

Les arguments en faveur des investissements pour la survie de l'enfant et les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en Afrique subsaharienne

Les stratégies formulées dans le rapport « A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa » – préparé pour l'Union africaine en juillet 2005 – devraient créer, en relativement peu de temps, les conditions minimum requises pour accroître la couverture des soins de santé primaires en Afrique subsaharienne – notamment une gamme minimum de services de faible coût, de fort impact et ayant fait leur preuves, qui peuvent être offerts dans le cadre des soins familiaux et communautaires, des services destinés à la population et des soins cliniques. Les principales interventions devraient être les suivantes : offre d'antibiotiques contre la pneumonie et les infections néonatales; associations de médicaments antipaludéens; alimentation des nourrissons et promotion de l'hygiène; moustiquaires imprégnées d'insecticide; thérapeutique de réhydratation orale; accouchements assistés par un personnel qualifié; et distribution de suppléments de vitamine A, prévention et soins du SIDA pédiatrique, et soins obstétriques et prénatals d'urgence. Ces stratégies et interventions devraient permettre d'améliorer la nutrition des

enfants, la mortalité maternelle, le statut des femmes et la réduction de la pauvreté par le biais de l'autonomisation des femmes. (Les trois phases de mise en œuvre sont expliquées aux pages 71-72.)

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

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

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

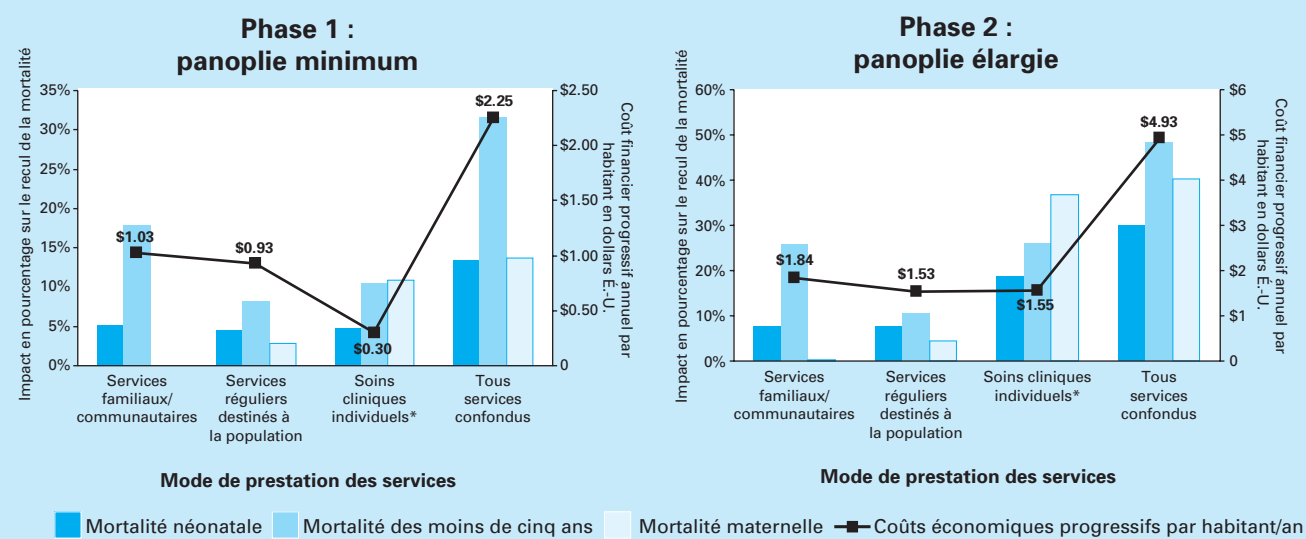
Si l'on suppose un rythme graduel de mise en œuvre, le financement supplémentaire annuel requis pour effectuer cette accélération en trois phases sera de 2 à 3 dollars É.-U. par habitant et par an pour élargir la panoplie minimum en phase une; et il passera de plus de 12 à 15 dollars É.-U. par habitant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

cul des coûts, qui ont tous produit des projections similaires, ce qui laisse à penser qu'elles sont fiables. Elles correspondent à l'achat de marchandises, de médicaments et de fournitures. Une fraction importante de ces coûts recouvre l'achat de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de médicaments. Les coûts sont répartis entre les ressources humaines, les établissements et équipements médicaux, la promotion, la création d'une demande, le suivi et l'évaluation.

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

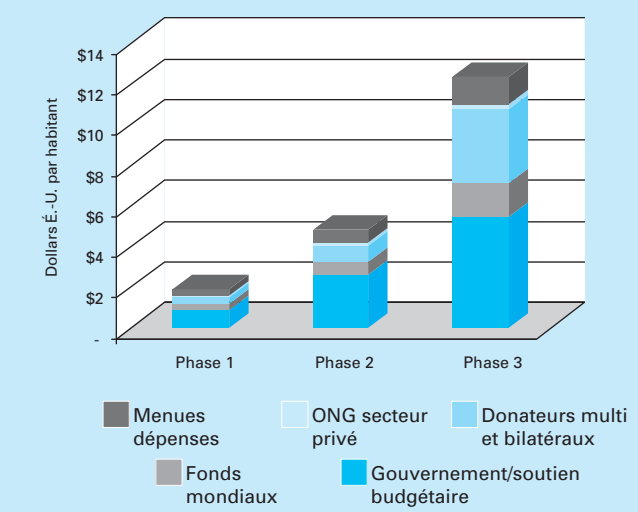
Voir Références, page 108.

Figure 4.3
Impact et coût estimatifs des panoplies minimum, élargies et maximum prévues par le Cadre stratégique pour l'Afrique



* Suppose que les soins cliniques individuels sont disponibles en continu.

Figure 4.4
Sources de financement 2007-2015



Sources Figures 4.3 et 4.4, pp. 78-79 : estimations préliminaires s'appuyant sur la version modifiée de l'UNICEF, de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la Santé de : « A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health system strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions », projet préparé à la demande de l'Union africaine par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale. Modifié en octobre 2007.