

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

---

Addis Ababa, Ethiopia P. O. Box 3243 Tel; 5517 700 Fax: 5511299

Website: [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)

---

**CONSEIL EXECUTIF**

**Vingt et unième session ordinaire**

**9 – 13 juillet 2012**

**Addis-Abeba (Ethiopie)**

**EX.CL/737 (XXI)**

**RAPPORT INTERIMAIRE DE LA COMMISSION SUR  
LA SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE**



## Table de matières

|  |            |
|--|------------|
| <b>Liste des acronymes et abréviations.....</b>  | <b>iii</b> |
| <b>Avant-propos.....</b>   | <b>iv</b>  |
| <b>Synthèse .....</b>  | <b>1</b>   |
| <b>Contexte.....</b>   | <b>3</b>   |
| <b>Santé de l'enfant.....</b>  | <b>3</b>   |
| <b>Mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans.....</b>  | <b>5</b>   |
| <b>Mortalité néonatale.....</b>  | <b>6</b>   |
| <b>Malnutrition et famine des enfants .....</b>  | <b>6</b>   |
| <b>Immunisation des enfants .....</b>  | <b>8</b>   |
| Figure 1: tendances historiques dans la couverture du DTC3 par région OMS .....  | 10         |
| Figure 2 : fardeau des maladies à prévention vaccinale en Afrique.....   | 11         |
| <b>État du VIH chez l'enfant .....</b>   | <b>11</b>  |
| Figure 3 : enfants de moins de 15 ans affectés par le VIH à échelle mondiale .....   | 11         |
| <b>Prévention de la transmission mère-enfant (PTME).....</b>   | <b>12</b>  |
| Figure 4: Présentation graphique type de la PTME .....   | 13         |
| Diagnostic précoce chez l'enfant (EID) .....   | 13         |
| <b>Soins et traitements pédiatriques.....</b>  | <b>14</b>  |
| Figure 5 : pourcentage des enfants de moins de 15 ans recevant une thérapie antirétrovirale, 2010 .                        | 14         |
| <b>Initiation de la TAR pour les enfants infectés au VIH et rétention dans le soin.....</b>                                | <b>15</b>  |
| <b>État de la santé reproductive (et maternelle).....</b>  | <b>15</b>  |
| <b>Taux et tendances de la mortalité maternelle .....</b>  | <b>16</b>  |
| Figure 6 : Progrès en matière de réduction du taux de mortalité maternelle : 1990-2008, région de l'Afrique de l'Est ..... | 17         |
| <b>Causes des décès maternels .....</b>  | <b>18</b>  |
| <b>Mortalité maternelle .....</b>  | <b>18</b>  |
| <b>Disponibilité d'accoucheurs qualifiés .....</b>   | <b>19</b>  |
| <b>Soins prénataux .....</b>   | <b>20</b>  |
| <b>Lutte contre l'avortement non médicalisé .....</b>  | <b>21</b>  |
| <b>Amélioration de l'accès et de l'utilisation de la planification familiale.....</b>                                      | <b>21</b>  |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SSR des adolescents .....</b>            | <b>23</b> |
| <b>Intégration de la SSR et du VIH.....</b> | <b>24</b> |
| <b>Financement de la santé.....</b>         | <b>24</b> |
| <b>RECOMMANDATIONS.....</b>                 | <b>26</b> |
| <b>Bibliographies .....</b>                 | <b>31</b> |

## Liste des acronymes et abréviations

|               |  |
|---------------|--|
| <b>SP</b>     | Soins prénataux  |
| <b>TAR</b>    | Thérapie antirétrovirale   |
| <b>ARV</b>    | Antirétroviral   |
| <b>CUA</b>    | Commission de l'Union africaine  |
| <b>CARMMA</b> | Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique |
| <b>CPRs</b>   | Taux d'emploi de méthodes contraceptives   |
| <b>DCT</b>    | Diphtérie, coqueluche et tétanos   |
| <b>CAE</b>    | Communauté d'Afrique de l'Est  |
| <b>CEDEAO</b> | Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest  |
| <b>EID</b>    | Diagnostic précoce chez l'enfant   |
| <b>IPE</b>    | Indice de la performance environnementale  |
| <b>PF</b>     | Planification familiale  |
| <b>MGF</b>    | Mutilation génitale féminine   |
| <b>VIH</b>    | Virus de l'immunodéficience humaine  |
| <b>VPH</b>    | Virus du papillome humain  |
| <b>CIPD</b>   | Conférence internationale sur la population et le développement                                    |
| <b>OMD</b>    | Objectifs du Millénaire pour le développement  |
| <b>TMM</b>    | Taux de mortalité maternelle   |
| <b>SMNE</b>   | Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant   |
| <b>MPoA</b>   | Plan d'action de Maputo  |
| <b>SE</b>     | Suivi et évaluation  |
| <b>PTME</b>   | Prévention de la transmission mère-enfant du VIH   |
| <b>SSR</b>    | Santé sexuelle et reproductive   |
| <b>SDSR</b>   | Santé et droits sexuels et reproductifs  |
| <b>CDA</b>    | Communauté de développement de l'Afrique australe  |
| <b>CER</b>    | Communautés économiques régionales   |
| <b>SBA</b>    | Accoucheurs qualifiés  |
| <b>ASI</b>    | Activités supplémentaires d'immunisation   |
| <b>UNFPA</b>  | Fonds des Nations unies pour la population   |
| <b>UNGASS</b> | Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies   |
| <b>OMS</b>    | Organisation mondiale de la Santé  |

## Avant-propos

Malgré les progrès enregistrés, l'Afrique reste confrontée à d'énormes défis sachant que le continent s'efforce d'atteindre les OMD, en particulier les OMD 4 et 5, d'ici 2015. Les progrès considérables remportés au sein de la plupart des États membres de l'Union africaine concernant l'amélioration de la Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) est la preuve que l'on connaît aussi bien les facteurs étayant lesdits défis que les interventions devant être entreprises comme une contre-mesure. Il ne reste que la volonté politique de galvaniser nos efforts pour une avancée soutenue et accélérée dans la bonne direction.

Le Cadre de politique continentale relatif aux Droits et à la Santé sexuels et reproductifs, ainsi que le Plan d'action de Maputo pour sa mise en œuvre, sont des outils clés pour que l'Afrique puisse atteindre les OMD 4 et 5. La Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique (CARMMA) sert de plateforme décisive de plaidoyer pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants en Afrique. Cette campagne, lancée par 37 États membres de l'UA, a suscité une appropriation nationale importante. Nous avons l'espoir qu'au cours des dix-huit (18) mois prochains, tous les États membres de l'UA auront lancé avec succès la campagne CARMMA.

Les questions relatives à la Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ont également attiré l'attention des Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine qui, dans la lignée de leur sommet à Kampala, en 2010 (thème : Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant), ont identifié des actions clés à entreprendre incluant la directive de l'apport compte rendu annuel sur l'état de la Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique jusqu'en 2015, année où l'on devra exposer les comptes rendus des OMD.

Le premier rapport cherche donc à faciliter la présentation des progrès obtenus jusqu'à présent, tout en soulignant les défis qui persistent et en recommandant des solutions.

Par le biais de la campagne CARMMA, l'Afrique plaide également pour la reconnaissance de la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles comme un problème urgent en matière de droits de l'homme, qui viole les droits des femmes à la santé, la vie, l'éducation, la dignité et l'information. Notre réponse envers la mortalité et morbidité maternelles devrait inclure l'application d'obligations légales et éthiques de la part des États membres, comme l'établissement de mécanismes de comptabilité efficaces (par ex., des audits ou analyses des décès maternels). Le contrôle de nos interventions ne devrait pas se limiter à débattre sur des statistiques, mais réaliser qu'il existe des visages derrière ces chiffres. Nous devrions aussi renforcer l'équité, en insistant sur des données désagrégées sur les taux de mortalité et morbidité maternelles afin d'observer si les groupes bénéficient des programmes de santé.

Je suis reconnaissant envers tous les partenaires de développement qui ont continué de soutenir les programmes et les interventions de SMNE sur le continent, en particulier ceux qui ont contribué au développement de ce rapport.

La mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infantiles limitent le développement de l'Afrique. Agissons dès maintenant pour améliorer la SMNE en Afrique. Je me réjouis du jour où *aucune femme en Afrique ne mourra pendant qu'elle accouche* et qu'aucun enfant ne mourra de famine, de maladie ou de manque de soins.

**S.E. Maître Bience Gawanas**  
**Commissaire chargée des affaires sociales**  
**à la Commission de l'Union africaine**





## Synthèse

Malgré certains progrès, l'amélioration de l'état de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique est encore loin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Les dirigeants continentaux et nationaux ont réitéré en de nombreuses occasions leur engagement envers la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à aborder les défis identifiés et ainsi faciliter un changement positif de cet état.

En 2010, le Sommet des Chefs d'États et de Gouvernements de Kampala a adopté des actions clés destinées à améliorer la SMNE. Parmi d'autres directives, ils ont décidé que les rapports annuels d'état de la SMNE devaient être soumis à l'Assemblée. La Commission de l'Union africaine (CUA) a continué de promouvoir la mise en œuvre d'un cadre de politique continentale relatif à la santé sexuelle et reproductive, ainsi que l'application du Plan d'Action de Maputo (MPoA). Les États membres ont continué d'adopter, de lancer et d'appliquer la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique. Le nombre total des États membres ayant lancé la campagne s'élève à 37, ce qui dépasse la cible de 7 États membres par an instaurée en 2009.

Cependant, le continent continue de contribuer à la majeure proportion de décès d'enfants âgés de moins de cinq ans. En effet, 1 enfant sur 8 décède avant son cinquième anniversaire. Des progrès ont pourtant été faits à ce sujet. La malnutrition, la famine et la mortalité due à des maladies évitables restent un défi non seulement pour l'état de santé (tout particulièrement des enfants), mais aussi pour le développement socio-économique des États membres et du continent entier. L'état de l'immunisation sur le continent a enregistré de considérables progrès avec une baisse de 85 % des décès dus à la rougeole entre 2001 et 2010, en particulier dans les régions en dehors de l'Afrique du Nord, bien que les ruptures de stock des vaccins de routine dans les pays clés en 2011 aient menacé lesdits progrès obtenus.

Une volonté politique exacerbée et un plus haut investissement à niveau national sont nécessaires pour stimuler la couverture de l'immunisation en Afrique. Tandis que la couverture de l'immunisation en Afrique atteint des records historiques, le fardeau des décès à prévention vaccinale pèse en majorité sur le continent Africain, représentant presque la moitié du fardeau mondial. Chaque année, des millions d'enfants meurent en Afrique de maladies évitables car ils n'ont pas accès aux vaccins qui pourraient sauver leurs vies contre les maladies infantiles les plus mortelles, y compris les vaccins pentavalent, antipneumococcique, contre les rotavirus et la méningite. L'immunisation incarne l'un des principaux investissements dans la santé des personnes et des enfants en Afrique, leur permettant de mener des vies productives, prospères et pleines de santé.

L'Afrique abrite encore une ample proportion de femmes en âge de procréer, de femmes enceintes et d'enfants infectés à VIH. Selon les rapports, l'accès aux services de Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est cependant disponible pour moins de 50 % de moyenne pour les pays prioritaires sur le continent, tandis que les services de TAR pour les enfants infectés à VIH représentent 26 % (2009). Les

données démontrent que l'Afrique est le continent présentant le plus haut fardeau de maladie et les plus grands écarts d'accès à combler.

Les décès maternels ont diminué à échelle mondiale, tout autant que sur le continent africain, mais pas suffisamment pour faire un pas en avant décisif vers les cibles des OMD. L'accès à de bons services de santé de la reproduction et leur utilisation, ainsi que la planification familiale prénatale, sans oublier les accouchements contrôlés par un personnel qualifié restent faibles. L'intégration de services de santé sexuelle et reproductive et VIH est très faible sur l'ensemble du continent avec la perte des bénéfiques pouvant être accrus par une constellation appropriée de services.

Les subventions accordées au secteur de la santé restent inadéquates pour faciliter la prestation de services de qualité promouvant, entre autres, la bonne santé, ce qui est fondamental pour le développement du capital humain indispensable à la stimulation du développement économique.

Des liens et collaborations faibles entre les ministères de la santé et les ministères socialement décisifs comme les ministères des ressources en eau, de l'environnement et le ministère de l'agriculture, est un facteur essentiel qui, s'il n'est pas abordé, affaiblira les progrès de l'Afrique pour atteindre les cibles OMD et aggravera le nombre de victimes des femmes et des enfants africains du fait de maladies pouvant être évitées. Tant qu'ils ne seront pas couverts par le budget sanitaire, les déterminants sociaux tels que l'eau potable auront un impact néfaste sur la santé. La synergie et la collaboration entre ces ministères dans des domaines où il existe un chevauchement des responsabilités maximisera les ressources disponibles et apportera donc une meilleure santé à la population, en particulier celle le plus à risque, à savoir les femmes et les enfants vivant dans des communautés rurales où le manque de services est le plus notoire.

Des mesures concrètes doivent donc être prises pour augmenter les interventions rentables et fondées sur les faits, qui se sont avérées être viables. Le secteur de la santé doit être financé de manière correcte par les États membres de l'UA à titre de véritable secteur, ce qui est fondamental pour le développement socio-économique et humain.

## Contexte

1. Plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année dans le monde du fait de causes liées à la grossesse ou l'accouchement. Quatre-vingt-dix-neuf (99) pour cent de ces décès ont lieu dans les pays en développement, parmi lesquels cinquante (50) pour cent se déroulent en Afrique (en particulier en dehors de la région de l'Afrique du Nord). Pour chaque décès, au moins 20 femmes souffrent de maladies ou de blessures liées à la grossesse ou l'accouchement. Le risque de décès cumulé sur la durée d'une vie entière au cours de la grossesse ou de l'accouchement en Afrique (mis à part l'Afrique du Nord) est de 1 femme sur 22, comparé au taux de 1 femme sur 8 000 dans les pays industrialisés. Quatre-vingt (80) pour cent de ces décès auraient pu être évités grâce à des traitements simples et bon marché, ainsi qu'à des soins obstétricaux de qualité.

2. La Commission de l'Union africaine (CUA) reconnaît pleinement que l'état de la femme, dont la santé maternelle est un fort indicateur immédiat, est essentiel pour le développement, un déterminant clé pour une croissance et un développement économiques à la fois équitables et durables. La CUA croit fermement qu'une croissance économique soutenue, la paix et la stabilité ne seront jamais atteintes sans aborder les inégalités persistantes de genre, l'exclusion sociale et les faibles résultats en santé sur le continent.

3. Le cadre politique de SDSR a été adopté par l'UA sous la décision n° *EX.CL/225 (VIII)*, en 2005 dans le but de répondre à l'appel pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile en Afrique. Il a été développé à titre de contribution de la part de l'Afrique dans la mise en œuvre des programmes d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), attendu que la santé reproductive et les droits tant des femmes que des hommes faisaient partie des objectifs prioritaires de la CIPD. En outre, Le cadre politique de SDSR est destiné à accélérer la mise en œuvre des OMD, en particulier ceux ayant trait à la santé, y compris les OMD 4, 5 et 6. En 2006, l'UA, par le biais de la déclaration du Conseil exécutif n° *EX.CL/Dec.516 (XV)*, a adopté le Plan d'action de Maputo (MPoA) pour l'application du cadre politique de SDSR.

4. Suite au rapport couronné de succès concernant l'application du Plan d'action de Maputo en 2010, la 15<sup>e</sup> Session de l'Assemblée ordinaire de l'UA, dont le Sommet s'est tenu à Kampala, a mandaté la CUA (sous la déclaration Assembly/AU/Decl.1{XV}) d'émettre un rapport annuel sur l'état de la SMNE en Afrique jusqu'en 2015.

5. Pour en revenir aux faits précités, la CUA, en collaboration avec des partenaires, a développé son premier rapport sur le statut de la Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique.

## Santé de l'enfant

- des progrès considérables ont été accomplis afin d'atteindre les OMD 4. Le nombre de décès d'enfants âgés de moins de cinq ans a diminué dans le monde de plus de 12 millions en 1990 à 7,6 millions en 2010. Environ

21 000 enfants âgés de moins de cinq ans meurent tous les jours en 2010 – environ 12 000 de moins par jour qu'en 1990 ;

- le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans a diminué à échelle mondiale de 35 % – passant de 88 décès pour 1 000 naissances vivantes à 57 en 2010. L'Afrique du Nord a réduit son taux de mortalité d'enfants de moins de cinq ans de 67 %. Le taux de baisse de la mortalité des moins de cinq ans reste cependant insuffisant pour atteindre les OMD 4 dans le reste de l'Afrique ;
- l'Afrique (hormis l'Afrique du Nord) continue d'enregistrer les plus hauts taux de mortalité infantile – avec 1 enfant sur 8 qui décède avant d'atteindre les 5 ans, plus de 17 fois la moyenne des régions en développement (1 sur 43) –, ainsi que l'Asie du Sud (1 sur 15). Tandis que les progrès dans la diminution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans ont eu lieu à échelle mondiale, la disparité entre l'Afrique et les autres régions en a alors été exacerbée ;
- en Afrique (hormis l'Afrique du Nord), le taux moyen annuel de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans a accéléré, étant multiplié par deux de 1990-2000 à 2000-2010. Six États membres (la République démocratique du Congo, Madagascar, le Niger, le Malawi, le Libéria et la Sierra Leone) parmi les quatorze pays les plus performants se trouvent dans cette région, ainsi que quatre des cinq pays avec les diminutions les plus fortes (plus de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes) ;
- environ (50 %) la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans ont lieu dans seulement cinq pays, deux d'entre eux étant des États membres de l'Union africaine : le Nigéria et la République démocratique du Congo ;
- plus de 70 % des décès d'enfants de moins de cinq ans ont lieu lors de leur première année de vie et la proportion de décès des enfants de moins de cinq ans qui ont lieu pendant le premier mois de vie (période néonatale) a augmenté de 10 % en 1990 à plus de 40 % ;
- l'Afrique (hormis l'Afrique du Nord) possède le risque de décès le plus élevé au cours du premier mois de vie et ses progrès ont été les moins importants ;
- à échelle mondiale, les quatre principaux facteurs mortels pour les enfants âgés de moins de cinq ans sont la pneumonie (18 %), les maladies diarrhéiques (15 %), les complications des naissances avant-terme (12 %) et l'asphyxie à la naissance (9 %). La malnutrition est une cause sous-jacente pour plus d'un tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans. Le paludisme reste l'une des maladies les plus meurtrières en Afrique, à l'origine de plus de 16 % des décès d'enfants de moins de cinq ans.

## **Mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans**

6. Les statistiques actuelles concernant la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans présentent une diminution de 35 % du taux de décès d'enfants de moins de cinq ans à échelle mondiale, passant de 88 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 57 en 2010. Dans la même période, le nombre total de décès d'enfants âgés de moins de cinq ans a diminué dans le monde de plus de 12 millions en 1990 à 7,6 millions en 2010.

7. L'Afrique du Nord a atteint les OMD 4, avec une réduction de 67 %, tandis que le reste de l'Afrique n'a obtenu qu'une diminution de 30 % en ce qui concerne la mortalité des enfants de moins de cinq ans, moins de la moitié du niveau requis pour atteindre les OMD 4. Néanmoins, le reste de l'Afrique (hormis l'Afrique du Nord) est parvenu à multiplier par deux sa moyenne de taux de réduction, passant de 1,2 % par an entre 1990-2000 à 2,4 % entre 2000-2010. Cependant, parmi les 26 pays présentant des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2010, 24 appartiennent à cette région. En effet, 70 % des décès mondiaux d'enfants de moins de cinq ans en 2010 se concentrent dans seulement 15 pays et la moitié d'entre eux dans cinq pays, parmi lesquels le Nigéria et la République démocratique du Congo.

8. Madagascar est l'un des quatorze pays ayant réduit son taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'au moins la moitié entre 1990 et 2010. Concrètement, les principales diminutions sur le continent ont été enregistrées au Niger, au Malawi, au Libéria et en Sierra Leone (dépassant les 100 décès pour 1 000 naissances vivantes au cours de cette période). En outre, le taux de baisse en Afrique (hormis l'Afrique du Nord) a été multiplié par deux dans les régions présentant le plus lourd fardeau de mortalité des moins de cinq ans.

9. Malgré de considérables progrès dans la diminution des décès d'enfants de moins de cinq ans, les enfants issus des milieux ruraux et de ménages les plus pauvres restent affectés de manière disproportionnée. Les statistiques démontrent que les enfants des zones rurales ont 1,7 fois plus de chances de décéder avant leur cinquième anniversaire que ceux des zones urbaines, et que les enfants issus du 20 % de ménages très pauvres ont deux fois plus de chances de décéder avant leur cinquième anniversaire comparé aux enfants issus des 20 % de ménages plus riches. De même, l'éducation de la mère reste un puissant déterminant d'inégalité. Les enfants de mères éduquées – même des mères qui n'ont suivi qu'une éducation primaire – ont plus de chances de survivre que les enfants de mères n'ayant aucune éducation.

## Mortalité néonatale

10. La mortalité néonatale, c'est-à-dire les décès au cours du premier mois de vie, est intéressante car les interventions pour la santé nécessaires pour aborder les principales causes des décès néonataux diffèrent en général de ceux nécessaires pour lutter contre les décès des enfants de moins de cinq ans. Au cours des vingt dernières années, la baisse de la mortalité néonatale a été plus lente dans presque toutes les régions que celle des enfants de moins de cinq ans. À échelle mondiale, la mortalité néonatale a diminué de 28 %, passant de 32 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990, à 23 en 2010, soit une moyenne de 1,7 % par an, ce qui représente une baisse beaucoup plus lente que pour la mortalité des enfants de moins de cinq ans (2,2 % par an) et pour la mortalité maternelle (2,3 % par an). La baisse la plus rapide a eu lieu en Afrique du Nord (55 %) et le reste de l'Afrique, qui enregistre la baisse la plus lente.

11. Entre 1990-2010, la part des décès néonataux parmi les décès des moins de cinq ans a augmenté de 37 % à un peu plus de 40 % dans le monde entier. À nouveau, les plus hausses les plus importantes ont été enregistrées en Afrique du Nord (37 %). Le reste de l'Afrique, qui compte plus d'un tiers des décès néonataux mondiaux, présente le plus haut taux de mortalité néonatale (35 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2010) et a fait montre des progrès les moins avancés pour réduire ce taux au cours des vingt dernières années.

## Malnutrition et famine des enfants

12. Comme il est compréhensible, les dirigeants mondiaux ont été occupés à gérer crise économique sur crise économique, tandis qu'il semblerait que la crise de la famine et la malnutrition affectant des millions d'enfants n'ait pas été apparemment contrôlée. La communauté mondiale vivant une époque de troubles financiers, la malnutrition à long terme, omniprésente, mine lentement les fondements de l'économie mondiale en détruisant le potentiel de millions d'enfants.

13. La malnutrition est une cause sous-jacente de décès pour 2,6 millions d'enfants chaque année et elle entraîne des troubles mentaux et moteurs pour des millions d'autres chaque année. Plus de 170 millions d'enfants dans le monde n'ont pas la chance d'atteindre leur potentiel complet du fait de la malnutrition au cours des premiers mois de vie.

### Statistiques vitales

La malnutrition est la cause sous-jacente de décès de plus de 2,6 millions d'enfants chaque année.

En effet, 171 millions d'enfants – 27 % de tous les enfants du monde – sont chétifs, ce qui signifie qu'ils ont souffert des dommages moteurs et mentaux permanents et irréversibles du fait de la malnutrition.

Selon les statistiques, les adultes qui ont été des enfants souffrant de malnutrition gagnent environ 20 % de moins que ceux qui n'en ont pas souffert.

Les effets de la malnutrition dans les pays en développement peuvent être traduits en pertes de PIB de 2 à 3 % par an.

À échelle mondiale, le coût direct de la malnutrition est estimé entre 20 et 30 milliards de dollars par an.

Dans les pays industrialisés, les enfants ayant été allaités ont 6 fois plus de chance de survivre au cours de leurs premiers mois de vie que des enfants n'ayant pas été allaités.

Si tous les enfants des pays en développement recevaient une alimentation complémentaire adéquate, les taux de retard de croissance à 12 mois pourraient être réduits de 20 %.

De fait, 300 enfants meurent par heure dans le monde du fait de la malnutrition. La malnutrition est une cause sous-jacente de plus d'un tiers des décès d'enfants – 2,6 millions d'enfants par an. Mais elle n'est pas enregistrée sur le certificat de décès et n'est donc pas abordée de manière efficace.

14. Une grande partie de l'avenir d'un enfant – et, de fait, de l'avenir d'une nation – est déterminée par la qualité de sa nutrition pendant les 1 000 premiers jours de sa vie. La période englobant le début de grossesse d'une mère jusqu'au second anniversaire de son enfant est un laps de temps décisif pour l'enfant dont le cerveau et le corps se développent à grande vitesse. Une bonne alimentation est alors essentielle pour poser les fondements d'un avenir sain et productif. Si les enfants n'obtiennent pas de bons nutriments au cours de cette période, les dommages sont souvent irréversibles. La malnutrition des enfants peut diminuer la productivité. En effet, des enfants chétifs sont prédisposés à gagner environ 20 % de moins lorsqu'ils deviennent adultes.

15. Les progrès dans la réduction de la malnutrition ont été pitoyablement lents pendant 20 ans. Mais la combinaison des tendances mondiales – changement climatique, des prix de l'alimentation instables, un futur économique incertain et les évolutions démographiques – met en danger les progrès dans la maîtrise de la malnutrition.

16. Des données récentes mettent en évidence que **la malnutrition est une crise que doit être abordée immédiatement**. La prévalence du retard de croissance est intolérablement élevée, même dans les pays qui font des progrès dans la réduction de la mortalité des enfants. Aborder la malnutrition infantile devrait être une priorité pour tous les gouvernements et leurs partenaires, en particulier en ce qui concerne les enfants de moins de deux ans.

17. L'on retrouve les écarts les plus importants au sein des États membres de l'UA souffrant d'une crise politique. La crise de la Corne de l'Afrique souligne à quel point les enfants sont vulnérables lors de tels désastres, ce qui contribue à ralentir les progrès et annuler les acquis obtenus en matière de survie des enfants et de santé maternelle. Une crise alimentaire secoue actuellement le Sahel, menaçant la survie d'enfants et de femmes déjà affaiblis par la malnutrition, conséquences des fréquentes et récurrentes sécheresses dans la région.

### ***Les statistiques actuelles reflètent les tendances suivantes***

---

- 1) **Dans un nombre alarmant de pays, les enfants ne reçoivent pas une nutrition adéquate au cours de leurs premiers 1 000 jours de vie.** Le Malawi et Madagascar sont deux des principaux États membres de l'Union africaine où la majorité des enfants de moins de 2 ans sont nourris conformément aux normes recommandées ;
- 2) **La croissance économique n'est pas suffisante pour combattre la malnutrition.** Une volonté politique et des stratégies efficaces sont nécessaires pour réduire la malnutrition et prévenir les retards de croissance. Un certain nombre de pays relativement pauvres font un travail admirable pour contrecarrer ce problème, tandis que d'autres pays avec de plus grandes ressources n'en font pas autant. Des pays s'étant améliorés quant à la nutrition des enfants par rapport à ce que leur richesse nationale pourrait suggérer comprennent la Sénégal et la Tunisie.

- 3) **La communauté des professionnels de la santé est un élément clé.** La communauté des professionnels de la santé joue un rôle essentiel dans la promotion d'une bonne nutrition au cours des 1 000 premiers jours de vie. Au sein des communautés appauvries des pays en développement, où la malnutrition est plus fréquente, les docteurs et les hôpitaux ne sont pas souvent disponibles, ou bien trop loin ou encore trop chers. La communauté des professionnels de la santé s'occupe de besoins essentiels au sein de ces communautés, en effectuant des visites de dépistage de la malnutrition des enfants, en traitant les diarrhées, en encourageant l'allaitement, en distribuant des vitamines et des micronutriments et en conseillant les mères sur des régimes équilibrés, l'hygiène et l'assainissement. Les six interventions permettant de sauver des vies (fer et acide folique, allaitement, alimentation complémentaire, vitamine A, zinc et hygiène) peuvent être fournis dans les lieux les plus lointains et appauvris par des professionnels de la santé correctement entraînés et équipés. Au Malawi, les professionnels de la santé ont contribué à lutter avec grand succès contre la malnutrition et à sauver des vies.

18. La hausse de la couverture des installations dédiées aux accouchements représente une grande opportunité mais également une menace potentielle. En effet, plusieurs des États membres de l'UA : le Malawi, l'Ouganda, le Rwanda et le Ghana, se sont équipés au cours des dernières années en installations sanitaires pour les accouchements, mais la qualité des soins n'a cependant pas suivi le rythme.

### **Immunisation des enfants**

19. Les interventions de prévention en matière de santé sont la méthode la plus efficace et rentable pour améliorer de manière durable la santé des populations. Les États membres de l'Union Africaine, en collaboration avec les partenaires de développement, accélèrent le lancement de nouveaux vaccins et de vaccins existants contre les maladies infantiles les plus mortelles, y compris les vaccins pentavalent, antipneumococcique, contre les rotavirus et la méningite. Par le biais de couvertures de vaccination de routine et des campagnes de vaccination à grande échelle, les pays africains en dehors de la région de l'Afrique du Nord ont accompli de grands progrès avec 85 % de baisse des décès dus à la rougeole entre 2000 et 2010.

20. Cependant, certains pays ayant auparavant éradiqué la poliomyélite en Afrique de l'Ouest et centrale ont expérimenté une résurgence du poliovirus en 2008-2009. Les facteurs contributifs incluent l'incapacité d'atteindre une couverture optimale pendant les ASI face à un contexte de faible couverture de vaccination de routine, une rupture entre les activités requises et les ressources disponibles. Par ailleurs, la propriété, le financement et la contrôlabilité sont limités par les autorités nationales et locales.

21. Ainsi, d'ici la fin 2011, 13 pays africains ont introduit le vaccin antipneumococcique contre le pneumocoque, l'une des principales causes de pneumonie, méningite et de septicémie, et deux pays ont lancé le vaccin contre le rotavirus, qui protège des formes de diarrhées les plus mortelles. D'ici 2015, 15 pays



africains supplémentaires auront introduit le vaccin antipneumococcique et 17 le vaccin contre le rotavirus. Ces vaccins auront un formidable impact, non seulement en ce qui concerne les vies sauvées, mais aussi en termes de vies vécues sainement.

22. Les nouveaux vaccins, qui font montre d'un formidable impact à part entière, apportent également de nouvelles opportunités pour redynamiser et renforcer les interventions intégrées, telles que le supplément en vitamine A, la distribution de moustiquaires et les informations concernant la planification familiale. Ils permettent également de faire des progrès quant aux engagements pour améliorer la santé des mères et des enfants en règle générale, comme la Déclaration de Kampala en 2010, le Plan d'action de Maputo en 2006 et la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique (CARMMA).

23. Les États membres préparent également l'introduction de vaccins supplémentaires protégeant de maladies qui font le plus de ravages chez les femmes et les enfants, y compris les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH), principale cause de cancer du col utérin et de rubéole. D'autres vaccins nouveaux sont également prévus contre le paludisme et la dengue, tandis que la recherche pour un vaccin contre le SIDA apporte de grands espoirs.

24. L'introduction réussie des vaccins en Afrique requerra le renouvellement de l'engagement des leaders de l'Union africaine pour instaurer des plateformes de vaccination dans leurs pays pour faire des progrès dans la couverture universelle.

25. Depuis l'an 2000, les pays africains ont vacciné avec succès plus de 207 millions d'enfants et il est prévu, pour la période 2012-2015, que 95 millions d'enfants africains supplémentaires soient vaccinés. La hausse considérable des subventions octroyées à la vaccination et les améliorations des performances des programmes sont essentiellement dues à l'augmentation des donateurs et financements nationaux, sachant que 38 des 46 pays de la région africaine ont établi des postes pour l'immunisation dans les budgets nationaux. Par ailleurs, 12 pays ont acheté tous leurs propres vaccins et 19 pays ayant reçu du soutien de la part de l'Alliance GAVI ont développé des plans de viabilité financière. Une forte volonté politique, une mise en œuvre et un engagement financier sont essentiels pour assurer des progrès soutenus et durables, comme le travail en partenariat avec les parties prenantes régionales et nationales comme les sociétés civiles. En toile de fond, on retrouve le thème fondamental des ruptures de stocks des vaccins traditionnels dans les pays clés de l'Afrique de l'Ouest et centrale en 2011, qui peut menacer les progrès obtenus dans l'amélioration de la couverture de vaccination et l'accès à d'autres organismes de santé.

26. La prise en compte des défis techniques de l'introduction des vaccins, ainsi que le contrôle et l'évaluation de leur impact dans le temps vont de pair avec cette augmentation. Cela inclut par exemple le renforcement des systèmes de santé et des autorités de réglementation sanitaire nationales, en prenant en compte les contraintes de capacité la chaîne du froid avec divers profils de produits évolutifs (par ex., l'évaluation des besoins, la préparation et l'installation, les actualisations, le financement, etc.), l'intégration stratégique à travers les programmes d'IPE et autres

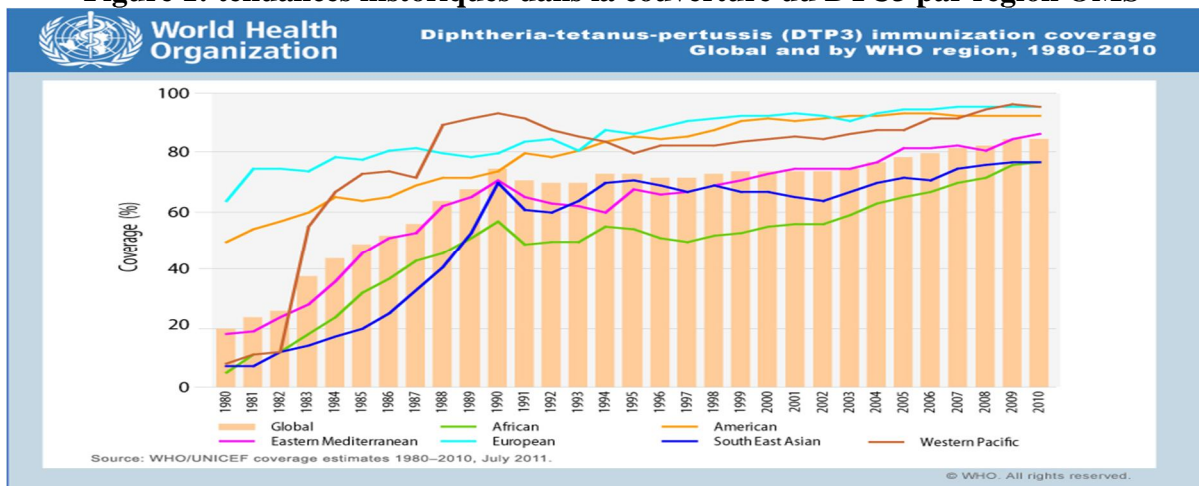
interventions sanitaires, ainsi que l'amélioration de la qualité et du contrôle des données.

27. Tandis que la couverture de l'immunisation en Afrique est en plein essor, plus de 20 % des enfants du continent africain ne sont toujours pas protégés contre les maladies mortelles. Chaque année, des millions d'enfants meurent en Afrique de maladies évitables car ils n'ont pas accès aux vaccins pouvant sauver leurs vies. Un taux de couverture supérieur signifierait que tout un chacun, même les personnes non immunisées, puisse bénéficier du miracle des vaccins par le biais du phénomène d'immunité de groupe : plus d'enfants sont immunisés au sein d'une population, moins le taux de maladie sera élevé.

28. En outre, l'immunisation et les vaccins sont considérés comme l'une des « meilleures affaires » de la santé publique, en réduisant la morbidité et la mortalité, et en présentant d'importants progrès à long termes tant du point de vue individuel que de population, comme des économies dans les soins de santé et des progrès dans la productivité relative aux soins de santé, outre l'amélioration du développement cognitif. Ainsi, il a été démontré qu'augmenter la couverture de six vaccins à 90 % peut réduire les coûts de traitement et prévenir une perte de productivité des parents ou des responsables des soins. De plus, la vaccination des enfants contre le DCT (diphtérie, coqueluche et tétanos), la poliomyélite, la tuberculose et la rougeole à l'âge de deux ans entraîne une meilleure connaissance, menant à une plus grande réussite scolaire, une meilleure productivité future ainsi que des revenus plus élevés.

29. Tandis que le taux de couverture de vaccination en Afrique augmente (voir **Figure 1**), le fardeau des maladies à prévention vaccinale pèse sur le continent africain, représentant presque la moitié du fardeau mondial (**Figure 2**).

**Figure 1: tendances historiques dans la couverture du DTC3 par région OMS**



Source : <http://www.who.int/gho/en/>

**Figure 2 : fardeau des maladies à prévention vaccinale en Afrique**

Total and vaccine preventable diseases cause specific deaths, children under age 5, by WHO region, 2008

|              | All cause        | Pneumococcal diseases | Rotavirus diarrhea | Hib            | Pertussis      | Measles        | Tetanus       |
|--------------|------------------|-----------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| AFR          | 4,202,000        | 247,000               | 217,000            | 94,000         | 84,000         | 25,000         | 27,000        |
| AMR          | 284,000          | 13,000                | 8,000              | 1,000          | 2,000          | -              | 1,000         |
| EMR          | 1,237,000        | 68,000                | 90,000             | 32,000         | 19,000         | 7,000          | 14,000        |
| EUR          | 148,000          | 7,000                 | 3,000              | 3,000          | -              | -              | -             |
| SEAR         | 2,390,000        | 107,000               | 127,000            | 52,000         | 90,000         | 84,000         | 17,000        |
| WPR          | 534,000          | 33,000                | 8,000              | 17,000         | 1,000          | 2,000          | 4,000         |
| <b>Total</b> | <b>8,795,000</b> | <b>476,000</b>        | <b>453,000</b>     | <b>199,000</b> | <b>195,000</b> | <b>118,000</b> | <b>63,000</b> |

Number rounded to thousand

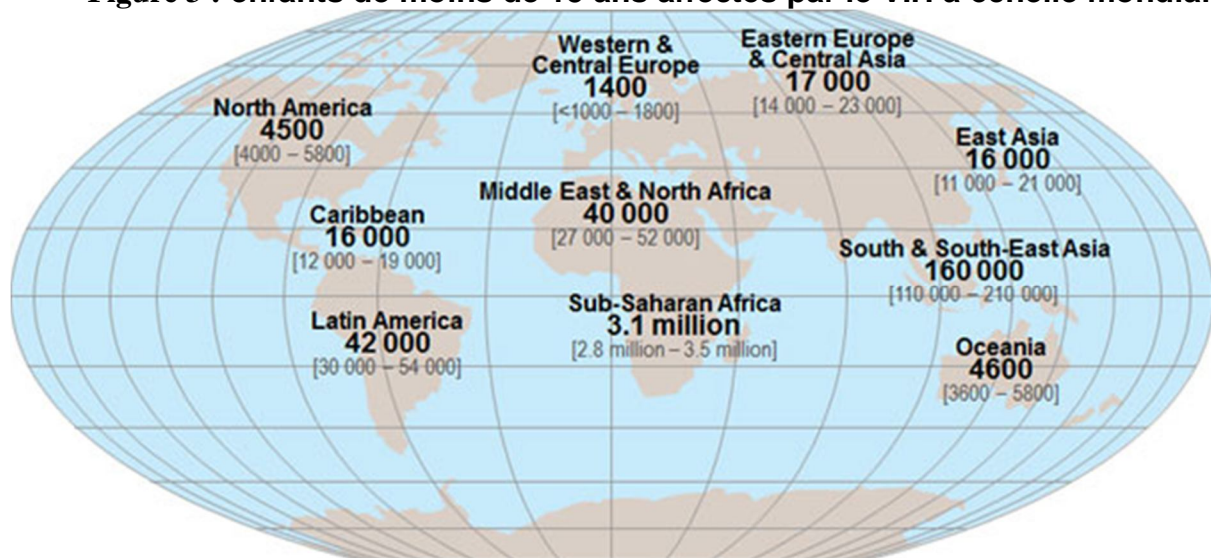
**Source**

[http://www.who.int/immunization\\_monitoring/burden/estimates\\_burden/en/index.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/burden/estimates_burden/en/index.html)

**État du VIH chez l'enfant**

30. L'Afrique (hormis l'Afrique du Nord) est la région comptant le plus grand nombre de femmes enceintes infectées à VIH. En 2010, le nombre de femmes enceintes infectées à VIH s'élevait à 1,36 million, et le nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) infectés à VIH à 3,1 millions en Afrique, parmi lesquels 360 000 étaient récemment infectés. Les principales voies d'infection à VIH des enfants est à travers leurs mères elles-mêmes infectées à VIH pendant la grossesse, l'accouchement ou lors de l'allaitement.

**Figure 3 : enfants de moins de 15 ans affectés par le VIH à échelle mondiale**



**Total: 3.4 million (3.0 million - 3.8 million)**

**Source:** OMS, UNAIDS et UNICEF, *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*.

### **Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)**

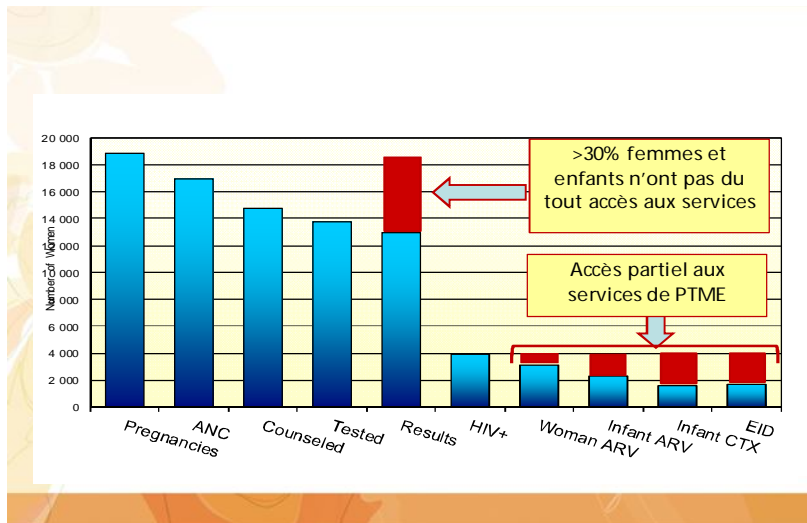
31. Sans intervention, le taux d'infection des enfants est estimé à 40 %. Avec des interventions efficaces, le risque de transmission du VIH mère-enfant peut être réduit de 5 %. L'administration d'une prophylaxie antirétrovirale à des femmes enceintes infectées à VIH a empêché plus de 350 000 enfants dans le monde d'être contaminés à VIH depuis 1995 et 86 % de ces enfants vivent en Afrique (hormis l'Afrique du Nord). Cependant, ces interventions ne sont pas encore accessibles ou disponibles dans certains pays à ressources limitées où le fardeau du HIV est plus important.

32. Il a été démontré qu'il est possible d'éliminer virtuellement le VIH chez l'enfant et maintenir en vie les mères et leurs enfants par le biais de quatre stratégies principales : réduction de l'incidence du VIH parmi les femmes ; réduction à zéro des besoins non satisfaits pour la planification familiale parmi toutes les femmes ; réduction du taux de transmission verticale à moins de 5 % ; réduction de 90 % des décès maternels liés au VIH jusqu'à 12 mois après l'accouchement et réduction de 90 % des décès liés au VIH des nourrissons et enfants de moins de cinq ans. Ces stratégies, exposées dans le Plan mondial d'élimination des nouvelles infections des enfants par le VIH d'ici 2015 et le maintien en vie de leurs mères, ont été entérinées par la plupart des pays de la région.

33. Parmi les principaux défis de la prévention de la transmission verticale du VIH, on retrouve le manque de capacités pour effectuer le suivi sanitaires des femmes. Les services les plus efficaces de PTME sont ceux qui interagissent avec la femme enceinte à travers leur grossesse et pendant les mois suivant l'accouchement de leur enfant. Pour chaque étape de cette Cascade PTME, il existe des opportunités manquées de prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Cependant, aucun pays de la région n'est capable de suivre les femmes à travers la cascade PTME pour comprendre combien de femmes ont bénéficié de la série complète des services nécessaires. À travers les données disponibles de la région, la cascade PTME suivante illustre les nombreux points où les femmes ne peuvent recevoir les services.

34. De considérables défis restent à relever pour prévenir les nouvelles infections parmi les enfants et augmenter la proportion des traitements des femmes enceintes, mais il existe également des opportunités pour les régions d'atteindre ces objectifs.

**Figure 4: Présentation graphique type de la PTME**



### Diagnostic précoce chez l'enfant (EID)

35. En 2010, seulement 28 % des nourrissons nés de mères infectées à VIH subissaient le test du VIH au cours des deux premiers mois de vie. Un meilleur suivi des femmes au sein des programmes de PTME, en particulier lors de la période post-natale, est crucial pour s'assurer que tous les enfants subissent le test du VIH et sont dérivés aux services de traitement si nécessaire. Souvent, même si les nourrissons et les jeunes enfants se rendent aux installations sanitaires pour être vaccinés ou font appel à d'autres services, l'état VIH de leurs mères n'est pas toujours vérifié, ce qui fait que l'état de l'exposition au HIV des enfants reste inconnu. Tirer profit des services de santé infantile avec grande captation (comme les programmes d'immunisation) peut permettre de diagnostiquer les enfants et d'aborder un traitement de TAR adéquat. Cependant, de nombreuses installations sanitaires manquent des outils appropriés pour identifier les enfants exposés au VIH et les professionnels de la santé ne sont pas suffisamment formés et ne disposent pas d'un encadrement clinique adéquat pour fournir des diagnostics appropriés d'infection au VIH des enfants.

36. Le délai d'exécution à partir du moment où est effectuée l'analyse de sang jusqu'au moment où le résultat du VIH est de retour dans les installations sanitaires et partagé avec les parents/responsables des soins pour qu'un traitement puisse être initié pour les nourrissons et les enfants ayant été infectés au VIH, est encore trop long dans de nombreux pays africains. De nombreux pays ont mis en place des systèmes destinés à réduire ce délai d'exécution pour le diagnostic des enfants mais l'accès aux tests des nourrissons avec un suivi adéquat reste encore trop lent.

37. Dans plusieurs pays d'Afrique, il existe encore des ruptures de stocks des kits de dépistage du VIH ainsi que du matériel utilisé pour le diagnostic des nourrissons. En outre, l'équipement est souvent endommagé et le processus de réparation prend trop de temps, ce qui handicape sérieusement les efforts de l'EID et retarde donc l'initiation

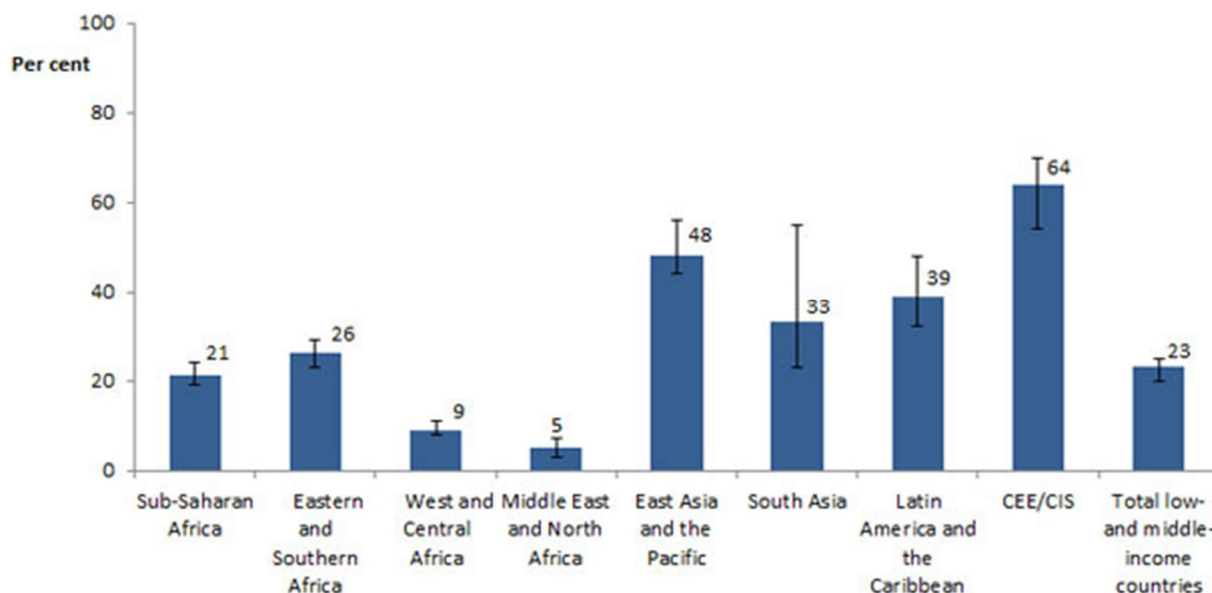
précoce d'un traitement permettant de sauver les vies des nourrissons et jeunes enfants infectés à VIH.

### Soins et traitements pédiatriques

38. Parmi les environ 1,49 million d'enfants nés de mères infectées à VIH dans le monde, seuls 42 % d'entre eux ont reçu un médicament antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de leurs mères en 2010.

39. Les enfants représentent 1 nouvelle infection sur 6 dans le monde, tandis qu'en décembre 2009, 90 % des enfants infectés à VIH se trouvent en Afrique et sans diagnostic ou traitement, ils mourront avant leur second anniversaire. En outre, 26 % des enfants infectés à VIH en Afrique (hormis l'Afrique du Nord) recevaient un traitement antirétroviral, une proportion bien inférieure à la couverture de 51 % de la TAR parmi les adultes. Tandis que le nombre des enfants recevant une TAR a augmenté de 75 000 en 2005 à 450 000 en 2010, plus de 2 millions d'enfants ont toujours besoin de traitement en 2010. Il est évident que les progrès effectués dans l'augmentation du diagnostic pédiatrique du VIH, des soins, du soutien et des traitements, ont été moindres.

**Figure 5 : pourcentage des enfants de moins de 15 ans recevant une thérapie antirétrovirale, 2010**



**Note :** les lignes sur les barres montrent les limites d'incertitudes des estimations.

**Source :** calculs d'UNICEF basés sur les données du rapport de réponse au VIH/SIDA dans le monde actualisation endémique et progrès du secteur de la santé vers l'accès universel : rapport de progrès 2011 (OMS, UNAIDS, UNICEF), Genève 2011. Les régions ont été recalculées en fonction du classement UNICEF des régions.



## **Initiation de la TAR pour les enfants infectés au VIH et rétention dans le soin**

40. Les enfants infectés au VIH présentent un taux de mortalité exceptionnellement élevé – environ 30 % d'entre eux mourront avant leur premier anniversaire sans l'accès à des soins et à un traitement contre le VIH et, en deux ans, plus de 50 % des enfants infectés mourront en l'absence de traitement. Malheureusement, l'accès au traitement parmi les nourrissons est encore plus bas que pour les enfants plus âgés.

41. Les formules pédiatriques des médicaments ARV ne sont pas toujours disponibles, ce qui mène à un dosage incorrect, avec un surdosage ou un dosage insuffisant pour les nourrissons et les jeunes enfants, ce qui met donc la santé en danger de ces populations vulnérables.

42. En outre, les nourrissons et jeunes enfants infectés à VIH ont besoin d'un adulte pour administrer les TAR. Ce qui représente un véritable défi car la plupart de ces enfants sont orphelins et vivent avec des parents qui ont déjà à prendre soin de leurs propres enfants ou doivent s'occuper de leurs propres problèmes. Une assistance solide et adéquate est nécessaire pour aider les responsables des soins de santé et les familles pour administrer les traitements aux enfants.

## **État de la santé reproductive (et maternelle)**

43. Malgré l'engagement croissant des dirigeants de l'Union africaine pour accroître les investissements et renforcer les capacités, ainsi que les interventions pour aborder le taux exceptionnellement élevé des besoins insatisfaits en ce qui concerne la Santé reproductive et sexuelle (SSR), ainsi que la maternité sûre en Afrique (hormis l'Afrique du Nord), les progrès effectués pour aborder ces défis sont restés limités.

44. Les estimations de 2008 ont situé le taux de mortalité maternel (TMM) à 260 à échelle mondiale, à 280 pour l'Asie du Sud et à 590 pour l'Afrique. Cependant, lorsque l'on exclut l'Afrique du Nord, ce chiffre s'élève à 640. Les décès maternels en Afrique (hormis l'Afrique du Nord) représentent plus de la moitié (59 %) des décès maternels mondiaux. La proportion des femmes mariées employant des modes de contraception modernes suit les mêmes tendances : 55 % à échelle mondiale, 45 % pour l'Asie centrale/du Sud, 23 % pour l'Afrique, ce chiffre descendant à 17 % pour l'Afrique lorsque l'on exclut l'Afrique du Nord.

45. Il existe des changements régionaux dans l'état des décès maternels au sein de l'Afrique. Les statistiques suggèrent que la région de la Communauté de l'Afrique de l'Est (CAE) n'arrive pas à suivre la Communauté de développement de l'Afrique australe (CDAA) en ce qui concerne les indicateurs d'une maternité sans danger, de la planification familiale et de la SSR des adolescents, mais qu'elle est au-dessus de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Les progrès de la région CAE sur la santé maternelle et la PF stagnait presque dans les années 1990, pour reprendre de la vitesse dans les années 2000. En général, les pays de la région ont fait beaucoup plus de progrès concernant l'accès universel à la SSR (OMD 5b) que par rapport à la maternité sans danger (OMD 5a). De plus, les efforts pour relancer les programmes de SSR sembleraient avoir été récompensés comme le montrent les

progrès plus importants obtenus dans l'accès universel à la SSR et la maternité sans danger des années 2000 par rapport aux années 1990.

46. Les progrès enregistrés dans ces pays sont largement dus aux nombreuses politiques et programmes instaurés. Ceux-ci incluent : un engagement gouvernemental démontré par de claires stratégies et un financement dédié ; une infrastructure et un système de soins de santé correctement développés, se centrant sur l'amélioration de l'accès aux services au sein des groupes défavorisés ; de solides activités communautaires de proximité qui rapprochent les services aux communautés les plus vulnérables et difficiles à atteindre ; la prestation de services de santé et de PF peu chers ou gratuits ; la formation continue des professionnels de la santé et partage des tâches, où il existe moins de personnel formé pour fournir une partie des services actuellement dispensés par les médecins ; ainsi que des partenariats public-privé solides. La CAE assure une plateforme de grande valeur pour soutenir l'identification, l'amélioration, la diffusion et l'augmentation des facteurs de progrès vers l'accès universel à la SSR dans la région.

## **Méthodes d'étude**

### **Taux et tendances de la mortalité maternelle**

47. Le taux de mortalité maternelle (TMM) qui évalue le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes est le meilleur indicateur du fardeau de la maladie associé aux grossesses et accouchements à haut risque.

48. Le fardeau actuel de mortalité traduit en risque de décès maternel cumulé sur la durée d'une vie entière pour la durée de vie reproductive d'une femme de 1 femme sur 35 dans la CAE et de 1 femme sur 44 dans la CDAA. Le fardeau de mortalité maternelle (estimations de TMM de 2008) s'élève cependant à 560 pour la CEDEAO, à 540 pour la CAE et à 455 pour la CDAA.

49. Dans l'ensemble, le repère de progrès vers l'obtention des OMD 5a de la région de la CAE, qui vise la réduction du taux de mortalité maternelle de 75 % d'ici 2015, est qualifié d' « insuffisant », celui-ci ayant enregistré une baisse de 19 %. Avec une baisse générale de TMM de 70 %, l'Érythrée est le seul pays de toute la région de l'Afrique de l'Est qui est proche d'atteindre les OMD 5a. Le Rwanda et l'Éthiopie ont fait de bons progrès qui pourraient leur permettre d'atteindre les OMD 5a d'ici 2015.

Six États membres (Djibouti, Kenya, Soudan, Tanzanie, Burundi et Somalie) de la région de l'Afrique de l'Est sur 10 pays n'ont fait aucun progrès ou des progrès insuffisants entre 1990 et 2008. De plus, le TMM a augmenté dans de nombreux pays au cours des années 1990.



**Figure 6 : Progrès en matière de réduction du taux de mortalité maternelle : 1990-2008, région de l'Afrique de l'Est**

|    | Regions, Regional Economic Blocks, and Countries | 1990 | 2008 | Maternal Death Lifetime risk 2008; 1 in : | MDG MMR Target by 2015 | Target Annual MMR Reduction per year | Overall % Change (1990-2008) | Average Annual Change in MMR (1990-2008) | Overall Progress towards Reducing MMR |
|----|--|------|------|---|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--|---------------------------------------|
|    | <i>Sub-Saharan Africa</i>                        | 780  | 530  | 31  | 195                    | -23                                  | -25                          | -12                                      | Reasonable                            |
| 1  | <i>SADC</i>                                      | 380  | 455  | 44  | 95                     | -11                                  | -13                          | -1                                       | Insignificant                         |
| 2  | <i>EAC</i>                                       | 880  | 540  | 35  | 220                    | -26                                  | -19                          | -13                                      | Insignificant                         |
| 3  | <i>ECOWAS</i>                                    | 790  | 560  | 28  | 198                    | -24                                  | -41                          | -17                                      | Reasonable                            |
| 1  | Eritrea  | 930  | 280  | 72  | 233                    | -28                                  | -70                          | -36                                      | On Track                              |
| 2  | Djibouti   | 370  | 300  | 93  | 93                     | -11                                  | -19                          | -4                                       | Insignificant                         |
| 3  | Uganda   | 670  | 430  | 35  | 168                    | -20                                  | -36                          | -13                                      | Reasonable                            |
| 4  | Ethiopia   | 990  | 470  | 40  | 248                    | -30                                  | -53                          | -29                                      | Good                                  |
| 5  | Kenya  | 380  | 530  | 38  | 95                     | -11                                  | 39                           | 8  | No Progress                           |
| 6  | Rwanda   | 1100 | 540  | 35  | 275                    | -33                                  | -51                          | -31                                      | Good                                  |
| 7  | Sudan  | 830  | 750  | 32  | 208                    | -25                                  | -10                          | -4                                       | Insignificant                         |
| 8  | Tanzania   | 880  | 790  | 23  | 220                    | -26                                  | -10                          | -5                                       | Insignificant                         |
| 9  | Burundi  | 1200 | 970  | 25  | 300                    | -36                                  | -19                          | -13                                      | Insignificant                         |
| 10 | Somalia  | 1100 | 1200 | 14  | 275                    | -33                                  | 9                            | 6  | No Progress                           |

**Source :** OMS, UNFPA, Banque mondiale. (2010). Les tendances de la mortalité maternelle : 1990-2008

*\*Le repère de progrès est classé comme suit : 0 % pas de progrès ; 1-24 % raisonnable ; 50-69 % bons progrès ; 70+ % = en bonne voie.*

50. Il est encourageant de savoir que les efforts de la plupart des pays de la CAE au cours des années 2000 sont en train d'inverser cette tendance. Malgré des améliorations quant à la santé maternelle dans les années 2000, les progrès restent lents et les régions doivent faire des investissements importants et soutenus dans la santé maternelle afin que les pays membres puissent se rapprocher des OMD 5a.

51. Il est également encourageant de souligner que, en comparaison avec les autres CER, la région CAE fait montre du meilleur progrès dans l'atteinte des OMD 5a, qui cherchent à réduire le taux de mortalité maternelle de 75 % d'ici 2015. La région a enregistré une réduction générale de 41 % dans la moyenne du TMM de 790 en 1990 à 560 en 2008. Aucun des pays de la CEDEAO n'est en bonne voie d'atteindre les OMD 5a, avec seulement le Cap-Vert qui a fait de bons progrès dans cette direction.

52. L'île Maurice présente le plus bas taux de TMM de la région CDAA (36 décès pour 100 000 naissances vivantes) et de l'Afrique (hormis l'Afrique du Nord). Aucun des pays de la région CDAA n'est considéré comme étant sur la bonne voie pour atteindre les OMD 5a. Cependant, l'île Maurice fait vraiment de bons progrès. Il est suivi par la Namibie, avec un TMM de 180 pour 100 000 naissances vivantes et le Botswana, avec un taux de 190.

53. Dans l'ensemble, la réduction du TMM de la région CDAA est de 13 % et si cette tendance continue, il est peu probable que les pays de cette région se rapprochent des

cibles des OMD d'ici 2015. Le fait que le TMM augmente dans des pays qui avaient atteint un faible taux de mortalité provoque une plus grande inquiétude que la viabilité des progrès d'amélioration de la santé de la femme et fait appel à des plus grands efforts conjoints pour soutenir les programmes.

### **Causes des décès maternels**

54. L'OMS estime que les principales causes de mortalité maternelle en Afrique (hormis l'Afrique du Nord) sont les hémorragies post-partum (34 %), les troubles de l'hypertension (19 %), la septicémie post-partum (9 %), l'avortement (9 %) et autres conditions maternelles (11 %). Cependant, d'autres sources donnent des proportions plus élevées de décès maternels dus à l'avortement.

55. Les données 2008 de l'OMS indiquent que les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité représentent 12 % des décès maternels en Afrique australe et occidentale, et 18 % en Afrique de l'Est. On estime que les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité s'élevaient à 2,4 millions en 2008 et qu'ils entraînent chaque année le décès de 13 000 femmes dans la région. Dans la même période, il y a eu environ 1,8 millions d'avortements en Afrique de l'Ouest, avec environ 28 avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité pour 1 000 femmes en âge de procréer. En comparaison, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité dans l'Afrique australe s'élevaient à 120 000 en 2008. Ceux-ci ont également entraîné des handicaps maternels à long terme, ce qui n'est même pas documenté.

### **Mortalité maternelle**

56. La mortalité maternelle est définie comme une complication grave et mortelle suite à un accouchement. Les complications de la maternité incluent la fistule obstétricale, l'anémie, l'infertilité, les dommages de la région pelvienne, les infections chroniques, la dépression et une productivité réduite. Les femmes qui souffrent de morbidité maternelle peuvent être confrontées à des conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques à long terme, ce qui peut entraîner des problèmes domestiques et conjugaux, un isolement social, une durée de vie plus courte et le suicide.

57. Les principales causes de la morbidité et la mortalité maternelles dans la plupart des pays en développement, en particulier dans l'Afrique subsaharienne, sont la grossesse et les complications liées à l'accouchement. En Afrique, pour chaque femme qui meurt au cours de l'accouchement, on estime que 20 autres souffrent de maladies débilitantes. Ces complications sont le résultat de nombreux facteurs complexes et souvent synergiques, souvent liés, entre autres, à l'âge lors du premier mariage, qui mène à une grossesse précoce avant la maturité complète des organes reproducteurs féminins, ce qui augmente le risque d'un travail compliqué lors de l'accouchement, y compris une fistule obstétricale et une rupture utérine.

58. La fistule obstétricale est le résultat d'un accouchement prolongé ou difficile ayant pour résultat l'endommagement des tissus et le passage incontrôlable de l'urine et des matières fécales dans le vagin. Les femmes souffrant de fistule sont souvent abandonnées par leurs familles et leurs amis car elles sont incapables de mener leurs activités quotidiennes. La fistule obstétrique affecte de manière disproportionnée les femmes jeunes et pauvres, ainsi que celles vivant dans les zones rurales ou ayant grandi avec un retard de croissance dû à la malnutrition ou à une maladie infantile. Les femmes ayant souffert des mutilations génitales féminines (MGF) ont également plus de chances de vivre un accouchement prolongé ou avec des complications et de développer une fistule obstétrique.

59. Il s'avère difficile de mesurer la morbidité maternelle bien qu'il s'agisse là d'un composant de contrôle nécessaire des progrès obtenus dans les décès maternels en Afrique. Le nombre exact de femmes vivant avec une fistule obstétrique est inconnu, mais l'UNFPA estime qu'il s'élève à 2 millions à échelle mondiale, avec 100 000 femmes risquant une fistule obstétrique chaque année. Les études montrent que 1 % des femmes en Éthiopie et 4,7 % des femmes au Malawi ayant déjà accouché ont souffert d'une fistule obstétrique. Cependant, du fait du manque de données rapportées à ce sujet et du tabou social qui l'entoure, ces chiffres sous-estiment très certainement la véritable portée du problème.

### **Disponibilité d'accoucheurs qualifiés**

60. On estime que près des trois quarts des décès maternels pourraient être évités en améliorant l'accès des femmes à des services complets de santé reproductive, comprenant les soins prénataux, la présence de sages-femmes ou d'accoucheurs qualifiés lors de l'accouchement, les soins obstétricaux d'urgence (y compris les soins post-avortement), la nutrition maternelle, les soins post-partum pour les mères et la planification familiale.

61. La proportion de naissances assistées par des sages-femmes qualifiées est considérée comme la mesure la plus pertinente de l'état de préparation d'un pays pour prévenir les décès maternels, puisque des sages-femmes non qualifiées ne sont pas suffisamment préparées pour fournir des soins obstétricaux d'urgence et prévenir ou traiter les principales causes de décès maternels. Les résultats dessinent une image très inquiétante de la situation en la matière dans la région de la CAE. Les dernières données montrent qu'à peine plus de la moitié des accouchements (50,6 %) dans la région de la CAE étaient assistés par des sages-femmes qualifiées, 51,3 % dans la CEDEAO et 61,5 % dans la CDAA.

62. Les accouchements assistés par des sages-femmes qualifiées et les soins prénataux sont des actions primaires qui permettent de fournir des services contribuant à réduire la mortalité maternelle. La région de la CDAA compte la plus forte proportion de naissances assistées par des sages-femmes qualifiées (61,5 % en moyenne) contre 50,6 % dans la CAE et 53,5 % dans la CEDEAO.

63. Il est donc logique que deux des trois pays qui ont toujours offert une bonne couverture de ces actions (Rwanda et Ouganda) soient également au rang le plus élevé pour les efforts visant à réduire le taux de mortalité maternelle dans la CAE. En fait, les deux pays de la CDAA qui ont toujours offert une bonne couverture de ces deux actions (Botswana et Namibie) figurent également parmi les trois premiers pays présentant le plus faible taux de mortalité maternelle dans la région, et le Cap-Vert, le Ghana et la Gambie illustrent également ce fait pour les pays de la CEDEAO.

64. Il existe d'énormes disparités, qu'il faudrait examiner et auxquelles il faudrait remédier de toute urgence, dans l'accès aux services médicalisés de maternité entre les différents groupes socio-économiques. Une analyse de ces disparités montre qu'en général, les progrès ont été plus importants dans les pays qui tentent d'améliorer l'accès aux accouchements assistés par des sages-femmes qualifiées aux communautés dont le statut socio-économique est relativement faible (moins instruites, défavorisées et rurales).

### **Soins prénataux**

65. Les soins prénataux constituent une opportunité de suivre les grossesses, de détecter les problèmes potentiels et de prendre les mesures opportunes durant la grossesse ou lors de l'accouchement. Par exemple, le statut nutritionnel des femmes peut être évalué, des solutions telles qu'une césarienne peuvent être recommandées pour les accouchements avec risque de dystocie, des tests de dépistage du VIH peuvent être réalisés afin de faciliter le traitement pour la prévention de la transmission mère-enfant, et des femmes peuvent recevoir un traitement contre le paludisme et des moustiquaires imprégnées.

66. Dans la région de la CAE, le suivi des grossesses est largement réalisé, avec une moyenne d'au moins 9 femmes enceintes sur 10 bénéficiant d'une visite prénatale (97,7 %), il est le plus élevé, comparé aux 91,1 % de la région de la CDAA, et aux 84,1 % des pays de la CEDEAO. La Tanzanie a enregistré un niveau presque total d'au moins une visite prénatale (97,7 %) ; les autres pays de la CAE ont également une forte couverture de soins prénataux de plus de 90 %.

67. La proportion de femmes bénéficiant d'au moins quatre visites prénatales est infiniment plus faible que celle qui bénéficie d'une seule visite, avec une moyenne de 48,8 % pour les pays de la CEDEAO, 45 % pour les pays de la CAE et 60 % pour la région de la CDAA.

68. Soulignons que la baisse a été essentiellement enregistrée dans les années 2000. Il est important de déterminer s'il s'agit d'un reflet de l'inefficacité du programme ou d'actions programmatiques délibérées en vue de réduire le nombre de visites prénatales souhaitables et de se concentrer sur la qualité des soins lors des rares visites. La couverture presque totale d'au moins une visite prénatale dans la plupart des pays montre que les femmes comprennent généralement l'importance d'effectuer au moins un contrôle médical durant leur grossesse. Le principal défi est de déterminer comment les programmes peuvent s'appuyer sur ce succès pour qu'un plus grand nombre de femmes accouchent en clinique, assistées par des sages-femmes

qualifiées, et augmenter la couverture des femmes bénéficiant d'au moins quatre visites prénatales.

### **Lutte contre l'avortement non médicalisé**

69. À l'exception de l'Afrique du Sud, qui a libéralisé sa législation en matière d'avortement, tous les pays de la CDAA ont des législations restrictives. Compte tenu du fait que la suppression de ces restrictions juridiques ouvrirait la voie à des services d'avortement médicalisé qui sauverait la vie de nombreuses femmes, il est essentiel que les pays de la CDAA continuent de réformer leur législation en la matière.

70. En Afrique de l'Est, on estime que les avortements non médicalisés sont à l'origine de près de 1 décès maternel sur 5 (18 %), ce qui est le taux le plus élevé, tandis que l'Afrique australe présente le taux le plus faible, avec 1 décès maternel sur 10 (9 %) environ. Les raisons de ces différences peuvent être en partie expliquées par les disparités en matière de législation. Les pays de la CAE n'autorisent l'avortement que dans deux cas : si la vie de la mère est en danger, et si sa santé physique ou mentale est en jeu. En Afrique de l'Ouest, les avortements non médicalisés sont la cause de près de 1 décès maternel sur 8 (12 %).

71. La suppression des restrictions juridiques facilitant la création de services de soins post-avortement et leur utilisation, et les services d'avortement médicalisé pouvant réduire considérablement les décès maternels, les pays ayant une législation très restrictive en matière d'avortement devraient envisager de réformer leurs politiques concernant cette question. Il ne suffit toutefois pas, pour disposer de services d'avortement médicalisé, de supprimer ou réduire les obstacles juridiques. Pour que les femmes ayant légalement droit à un avortement médicalisé puissent accéder à ce service, encore faut-il que ces services soient suffisants et que la stigmatisation disparaisse. Améliorer l'accès à la PF est également très efficace et rentable pour réduire les grossesses non désirées, qui poussent de nombreuses femmes à avoir recours à l'avortement non médicalisé si elles n'ont pas d'autre solution.

### **Amélioration de l'accès et de l'utilisation de la planification familiale**

72. La pierre angulaire du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), en 1994, était de permettre aux femmes et à leurs partenaires d'avoir un accès universel aux informations et aux services nécessaires pour prendre des décisions éclairées et volontaires sur leur sexualité et, par conséquent, de planifier le nombre et le calendrier de leurs grossesses. Au cœur des interventions en vue d'atteindre tant l'OMD 5b que les objectifs de la CIPD, une planification familiale moderne est une mesure éprouvée et économique qui permet de sauver bien des vies de femmes et d'enfants, de prévenir les grossesses non désirées, et de ralentir la croissance démographique, obstacle majeur aux efforts visant à réduire la pauvreté à l'échelon national comme à celui des familles, à préserver l'environnement et à s'adapter aux effets du changement climatique.

73. La région de la CDAA arrive en tête pour la contraception moderne, avec 42,2 % des femmes mariées utilisant des techniques efficaces de planification familiale. Il

existe aussi d'immenses disparités dans le recours à la contraception au sein des différents groupes socio-économiques, mais comme il a été constaté concernant la maternité médicalisée, les pays qui ont relativement bien progressé dans la région (Malawi, Madagascar, Zimbabwe et Namibie) enregistrent une augmentation considérable du recours à la contraception au sein des communautés défavorisées, rurales et peu instruites.

74. Dans la région de la CAE, moins de 3 femmes mariées sur 10 (27,4 %) utilisent une contraception moderne, ce qui situe la CER derrière la CDAA, où le recours à une contraception moderne est d'environ 4 sur 10 (42,2 %). Dans la CAE, le premier pays, à cet égard, est le Rwanda, qui a connu une baisse dans les années 1990, puis une augmentation sans précédent dans les années 2000, passant de moins de 1 femme sur 10 (4,3 %) à près de 5 femmes sur 10 (45,1 %). En comparaison avec la CDAA et la CAE, les pays de la CEDEAO ont toujours présenté des taux de prévalence contraceptive (TPC) bien plus faibles, une répartition de l'utilisation de la contraception moins équitable, et une plus forte dépendance à l'égard de méthodes traditionnelles largement inefficaces. En Afrique de l'Ouest, entre 1993 et 2006, l'utilisation de contraceptifs modernes a presque doublé, passant de 3,9 % à 8,9 %, mais les derniers TPC pour les méthodes modernes étaient de moins de 10 % dans 8 des 15 États membres de la CEDEAO. Le TCP du Cap-Vert, avec 57,1 %, est exceptionnel dans une région où le meilleur taux suivant n'est que de 16,6 % (Ghana), et le troisième, de 13,3 % (Burkina Faso).

75. Le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale révèle à quel point les femmes souhaitant éviter ou retarder leur grossesse n'ont pas recours à la contraception et, par conséquent, sont condamnées à subir des grossesses non désirées ou non planifiées. Dans la région de la CDAA, l'île Maurice présentait le plus faible niveau de besoins non satisfaits en matière de planification familiale (3,5 % en 2002), suivie par la Namibie (6,7 %), le Zimbabwe (12,8 %) et l'Afrique du Sud (13,8 %).

76. Le niveau le plus élevé de besoins non satisfaits, dans les années 2000, était enregistré au Malawi (27,6 %) en 2004. Les autres pays présentaient des niveaux de besoins non satisfaits s'échelonnant de 18 à 27 % (Mozambique 18,4 %, Éthiopie 25 %, Lesotho 23 %, Swaziland 24 %, RDC 24,4 %, Tanzanie 25,3 %, et Zambie 26,5 %).

77. Le Botswana présentait le niveau de besoins non satisfaits le plus élevé, avec 44,7 % en 1988, suivi par l'Ouganda, avec 40,6 % en 2006/2007 (nous ne disposons pas de données plus récentes). Les niveaux élevés de besoins non satisfaits en matière de planification familiale montrent que les pays peuvent faire de considérables progrès pour établir un accès universel à la santé reproductive en permettant aux femmes ayant des besoins non satisfaits d'accéder à la contraception. Répondre à un fort besoin non satisfait en matière de planification familiale constituerait pourtant, pour les États membres de l'UA, une opportunité facile d'augmenter rapidement le taux de prévalence contraceptive, de réduire la fécondité, de réduire le taux de dépendance et de stimuler la croissance économique, et de bénéficier ainsi d'un dividende démographique. Le développement futur de l'Afrique passe par là.

## SSR des adolescents

78. La SSR des jeunes constitue un élément clef du développement social et économique de leur pays et de leur communauté. Le début des rapports sexuels et le mariage à un jeune âge ainsi que la faible utilisation de moyens de contraception représentent des facteurs importants qui influencent la maternité précoce, les forts taux de fertilité et de mortalité infantile ainsi que le faible niveau d'éducation des femmes.

79. L'introduction du vaccin contre le HPV constitue une possibilité exceptionnelle pour les adolescentes. Étant donné que ce vaccin cible une infection sexuellement transmissible entraînant le cancer et peut être administré aux adolescentes, l'immunisation de celles-ci offre aux États membres de l'UA la possibilité de collaborer avec de nombreux acteurs concernant la santé des adolescents et de la reproduction ainsi que l'éducation, l'autonomie des femmes, la parité hommes/femmes et le cancer en vue d'améliorer la santé des femmes, des adolescentes et des mères sur le continent.

80. La région de la CAE présente l'âge le plus élevé pour la première expérience sexuelle (17,8 ans) et le mariage (19,4 ans) et le plus faible taux de fertilité chez les adolescentes (1 naissance pour 10 femmes) comparé aux autres CER. L'utilisation des moyens de contraception chez les jeunes dans la région de la CAE a été évaluée à 15,4 %, un chiffre inférieur aux 24,6 % de la SADC mais supérieur aux 7,6 % de la CEDEAO.

81. L'âge moyen de la première expérience sexuelle dans la région de la CEDEAO a légèrement diminué entre 1993 et 2006, passant de 16,4 à 16,2, et il a varié entre 15,6 au Niger et 18,4 au Ghana et au Sénégal. L'âge moyen du mariage a légèrement augmenté passant de 17,4 à 18,3 sur la même période, avec une moyenne nationale variant entre 15,5 pour le Niger et 19,8 pour le Ghana. L'âge moyen de la première expérience sexuelle et du mariage sont inférieurs dans la CEDEAO, comparé à la CAE et à la SADC.

82. Contrairement aux idées reçues, l'âge moyen de la première expérience sexuelle dans la SADC a légèrement augmenté, passant de 17,2 à 17,4 entre 1992 et 2007, variant entre 16,1 ans au Mozambique et 19,3 ans en Namibie. La SADC a enregistré une hausse un peu plus importante de l'âge moyen de la première expérience sexuelle entre les années 1990 et 2000 (augmentation de 3 %) comparée à la CAE (3,6 %) et à la CEDEAO (3,3 %).

83. L'âge moyen du premier mariage a par ailleurs également augmenté dans la région SADC passant de 18,2 en 1992 à 18,9 ans en 2007, avec des moyennes nationales variant entre 17,5 ans au Mozambique et 27 ans (un âge exceptionnellement élevé) en Afrique du Sud. Le Botswana et la Namibie ont également enregistré des moyennes d'âges relativement élevées autour de 24 ans pour le premier mariage comparé aux CER : 18,3 ans pour la CEDEAO, 18,9 pour la SADC et 19,4 pour la CAE.

## **Intégration de la SSR et du VIH**

84. Le besoin de lier les mesures concernant la SSR et le VIH/SIDA apparaît essentiel car le VIH et la SSR sont fortement interdépendants. Lier les mesures relatives à la SSR et au VIH présenterait de réels avantages, tels que l'amélioration de l'accès aux services relatifs à la SSR et au VIH/SIDA, l'utilisation efficace des ressources limitées, l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité des services grâce à une baisse de la duplication des fonctions de prestations de services ainsi que l'aspect pratique et les économies financières générées pour les clients.

85. Il existe une multitude de possibilités pouvant réduire les silos verticaux des mesures et programmes de la SSR et du VIH dans les États membres de l'Union Africaine. Les taux de prévalence du VIH sont très élevés dans la CAE, constituant un obstacle à l'intégration des services relatifs à la SSR et au VIH qui visent à augmenter leur impact. Aujourd'hui encore, en Afrique de l'Est, seule une femme sur cinq (21,5 %) reçoit des conseils au sujet du VIH et effectue un test prénatal, comparé à 22,6 % dans le Sud de l'Afrique et à 7,75 % en Afrique de l'Ouest. Étant donné le suivi prénatal important dans la CAE (au moins une visite prénatale), il est évident que les programmes ne profitent pas totalement des services de la SSR pour intégrer des services de prévention et de soins du VIH.

86. Dans les pays de la CEDEAO, le pourcentage de femmes qui reçoivent des conseils au sujet du VIH et effectuent un test prénatal est très faible (7,8 %) comparé à la région SADC (22,6 %) et à la CAE (25,7 %). Cela correspond au suivi prénatal (au moins une visite) et aux taux de prévalence du VIH relativement faibles dans la CEDEAO. La faible proportion de femmes séropositives recevant des ARV pour empêcher la transmission de la mère à l'enfant montre que certaines possibilités d'intégration de la SSR et du VIH n'ont pas été saisies. La couverture moyenne pour la région de la CEDEAO a été évaluée à 27,9 %, allant de 14,2 % en Guinée à 54,7 % au Niger et à 57 % au Cap Vert. Pour la région SADC, la couverture moyenne a été évaluée à 59,5 % bien qu'elle varie entre 1,2 % à Madagascar et 100 % aux Seychelles.

87. Bien que les pays mettent en œuvre des efforts pour intégrer les services de la SSR et du VIH au niveau national (toutefois à des niveaux différents), l'intégration n'est généralement pas optimale due à un certain nombre de difficultés, à savoir : le manque de mécanismes de coordination efficaces, le manque de stratégies et de mesures d'intégration claires, la pénurie et la diminution du personnel de santé, de déséquilibre des ressources, notamment financières, entre la SSR et le VIH, le manque d'obtention de fonds et de systèmes de surveillance et d'évaluation intégrés. Ces questions doivent être abordées afin que les pays et les clients puissent profiter totalement des avantages potentiels de cette intégration.

## **Financement de la santé**

88. Des ressources financières et un investissement inadéquats constituent une entrave majeure aux efforts mis en œuvre pour permettre l'accès universel à la SSR, à des services de maternité sûrs et à la santé des nouveau-nés et des enfants en Afrique.



Toutefois, le manque de données entrave l'évaluation des dépenses pour les OMD 4, 5a et 5b car seuls quelques pays ont la capacité ou ont effectué des études détaillées des sous-comptes des comptes nationaux pour la santé afin d'examiner et de suivre ces lignes budgétaires.

89. Les analyses des États membres de l'Union Africaine relatives aux dépenses de santé générales par habitant montrent qu'en 2010 seuls six États membres avaient réussi, ou presque réussi, à atteindre leurs engagements visant à dépenser 15 % de leur budget national pour la santé, conformément à la Déclaration d'Abuja.

90. Sur une même période, les dépenses de santé en Afrique, hormis en Afrique du Nord, ont été évaluées à 25 \$ - 27 \$ par habitant avec 32 des 53 membres de l'UA investissant moins de 20 \$ par habitant, y compris quatre pays parmi ceux qui ont atteint les 15 % fixés.

91. Au début de l'année 2012, une étude comparative du statut du financement de la santé entre 2011 et 2010 a été effectuée pour revoir l'évolution et atteindre les objectifs fixés par la Déclaration d'Abuja des Chefs d'États Africains de 2001 visant à allouer au moins 15 % du budget national à la santé.

92. Réalisée en partenariat avec la campagne « Afrique plus 15 % », l'étude a pour objectif de souligner toute hausse ou baisse du pourcentage (%) du budget du gouvernement alloué à la santé et à l'investissement réel par habitant en termes de santé dans 15 États membres principaux qui, depuis les engagements pris à Abuja en 2001, se sont le plus rapprochés des 15 % pour le budget annuel de la santé, voire les ont dépassés. Cette étude souligne également les grandes tendances de financement de la santé dans l'ensemble des États membres.

93. L'étude présente les résultats suivants :

- le nombre de pays ayant atteint/dépassé les 15 % fixés est passé de 6 en 2009/2010 à 8 en 2010/2011 ;
- un chiffre plus important : 42 des 54 États membres de l'UA ont augmenté leur investissement réel par habitant en 2010/2011. Cependant 23 de ces pays ont investi moins de 30 EU ;
- 7 États membres de l'UA ont diminué leur investissement réel par habitant pour la santé ;
- 26 États membres de l'UA ont augmenté le pourcentage général alloué à la santé ;
- 22 États membres de l'UA ont diminué le pourcentage général alloué à la santé ;
- l'étude présente des cas où la baisse du pourcentage (%) alloué à la santé en parallèle avec la hausse réelle par habitant représente un progrès (par

exemple, un pourcentage inférieur (%) dans un budget santé plus élevé mais une allocation supérieure par habitant) ;

- de manière générale, on constate un progrès si on analyse le pourcentage (%) alloué à la santé en parallèle avec l'investissement réel par habitant en termes de santé ;
- dans de nombreux cas, l'allocation à la santé inclut un soutien externe évalué à entre 0,9 % et 59 %.

94. L'augmentation du budget de la santé d'un gouvernement et l'amélioration des résultats en termes de santé sont étroitement liés. Cependant, un budget santé plus élevé n'est pas nécessairement synonyme d'un bon financement de la SSR, d'une maternité sûre et de la santé des nouveau-nés et des enfants. Par exemple, dans de nombreux pays d'Afrique (hormis les États d'Afrique du Nord), les donateurs externes octroient la plupart de leur fonds aux programmes et aux marchandises pour le PF et la SSR qui mettent ses services essentiels en situation de risque. Ils devraient donc modifier leurs priorités.

95. En outre, la surveillance des fonds investis dans les OMD 4 et 5 révèle que les pays qui progressent le mieux ont démontré un engagement durable quant à l'augmentation des allocations dans le budget national et au financement des donateurs pour ces programmes.

## **RECOMMANDATIONS**

### **Santé de l'enfant**

- les stratégies visant à améliorer la santé et la nutrition des enfants doivent se concentrer sur le développement et la mise en œuvre d'interventions efficaces et rentables axées sur les principales causes de maladie et de mortalité infantiles. Les États membres de l'UA doivent constamment développer, évaluer et augmenter l'envergure de ces interventions en faveur de la santé et la survie de l'enfant ;
  - des solutions simples apportées aux enfants exposés au risque de malnutrition ainsi qu'à leur famille sont déjà bien connues et soutenues par des experts en nutrition. En 2008, la revue médicale *The Lancet* a identifié un ensemble de 13 interventions directes, telles que la supplémentation en vitamine A et en zinc, le sel iodé, ou encore la fortification de denrées alimentaires et la promotion de comportements sains, y compris le lavage des mains, l'allaitement exclusivement au sein et les pratiques d'alimentation complémentaire, qui ont un impact avéré sur la nutrition et la santé des enfants et des mères ;

- Save the Children a identifié six interventions nutritionnelles peu coûteuses qui ont le plus de chances de sauver un enfant durant les 1 000 premiers jours de sa vie et au-delà. À l'échelle mondiale, la couverture universelle de ces six solutions pour sauver des vies permettrait d'éviter plus de 2 millions de décès maternels et infantiles par an. Ces six solutions d'importance vitale sont : le fer/acide folique, l'allaitement, l'alimentation complémentaire, la vitamine A, le zinc et l'hygiène. La mise en place de l'ensemble de ces solutions d'importance vitale reviendrait à un coût inférieur à 12 \$ par enfant.
- les États membres doivent atteindre et maintenir de hauts niveaux de couverture vaccinale par le biais d'une couverture vaccinale ordinaire et l'introduction réussie de nouveaux vaccins pour lutter contre les principales causes de mortalité infantile. La vaccination constitue l'un des investissements les plus efficaces et les plus rentables afin de protéger la santé de la population et des enfants d'Afrique.
  - augmenter les campagnes nationales d'information et de sensibilisation afin de renforcer la valeur et l'importance de la vaccination ;
  - intensifier les efforts de vaccination en soutenant le financement des vaccins et en abordant les aspects techniques de l'introduction de ces vaccins qui contribueraient considérablement à réduire la mortalité infantile.
- des initiatives de santé communautaires doivent être développées et renforcées, notamment à travers la délégation de tâches (aux auxiliaires de santé) pour fournir certains services de base essentiels. Ceci impliquerait le développement de supports pédagogiques pour ces professionnels incluant des programmes de formation, guides de pratique clinique et normes de soins.
  - les programmes de traitement antirétroviral (TAR) menés par les physiciens parviennent difficilement à toucher les nourrissons et les enfants en bas âge nécessitant un traitement ; c'est la raison pour laquelle cette approche de délégation des tâches est une stratégie clé pour atteindre le maximum d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral. Les médecins, infirmières, travailleurs sociaux et conseillers non professionnels doivent être soutenus grâce à une formation et un encadrement leur permettant de développer leurs capacités et de dispenser des soins et traitements pédiatriques de manière optimale. La qualité de la relation entre les parents et les professionnels de la santé ainsi qu'un lien étroit entre les établissements de santé et la communauté peuvent améliorer la rétention des patients pédiatriques à travers :

- le soutien apporté par les parents et les professionnels de la santé à l'enfant sous TAR afin de produire chez lui une influence positive d'adhésion au TAR ;
  - l'accompagnement des personnes qui manquent leur rendez-vous et qui risquent davantage d'être perdus au suivi, avec l'aide des professionnels de la santé communautaires pour les orienter vers les établissements de santé
- des initiatives de renforcement du système de santé doivent être mises en œuvre afin de renforcer les fonctions du système de santé en prêtant une attention particulière à l'amélioration de la qualité des soins en établissement ;
  - la participation communautaire et les partenariats avec des organisations non gouvernementales et de la société civile doivent être renforcés et institutionnalisés afin de créer les synergies nécessaires et de fournir des soins de santé et une promotion de la santé efficace ;
  - les États membres doivent développer et mettre en œuvre des stratégies innovantes adaptées aux besoins des différents États Membres permettant aux professionnels de la santé de répondre aux défis d'amélioration de la formation, du recrutement, du déploiement et de la rétention de diverses catégories de professionnels de la santé ;
  - les États membres doivent encourager la mise en œuvre du Plan d'action en faveur de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique (*ci-joint en annexe 1*).

### **Santé maternelle**

- redoubler d'efforts afin de défendre la cause et de faire une priorité de la SSR en mobilisant la volonté et le soutien politique (aux niveaux national, sous-national et communautaire), associé à un appui financier résolu et soutenu afin de mettre en œuvre des politiques de soutien de la SM et du PF. Les États membres ayant lancé la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) doivent refléter l'exécution des plans nationaux de mise en œuvre ;
- l'institutionnalisation des **audits sur la mortalité maternelle** renforcerait la base factuelle nécessaire au développement et à la mise en œuvre de programmes et de politiques et attirerait l'attention nécessaire à la qualité des soins ;
- les lois relatives à l'avortement doivent être révisées de manière appropriée pour empêcher les morts maternelles résultant d'avortements à risques, pour donner des soins post-avortement et pour améliorer l'accès au PF afin

de réduire le nombre de grossesses non planifiées dans le cadre de lois nationales ;

- la participation de la communauté, les partenariats et la portée des services doivent être renforcés avec une attention particulière aux sous-groupes ayant moins accès aux services de santé, y compris les hommes et les jeunes. Les questions de parité et l'autonomie des femmes doivent être abordées consciemment. Le partage des informations concernant les bonnes pratiques et les bas coûts ainsi que les interventions ayant un impact fort doivent être institutionnalisées pour faciliter une adaptation appropriée ;
- les gouvernements doivent garantir que les programmes de la SSR soient bien financés et prendre peu à peu en charge le financement des équipements de la SSR ainsi que des services sous-jacents des donateurs. Les Comptes Nationaux de Santé (CNS) doivent contenir les sous-comptes pour la SSR et les principales questions en matière de santé pour faciliter l'évaluation de l'allocation et de l'utilisation des ressources financières pour la santé en parallèle avec les objectifs de santé clefs ;
- il faut faire une priorité du développement et de la mise en œuvre de mesures innovantes des interventions relatives aux problèmes de barrières à l'accès aux services de SM et de SSR de base parmi les sous-populations marginalisées et ayant moins accès aux services de santé.

### **Santé reproductive des adolescents**

- les États membres doivent créer et mettre en place des mesures, des lois et des programmes appropriés pour promouvoir l'égalité des sexes et réduire l'exclusion sociale, notamment des barrières politiques pour permettre l'accès des jeunes à l'information, aux services et aux soins. Cela comprend la promotion de l'intégration et la priorisation des jeunes dans les processus de définition des mesures et des budgets politiques nationaux, notamment concernant les stratégies de réduction de la pauvreté, les cadres et les mesures d'égalité sociale, les projets et les budgets de ce domaine ;
- les États membres doivent chercher à développer rapidement les programmes qui fournissent des informations et mettre en place des interventions économiques, telles que l'immunisation des adolescentes grâce au vaccin HPV, en plus des efforts réalisés à petite échelle qui touchent seulement une partie de la population dans la plupart des pays ;
- les ministères gouvernementaux (par exemple les ministères de la finance, de l'éducation, de la santé, de la jeunesse et des sports, de la culture, etc.) doivent conclure des partenariats et sceller des alliances avec des partenaires ainsi que la société civile (y compris les groupes de jeunes) à

divers niveaux pour proposer une réponse nationale coordonnée aux besoins des jeunes ;

- une capacité institutionnelle devra être créée et soutenue pour assurer la mise en place de programmes locaux et nationaux durables et efficaces, y compris le développement de programmes d'éducation sexuelle complets standardisés et de formations adaptées aux jeunes ainsi que de formations appropriées avant et pendant le service pour les enseignants, les administrateurs et le personnel de santé. Cela facilitera l'intégration de services adaptés aux jeunes dans des interventions locales déjà existantes.

### **Financement de la Santé**

- les États membres doivent s'efforcer d'atteindre 15 % d'allocations pour le secteur de la santé en utilisant surtout des ressources nationales plutôt que des financements de donateurs ;
- les efforts consistant à augmenter le statut du financement de la santé dans les États membres doivent se concentrer sur l'allocation à la santé par habitant ;
- les Systèmes de la gouvernance et de la reddition de comptes doivent être renforcés dans le secteur de la santé en vue de minimiser le gaspillage, d'améliorer l'efficacité et de fournir « de meilleures prestations de santé pour la même somme » ;
- pour faire face aux défis actuels en termes de mobilisation des ressources internationales, les États membres doivent étudier des sources alternatives et durables de financement pour la santé ;
- un investissement correspondant est nécessaire dans les secteurs sociaux déterminants de la santé tels que l'eau et l'assainissement ;
- les CER doivent jouer le rôle principal en mobilisant leur État membre dans leur engagement relatif aux dépenses dans le secteur de la santé en règle générale et en s'assurant que le gouvernement ait des lignes budgétaires spécifiques pour la SSR et la maternité sans risques et qu'il s'engage à être le principal responsable pour financer et gérer ces programmes en temps utile.

## Bibliographies

Population Reference Bureau. (2010). *Fiche de données sur la population mondiale 2010*, Washington DC, Population Reference Bureau  
Population Reference Bureau. (2011). *Population, Development, and Family Planning in Francophone West Africa: The Urgency for Action*. Extrait de :  
[http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/news/popdev\\_confoutcome.pdf](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/news/popdev_confoutcome.pdf).

Progress on Children, A Report Card on Adolescent; numéro 10, avril 2010 -  
[http://www.childinfo.org/files/PFC2012\\_A\\_report\\_card\\_on\\_adolescents.pdf](http://www.childinfo.org/files/PFC2012_A_report_card_on_adolescents.pdf)  
Singh, S. et al. (2009). *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York : Guttmacher Institute et UNFPA.

Sulzbach, S., Garshong, B., & Owusu-Banahene, G. (2005). *Evaluating the Effects of the National Health Insurance Act: Baseline Report*. Rapport élaboré par USAID et Partners for Health Reform Plus.

UNFPA. (2009). *What Would it Take to Accelerate Fertility Decline in the Least Developed Countries?* Synthèse politique n° 1. Extrait de :  
[http://www.un.org/esa/population/publications/UNPD\\_policybriefs/UNPD\\_policy\\_brief1.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/UNPD_policybriefs/UNPD_policy_brief1.pdf).

UNICEF. (2005). *Early Marriage: A Harmful Traditional Practice: a Statistical Exploration*. New York : NY.

USAID. (2006). *Contraceptive Security: Practical Experience in Improving Global, Regional, National and Local Product Availability*. Disponible sur :  
[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADI960.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADI960.pdf).

Banque mondiale. (2011). *Reproductive Health at a Glance: Ghana*. Extrait de :  
<http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1303736328719/Ghana41411web.pdf>.

OMS. (2007). *Adolescent pregnancy – Unmet Needs and Undone Deeds: A review of the Literature and Programs*. Genève : OMS.

OMS. (2010). *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health*, disponible sur :  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_FCH\\_10.06\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf).

OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale. (2010). *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008*. Genève (Suisse) : Presse OMS.

The International Planned Parenthood Federation-Africa Region (IPPFAR) et African Institute for Development Policy (AFIDEP). (2011). *“Enhancing Progress towards Universal Access to Reproductive Health and Safe Motherhood in Eastern Africa – Policy Brief”*. Nairobi : Kenya.

Hill K, et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet*, 2007, 370(9595):1311-1319.

OMS/UNICEF/UNFPA/Banque mondiale. *Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

- Hogan MC, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*, 2010, 375(9726):1609-1623.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Vol. 1: Tabular list. Vol. 2: Instruction manual.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992.
- Horon IL. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:478-482.
- Kao S, Chen LM, Shi L, Weinrich MC. Underreporting and misclassification of maternal mortality in Taiwan. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1997, 76:629-636.
- Deneux-Tharaux C, et al. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 106:684-692.
- Karimian-Teherani D, et al. Under-reporting of direct and indirect obstetrical deaths in Austria, 1980-98. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2002, 81:323-327.
- Chang J, et al. Pregnancy-related mortality surveillance – United States, 1991-1999. *MMWR Surveillance Summaries*, 2003, 52:1-8.
- Lewis G, ed. *The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2003–2005. The seventh report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom.* London, CEMACH, 2007.
- Lewis G ed. *Why mothers die 2000–2002: the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom.* London, RCOG Press, 2004.
- Global economic prospects. Crisis, finance, and growth 2010.* Washington, DC, The World Bank, 2010.
- Heston A, Summers R, Aten B. *Penn World Table Version 6.3*, Center for International Comparisons of Production, Income and Prices at the University of Pennsylvania, 2009.
- Stanton C, Abderrahim N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:111-123.
- Organisation mondiale de la santé. Global burden of disease ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html), accessed 1 July 2010).
- Gelman A, Hill J. *Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models.* Cambridge University Press, Cambridge, 2006.
- Bates D, Martin Maechler M. lme4: linear mixed-effects models using Eigen and R syntax. *R package version 0.999375-32/r527*, 2009.
- R Development Core Team. *R: a language and environment for statistical computing.* Vienna, Austria, R Foundation for Statistical Computing, 2009.
- Gray R, et al. Population-Based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda. *Lancet*, 1998, 351:98–103.
- Lee L, et al. Duration of Human immunodeficiency virus infection and likelihood of giving birth in a Medicaid population in Maryland. *American Journal of Epidemiology*, 2000, 151:1020–1028.
- Terceira N, Gregson S, Zaba B, Mason P. The contribution of HIV to fertility decline in rural Zimbabwe, 1985–2000. *Population Studies*, 2003, 57:149–164.
- Wilmoth J. The lifetime risk of maternal mortality: concept and measurement. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:256-262.
- The Millennium Development Goals Report 2010.* New York, United Nations, 2010.



United Nations Secretary-General Ban Ki-moon. *Global strategy for women's and children's health*, 2010, in press.

Countdown to 2015 report, 2012 <http://www.countdown2015mnch.org/>

Lawn JE and Kerber, KJ. Ed Opportunities for Africa's Newborns. PMNCH, 2006, <http://www.who.int/pmnch/media/publications/africanewborns/en/index.html>

UNICEF. 2012. Monitoring the situation of children and women. [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org).

UNICEF, OMS, Banque mondiale, Département pour la population des Nations unies. 2011. Levels and Trends in Child Mortality, Report . Genève : UNICEF.

OMS. Born Too Soon, Global Action Report on Preterm Birth, eds Howson C, Kinney M, Lawn J. WHO, Geneva 2012.

[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html)

Maternal and Child Health: Obstetric Fistula; A Devastating Injury - [http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/mch/mh/techareas/fistula.html](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/mch/mh/techareas/fistula.html)

**AFRICAN UNION UNION AFRICAINE**

**African Union Common Repository**

**<http://archives.au.int>**

---

Organs

Council of Ministers & Executive Council Collection

---

2012

# Progress Report of the commission on maternal new born and child health

African Union

African Union

---

<http://archives.au.int/handle/123456789/4239>

*Downloaded from African Union Common Repository*