



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

AFR/RC59/INF.DOC/2

29 juin 2009

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL: ANGLAIS

Cinquante-neuvième session

Kigali, Rwanda, 31 août – 4 septembre 2009

Point 9.2 de l'ordre du jour provisoire

**« SURVIE DE L'ENFANT : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE » :
RAPPORT DE SITUATION**

Document d'information

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE.....	1 – 4
PROGRÈS RÉALISÉS	5 – 11
PROCHAINES ÉTAPES	12

CONTEXTE

1. Chaque année, environ 4,7 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent en Afrique subsaharienne de maladies évitables et soignables telles que les infections, la malnutrition et les affections néonatales.¹ Ces décès représentent 51 % de la mortalité mondiale des moins de cinq ans.¹ Cinq pays² seulement de la Région africaine de l'OMS sont sur la bonne voie pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement numéro 4, qui consiste à réduire de deux tiers la mortalité infantile d'ici 2015, par rapport aux niveaux de 1990.

2. Le document intitulé «Survie de l'enfant : une stratégie pour la Région africaine»³, a été élaboré par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, puis adopté par la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS en 2006. Cette stratégie vise à intensifier un ensemble déterminé d'interventions efficaces en faveur de la survie de l'enfant, y compris les soins prénatals, les soins au nouveau-né, l'alimentation appropriée du nourrisson, la vaccination, la prise en charge des maladies courantes de l'enfant, et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII).

3. La cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS³ a prié instamment les États Membres de mettre en place les politiques nécessaires pour une intensification efficace des interventions ; de renforcer les capacités de planification, de mise en œuvre et de suivi des activités en faveur de la survie de l'enfant ; d'élaborer des stratégies de communication ; de mettre en place des partenariats efficaces ; de faire de la recherche opérationnelle ; de rassembler des données d'expérience et d'élaborer des cadres de suivi et d'évaluation. Le rôle de l'OMS et des autres partenaires, au titre de la stratégie, consiste notamment à aider les pays dans la mise à l'échelle des activités, la collecte des données d'expérience, la recherche opérationnelle, et la promotion de la coordination et de la collaboration.

4. Le présent rapport fait le point des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie et propose les prochaines étapes à suivre.

PROGRÈS RÉALISÉS

5. **Élaboration de politiques, de stratégies et de plans** : Au cours de la période considérée, 21 pays ont élaboré des stratégies et des plans complets visant à intensifier les activités en faveur de la survie de l'enfant, et 24 pays ont adopté l'utilisation de sels de réhydratation orale à osmolarité réduite et de zinc pour la prise en charge de la diarrhée chez les enfants. Par ailleurs, 17 pays ont adopté des politiques pour la prise en charge communautaire de la pneumonie et d'autres maladies de l'enfant.

6. **Renforcement des capacités** : Vingt-sept responsables de programme de 12 pays ont renforcé leurs capacités dans le domaine de la santé infantile depuis 2006.⁴ Trente et un pays ont renforcé leurs capacités dans la survie du nouveau-né depuis l'adoption de la stratégie de survie de l'enfant.

¹ UNICEF, *La situation des enfants dans la monde 2009*, UNICEF, 2008.

² Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Maurice et Seychelles (UNICEF, *Compte à rebours 2015, Survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : suivi des progrès dans le domaine de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant - Rapport 2008*).

³ OMS, *Survie de l'enfant : une stratégie pour la Région africaine*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2006 (AFR/RC56/13).

⁴ Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Nigeria, Ouganda, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

7. **Partenariats et mobilisation sociale** : Depuis 2006, des partenariats nationaux ont été mis en place dans sept pays⁵ en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile. Des profils de pays relatifs à la survie de la mère et de l'enfant ont été élaborés, dans le cadre d'une évaluation mondiale commune des progrès accomplis vers la réalisation des OMD 4 et 5. Par ailleurs, onze pays⁶ ont pris des mesures pour promouvoir des interventions clés au niveau familial et communautaire, par la communication et la mobilisation sociale.

8. **Recherche opérationnelle, documentation, et suivi et évaluation** : Depuis l'adoption de la stratégie de survie de l'enfant, sept pays⁷ ont mené des enquêtes dans les établissements de santé pour évaluer la qualité des soins dispensés aux enfants malades dans les formations sanitaires du premier niveau. Et certains pays comme le Ghana, le Kenya et l'Ouganda ont conduit des recherches sur la santé de l'enfant.

9. **Intensification des interventions en faveur de la survie de l'enfant** : Depuis l'adoption de la stratégie, 13 pays⁸ ont organisé des semaines d'activités intégrées de santé infantile. Ces activités comprenaient des interventions essentielles telles que la vaccination, l'apport de vitamine A, l'administration de vermifuges et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, pour appuyer les services de routine. L'augmentation du taux de couverture de la vaccination contre la rougeole a entraîné une diminution de 89 % des décès imputables à cette maladie dans la Région entre 2000 et 2007.⁹ En 2005, le nombre d'enfants dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide était estimé à 4 %. Des données récentes provenant de 18 pays laissent apparaître que ce taux est passé à 23 % en 2007.¹⁰ La proportion de femmes recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant est passée de 31 % à 43 % entre 2006 et 2007 en Afrique orientale et australe, et de 7 % à 11 % en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale.¹¹ Le nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant un traitement antirétroviral a augmenté de 55 000 en 2005 à 158 000 en 2008.¹²

10. En dépit de ces réalisations qui ont été enregistrées dans quelques domaines, la couverture de certaines interventions efficaces reste faible. Le niveau de couverture de la supplémentation en vitamine A, de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, et de la recherche de soins appropriés pour les infections respiratoires aiguës, n'a pas augmenté entre 2005 et 2007. Le pourcentage des cas de diarrhée et de fièvre traités de façon appropriée a aussi diminué au cours de la même période.¹²

11. Divers problèmes inhérents aux systèmes de santé entravent les progrès dans la mise en œuvre des interventions en faveur de la survie de l'enfant. On peut citer à cet égard l'inadéquation des financements mobilisés au niveau des pays pour intensifier les interventions efficaces, le suivi insuffisant du niveau de couverture des interventions, et les carences en matière de ressources humaines. L'infection à VIH et les conflits sont les principaux obstacles qui entravent le plus les efforts déployés par certains pays pour réduire la mortalité des enfants. Il est donc nécessaire d'accélérer les interventions pour atteindre les cibles fixées.

⁵ Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, Tanzanie et Zambie.

⁶ Burkina Faso, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, République démocratique du Congo et Zambie.

⁷ Éthiopie, Ghana, Kenya, Niger, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

⁸ Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Sénégal, Sierra Léone, Togo, Zambie et Zimbabwe.

⁹ Organisation mondiale de la Santé, Région africaine, 16^{ème} réunion du Groupe de travail sur la vaccination, décembre 2008.

¹⁰ OMS, *Rapport mondial sur le paludisme*, Genève, 2008.

¹¹ UNICEF, *Enfants et Sida : troisième bilan de la situation*, UNICEF, décembre 2008.

¹² UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2009*, UNICEF, 2008.

PROCHAINES ÉTAPES

12. Pour améliorer la couverture des interventions efficaces en faveur de la survie de l'enfant et accélérer la mise en œuvre de la stratégie régionale adoptée à cet effet, les pays doivent mener les actions ci-après, avec le concours des partenaires :

- a) saisir les opportunités qui se présentent pour améliorer la couverture des interventions clés en faveur de la survie de l'enfant telles que les semaines/journées consacrées à la santé infantile, les campagnes de vaccination, etc.;
- b) mobiliser des ressources appropriées et les affecter à la mise en œuvre de stratégies et de plans nationaux destinés à intensifier les interventions en faveur de la survie de l'enfant, en tirant parti des ressources intérieures et des possibilités de financement offertes par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI);
- c) élaborer et/ou appliquer des cadres pour le suivi régulier des progrès réalisés dans la couverture des interventions en faveur de la survie de l'enfant, afin de faciliter la prise de mesures correctives au niveau du district;
- d) faciliter et/ou assurer la formation des agents de santé communautaires à la prise en charge des maladies et affections courantes de l'enfant telles que le paludisme, la diarrhée et la pneumonie dans les milieux où l'accès aux établissements de santé et/ou les ressources humaines sont limités.