé est une tâche aussi redoutable que complexe, notamment dans beaucoup de pays prioritaires. La décentralisation des systèmes de santé et la préférence donnée aux initiatives prises au niveau des districts peuvent être considérées comme des moyens efficaces pour fournir des

soins efficaces aux familles et aux enfants marginalisés dans les communautés¹¹. Mais la décentralisation n'est pas sans risques : elle peut avoir des conséquences indésirables, par exemple, aggraver les inégalités au sein des communautés, en fonction de facteurs comme la pauvreté, le sexe, la langue et l'appartenance ethnique¹². En outre, même lorsque les efforts de décentralisation ont porté leurs fruits, l'expérience prouve que la transformation d'un district administratif en système de santé opérationnel exige du temps. En 2000, par exemple, seulement 13 des hôpitaux de district du Niger étaient équipés pour pratiquer des accouchements par césarienne. Seulement 17 des 53 hôpitaux de district du Burkina Faso disposaient d'installations adéquates dix ans après la création des districts; de plus, seulement 5 de ces 17 hôpitaux avaient recruté les trois médecins requis pour assurer la continuité des soins pendant toute l'année¹³.

Néanmoins, l'expérience de la décentralisation au cours des dix dernières années permet d'établir que, tout bien considéré, les districts sanitaires offrent aux gouvernements un moyen rationnel d'offrir des soins de santé primaires dans le cadre de réseaux de centres de santé, de pratiques familiales ou de structures équivalentes décentralisées, avec recours possible aux hôpitaux centraux. Là où les districts sont devenus des structures stables et viables, ils ont donné des résultats crédibles et visibles, même dans des conditions difficiles, comme en République démocratique du Congo et en Guinée. De la même façon, le Mali a étendu ses réseaux de centres et services médicaux mis à la disposition des mères et des enfants¹⁴. Dans les pays où la décentralisation s'est accompagnée d'une réforme de l'administration publique, des progrès importants ont été enregistrés en l'espace de quelques années. On peut citer les exemples du Mozambique, du Rwanda et de l'Ouganda, des pays qui ont enduré des années de conflit et de crise économique mais qui ont depuis fait des progrès notables pour réformer les institutions gouvernementales et améliorer leur performance, y compris leurs systèmes de santé¹⁵.

Les travaux sur la manière de garantir un continuum de soins de santé maternelle, néonatale et infantile au niveau des districts doivent être relancés et complétés plus rigoureusement. En particulier,

Égypte : un moyen simple de sauver de jeunes vies

L'ÉGYPTÉ est l'un des pays d'Afrique qui affiche des progrès remarquables en termes de réduction du nombre d'enfants qui meurent avant l'âge de 5 ans. En 1970, le pays déclarait un taux de mortalité des moins de 5 ans de 235 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui signifiait que près de 1 enfant sur 4 ne vivait pas jusqu'à son cinquième anniversaire. En 1990, cependant, le taux avait reculé à 91 pour 1 000 naissances vivantes, et au cours des années qui ont suivi, la mortalité infantile a reculé de plus de deux tiers en Égypte, pour atteindre 35 pour 1 000 naissances vivantes. Aujourd'hui, le pays est sur la bonne voie pour ramener ce chiffre à 30 pour 1 000 naissances vivantes et atteindre la cible de l'Objectif du Millénaire pour le développement d'ici à 2015.

Le succès exceptionnel de l'Égypte s'explique par son adoption précoce de la thérapie de réhydratation orale (TRO) pour traiter les maladies diarrhéiques chez les nourrissons. À la fin des années 1970, la diarrhée était responsable d'au moins la moitié des décès de nourrissons du pays et plus de 30 % des admissions d'enfants à l'hôpital lui étaient imputables. En 1977, le Ministère égyptien de la santé a introduit une simple solution composée de sel, de sucre et d'eau propre, connue sous le nom de sels de réhydratation orale (SRO) dans les établissements de santé publique et il s'est lancé dans la production locale de sachets de SRO. Au départ, le traitement a eu de la peine à s'imposer. En 1982, de 10 à 20 % seulement des cas de diarrhée étaient traités par les SRO et la plus grande partie des sels produits restaient sur les étagères des entrepôts et des dispensaires. À la place, les traitements les plus répandus consistaient à administrer des anti-diarrhéiques inefficaces, tandis que les médecins recommandaient couramment aux mères de limiter les fluides et les aliments, et d'interrompre l'allaitement maternel.

Sur la base du succès remporté par les essais cliniques effectués au niveau communautaire l'année précédente, en 1981 l'Égypte a créé le Projet national de lutte contre les maladies diarrhéiques avec l'appui de donateurs et consultants extérieurs. Plusieurs acteurs ont participé à ce projet :

Ministère de la santé et d'autres agences gouvernementales, le secteur privé, des associations professionnelles et des organisations internationales, notamment l'OMS et l'UNICEF. En 1984, le programme est devenu totalement opérationnel. Il a débuté par une étude pilote afin de tester les diverses méthodes et de réunir des informations de base pertinentes pour toutes les interventions; l'élargissement a été effectué sur la base de ces informations.

Les principaux volets du projet ont été les suivants : renforcement de la production locale, création d'un large réseau de distribution, formation des prestataires de soins, conception et création d'une marque pour le produit, promotion et commercialisation. La télévision a été utilisée comme support publicitaire lorsque les études ont révélé que 90 % des ménages possédaient un téléviseur. Des annonces du service public ont sensibilisé à la TRO les communautés rurales affichant des taux élevés d'analphabétisme. Des centres d'apprentissage de la réhydratation ont été établis à tous les niveaux, des dispensaires locaux aux universités et aux hôpitaux centraux. Les médecins et les infirmières ont suivi des cours sur la thérapie de réhydratation orale et ce traitement a été inscrit au programme d'étude des écoles d'infirmières et de médecine.

Les résultats ne se sont pas fait attendre : en 1986, près de 99 % des mères de famille égyptiennes connaissaient les SRO, l'utilisation de la solution était très répandue et la plupart des femmes savaient comment mélanger correctement les sels à l'eau. Le nombre d'enfants amenés dans des dispensaires pour être traités contre la diarrhée est passé de 630 000 en 1983 à 1,4 million en 1985. La mortalité infantile a reculé de 36 % et la mortalité des moins de 5 ans de 43 % entre 1982 et 1987. La mortalité liée à la diarrhée a chuté de 82 % pendant cette période pour les nourrissons et de 62 % pour les enfants de moins de 5 ans. Selon les estimations, la campagne en faveur de l'utilisation de la TRO aurait permis d'éviter 300 000 décès d'enfants entre 1982 et 1989.

L'intervention s'est avérée rentable. Le coût moyen par enfant traité par la thérapie de réhydratation orale a été estimé à moins de 6 dollars, et le coût par décès évité entre 100 et 200 dollars. Aujourd'hui, le droit fondamental à la survie est respecté pour la majorité des

enfants d'Égypte. Cependant, 1 enfant sur 28 en Égypte ne survit pas jusqu'à l'âge de 5 ans, et les taux de mortalité infantile en Haute Égypte – la région la plus pauvre, essentiellement rurale du pays, située au sud de la zone fertile et urbanisée du delta du Nil – semble incongru par rapport au reste du pays et à l'Afrique du Nord en général.

Même dans les pays où la TRO est encouragée, des obstacles empêchent la couverture d'augmenter et de prévenir des décès dus aux maladies diarrhéiques. La majorité des dispensaires ne prescrivent pas la TRO et choisissent la thérapie intraveineuse. Il faut encourager les médecins et autres soignants du secteur privé à utiliser la TRO. Il faut aussi s'attaquer aux causes sous-jacentes de la diarrhée, notamment un accès limité à l'éducation, le pouvoir restreint des femmes, et l'absence d'accès à l'eau salubre et à des moyen améliorés d'assainissement.

L'Égypte peut être fière de son taux de plus de 98 % pour l'utilisation de sources d'eau potable et de 70 % pour l'utilisation de moyens améliorés d'assainissement; ses taux de vaccination contre les six maladies infantiles principales dépassent les 98 %. Par contre, elle est à la traîne concernant la prévalence de l'allaitement exclusif au sein, tout comme d'ailleurs la sous-région de l'Afrique du Nord. Selon les estimations les plus récentes, 14 % des nouveau-nés souffrent d'insuffisance pondérale à la naissance et 38 % seulement d'entre eux sont nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois cruciaux de leur vie. Ce chiffre représente la moyenne exacte des pays en développement en général, mais il ressort particulièrement dans une sous-région où la majorité des autres indicateurs de la santé de l'enfant sont supérieurs à la norme.

Malgré le succès remarquable de la TRO en Égypte, la viabilité du programme pourrait être menacée par le manque d'argent. L'expérience prouve que lorsque le financement des programmes de réhydratation orale prend fin, les taux d'utilisation de la TRO chutent rapidement. Ces reculs rapides indiquent que le changement de comportement est loin d'être répandu, même chez les professionnels de la santé, et que l'éducation et la formation doivent être poursuivies.

Voir Références, page 52.

il faudrait envisager de réorienter les systèmes de santé nationaux pour créer des conditions favorables au bon fonctionnement des systèmes de santé et de nutrition offrant un continuum de soins au niveau des districts. Une analyse systématique et des études de cas menées dans les pays qui ont testé cette approche pourraient fournir des indications utiles sur le fonctionnement des processus d'élaboration des politiques et les améliorations à leur apporter. Certains problèmes importants subsistent – comme le renforcement des capacités institutionnelles et la collecte d'informations stratégiques pour affecter et contrôler les flux de ressources et les performances des systèmes de santé – et les professionnels les connaissent bien. Il y a aussi consensus sur le fait que des méthodes efficaces de suivi et d'évaluation des progrès sont indispensables à une bonne gouvernance du système.

Le choix d'une approche axée sur les résultats et ayant fait ses preuves pour élaborer un continuum de soins de santé primaires de qualité destinés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, suppose un examen des meilleures informations, données et analyses pour en tirer des leçons utiles qui étayeront notre action, aujourd'hui et à l'avenir. Il est clair qu'il reste beaucoup à faire pour réunir des informations et des connaissances sur le renforcement des capacités à des fins d'élaboration de politiques, de réglementation et de direction susceptibles de contribuer au secteur de la santé dans son ensemble, ainsi qu'à l'organisation d'un continuum de soins maternels, néonataux et infantiles au niveau du district.

Développer les systèmes de santé pour obtenir des résultats

Dans le cadre de l'harmonisation de l'aide et de l'élargissement des activités, notamment en Afrique, les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et d'autres indicateurs servent de plus en plus de critères d'évaluation des résultats. Cet accent mis sur les résultats vise à créer une synergie entre ce qui a été accompli et les efforts fournis. De plus en plus, le développement des systèmes de santé s'inscrit dans la réalisation des

OMD et n'est plus considéré comme une démarche à part.

Cette corrélation entre les systèmes et les résultats a été soulignée dans le Cadre stratégique de l'Union africaine pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, préparé conjointement par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale, et présenté à l'Union africaine en novembre 2007. Ce cadre analyse les goulets d'étranglement dans les systèmes de 16 pays africains et simule l'impact potentiel que leur suppression aurait sur les OMD dans chacun de ces pays. En s'appuyant sur ce cadre, une bonne dizaine de pays d'Afrique modifient actuellement leurs plans et mécanismes budgétaires, en particulier leurs Documents stratégiques de réduction de la pauvreté, leurs plans de développement du secteur de la santé, leurs approches sectorielles et leurs cadres de dépenses à moyen terme, afin que le renforcement de leurs systèmes de santé se traduise par des résultats concrets pour les mères et les enfants.

Établir des critères et des indicateurs de résultats concernant le développement des systèmes de santé

Les indicateurs associés aux OMD liés à la santé peuvent servir de repères utiles ou de variables de remplacement pour évaluer la performance des systèmes de santé. De nouvelles initiatives visent à fournir une aide aux gouvernements pour qu'ils obtiennent les résultats convenus dans des zones cibles sélectionnées en accordant des financements qui tiennent compte des résultats et en établissant un dispositif d'incitation adéquat. L'objectif est d'atteindre des cibles précises de couverture par des services dont le lien avec l'amélioration de la santé et de la survie maternelles, néonatales et infantiles est bien connu – par exemple : la proportion d'accouchements effectués dans un établissement accrédité; la couverture par les trois doses de vaccin



Gambie : un moment de tendresse entre une mère et son enfant.

contre la diphtérie, l'anatoxine tétanique et la coqueluche; ou la couverture par les moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les zones où le paludisme est endémique. Ces résultats et ces cibles seraient choisis en fonction des facteurs de risque qui contribuent à la mortalité et à la morbidité dans chaque pays.

Obtenir un engagement politique national

Lorsque les pays exercent un contrôle et que le secteur public assume la direction

des programmes, les chances de réussite de l'élargissement sont multipliées. À maintes reprises, on a vu que lorsque les gouvernements prennent des initiatives et s'engagent à élargir des projets pilote et à petite échelle dont l'efficacité a été prouvée, il est possible de parvenir rapidement à une couverture nationale. Les gouvernements peuvent fournir les capacités et la détermination nécessaires pour créer un réseau national fondé sur la santé à l'échelle de la communauté.

La stabilité, autant politique que macroéconomique, ainsi qu'un budget solide, sont indispensables pour mobiliser

les ressources institutionnelles, humaines et financières indispensables pour renforcer les systèmes de santé et les services de nutrition. Dans un grand nombre de pays, notamment en Afrique subsaharienne, les difficultés rencontrées pour atteindre les OMD s'expliquent par un manque de stabilité politique ou économique. Dans ces conditions, il convient de mobiliser tous les responsables qui ont un réel pouvoir décisionnel dans la société, que ce soit au niveau national où sont formulées les grandes politiques sectorielles ou à divers niveaux sous-nationaux (provincial, de district), où intervient l'interaction avec les communautés.

L'investissement dans la survie de l'enfant et dans les autres OMD liés à la santé en Afrique subsaharienne

LES stratégies formulées dans « A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa » – un document préparé à la demande de l'Union africaine en juillet 2005 – devraient créer, en relativement peu de temps, les conditions minima requises pour accroître la couverture des soins de santé primaires en Afrique subsaharienne.

Il s'agit d'une gamme minimum de services de faible coût, de fort impact et ayant fait leurs preuves, qui peuvent être offerts dans le cadre des soins familiaux et communautaires, des services destinés à la population et des soins cliniques.

Les principales interventions devraient être les suivantes : administration d'antibiotiques contre la pneumonie et les infections néonatales; associations de médicaments antipaludiques; alimentation des nourrissons et promotion de l'hygiène; moustiquaires imprégnées d'insecticide; thérapie de réhydratation orale; accouchements assistés par un personnel qualifié; distribution de suppléments de vitamine A, prévention et soins du SIDA pédiatrique, et soins obstétricaux et prénatals d'urgence.

Ces stratégies et interventions devraient permettre d'améliorer la nutrition des enfants, la mortalité maternelle, la condition de la femme et de contribuer à la réduction de la pauvreté en donnant aux femmes les moyens de se prendre en charge.

Au cours de la phase une, on estime que cette stratégie pourrait faire reculer

de plus de 30 % le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique, et entraîner au départ une baisse de 15 % de la mortalité maternelle à un coût annuel progressif estimé entre 2 et 3 dollars É.-U. par habitant, ou environ 1 000 dollars É.-U. par vie sauvée.

Au cours de la phase deux, on estime que l'extension d'une panoplie de soins élargie permettrait de faire reculer de plus de 45 % le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la région, tout en réduisant la mortalité maternelle de 40 % et la mortalité néonatale d'environ 30 %. Le coût économique annuel progressif de ces mesures est estimé à environ 5 dollars É.-U. par habitant, ou moins de 1 500 dollars É.-U. par vie sauvée.

Au cours de la phase trois, on estime qu'en atteignant les limites de couverture effective grâce à une panoplie d'interventions maximum, les pays pourraient atteindre les principales cibles des OMD 1, 4, 5 et 6 ou s'en rapprocher en réduisant de plus de 60 % les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et les taux de mortalité maternelle, en réduisant de moitié le taux de mortalité néonatale et en réduisant de moitié l'incidence du paludisme et de la dénutrition. Le coût économique annuel progressif de mise en œuvre de la phase trois est estimé à entre 12 et 15 dollars É.-U. par habitant, ou environ 2 500 dollars É.-U. par vie sauvée.

Si l'on suppose un rythme progressif de mise en œuvre, le financement supplémentaire annuel requis pour réaliser cette accélération en trois phases sera de 2 à 3 dollars É.-U. par habitant et par an pour élargir la panoplie minimum en phase une; et il passera de plus de 12 à 15 dollars É.-U. par habitant et par an pour élargir la panoplie maximum d'ici à 2015 en phase trois. Il faut noter que l'estimation de ces montants a été faite récemment à l'aide d'outils différents de calcul des coûts, qui ont tous produit des

projections similaires, ce qui permet de penser qu'elles sont fiables.

Elles correspondent à l'achat de marchandises, de médicaments et de fournitures. Une fraction importante de ces coûts recouvre l'achat de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de médicaments. Les coûts sont répartis entre les ressources humaines, les établissements et équipements médicaux, la promotion, la création d'une demande, le suivi et l'évaluation.

Le Cadre stratégique propose le scénario de cofinancement suivant : à chacune des trois phases, près de la moitié des fonds supplémentaires requis pour élargir la panoplie minimum proviendrait des budgets nationaux, y compris le soutien budgétaire, 15 % proviendrait des frais et débours divers, et un tiers proviendrait du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFTAM), de l'UNICEF, de la Banque mondiale, de l'OMS et d'autres donateurs.

Voir Références, page 52.



Maroc : un timbre poste de 1984 sur le thème de la « survie de l'enfant ».



Égypte : une agente de santé communautaire rend visite à une mère qui vient d'accoucher dans un village de la vallée du Nil.

5 Unissons-nous pour la survie de l'enfant en Afrique

Les progrès significatifs enregistrés par l'Afrique du Nord en termes de réduction du nombre de décès d'enfants au cours des dernières décennies, les succès remportés par plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, l'élargissement rapide de plusieurs interventions préventives, et le cadre commun d'organismes internationaux en faveur de la santé maternelle et infantile en Afrique sont autant de raisons d'être optimistes quant à l'issue de la lutte contre la mort et la maladie sur le continent africain. Mais seul un effort sans précédent permettra de transformer les bonnes intentions en action et la rhétorique en réalité. On ne saurait sous-estimer le défi : l'Afrique subsaharienne est confrontée à la tâche gigantesque qui consiste à faire

reculer la mortalité infantile de 10 % par an au minimum au cours des huit prochaines années si elle veut atteindre l'OMD 4 en temps voulu. Au niveau sous-régional, la principale difficulté pour l'Afrique du Nord sera de conserver les progrès accomplis au cours des dernières décennies tout en réduisant les inégalités et les disparités. Pour les quatre grandes sous-régions d'Afrique subsaharienne, le défi est colossal, surtout pour l'Afrique centrale et l'Afrique australe, qui affichent une augmentation de la mortalité des moins de 5 ans depuis 1990. Dans ces deux sous-régions, la difficulté consiste à mettre un frein, puis à inverser, la progression de la mortalité des moins de 5 ans en trouvant une solution aux problèmes qui affectent les conditions

de vie des enfants - le conflit civil en Afrique centrale et l'épidémie de SIDA en Afrique australe. Sans améliorations rapides et durables dans ces secteurs, les efforts visant à faire reculer la mortalité infantile en élargissant la couverture des traitements préventifs et curatifs des maladies infantiles seront vains. L'Afrique de l'Est (y compris Djibouti et le Soudan) et l'Afrique de l'Ouest doivent étayer les progrès accomplis en matière de réduction des décès d'enfants depuis 1990.

Il n'est pas utopique d'espérer relever le défi de la survie de l'enfant en Afrique subsaharienne. Les Objectifs du Millénaire pour le développement ne sont pas un projet imaginé par un groupe de rêveurs, mais le résultat d'une réflexion profonde

et de calculs effectués par les principaux dirigeants politiques de la planète, des spécialistes du développement, des économistes et des scientifiques, et ils représentent un nouvel espoir d'accélération des progrès en faveur du développement humain en Afrique. Ce rapport s'est fait l'écho des victoires remportées en matière de survie et de santé de la mère et de l'enfant en Afrique lorsqu'il a été possible de combiner tous les ingrédients du succès : engagement des dirigeants, volonté politique, ressources suffisantes, stratégies solides et action concertées entre tous les acteurs.

Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en Afrique, il faudra redoubler d'efforts en élargissant les partenariats communautaires en matière de santé primaire, en créant des continuums de soins viables et en développant des systèmes de santé dans l'optique des résultats. Il faudra aussi rien moins qu'un investissement massif dans tous les secteurs du système de santé – des niveaux familiaux et communautaires, jusqu'aux services de proximité et soins en établissement – tout particulièrement dans les pays qui sont loin derrière le

peloton. Pour atteindre les objectifs, la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants doit devenir un impératif régional, déterminé au plus haut niveau, et figurer au centre des priorités internationales pour l'Afrique.

La Situation des enfants en Afrique 2008 propose six actions capitales, à mener au macro-niveau et qui exigent un engagement commun :

- *Créer un milieu favorable à la survie et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant* en s'assurant que les systèmes et les programmes sont fondés sur les droits – et en soutenant la paix, la sécurité, la protection de l'enfance, l'enregistrement des naissances, la non-discrimination, l'égalité des sexes et les moyens d'action pour les femmes.
- *Établir et renforcer le continuum de soins dans le temps et dans l'espace.* Ce continuum doit permettre de fournir des services essentiels à des étapes clés du cycle de vie des mères et des enfants. Des liens vigoureux doivent aussi être établis entre le foyer, la communauté et des services de proximité, ambulatoires et cliniques de qualité dans les établissements de soins de santé primaires et dans les hôpitaux de district.
- *Élargir des panoplies de services essentiels en renforçant les systèmes de santé et les partenariats communautaires* dans le cadre d'initiatives visant à renforcer les compétences des agents de santé, élargir les services de proximité, éliminer les goulets d'étranglement et exploiter de nouvelles technologies et paradigmes.
- *Développer les bases de données, la recherche et les données probantes.* Bien que nous disposions de données probantes sur la santé maternelle et infantile grâce à un large éventail de ressources, il existe toujours une demande de collecte et diffusion de données plus rigoureuses, ainsi que de recherche et évaluation.
- *Réunir des ressources en faveur des mères, des nouveau-nés et des enfants.* L'aide extérieure augmente, mais pas assez vite pour atteindre les objectifs



Soudan : une mère et son enfant dans l'ouest du Darfour.

Pourquoi la bonne gouvernance est une bonne nouvelle pour les enfants africains

par Joaquim Alberto Chissano

J'AI eu le privilège de diriger mon grand pays, le Mozambique, et dans ce contexte j'ai appris pratiquement et précisément comment le leadership peut et doit inspirer et faire avancer les nations et les peuples. Aujourd'hui, à huit ans de la date butoir de 2015 fixée pour atteindre la cible des Objectifs du Millénaire pour le développement, j'aimerais vous parler de ce que j'ai appris en tant que chef d'un État africain sur la gouvernance et ses bienfaits potentiels pour mon continent bien-aimé.

Les Objectifs du Millénaire pour le développement ont un visage humain, le visage des enfants et de leurs familles qui tous espèrent et luttent pour une vie meilleure, plus saine, plus sûre. La réalisation des OMD ne sera pas un succès abstrait, immatériel, ce sera un immense succès humain, un immense bond en avant pour tous les enfants et les familles de tous les pays. Rien que pour cette raison déjà, les dirigeants africains doivent concentrer leur énergie sur la réalisation des OMD.

L'Afrique subsaharienne est aujourd'hui à l'orée d'une renaissance économique. Toutefois, les bénéfices ne se feront sentir que lorsque nos enfants commenceront à jouir d'une meilleure santé et éducation, d'une meilleure nutrition et de meilleurs services sociaux. C'est alors que la renaissance contribuera en profondeur à une répartition plus équitable des ressources et que nos sociétés s'épanouiront, favorisant ainsi une contribution de plus en plus importante de l'Afrique à la culture humaine, à la science et à l'art.

Cependant, nous savons que comme continent, nous sommes en queue de peloton dans la grande course vers 2015, et que nous devons aller plus loin et plus vite que les autres pays. L'exemple consternant des décès d'enfants suffit à illustrer combien la distance à parcourir est grande. La moitié des 9,7 millions d'enfants qui sont morts avant leur cinquième anniversaire en 2006 vivait en Afrique subsaharienne. Nous perdons nos enfants à un rythme beaucoup plus rapide que n'importe quelle autre région du monde : 160 enfants de moins de 5 ans meurent chaque année en Afrique subsaharienne pour chaque tranche de 1 000 naissances vivantes. Pour l'Asie du Sud, qui affiche le deuxième taux les plus élevé, le chiffre est de 83.

Les facteurs qui nous coûtent tant de vies d'enfants et qui compromettent le développement de tant d'autres enfants peuvent sembler impossibles à éliminer. Les conspirateurs qui sapent le progrès sont entre autres l'absence de développement économique qui mène à la pauvreté, aux guerres, à la maladie et à la corruption.

Contre ces ennemis, l'Afrique subsaharienne a obtenu des victoires, mais nos succès sont relégués à l'arrière-plan et trop souvent insuffisants. Il est donc essentiel que les dirigeants jettent un regard nouveau sur les priorités à adopter et la manière de réorienter les énergies et les ressources vers ce qui est juste, efficace et précieux.

L'Afrique, par exemple, perd près de 18 milliards de dollars par an à cause de la guerre, des conflits civils et des insurrections. Lors des conflits, l'économie d'un pays africain diminue de 15 % par an. Ce taux n'est pas seulement synonyme de souffrance et de pertes humaines, mais il dépasse les 12 milliards de dollars dont notre continent a besoin pour améliorer l'éducation, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, et la protection contre la tuberculose et le paludisme pour nos populations vulnérables. Il est aussi supérieur au montant nécessaire pour lutter contre le VIH et le SIDA en Afrique, une facture annuelle de 16,3 milliards de dollars.

Mon pays a traversé 16 ans de conflit armé au cours desquels environ 1 million de mes compatriotes ont péri. Peu après mon accession à la présidence en 1986, j'ai entrepris de larges réformes et fait de la paix mon objectif numéro un. Aujourd'hui, tout le monde s'accorde à reconnaître que le Mozambique est fort et vibrant, avec une croissance économique moyenne de 8 % entre 1996 et 2006, l'un des taux les plus élevés d'Afrique. Ainsi l'indice numérique de pauvreté a reculé de 15 points de pourcentage entre 1997 et 2003, selon la Banque mondiale, permettant ainsi à près de 3 millions de personnes d'échapper à l'extrême pauvreté (sur une population totale de 20 millions).

Plusieurs pays africains traversent une période de paix sans précédent dans l'histoire de ce continent, et pourtant, ils continuent à affecter leurs ressources comme s'ils étaient en guerre. Je lance un appel à nos dirigeants pour qu'ils réexaminent leurs priorités et pensent aux occasions perdues quand ces ressources ne sont pas investies dans la santé et l'éducation de nos peuples.

L'autre immense charge pour nos trésoreries et nos populations est le lourd fardeau de la dette qui pèse sur le continent. Rien qu'en 2004, par exemple, l'Afrique subsaharienne a versé 15 milliards de dollars au titre d'une dette de 220 milliards de dollars, soit un décaissement de 41 millions de dollars par jour. Grâce à l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale et à d'autres initiatives, ces dettes ont été considérablement réduites pour de nombreux pays tandis que d'autres continuent à porter un fardeau bien trop lourd pour eux.

La fuite des ressources à partir de l'Afrique est encore aggravée par le départ chaque année, pour les pays industrialisés, de près de 20 000 Africains parmi les plus brillants et les plus instruits.

La bonne gouvernance est notre meilleur espoir de pouvoir relever ces défis. La gouvernance est synonyme de choix. Elle repose sur un leadership visionnaire qui établira des priorités éclairées, redéploiera les ressources, et sera capable de retenir les compétences et les talents. Les dirigeants, compatissants et motivés, peuvent et doivent élaborer des politiques et investir les ressources nécessaires dans les infrastructures et les services, permettant ainsi aux gens d'améliorer leurs conditions de vie et de protéger la vie de leurs enfants, accélérant ainsi les progrès vers la réalisation des OMD.

Comme je le disais, nous faisons des progrès. La mortalité infantile a reculé de 29 % au Malawi entre 2000 et 2004, et de 20 % en Éthiopie, au Mozambique, en Namibie, au Niger, République-Unie de Tanzanie et au Rwanda. Des progrès fulgurants ont été accomplis en Gambie, Guinée-Bissau, au Malawi, à Sao Tomé-et-Principe, au Togo et en Zambie, où les enfants dorment aujourd'hui sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Cette mesure contribue à faire reculer les décès provoqués par le paludisme, l'une des maladies les plus meurtrières pour les enfants en Afrique subsaharienne.

L'Afrique subsaharienne a besoin de partenaires partout dans le monde dans sa tentative d'établissement d'un leadership éclairé et de réalisation de progrès en faveur des OMD. Mais c'est à l'Afrique d'agir. Nous avons déjà relevé de nombreux défis, nous devons et nous allons aussi relever celui-ci.

L'Union africaine est déterminée à faire de la bonne gouvernance l'un des grands piliers des efforts du continent pour se développer. Le nouveau Partenariat pour le développement en Afrique (NEPAD) est une initiative qui consolide aussi les efforts à cet égard. Les pays membres s'efforcent d'utiliser le NEPAD pour renforcer leurs cadres politiques et administratifs conformément aux principes de démocratie, de transparence, de fiabilité, d'intégrité, de respect des droits de l'homme et de promotion du respect du droit. Outre la gouvernance politique, les pays se penchent aussi sur d'autres questions importantes relatives à la gouvernance économique qui, en conjonction avec les affaires politiques, contribueront au développement et à l'éradication de la pauvreté.

L'Afrique n'a pas besoin d'être convaincue. Ce dont elle a besoin, c'est de dirigeants engagés, aux niveaux national et communautaire, de ressources et d'une excellente gouvernance pour favoriser des changements substantiels et positifs pour les enfants.

Voir Références, page 52.

Joaquim Alberto Chissano fut le deuxième Président du Mozambique pendant 19 ans, de 1986 à 2005. M. Chissano a également occupé la fonction d'Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le nord de l'Ouganda et le sud du Soudan. Il préside aussi la Fondation Joaquim Chissano et le Forum des anciens chefs d'État et de gouvernement africains.

en Afrique. Les gouvernements nationaux doivent également s'acquitter de leurs promesses d'augmenter les dépenses de santé.

- *Faire de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant d'Afrique un impératif régional et mondial.*

Ce qu'il faut faire en Afrique pour améliorer la survie de l'enfant est clair. Les fondations – données, recherche, évaluation – sont déjà solides. Le calendrier est fixé par les Objectifs du Millénaire pour le développement. Les cadres – partenariats communautaires, continuum de soins et renforcement du système de santé dans une optique de résultats – sont de mieux en mieux définis.

Nous savons même combien cela va coûter de faire reculer la mortalité infantile en Afrique. Selon le cadre commun des organismes internationaux en faveur de la survie maternelle et infantile en Afrique, en élargissant les interventions présentées dans ce rapport, les décès d'enfants de moins de 5 ans pourraient diminuer de 35 % d'ici à 2009 pour un coût d'environ

2,50 dollars É.-U. par habitant, soit environ 800 dollars par vie sauvée. La réalisation de l'OMD 4 reposera sur le renforcement des systèmes de santé africains, ainsi que sur l'introduction de nouvelles interventions, comme les vaccins à rotavirus et contre les infections à pneumocoques. Selon l'analyse, il est tout à fait possible de sauver la vie de la plupart des 4,9 millions d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année en Afrique. Que valent ces vies? Pour les sauver, il faudra encore 10 dollars par habitant et par an, soit moins de 2 000 dollars par vie.

Lors de la réunion de Gleneagles, en Écosse, en 2005, les principales nations industrialisées ont promis de doubler leur aide à l'Afrique d'ici à 2010. Pourtant, au milieu de 2007, il n'y avait pas grand-chose à montrer¹. Les pays africains aussi ont failli à leur devoir envers les enfants. La Déclaration d'Abuja, adoptée lors du Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses en 2001, s'est achevée sur la promesse de consacrer 15 % des budgets nationaux à la santé². Sept ans plus tard, rares sont les pays qui ont réussi à le faire.

Faire de la survie de l'enfant en Afrique un impératif régional et mondial

Nombreux sont ceux qui ont entendu l'appel en faveur de la survie de l'enfant. Depuis les premières années de la révolution de la survie de l'enfant, les partenariats mondiaux pour la santé, souvent financés par des sources privées, ont proliféré, redonnant vigueur au secteur au cours des dernières années. L'UNICEF est partenaire de plusieurs d'entre eux et les soutient, comme par exemple le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'Alliance GAVI, Faire reculer le paludisme, le Partenariat international pour la santé, Women Deliver, la Catalytic Initiative, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, l'Initiative d'enrichissement de la farine, etc.

Ces alliances et d'autres encore ont eu l'avantage d'attirer l'attention du grand public sur ces problèmes de santé. La recherche et le développement parrainés

Les téléphones portables au service de la santé

AUCUNE autre région du monde n'a autant bénéficié de l'introduction des téléphones portables que l'Afrique, et la propagation rapide de cette technologie peut avoir un impact positif sur la survie de l'enfant et sur d'autres initiatives de santé publique. Au cours des 10 dernières années, pratiquement tous les pays d'Afrique ont lancé des systèmes sophistiqués de téléphonie portable, et le nombre de personnes qui ont aujourd'hui accès au téléphone a été multiplié par cent – soit le taux de croissance le plus élevé du monde en termes d'usagers des téléphones cellulaires. La couverture varie profondément selon les pays, allant de 724 téléphones portables pour 1 000 habitants en Afrique du Sud à 32 pour 1 000 au Rwanda. Mais au total, 60 % des Africains vivent dans des zones disposant d'une couverture cellulaire, un taux qui devrait atteindre 85 % d'ici à 2010.

Il semblerait que la technologie mobile puisse jouer un rôle potentiellement

important en faveur de la santé de l'enfant et qu'elle pourrait faire reculer la mortalité infantile en Afrique et dans le reste du monde. Les téléphones portables peuvent combler le fossé dans les zones rurales où les populations n'ont pas accès à des téléphones fixes, et leur utilisation pour la transmission d'informations sanitaires pourrait se développer considérablement en Afrique. Par exemple, les téléphones portables jouent déjà un rôle dans l'amélioration des soins aux personnes vivant avec le VIH en améliorant la communication et en reliant les patients au système de santé. Les SMS peuvent être utilisés pour faire passer des messages sur la santé de la procréation et la prévention du VIH, en particulier aux jeunes.

Lorsque l'épidémie du SIDA menace la vie des parents et des personnes qui élèvent les enfants, les progrès médicaux améliorent leurs chances de survie. Une organisation à but non lucratif sud-africaine fournit un téléphone portable qui permet aux conseillers thérapeutiques qui travaillent avec des patients sous traitement antirétroviral de saisir et

transmettre des données dans le cadre du suivi du traitement – en envoyant instantanément des informations vitales comme les symptômes et le respect du traitement prescrit à une base de données centrale. Au Rwanda, la technologie de la communication permet d'élaborer un système unifié fournissant rapidement aux gestionnaires de la santé locaux et nationaux des informations à des fins de planification, tandis qu'une autre initiative permet aux responsables de la santé et aux prestataires de services de consulter, analyser et réagir immédiatement à des données vitales.

Ces applications pourraient libérer les agents sanitaires qui consacrent du temps à préparer et envoyer des rapports sur papier, leur permettant ainsi de consacrer ce temps à utiliser leur formation pour améliorer la santé des enfants. Les initiatives actuelles sont en train d'être évaluées et les avantages sont testés, mais des plans visent déjà à renforcer l'utilisation des téléphones portables pour améliorer les soins dans un plus grand nombre de pays d'Afrique.

Voir Références, page 52.

par ces partenariats commencent à porter leurs fruits. Certains de ces partenariats ont été très efficaces pour donner aux communautés accès à des médicaments à prix réduit dont la qualité est toutefois garantie, ainsi qu'à des vaccins. D'autres contribuent à améliorer les politiques nationales et à soutenir les réformes administratives. D'autres encore contribuent à l'établissement de normes dans les protocoles de traitement³.

L'Afrique a reçu beaucoup plus d'attention concernant les problèmes de santé et l'intensification des efforts dans la lutte contre les maladies commence à porter ses fruits; on constate par exemple une forte réduction des décès provoqués par la rougeole sur le continent. On a pourtant fait remarquer que, soucieux uniquement de résultats, les partenariats mondiaux ont souvent le regard rivé sur les donateurs et les produits, plutôt que sur les pays et les populations. Par ailleurs, le fait de privilégier la lutte contre une maladie unique a souvent

été synonyme de dépendance excessive envers les interventions verticales, au détriment de l'intégration des services et du renforcement des systèmes de santé nationaux. Le message que l'on a largement entendu – et dont on a tenu compte – est que les pays africains doivent prendre les rênes et trouver leurs propres solutions à leurs problèmes de santé. À cet effet, il faudra renforcer l'harmonisation et l'alignement avec les priorités, les systèmes et les procédures des pays en développement. C'est bien la position qui a été adoptée dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, qui donne un cadre dans lequel donateurs et pays en développement peuvent cultiver leur potentiel.

L'Afrique est le continent où surviennent plus de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans de par le monde. C'est aussi le continent « le plus jeune » puisque près de 50 % des habitants d'Afrique subsaharienne ont moins de 18 ans. Cependant, à mi-parcours de la

course vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, les progrès en faveur de l'accélération de la survie de l'enfant en Afrique au sud du Sahara ont été lents, et la région est loin d'avoir pu conserver le rythme désiré. C'est une triste constatation, car si nous ne répondons pas à l'attente des citoyens les plus jeunes du continent, qu'aurons-nous réellement accomplis? Et que dire de nos priorités?

Le défi consiste à vaincre notre cynisme, secouer notre léthargie et oublier les promesses qui n'ont pas été respectées. Les 147 millions d'enfants africains qui ont moins de 5 ans comptent sur nous pour garantir leur survie, leur santé et pour les aider à devenir des êtres humains productifs. Il nous faut adopter de toute urgence l'objectif de la survie et de la santé des mères et des enfants en Afrique pour lutter avec un regain de vigueur et une vision plus claire, dans le respect des principes de justice sociale et du caractère sacré de la vie.



Kenya : une femme avec son bébé sur le dos, début 2008.

CHAPITRE 1

- ¹ Sauf indications contraires, toutes les statistiques et analyses de tendances se fondent sur des données publiées par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance dans *La Situation des enfants dans le monde 2008*, UNICEF, New York, décembre 2007.
- ² Organisation mondiale de la Santé, *Improving Child Health in the Community*, OMS, Genève, décembre 2002, pp. 4, 7 et 11.
- ³ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : un bilan de la nutrition, Numéro 4*, UNICEF, New York, 2006, pp. 2, 9.
- ⁴ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : un bilan de l'eau et de l'assainissement, Numéro 5*, UNICEF, New York, 2006, p. 32.
- ⁵ Ibid., p. 5.
- ⁶ Ibid.
- ⁷ Organisation mondiale de la Santé, 'Relevé épidémiologique hebdomadaire', 20 novembre 2007, No. 48, 2007, OMS, Genève, pp. 418-424.
- ⁸ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : un monde digne des enfants, bilan statistique, Numéro 5*, UNICEF, New York, 2007, pp. 36-37; Fond des Nations Unies pour l'enfance et Faire reculer le paludisme, *Malaria & Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, New York, 2007, pp. 14-18, 21.
- ⁹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, 'Le point sur l'épidémie de SIDA 2007', ONUSIDA et OMS, Genève, 2007, p. 1.
- ¹⁰ De Cock, Kevin M., et al., 'Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries: Translating research into policy and practice', *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, no. 9, 1 mars 2000, pp. 1175-1182.
- ¹¹ Organisation mondiale de la Santé, *Making a Difference in Countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health*, OMS, Genève, 2006, p. 10.
- ¹² Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2007*, UNICEF, New York, décembre 2006, pp. 17-21.
- ¹³ Victora, Cesar G., et al., 'Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough', *The Lancet*, vol. 362, no. 9379, 19 juillet 2003, pp. 234-235.
- ¹⁴ Barnett, Tony, et Whiteside, Alan, 'Poverty and VIH/SIDA: Impact, coping and mitigation policy', in *SIDA, Public Policy and Child Well-Being*, rédaction : Giovanni Andrea Cornia, UNICEF, Centre de recherche Innocenti, Florence, 2002.

ENCADRÉS CHAPITRE 1

Malawi : un pays et ses progrès en termes de survie de l'enfant

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2008*, UNICEF, New York, décembre 2007; Gouvernement du Malawi, *World Fit for Children (WFFC) Progress Report for Malawi*, décembre 2006, pp. 24-26; Lucas Jane E., et al., 'Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the-art review of the humanrights-based approach to programming in the context of accelerated child survival', UNICEF New York et UNICEF Nairobi, 2005.

Afrique du Sud : sauver des vies d'enfants grâce à un diagnostic précoce

Dorrington, Rob, et al., *The Demographic Impact of VIH/SIDA in Afrique du Sud: National and provincial indicators for 2006*, Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council et Actuarial Society of South Africa, Le Cap, 2006; Department of Health (Afrique du Sud), 'South African National VIH and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa 2006', Pretoria, 2007, p. 22.

Sierra Leone : plan unifié pour faire baisser les taux de décès de la mère et de l'enfant

Rapport de l'UNICEF.

Aider les enfants des conflits à survivre

Rapport de l'UNICEF.

CHAPITRE 2

- ¹ Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale, 'Reducing Poverty, Sustaining Growth: Scaling up poverty reduction', Processus d'apprentissage et conférence mondiale de Shanghai, 25-27 mai 2004, résumé des études de cas, Banque mondiale, Washington, D.C., 2004, pp. 147-148.
- ² Claeson, Mariam, et Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 78, no. 10, 2000, p. 1235.
- ³ Armstrong Schellenberg, Joanna R. M., et al., 'Effectiveness and Cost of Facility-Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania', *The Lancet*, vol. 364, no. 9445, 30 oct. 2004, p. 1583.
- ⁴ Lucas, Jane E., et al., 'Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state of the art review of the human rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival', UNICEF New York et UNICEF Nairobi, 2005, p. 86.
- ⁵ Bryce, Jennifer, et al., 'A Retrospective Evaluation of the Accelerated Child

Survival and Development Project in West Africa: Inception Report', présenté à l'UNICEF et à l'Agence canadienne de développement international, 15 jan. 2007; Bryce, Jennifer, et al., 'Independent Evaluation of Accelerated Child Survival and Development (ACSD), presented to the 2nd Global Immunization Meeting, New York, 13-15 fév. 2007; Fond des Nations Unies pour l'enfance, *Accelerated Child Survival and Development in Ghana*, UNICEF Ghana, mars 2005, pp. 1-2.

ENCADRÉS CHAPITRE 2

L'Érythrée trouve le moyen d'atteindre son but

Rapport de l'UNICEF.

Améliorer et harmoniser les plans de santé nationaux

Organisation mondiale de la Santé, Fond des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Banque africaine de développement, Banque mondiale, 'Harmonization for Health in Africa (HHA): An action framework', 2007.

CHAPITRE 3

- ¹ Fond des Nations Unies pour l'enfance et Faire reculer le paludisme, *Malaria and Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, New York, 2007, p. 23.
- ² Save the Children, *State of the World's Mothers 2006: Saving the Lives of Mothers and Newborns*, Save the Children, Londres, 2006, p. 10.
- ³ Ibid., p. 19.
- ⁴ Programme alimentaire mondial des Nations Unies, 'Fortifying food in the field to boost nutrition: Case studies from Afghanistan, Angola and Zambie', PAM, Rome, 2006, p. 4.
- ⁵ Seidel, R., 'Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival interventions', Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Academy for Education Development, avec le soutien de l'UNICEF, 2005, p. 11.
- ⁶ Ibid., p. 14.
- ⁷ Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 365, 12 mars 2005, pp. 977-988, et Seidel, Renata., 'Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival interventions', Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Academy for Education Development, avec le soutien de l'UNICEF, 2005, p. 15.
- ⁸ Fond des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : un bilan de l'eau et de l'assainissement, Numéro 5*, UNICEF, New York, septembre 2006, p. 2.

RÉFÉRENCES

- ⁹ Ibid., p. 3.
- ¹⁰ Ibid., pp. 2, 3.
- ¹¹ Programme des Nations Unies pour le développement, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, PNUD, Londres, 2005, p. 34.
- ¹² Bryce, J., et al., 'Reducing Child Mortality: Can public health deliver?', *The Lancet*, vol. 362, 12 juillet 2003, p. 162.
- ¹³ Soumaré, Alice et Mary Catlin, 'Evaluation of GAVI Immunization Services Support Funding Case Study: Mali,' Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, juin 2004, p. 4.
- ¹⁴ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goal on Child Survival in Africa', projet de rapport préparé à la demande de l'Union africaine, 2006, p. 25.
- ¹⁵ Ibid., p. 16.
- ¹⁶ Wagstaff, A., et Claeson, M., 'The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges', Banque mondiale, Washington, D.C., 2004, p. 132.
- ENCADRÉS CHAPITRE 3**
Partenariats communautaires en matière de nutrition en Éthiopie, au Malawi et au Soudan
Collins, Steve, et al., 'Management of severe acute malnutrition in children', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 décembre 2006, p. 1992; Collins, Steve, et al., 'Key issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', Document technique d'information, Organisation mondiale de la Santé, novembre 2005, Genève.
Gambie, Maroc et Ghana : élargissement des services de vaccination pour sauver des vies d'enfants
Center for Global Development, 'Preventing Hib Disease in Chile and the Gambia,' Case 20, CGD, Washington, D.C., pp. 5-6; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2008*, UNICEF, New York, décembre 2007; Organisation mondiale de la Santé, 'Relevé épidémiologique hebdomadaire', no. 39, OMS, Genève, 27 septembre 2002, pp. 325-328; UNICEF et Organisation mondiale de la Santé, *Immunization Summary: The 2007 Edition*, UNICEF-OMS, New York, 2007; Naimoli, Joseph F., et al., *Benchmarking Immunization Program Performance in the Africa Region*, Banque mondiale, Washington, D.C., mai 2005; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The Situation of Moroccan Children: Analysis based on a human rights-based approach*, UNICEF, New York, 2007; Organisation mondiale de la Santé, Ghana, 'Bringing Immunization Services Closer to Communities: The Reaching Every District experience in Ghana,' OMS, Ghana, 2005.
Ghana et Malawi : améliorer l'accès à l'eau salubre et aux installations sanitaires
Programme des Nations Unies pour le développement, *Rapport mondial sur le développement humain 2006*, PNUD, New York, 2006, p. 103; Lane, J., 'Ghana, Lesotho and South Africa: Regional expansion of water supply in rural areas', Annual Report 2006, Water For People, Denver, 2007, p. 19.
Togo : intégration des interventions pour accélérer les progrès en faveur de la survie de l'enfant
Takpa, V., et al., 'Distribution of Insecticide-Treated Bednets During an Integrated Nationwide Immunization Campaign – Togo, West Africa, Décembre 2004,' *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 54, no. 39, 7 octobre 2005, p. 994.
Des soins communautaires pour la survie des enfants au Niger
République du Niger, Système national d'information sur la santé, Recueil 2005 d'informations statistiques sur la santé, Niamey, 2005; République du Niger, Ministère de la Santé publique, District sanitaire de Madarounfa, *Données sur la santé 2006* et Rapport d'activités 2006, *Postes de santé de Madarounfa*; Enquête démographique et sanitaire et Enquête en grappes à indicateurs multiples, Institut national de statistiques, Niamey, Niger, 2006; *Community IMCI implementation by Traditional Birth Attendant and Community Health Worker in Madarounfa and Matameye Health Districts, Republic of Niger, Progress report*, Action for West Africa-Reproductive Health (AWARE-RH), UNICEF et Ministère de la Santé, Niamey, février 2007; République du Niger, Cabinet du Premier Ministre, Secrétariat permanent de la Stratégie de réduction de la pauvreté, 'Combating Poverty: A challenge to all', document préparatoire pour la Conférence sur le financement de la stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté, Bruxelles, 25-26 octobre 2007.
- CHAPITRE 4**
¹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet de rapport préparé à la demande de l'Union africaine, 2006, pp. 4-5, 10-11.
² Lawn, Joy, et Kate Kerber, éditeurs, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Genève, 2006, pp. 3, 5.
- ³ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Objectifs du Millénaire pour le développement on Child Survival in Africa', projet de rapport préparé à la demande de l'Union africaine, 2006, pp. 5-6.
- ⁴ Ibid., p. 24.
- ⁵ Ibid., pp. 24-28.
- ⁶ Mills, Anne, Fawzia Rasheed et Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapitre 3, in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2^{ème} ed., édité par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, p. 101.
- ⁷ Ibid., p. 90.
- ⁸ Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 juin 2007, p. 2121.
- ⁹ Powell-Jackson, Timothy, et al., 'Countdown to 2015: Tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health', *The Lancet*, vol. 368, no. 9541, septembre 2006, p. 25.
- ¹⁰ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet de rapport préparé à la demande de l'Union africaine, 2006.
- ¹¹ Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, pp. 21-22.
- ¹² Ibid., pp. 25-30.
- ¹³ Bodart, Claude, 'The Influence of Health Sector Reform and External Assistance in Burkina Faso', *Health Policy and Planning*, vol. 16, no. 1, mars 2001, p. 74.
- ¹⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, p. 33.
- ¹⁵ Mills, Anne, Fawzia Rasheed et Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapitre 3, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2^{ème} ed., édité par Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, p. 91.

ENCADRÉS CHAPITRE 4

Accorder la « priorité absolue » aux enfants en Angola

Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population et

RÉFÉRENCES

Fond des Nations Unies pour l'enfance, 'Accelerating Child Survival and Development Investment Plan: Revitalizing Angola's primary health services to achieve the health-related Millennium Development Goals – A development investment plan 2007–2013, Phase One: 2007–2009', Luanda, 2007.

Retenir les agents de santé qualifiés et perfectionner leur formation

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Community Health Workers for Africa: An urgent need', document UNICEF pour la réunion de l'Earth Institute sur la crise des ressources humaines, Safari Park Hotel, Nairobi, Kenya, 30 – 31 mai 2007; Organisation mondiale de la Santé, 'The global shortage of health workers and its impact', OMS, Fiche d'information No. 301, avril 2006; Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève, 2006.

Égypte : un moyen simple de sauver de jeunes vies

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants, bilan statistique, Numéro 6*, UNICEF, New York, décembre 2007, p. 56; Levine, Ruth, 'Preventing Diarrheal Deaths in

Égypte', Chapitre 8, *Case Studies in Global Health: Millions saved*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007.

L'investissement dans la survie de l'enfant et dans les autres OMD liés à la santé en Afrique subsaharienne

Fond des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', projet de document préparé à la demande de l'Union africaine, 2006, pp. 5-6, 38-43.

CHAPITRE 5

¹ Nations Unies, *Les Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2007*, ONU, New York, juin 2007, p. 29.

² Martines, José, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', *The Lancet*, vol. 365, 26 mars 2005, pp. 1189-97.

³ Buse, Kent, et Andrew M. Harmer, 'Seven Habits of Highly Effective Global Public-Private Health Partnerships: Practice and potential', *Social Science & Medicine*, vol. 64, no. 2, janvier 2007, pp. 259-271.

ENCADRÉS CHAPITRE 5

Pourquoi la bonne gouvernance est une bonne nouvelle pour les enfants africains

Contribution gracieuse du cabinet de l'ex-Président du Mozambique, Joaquim Alberto Chissano.

Les téléphones portables au service de la santé

Étude réalisée par Vodafone avec le soutien du Centre for Economic Policy Research, citée par la BBC News: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/4331863.stm>; '4 examples for innovative mobilephone use in Africa', par Crisscrossed, (www.crisscrossed.net/2007/08/29/4-examples-for-innovative-mobilephone-use-in-africa/), 29 août 2007; 'Dialling for health in Africa', par Manasee Wagh, dans Biotech 360 (sans date): www.biotech360.com/biotechArticleDisplay.jsp?biotechArticleId=100006.



Côte d'Ivoire : alimentation complémentaire pour un enfant sous-alimenté.

STATISTIQUES

INDICATEUR	AFRIQUE SUBSAHARIENNE ^a	AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRAL ^b	AFRIQUE DE L'OUEST ET AUSTRAL	AFRIQUE DU NORD ^c	MONDE
Indicateurs démographiques					
Population totale (milliers), 2006	787 412	408 886	378 526	154 624	6 577 236
Population des moins de 18 ans (milliers), 2006	394 112	201 297	192 815	57 647	2 212 024
Population des moins de 5 ans (milliers), 2006	130 842	65 785	65 057	16 324	625 781
Survie					
Espérance de vie à la naissance (2006)	51	51	50	71	68
Taux de mortalité néonatale (moins de 28 jours), pour 1 000 naissances vivantes (2000)	44	39	48	20	30
Taux de mortalité infantile (moins d'un an), pour 1 000 naissances vivantes (2006)	94	81	107	30	49
Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes (2006)	157	128	186	35	72
Taux de mortalité des moins de 5 ans, taux annuel moyen de régression (1990–2006)	1,0	1,4	0,7	5,3	1,6
Ratio de mortalité maternelle, pour 1 000 naissances vivantes (2005, ajusté)	900	730	1 100	160	400
Santé et nutrition					
Pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (1999–2006*)	15	15	14	12	15
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale modérée ou grave (2000–2006*)	29	29	28	6	25
Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées (2004)	56	57	55	91	83
Urbain	80	85	76	96	95
Rural	42	44	40	86	73
Pourcentage de la population utilisant des moyens d'assainissement adéquats (2004)	37	38	36	77	59
Pourcentage d'enfants de moins de 1 an vaccinés (2006) contre :					
Tuberculose (BCG)	81	84	79	98	87
Diphtérie/tétanos/coqueluche (DTC1)	84	86	81	98	89
Diphtérie/tétanos/coqueluche, 3 doses (DTC3)	72	78	67	97	79
Polio (polio3)	74	77	70	97	80
Rougeole	72	75	68	96	80
Hépatite B (hepB3)	48	58	38	94	60
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib3)	23	33	13	2	22
Education					
Pourcentage d'enfants entrant en première année de primaire atteignant la cinquième (données administratives;2000–2006*)	70	70	71	92	78**
Taux net de fréquentation dans le primaire (2000–2006*)					
Garçons	64	65	63	94	80
Filles	60	65	57	92	78
Taux net de fréquentation dans le secondaire (2000–2006*)					
Garçons	25	20	30	61	50**
Filles	22	19	25	59	47**
Taux d'alphabétisation des adultes (pourcentage, adultes de + 15 ans, 2000–2006*)	58	60	57	68	78

STATISTIQUES

INDICATEUR	AFRIQUE SUBSAHARIENNE ^a	AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE ^b	AFRIQUE DE L'OUEST ET AUSTRALE	AFRIQUE DU NORD ^c	MONDE
Indicateurs économiques					
Revenu national brut par habitant (dollar É.-U., 2006)	849	1 136	553	2 165	7 406
Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1 dollar É.-U. par jour (1995–2005*)	43	34	52	3	19
Pourcentage des dépenses du gouvernement (1995–2005*) affectées aux secteurs :					
Santé	-	5	-	4	14
Education	-	15	-	19	5
Défense	-	14	-	12	11
Pourcentage du revenu des ménages (1995–2004*) reçu par :					
Les 40 pour cent les plus pauvres	13	11	16	18	20
Les 20 pour cent les plus riches	55	58	49	45	42
VIH/SIDA					
Taux de prévalence chez les adultes (15–49 ans, fin 2007)	5,0 ^d	8,6 ^{d,e}	3,5 ^e	-	0,8
Estimation du nombre de personnes (tous âges confondus), vivant avec le VIH (milliers), 2007	22 500 ^d	17 500 ^{d,e}	6 900 ^e	-	33 200
Estimation du nombre d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH (milliers), 2007	2 000 ^{d,e}	1 400 ^{d,e}	650 ^e	-	2 100
Estimation du nombre d'enfants (0–17 ans) rendus orphelins par le SIDA (milliers), 2007	11 400 ^d	8 700 ^{d,e}	3 300 ^e	-	15 200 ^e
Protection de l'enfant					
Enregistrement des naissances (pourcentage, 1999–2006*) ^o	35	28	41	-	-
Urbain	54	46	58	-	-
Rural	29	23	35	-	-
Mariage d'enfants (pourcentage, 1987–2006*)	39	35	44	13	-
Urbain	24	20	27	10	-
Rural	47	43	53	17	-
Travail des enfants (5–14 ans, pourcentage, 1999–2006*)	33	33	34	7	-
Garçons	34	35	33	9	-
Filles	32	31	34	6	-
Femmes					
Taux de parité de l'alphabétisation des adultes (femmes en pourcentage des hommes, 2000–2006*)	72	75	70	71	86
Couverture (pourcentage, 2000–2006*)	69	70	67	75	75
Accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (pourcentage, 2000–2006*)	45	44	46	77	63
Risque de décès maternel sur la vie entière (2005). Un sur :	22	30	17	210	92

Notes:

† Les statistiques concernant les classifications régionales standard de l'UNICEF et les notes concernant les données peuvent être consultées dans *La Situation des enfants dans le monde 2008*, pp 109–153.

* Les données se rapportent à l'année disponible la plus récente pendant la période spécifiée.

** À l'exclusion de la Chine.

– Données non disponibles.

a Y compris Djibouti et le Soudan.

b Plus Djibouti et le Soudan.

c Y compris l'Algérie, l'Égypte, la Jamahiriya arabe libyenne, le Maroc et la Tunisie.

d À l'exclusion de Djibouti et du Soudan.

e Les données sur le VIH et le SIDA pour 2007 sont extraites du rapport *Le point sur l'épidémie de SIDA 2007, publié en novembre 2007* par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Les indicateurs qui sont cités ici mais n'ont pas de chiffre correspondant dans le rapport *Le point sur l'épidémie de SIDA 2007*, se rapportent à l'année 2005, et correspondent aux chiffres publiés dans *La Situation des enfants dans le monde 2008*, UNICEF, p.129.

o Les estimations mondiales et régionales relatives à l'enregistrement des naissances figurant dans ce tableau se fondent sur le sous-ensemble de pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période 1999–2006. Des estimations mondiales et régionales pour un groupe plus large de pays sont disponibles pour la période 1997–2006 et peuvent être consultées à l'adresse www.childinfo.org/areas/birthregistration.

**Pour chaque enfant
Santé, Éducation, Égalité, Protection
FAISON AVANCER L'HUMANITÉ**

UNICEF, Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et australe

P.O. Box 44145-00100

Nairobi, Kenya

Téléphone : 254-20-762-1234

Courriel : unicefesaro@unicef.org

UNICEF, Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et centrale

Boîte postale 29270 Yoff

Dakar, Sénégal

Téléphone : 221-33-869-5858

Courriel : wcaro@unicef.org

UNICEF, Bureau régional pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

P.O. Box 1551

Amman 11821, Jordanie

Téléphone : 962-6-553-9997/962-6-550-2400

Courriel : menaro@unicef.org

ISBN : 978-92-806-4248-3