



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Cinquante-sixième session

Addis Abéba, Ethiopie, 28 août – 1^{er} septembre 2006

Point 8.7 de l'ordre du jour provisoire

SURVIE DE L'ENFANT: UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE

Rapport du Directeur régional

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Les 20 dernières années ont été marquées, sur le plan de la survie de l'enfant, par des améliorations imputables à l'efficacité des interventions de santé publique et au redressement des performances économiques et sociales à travers le monde. Toutefois, environ 10,6 millions d'enfants continuent de mourir chaque année, dont 4,6 millions dans la Région africaine. Près d'un quart de ces décès interviennent pendant le premier mois de la vie, et deux tiers d'entre eux au cours des sept premiers jours. La majorité des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à un petit nombre d'affections courantes, qu'il est possible de prévenir et de traiter : infections, malnutrition et affections néonatales se présentant isolément ou en combinaison.

2. La baisse moyenne de la mortalité chez les moins de cinq ans, enregistrée à l'échelle mondiale au fil des ans, est attribuée pour l'essentiel à la baisse survenue dans les pays connaissant un développement économique rapide. Pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement N°4 d'ici 2005, la Région africaine doit porter son taux annuel moyen de réduction de cette mortalité à 8,2 %. Un certain nombre d'interventions recommandées, qui sont d'un coût modique et qui peuvent permettre d'éviter 63 % de la mortalité actuelle, ont été identifiées.

3. Les progrès vers la réalisation de cet objectif d'ici 2015 passent par un petit nombre d'interventions prioritaires ciblant tout nouveau-né et tout enfant de chaque district. Il est donc nécessaire de réitérer, au niveau des pays, le ferme engagement à accorder la priorité à l'accélération des efforts de promotion de la survie de l'enfant et à allouer des ressources à cette fin.

4. Au nombre des interventions prioritaires ciblant la survie de l'enfant, qui seront mises en œuvre et intensifiées à une plus grande échelle, il y a lieu de citer les soins du nouveau-né, sur la base de l'approche pour la vie durant et du continuum des soins ; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, notamment l'apport en micronutriments et la vermifugation; la fourniture et la promotion des services de vaccination des mères et des enfants, y compris en recourant à de nouveaux vaccins; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et la mise en œuvre de la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant pour lutter contre les maladies courantes de l'enfant et prendre soin des enfants qui sont exposés au VIH ou qui en sont infectés.

5. La stratégie présentée dans le document vise à promouvoir, dans des conditions optimales, la survie, la croissance et le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans, et à réduire la mortalité néonatale et infantile dans la Région africaine, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement.

6. Les gouvernements joueront un rôle de chefs de file dans les efforts visant à promouvoir une approche intégrée et centrée sur la planification des programmes et la prestation de services, afin d'intensifier à une plus grande échelle les interventions de santé néonatale et infantile, tandis que l'OMS et les partenaires fourniront aux pays un appui dans leurs efforts.

7. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la stratégie proposée par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, ainsi que le projet de résolution joint, en vue de son application par les pays de la Région africaine.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1 – 9
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION	10 – 19
LA STRATÉGIE RÉGIONALE	20 – 32
RÔLES ET RESPONSABILITÉS	33 – 34
SUIVI ET ÉVALUATION.....	35 – 36
CONCLUSION	37 – 40

INTRODUCTION

1. La survie de l'enfant qui a trait, en fait, à la survie des enfants âgés de 0 à 5 ans, est une préoccupation majeure de santé publique dans la plupart des pays d'Afrique. Les 20 dernières années ont été marquées, sur le plan de la survie de l'enfant, par des améliorations imputables à l'efficacité des interventions de santé publique et au redressement des performances économiques et sociales à travers le monde. Toutefois, environ 10,6 millions d'enfants continuent de mourir chaque année, dont 4,6 millions dans la Région africaine. Près d'un quart de ces décès interviennent pendant le premier mois de la vie, et plus de deux tiers d'entre eux au cours des sept premiers jours. La majorité des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à un petit nombre d'affections courantes, qu'il est possible de prévenir et de traiter.

2. En 2000, les nations du monde se sont réunies et ont convenu des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'un de ces objectifs est de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (OMD 4) entre 1990 et 2015. Quelques pays ont fait des progrès à cet égard, mais dans l'ensemble, les pays d'Afrique subsaharienne ne sont pas près de réaliser l'OMD 4. La Région africaine doit porter son taux annuel moyen de réduction de cette mortalité à 8,2 %, si elle veut atteindre l'OMD 4 d'ici 2015¹.

3. Des conventions et assises internationales telles que la Convention relative aux droits de l'enfant (1990), la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants (2002) et la Consultation mondiale OMS/UNICEF sur la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent (2002), mettent l'accent sur les droits inhérents à la vie et sur l'urgence de la réduction de la mortalité infantile pour la prospérité future.

4. La Déclaration du Millénaire et les OMD fournissent un cadre pour s'attaquer aux taux élevés de mortalité enregistrés dans la Région. Les objectifs pertinents visent à réduire la faim (OMD 1), à réduire la mortalité des moins de cinq ans (OMD 4), à améliorer la santé maternelle (OMD 5), et à combattre le VIH/SIDA, et le paludisme d'autres maladies (OMD 6).

5. Un certain nombre d'interventions recommandées, qui sont d'un coût modique et qui peuvent permettre d'éviter 63 % de la mortalité actuelle, à la condition d'être mises en œuvre avec des taux de couverture élevés², ont été identifiées. Il est nécessaire de réitérer, au niveau des pays, le ferme engagement à accorder la priorité aux efforts de promotion de la survie de l'enfant et à allouer des ressources à cette fin.

6. À tous les niveaux, il faut de plus en plus de partenariats, de ressources et de programmes d'une efficacité accrue pour atteindre les OMD. Seuls des efforts coordonnés et concertés et des actions appropriées de la part de la communauté internationale et des États Membres peuvent apporter avec plus d'efficacité aux nouveau-nés et aux enfants les soins de santé dont ils ont besoin.

7. En Afrique, la Charte des droits et du bien-être de l'enfant, adoptée par l'Organisation de l'Unité africaine (1990), la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (1999), et la Déclaration de l'Union africaine sur la survie de l'enfant (2005) reconnaissent l'obligation d'accélérer les interventions en faveur de la survie de l'enfant.

¹ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² Jones G et al, How many child deaths can we prevent this year ? *Lancet* 362 : 65-71, 2003.

8. L'Union africaine a invité tous les États Membres à intégrer la survie de l'enfant à leurs politiques nationales de santé. La santé et la survie de l'enfant sont une des priorités du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique. La Déclaration de Delhi sur la santé maternelle, néonatale et infantile (2005) et la résolution³ subséquente de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé requièrent un engagement politique au plus haut niveau.

9. Le présent document fournit aux États Membres de la Région africaine des orientations stratégiques pour promouvoir la survie et le développement de l'enfant, faire baisser les taux élevés de mortalité infantile et atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 4.

ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

10. La baisse moyenne des taux de mortalité chez les moins de cinq ans, enregistrée à l'échelle mondiale au fil des ans, est attribuée pour l'essentiel à la baisse survienne dans les pays connaissant un développement économique rapide.⁴

11. La situation de la plupart des enfants africains demeure critique et est exaspérée par la grande pauvreté qui sévit sur le continent. Un certain nombre de facteurs contribuent à la lente réduction du taux de mortalité annuel moyen et aux grandes disparités en matière de survie de l'enfant qui existent entre les pays en développement et à l'intérieur de ceux-ci. Au nombre de ces facteurs, l'on peut citer les contingences socioéconomiques, culturelles, traditionnelles et de développement, de même que les catastrophes naturelles, les conflits armés, l'exploitation et la famine. La pauvreté est le plus grand facteur individuel à la base du faible taux de couverture par des interventions efficaces.

12. Dans la Région africaine, les infections sont la principale cause directe de mortalité infantile. Même si l'ampleur relative des infections varie d'un pays à l'autre, plus de 70 % des décès d'enfants sont dus à un petit nombre de causes qui, dans l'ensemble, peuvent être évitées, à savoir : les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, le paludisme, la rougeole, la malnutrition et les affections néonatales (asphyxie, prématurité, insuffisance pondérale à la naissance et infections) se présentant isolément ou en combinaison. Dans les pays où la prévalence du VIH est la plus élevée, jusqu'à 57 % des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans peuvent être dus au VIH/SIDA.

13. La pandémie de VIH a contribué à l'accentuation de la pauvreté, à l'érosion du soutien familial et communautaire nécessaire à la survie de l'enfant, et à la crise des ressources humaines dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs. Même si l'on sait que le traitement du VIH chez les enfants peut réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie, très peu de pays disposent d'approches globales pour les soins du VIH et le soutien en faveur des enfants.

14. Les déterminants indirects de la santé peuvent varier d'un pays à l'autre, mais la malnutrition est un facteur de risque majeur dans la plupart des pays, et la sécurité alimentaire et la nutrition sont des défis fondamentaux pour la survie de l'enfant⁵. Le manque d'eau et l'absence

³ Résolution WHA.58.31, Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveaux-nés et aux enfants. Dans : *Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 16-25 mai 2005. Volume 1 : Résolutions et décisions, liste des participants*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHA59/2005/REC/1, pp.118-121.

⁴ UNICEF, *Situation des enfants dans le monde : La petite enfance*, New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2001.

⁵ Résolution WHA58.32, La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Dans : *Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 16-25 mai, 2005. Volume 1 : Résolutions et décisions, liste des participants*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHA59/2005/RCE/1, pp. 121-124.

d'assainissement, les mauvaises conditions de vie et un espacement inadéquat des naissances sont associés à une mortalité élevée. En Afrique, les questions relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène sont rarement intégrées aux stratégies nationales de survie de l'enfant.

15. Il existe quelques interventions efficaces qui pourraient permettre de réduire de manière significative la mortalité, mais ces interventions varient dans une large mesure entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. Dans certains pays, les progrès accomplis au début des années 1980 et 1990 n'ont pas été pérennisés, et les taux de couverture ont même régressé. À titre d'exemple, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide peut réduire d'environ 17 %⁶ les décès d'enfants causés par le paludisme, mais la couverture demeure faible à un niveau d'environ 15 %⁷ en Afrique. Des interventions telles que la thérapie par réhydratation orale et le traitement des infections respiratoires aiguës semblent avoir perdu leur dynamique. On ne s'est guère soucié d'interventions plus récentes comme celles visant à améliorer la santé du nouveau-né, en raison d'idées erronées à propos de leur complexité et de leur coût⁸.

16. Les systèmes de santé font face à de multiples contraintes qui limitent l'efficacité de l'intensification des interventions. L'insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles, associée à la faiblesse des capacités gestionnaires, à la modicité de la participation financière et à l'inadéquation des mécanismes d'accès des familles aux soins de santé, sont précisément certains des facteurs qui donnent lieu à la prestation de services de mauvaise qualité et aux faibles taux de couverture par les interventions. La disponibilité insuffisante de médicaments et fournitures essentiels et l'encadrement inapproprié des dispensateurs de soins de santé comptent parmi les problèmes persistants que rencontrent les systèmes de santé dans bon nombre de pays.

17. Les ressources financières allouées aux programmes de survie de l'enfant sont loin d'être suffisantes pour couvrir chaque communauté et chaque district par des interventions à faible coût. À l'échelle mondiale, US \$52,4 milliards sont nécessaires pour parvenir à une couverture universelle, outre les dépenses courantes, ce qui correspond à un coût initial de US \$0,47 par individu, coût devant passer à US \$1,48 dans 10 ans, lorsqu'une proportion de 95 % de tous les enfants sera couverte⁹.

18. En 1999, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté l'approche de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) comme principale stratégie pour la survie de l'enfant et la réduction du taux élevé de mortalité infantile dans la Région¹⁰. La PCIME a été présentée comme une stratégie efficace de prestation de services au titre de diverses interventions ciblant la survie de l'enfant, et a contribué à une réduction de 13 % de la mortalité sur une période de deux ans dans les districts de Tanzanie où elle a été mise en œuvre¹¹.

⁶Résolution AFR/RC49/R4, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME); plan stratégique pour 2000-2005. Dans : *Quarante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Windhoek, Namibie, 30 août-3 septembre 1999, rapport final*. Harare, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 1999 (AFR/RC49/18), pp.9-10.

⁷OMS/UNICEF, *Rapport mondial sur le paludisme*, 2005, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

⁸Schellenberg JRA et al, Effect of large-scale social marketing of insecticide-treated nets on child survival in rural Tanzania, *Lancet* 357 : 1241, 2001.

⁹OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

¹⁰Résolution AFR/RC49/R4, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : Plan stratégique pour 2000-2005. Dans : *Quarante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Windhoek, Namibie, 30 août - 3 septembre 1999, rapport final*. Harare, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 1999 (AFR/RC49/18), pp.9-10.

¹¹Amstrong Schellenberg, J et al, The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania, *Health Policy and Planning* 19(1): 1-10, 2004.

19. Toutefois, pour garantir un impact plus important, il est nécessaire de mettre en œuvre la stratégie de la PCIME en appliquant l'approche pour la vie durant. La croissance et le développement au cours de la grossesse sont essentiels pour garantir une période néonatale saine. La réduction de la morbidité chez le nouveau-né est aussi essentielle pour une croissance et un développement sains au cours de la prime enfance, de l'adolescence et de l'état adulte. À cette fin, il est nécessaire d'adopter une approche basée à la fois sur une stratégie complète de survie de l'enfant et sur les stratégies d'éradication de la pauvreté et de la famine, d'amélioration de la santé maternelle, et de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

LA STRATÉGIE RÉGIONALE

Objectif

20. L'objectif de la stratégie est d'accélérer la réduction de la mortalité néonatale et infantile, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, en faisant en sorte qu'un ensemble déterminé d'interventions efficaces permette d'atteindre des taux de couverture élevés.

Principes directeurs

21. La stratégie est basée sur les principes suivants :

- a) *Approche pour la vie durant* : Cette stratégie vise à promouvoir d'une manière optimale la croissance et le développement du fœtus et de l'enfant au sein du groupe d'âge de 0 à 5 ans, afin de préparer chaque individu à une vie adulte saine, bien adaptée et productive, par la mise en œuvre coordonnée des autres stratégies visant à réaliser les OMD et à promouvoir la santé.
- b) *Équité* : On s'attachera à garantir à tous les enfants l'égalité d'accès aux interventions ciblant la survie de l'enfant.
- c) *Droits de l'enfant* : La planification basée sur les droits sera intégrée aux interventions de santé infantile, afin de garantir la protection des enfants les plus vulnérables.
- d) *Intégration* : Tout sera fait pour mettre en œuvre les interventions prioritaires proposées aux divers niveaux du système de santé, d'une manière cohérente et efficace qui soit adaptée aux besoins de l'enfant.
- e) *Collaboration multisectorielle* : Étant donné que les questions de santé sont des questions de développement, l'obtention de résultats sur le plan sanitaire requiert la contribution des autres secteurs.
- f) *Partenariats* : Un accent particulier sera mis sur la promotion de nouveaux partenariats et le renforcement des partenariats existants, afin de s'assurer que les interventions ciblant la survie de l'enfant sont complètement intégrées, d'une manière viable, aux systèmes de santé nationaux et de district.

Approches stratégiques

22. Les approches stratégiques sont les suivantes :

- a) *Le plaidoyer en faveur de l'harmonisation des objectifs et des programmes d'action de la survie de l'enfant*, afin de promouvoir, de mettre en œuvre, d'intensifier les interventions et d'allouer des ressources pour atteindre les objectifs et cibles internationalement convenus;
- b) *Le renforcement des systèmes de santé* en développant les capacités à tous les niveaux du secteur de la santé et en garantissant la prestation de services de qualité pour atteindre des taux de couverture élevés par les interventions ciblant d'une manière intégrée la survie de l'enfant;
- c) *La responsabilisation des familles et des communautés*, en particulier des personnes pauvres et marginalisées, en vue d'améliorer les principales pratiques en matière de soins aux enfants, et de s'assurer que le traitement du paludisme, de la pneumonie, de la diarrhée et du VIH/SIDA est accessible au sein des communautés;
- d) *La formation de partenariats opérationnels* pour mettre en œuvre des interventions prometteuses, sous la conduite du gouvernement et avec la participation des bailleurs de fonds, des ONG, du secteur privé et des autres acteurs engagés dans la programmation conjointe et le cofinancement d'activités et d'études techniques;
- e) *La mobilisation de ressources* aux niveaux international, régional et gouvernemental pour la survie de l'enfant, en vue d'intensifier à une plus grande échelle les interventions dont l'efficacité est établie.

Paquet de services essentiels

23. **Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.** La PCIME restera un *mécanisme essentiel de prestation* de la plupart des interventions prioritaires répertoriées ci-dessous. En outre, l'établissement de liens solides, sur la base d'une feuille de route, entre l'accélération de la réalisation de l'OMD 5 et les prestations au titre de l'Initiative «Pour une grossesse à moindre risque» sera favorisé, notamment pour les soins au nouveau-né et la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME).

24. **Soins au nouveau-né.** En prenant en considération l'approche pour la vie durant et le continuum des soins, les interventions néonatales qui doivent être intensifiées couvriront l'accès à la prise en charge par un personnel qualifié pendant la grossesse, lors de l'accouchement et pendant la période postnatale qui suit immédiatement, aux niveaux de la communauté et des formations sanitaires. Le renforcement des capacités du personnel professionnel et non professionnel portera, entre autres, sur la réanimation néonatale dans le cadre des pratiques optimales de prise en charge du nouveau-né, l'allaitement maternel précoce et exclusif, les moyens d'éviter toute hypothermie, le traitement hygiénique du cordon et de la peau, ainsi que l'obtention en temps voulu de soins appropriés contre les infections et la prise en charge de nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance. L'Initiative pour une grossesse à moindre risque, par le biais de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, permet de couvrir, très tôt, les questions relatives à la santé du nouveau-né. La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant sera également élargie pour inclure les nouveau-nés au cours des sept premiers jours de la vie.

25. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris l'apport en nutriments. Les interventions essentielles à encourager sont l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, y compris le colostrum, la complémentation appropriée et en temps voulu, et un apport suffisant en micronutriments (vitamine A, fer et iode, notamment). On insistera en particulier sur la prévention de la malnutrition et son traitement. L'intégration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant aux autres interventions de santé infantile tels que l'Initiative des hôpitaux «amis des bébés», la PCIME, la PTME et la promotion du suivi de la croissance et l'orientation/recours, se révèle décisive pour intensifier ces interventions à une plus grande échelle.

26. Prévention du paludisme au moyen de moustiquaires imprégnées d'insecticide et traitement préventif intermittent du paludisme. L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), aussi bien pour les moins de cinq ans que pour les mères enceintes, et l'introduction du traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme au cours de la grossesse, dans les régions où le paludisme est endémique, sont des interventions prioritaires visant à réduire l'insuffisance pondérale à la naissance, la morbidité et la mortalité infantiles. Pour garantir un accès universel aux MII, il est nécessaire de fournir des moustiquaires gratuitement ou de manière subventionnée, sur une base régulière ou par le biais de campagnes. L'utilisation de MII et le recours au TPI devraient être intégrés au Programme élargi de vaccination (PEV), aux soins prénatals et aux activités de PCIME, afin d'accroître rapidement la couverture par ces interventions.

27. Vaccination des mères et des enfants. L'administration de l'anatoxine antitétanique aux femmes enceintes dans les services prénatals et la fourniture de vaccins contre les maladies de l'enfant, y compris de nouveaux vaccins, au niveau des communautés et des formations sanitaires, par l'intermédiaire de services itinérants et fixes, seront encouragées. Au nombre des approches dont l'efficacité est établie pour améliorer l'accès aux services et la couverture par ceux-ci, on peut citer les campagnes de proximité visant à fournir ces services aux personnes vivant dans des zones reculées, et l'intégration du PEV aux autres interventions ciblant la survie de l'enfant, par exemple la supplémentation en vitamine A, la vermifugation et la distribution des MII. La mise en œuvre de la présente stratégie de survie de l'enfant sera étroitement coordonnée avec celle de la stratégie OMS/UNICEF intitulée : « La vaccination dans le monde : vision et stratégie ».

28. Prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. La principale intervention permettant de garantir un départ dans la vie sans le VIH est la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui vise à prévenir l'infection par le VIH chez la mère. Les autres interventions sont la planification familiale, la thérapie antirétrovirale, les conseils sur l'alimentation du nourrisson et le soutien aux femmes infectées par le VIH ainsi qu'à leurs nourrissons dans les pays où la prévalence du VIH est élevée. L'intégration des interventions de PTME aux soins prénatals, aux programmes de nutrition, à la PCIME et à d'autres services de lutte contre le VIH/SIDA accroît les chances de réduction du VIH pédiatrique et des décès qui lui sont dus.

29. Prise en charge des maladies courantes de l'enfant et traitement de l'enfant exposé au VIH ou infecté par celui-ci. Les interventions comprennent la thérapie par réhydratation orale et l'apport complémentaire de zinc pour la prise en charge de la diarrhée; le traitement efficace et approprié, aux antibiotiques, de la pneumonie, de la dysenterie et des infections néonatales; et le traitement rapide et efficace du paludisme aux niveaux des formations sanitaires et des communautés. Le traitement des enfants exposés au VIH ou infectés par celui-ci est la clé de l'amélioration de la qualité de vie. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant fournit une approche permettant de faire face, de manière intégrée, à ces maladies courantes.

Cadre de mise en œuvre

30. Pour que ces interventions permettent de parvenir à une couverture universelle, la présente stratégie propose que les pays basent leurs systèmes de santé et leurs plans à long terme sur une combinaison appropriée de services à assurer selon les modes de prestation suivants :

- a) *Les services centrés sur la famille ou la communauté*, qui peuvent être assurés sur une base quotidienne par des agents de santé communautaires ou des agents de nutrition formés à cet effet, que viendraient superviser de temps à autre des personnels de santé plus qualifiés.
- b) *Les services à calendrier précis centrés sur la population*, qui nécessitent des personnels de santé dotés de qualifications essentielles (par exemple les infirmiers et infirmières, les sages-femmes et les autres personnels paramédicaux auxiliaires), capables d'assurer les prestations de services soit dans le cadre de campagnes itinérantes, soit au niveau des formations sanitaires, selon un calendrier précis.
- c) *Les services cliniques individuels*, qui nécessitent des personnels de santé dotés de qualifications supérieures (par exemple les infirmiers et infirmières agréés, les sages-femmes ou les médecins), disponibles en permanence.

31. À l'heure actuelle, tous les pays n'assurent pas encore une couverture totale par toutes ces interventions. Les obstacles entravant la mise en œuvre complète du concept de continuum des soins intégrant tous les modes de prestation de services devront être éliminés à moyen et long termes. Pour faciliter la planification à long terme, la stratégie identifie une approche en plusieurs phases permettant à chaque pays de déterminer et de mettre en œuvre un ensemble d'interventions essentielles qui pourra être élargi, au fil du temps et avec l'augmentation des taux de couverture, pour devenir un ensemble d'interventions optimales (ou maximales). Les ensembles d'interventions essentielles sont les suivants :

- a) *L'ensemble minimum* d'interventions à grand impact et peu coûteuses, à mettre immédiatement en œuvre à l'échelle appropriée. Le paquet de services essentiels peut inclure les MII pour les femmes enceintes et les nourrissons; les soins anténatals, la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois de la vie; les soins néonataux; la vaccination de routine des mères et des enfants, la supplémentation en vitamine A; le déparasitage; l'alimentation complémentaire du nourrisson, la thérapie de réhydratation par voie orale et l'apport complémentaire de zinc pour lutter contre la diarrhée; le traitement du paludisme, y compris les associations thérapeutiques à base d'artémisinine; la prise en charge de la pneumonie chez le nouveau-né et l'enfant, les antirétroviraux pour la prise en charge du SIDA pédiatrique; et l'espacement des naissances.
- b) *L'ensemble élargi* équivalant à l'ensemble minimum, mais comportant en outre des interventions fondées sur des données factuelles, par exemple les soins néonataux élargis, le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type B, et les soins obstétricaux d'urgence.
- c) *L'ensemble maximum* équivalant à l'ensemble élargi et comportant en outre des interventions planifiées telles que le vaccin contre les rotavirus et la pneumococcie, et le traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants en bas âge.

32. Le montant total des ressources requises pour la mise en œuvre de chacun des ensembles proposés pour les différents modes de prestation de services est indiqué dans un document distinct qui est en cours de mise en forme définitive.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Des pays

33. Les gouvernements joueront un rôle de chefs de file dans les efforts visant à promouvoir une approche intégrée et centrée sur la planification des programmes et la prestation de services, afin d'intensifier à une plus grande échelle les interventions de santé néonatale et infantile. Ils accorderont la priorité à certaines interventions, afin de garantir l'accès universel et des taux élevés de couverture des moins de cinq ans, y compris les nouveau-nés, par de telles interventions. Les pays seront spécifiquement chargés des tâches suivantes :

- a) *Élaboration de politiques* : Les pays doivent mettre en place les politiques nécessaires pour l'intensification efficace des interventions à une plus grande échelle;
- b) *Renforcement des capacités* : Les pays doivent renforcer les capacités nationales à planifier, mettre en œuvre et superviser efficacement les activités, y compris la mise en œuvre de politiques visant à promouvoir la survie de l'enfant et à éliminer les obstacles auxquels sont confrontés les systèmes de santé à cette fin;
- c) *Communication et mobilisation sociale* : Les pays doivent veiller à la pertinence et à la cohérence des messages de promotion des interventions prioritaires ciblant la survie de l'enfant. À cette fin, ils doivent élaborer des stratégies nationales de communication pour appuyer les activités intégrées de promotion de la santé qui mettent l'accent sur la responsabilisation des familles, des ménages et des communautés, en veillant à ce que des liens clairs soient établis avec la prestation efficace de services essentiels par différents secteurs, institutions et acteurs;
- d) *Plaidoyer et création de partenariats* : Les pays doivent plaider en faveur de la création de partenariats dans le cadre du Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, en veillant à promouvoir le consensus, à harmoniser les interventions et à mobiliser des ressources auprès de sources internes et externes. Ces partenariats doivent couvrir les interventions ciblant la survie de l'enfant, dans le cadre de diverses initiatives mondiales et nationales de développement telles que les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, les approches sectorielles et le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Ils doivent reposer sur une étroite collaboration avec les partenaires du secteur de la santé et l'établissement de liens avec d'autres programmes tels que les programmes suivants : Paludisme, VIH/SIDA, Santé maternelle et néonatale, PEV, Surveillance épidémiologique intégrée des maladies et réponse, et Développement des systèmes de santé;
- e) *Recherche opérationnelle* : Les pays doivent faire de la recherche opérationnelle dans les domaines prioritaires, afin d'améliorer les politiques, la planification, la mise en œuvre et l'intensification des interventions jugées efficaces pour la survie de l'enfant;
- f) *Documentation* : Les pays doivent évaluer, documenter et partager leurs expériences, ainsi que les efforts qu'ils déploient au titre des programmes pour atteindre les objectifs fixés, et appliquer les leçons apprises à des fins d'expansion et de plaidoyer;

- g) *Élaboration d'un cadre de suivi et d'évaluation* : Les pays doivent élaborer un cadre pour le suivi et l'évaluation, qui couvre la collecte de données de base, le suivi des progrès réalisés, la documentation et le partage des expériences avec les pays et les régions.

De l'OMS, de l'UNICEF, de la Banque mondiale et des autres partenaires

34. L'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale et les autres partenaires devront :

- a) mener le plaidoyer en faveur des interventions prioritaires et de la mobilisation des ressources;
- b) fournir un appui technique aux pays pour leur permettre d'intensifier à une plus grande échelle les interventions ciblant la survie de l'enfant, en renforçant les capacités, les mécanismes de suivi et d'évaluation, et l'information relative à la gestion de la santé, au niveau des pays et au niveau inter pays;
- c) aider les pays à identifier, à documenter et à diffuser les meilleures pratiques concernant la mise en œuvre de ces interventions;
- d) aider les pays à développer les capacités dans le domaine de la recherche opérationnelle;
- e) faciliter la coordination et la collaboration.

SUIVI ET ÉVALUATION

35. Il faudra convenir avec les partenaires et les différentes parties prenantes d'un ensemble minimum d'indicateurs de processus et d'impact permettant de suivre les progrès réalisés.

36. Le processus de suivi devra être conforme aux principes régissant les droits de l'enfant. L'information et les résultats seront stratifiés par groupes, afin de faciliter la comparaison de l'impact des mesures mises en place au titre des différents programmes et politiques. Une évaluation sera entreprise tous les deux ans.

CONCLUSION

37. L'enfant est l'avenir de l'Afrique. Il est donc impérieux d'investir dans la santé de l'enfant et de veiller à ce que les générations futures qui guideront le développement socioéconomique du continent, jouissent d'une meilleure santé et soient plus productives.

38. La présente stratégie est axée sur une approche globale pour la vie durant des questions relatives à la santé de l'enfant et à la prestation de services de soins de santé. Elle souligne la nécessité de mettre en œuvre des interventions efficaces de santé néonatale et infantile, afin de réduire de trois quarts la mortalité néonatale et de deux tiers la mortalité infantile au sein de la plus grande tranche possible de la population.

39. La clé du succès des efforts déployés pour réaliser l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 4 d'ici 2015 consiste à atteindre tout nouveau-né et tout enfant dans chaque district, à l'aide d'un petit nombre d'interventions prioritaires. Ces interventions, qui sont décrites plus haut, ne sont pas nouvelles. La présente stratégie requiert néanmoins un ferme engagement à déterminer les interventions prioritaires, à allouer des ressources et à accélérer la mise en œuvre de quelques interventions dont l'efficacité est établie en matière de survie de l'enfant, à un rythme permettant d'améliorer les taux de couverture par ces interventions.

40. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la stratégie régionale de survie de l'enfant, proposée par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, ainsi que le projet de résolution joint, pour utilisation par les pays.