

UNICEF RAPPORT ANNUEL 2006

Le Dr Peter Salama, Chef de la section santé de l'UNICEF, s'entretient du programme de l'UNICEF sur la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants

Q : Pouvez-vous nous parler des temps forts du programme de l'UNICEF pour 2006 sur la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants?

R : Tout d'abord, nous avons assisté à une amélioration constante des vaccinations et la couverture vaccinale atteint aujourd'hui plus de 78 % à l'échelle mondiale. Plus de cent pays ont atteint l'objectif de 90 % pour la couverture vaccinale. Un des résultats les plus importants concerne la rougeole. Le [Partenariat contre la rougeole](#) (en anglais) [qui] a publié cette année des résultats qui montrent que les décès liés à la rougeole ont diminué de plus de 60 % sur l'ensemble de la planète et de plus de 77 % en Afrique. C'est donc la première fois que l'ONU et la communauté internationale ont non seulement réellement atteint un objectif de santé mondial mais l'ont dépassé. La rougeole est à coup sûr en train de devenir une maladie rare dans les pays en développement.

Nous avons observé un déclin des décès imputables au tétanos. Leur nombre est passé de 200 000 à 150 000 et celui des pays où la polio est endémique est passé de six à quatre. Nous avons observé un véritable mouvement en faveur des programmes intégrés. En ce qui concerne la vaccination, nous avons observé la mise à profit des campagnes contre la polio et la rougeole pour l'acheminement d'autres interventions, en particulier la vitamine A, les comprimés vermifuges et les filets traités à l'insecticide. En fait, la stratégie devient de plus en plus formalisée et en fait la plupart des pays d'Afrique observent aujourd'hui au moins une fois par mois quelque chose qu'on appelle Journées ou Semaines pour la santé des enfants. De nombreux pays d'Asie font [également] cela maintenant. C'est systématique... [d'] intégrer autant d'enfants que possible dans un groupe de services qui affecte les causes majeures de mortalité et de handicap. La vitamine A voit également sa couverture augmenter.

Les moustiquaires anti-paludisme imprégnées d'insecticide ont fait l'objet l'an dernier d'un effort majeur. A lui seul, l'UNICEF a distribué plus de 24 millions de moustiquaires dans le cadre de campagnes et de diverses autres activités et le dernier cycle des [MICS \[Enquête en grappes à indicateurs multiples\]](#) (en anglais) montrera probablement que la couverture a progressé de façon spectaculaire. En ce qui concerne les autres aspects du [paludisme](#), nous avons assisté à un grand changement dans les politiques menées, en passant des traitements auquel le parasite du paludisme est devenu résistant, comme la chloroquine, à des traitements plus modernes et qui sont plus efficaces.

Nous avons vu se développer un vaste mouvement en faveur des programmes intégrés. En utilisant des modèles comme le [Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant](#) qui a débuté dans quatre pays majeurs de l'Afrique de l'Ouest, à savoir le Ghana, le Bénin, le Sénégal et le Mali. Dans ces pays, en tablant sur les interventions et les systèmes déjà en place, ils ont été soutenus par le biais d'une

supervision, par l'apport de fournitures et de biens divers et, au niveau des communautés, les programmes ont été développés. Les résultats préliminaires ont montré une réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans estimée à environ 20 %. Nous sommes aujourd'hui en train de confirmer ces résultats grâce à une évaluation officielle dont s'occupe l'hôpital Johns Hopkins. Beaucoup de principes sous-tendant ces programmes sont déjà lancés dans d'autres pays de l'Afrique de l'Est et australe ainsi qu'en Afrique de l'Ouest. Et ce programme a été utilisé comme base pour un autre événement qui s'est déroulé en 2006, le All Africa Meeting, au cours duquel tous les Représentants de l'UNICEF pour l'Afrique se sont réunis pour examiner l'expérience acquise sur les programmes de santé intégrés au niveau local, examiner les résultats et voir dans quelle mesure nous pouvons rapidement les élargir afin d'atteindre une partie des [OMD \[Objectifs du Millénaire pour le développement\]](#) liés à la santé. Quand, dans les années à venir, nous nous rappellerons cette réunion, nous la considérerons comme un tournant pour l'UNICEF qui nous a vraiment aidé avec nos partenaires des OMD liés à la santé.

Q : Quels ont été les principaux problèmes ?

R : Il y a 60 pays qu'on a appelés «Les pays pour la survie de l'enfant du magazine Lancet » et il s'agit des pays qui ont soit la mortalité la plus élevée chez les enfants de moins de cinq ans, soit le nombre absolu de décès parmi les enfants le plus élevé. Il se trouve que ces pays sont aussi ceux qui ont les systèmes de santé les moins performants. Par conséquent, les difficultés sont vraiment dues au fait que nous tentons d'obtenir le plus de résultats dans les pays qui disposent des infrastructures les plus faibles. Dans de nombreux pays, l'état des infrastructures a été encore davantage aggravé par deux facteurs essentiels : l'un sont les conflits. L'autre a été la pandémie de VIH/SIDA. Nous rencontrons aussi des difficultés lorsque nous élargissons rapidement nos programmes. L'allaitement exclusif au sein est toujours à seulement un tiers au niveau mondial. Et même pour certaines des interventions sur lesquelles nous avons vraiment insisté en terme de sensibilisation et de mobilisation au cours des deux dernières années, comme [le traitement pédiatrique du VIH/SIDA](#) (en anglais), la prophylaxie par cotrimoxazole pour les enfants exposés au virus VIH ou séropositifs, la couverture est vraiment toujours à la traîne.

Dans l'ensemble de ces 60 pays, mais même dans les pays qui au niveau de l'ensemble national obtiennent de bonnes performances, il existe toujours des populations marginalisées, vulnérables. L'une des nos difficultés principales est d'atteindre ces populations qui n'ont pas été touchées. D'autres obstacles sont bien plus terre à terre mais restent importants comme ceux du financement. Il s'agit d'un manque général de ressources au plan mondial pour la survie des enfants, pas seulement pour les programmes de l'UNICEF, mais pour tous nos partenaires. Nous avons besoin de combler ces lacunes par le biais de donateurs externes, occidentaux, mais aussi par le biais du plaidoyer pour permette aux gouvernements dotés de programmes de pays de tenir leurs engagements initiaux sur les dépenses dans le secteur de la santé. Et l'un des principes les plus importants sont les [Objectifs d'Abuja](#) (en anglais) [mais] la plupart des pays se trouvent toujours très éloignés de ces objectifs. Une autre difficulté majeure est la

question des ressources humaines pour la santé. Nous admettons que pour tenir nos promesses sur les OMD en matière de santé, nous devons vraiment disposer sur place de personnel de santé qualifié. Nous voulons vraiment parler d'accoucheuses qualifiées et de personnel de santé local pourvu d'une formation rigoureuse qui peut apporter son aide avec nos programmes locaux de santé intégrés.

Q : En 2006, deux pays ont virtuellement éliminé la transmission du virus de la polio et les quatre derniers pays endémiques ont réduit la propagation de la polio. Comment ces pays ont-ils été capables de faire cela ? Comment le travail de l'UNICEF et de ses partenaires a-t-il contribué à de telles réussites ? Quelles mesures sont actuellement prises pour veiller à ce que ces pays restent indemnes de polio ?

R : De façon générale, nous sommes à la traîne en matière d'objectifs sur [l'éradication de la polio](#), mais nous avons aussi l'impression de nous faisons des progrès. En 2006, deux pays qui figuraient sur notre liste endémique pour la polio en ont aujourd'hui été enlevés. Il s'agit de l'Égypte et du Niger. Il reste quatre pays endémiques : l'Afghanistan, le Pakistan, le Nigéria et l'Inde et tous présentent différents types de problèmes dans le scénario d'éradication. Les derniers pays restants et les réservoirs d'une maladie qui doit être éradiquée sont toujours les plus difficiles et la polio ne fait pas exception. Un document publié le mois dernier [avril 2007] par un groupe d'Harvard suggère que même si nous modifions nos stratégies maintenant pour l'éradication de la polio et empruntons une stratégie différente, comme par exemple une stratégie de contrôle, ce serait bien moins efficace en termes de coûts et [nous] finirions en fait par assister à une recrudescence des cas de polio si nous ne poursuivions pas notre action vers l'éradication.

En ce qui concerne les quatre derniers pays restants, nous faisons face ici à trois principaux problèmes essentiels. En Afghanistan et au Pakistan, nous avons un problème prédominant d'absence de sécurité. Une de nos difficultés principales dans l'éradication est en fait d'amener nos vaccinateurs auprès des populations qui ont besoin d'un vaccin contre la polio. Nous collaborons étroitement avec les dirigeants de ces pays pour que soit garanti au personnel de santé un accès sûr aux enfants qui ont besoin de recevoir un vaccin contre la polio. En Inde, nous avons un ensemble différent de problèmes. Il s'agit [des problèmes] de la densité de population, de l'approvisionnement en eau et des moyens d'assainissement insuffisants ainsi que du besoin d'agir rapidement pour couvrir les enfants [puisque des nombres énormes d'enfants y naissent chaque mois]. Au Nigéria, [le problème est] celui d'une épidémie qui touche le nord du pays. Par le passé, nous avons eu les chefs religieux véhiculant des messages qui n'ont pas apporté de soutien à notre programme d'éradication de la polio. Au cours des deux dernières années, les chefs religieux, y compris ceux du nord, nous ont beaucoup soutenus. Nous pensons que nous amorçons un virage au Nigeria.

Ainsi donc, des problèmes distincts et des difficultés distinctes dans chacun de ces quatre pays mais nous pensons que, techniquement, il est tout à fait possible d'éradiquer la polio dans les années à venir. Mais nous allons avoir à nous concentrer très fortement sur ces pays, veiller à ce qu'un financement soit en place, veiller à ce que des fournitures soient

en place et veiller à ce que les stratégies de communication soient très efficaces pour continuer à mobiliser les gens.

Il a deux aspects intéressants du programme qui sont relativement récents. L'un est un travail, au cours de l'année dernière ou précédente, sur un vaccin plus efficace. Il a permis de nous conduire au succès au Niger et en Egypte. On l'appelle le vaccin antipoliomyélitique monovalent et, plutôt que de s'attaquer aux trois souches du virus visées par le vaccin trivalent, il s'attaque simplement à celui qui reste le plus répandu dans les pays endémiques. Nous avons observé, à travers nos résultats, que viser en fait une souche qui est la plus répandue est plus efficace pour augmenter l'immunité des enfants.

L'autre aspect est particulier au programme pour le Nigéria. En combinant les vaccinations contre la polio avec d'autres interventions – dans le cas du Nigéria, il s'agissait de la rougeole, de comprimés vermifuges et de vitamine A et certains maintenant ont pensé à le combiner avec des moustiquaires [imprégnées d'insecticides contre les moustiques] - nous avons observé que les communautés étaient bien plus réceptives au fait que leurs enfants reçoivent les prises parce que même si elles ne reconnaissent plus la polio comme une source majeure de décès parmi les enfants, elle reconnaissent absolument la rougeole et le paludisme comme une source majeure de décès parmi les enfants de leur communauté. Cela a été une façon importante de stimuler le soutien au programme d'éradication de la polio.