

DEUXIÈME PARTIE

PROGRÈS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCLARATION ET DU PLAN D'ACTION DU SOMMET MONDIAL

Santé, nutrition, eau et assainissement

L'amélioration de la santé et de la nutrition des enfants a été considérée comme le « premier devoir » au Sommet mondial de 1990 pour les enfants. En conséquence, quatre objectifs principaux sur sept et 20 objectifs complémentaires adoptés lors du Sommet mondial pour les enfants concernent la santé, la nutrition, l'eau et l'assainissement, des secteurs entre lesquels il existe des liens étroits.

Le choix de cette démarche globale a été dicté par l'une des conclusions de la Conférence internationale d'Alma Ata sur les soins de santé primaires tenue au Kazakhstan en 1978 : de nombreux facteurs dont dépendent notre santé sont étrangers au secteur de la médecine. Cette définition de la santé a favorisé quelques changements de cap : de l'action curative vers la prévention, ou des traitements administrés à l'hôpital vers les soins en milieu communautaire et la santé publique. Cette nouvelle stratégie a aussi permis de soutenir les efforts déployés dans les années 80 dans les domaines de l'eau et de l'assainissement, de la nutrition et de la sécurité alimentaire, de l'éducation, du développement du jeune enfant, ainsi que l'action en faveur des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles.

La décennie qui a suivi le Sommet mondial a permis de mieux comprendre certaines questions, en particulier le rapport dialectique entre santé et pauvreté. De même que la pauvreté aggrave le risque de maladie et de malnutrition, la maladie et la malnutrition sont les principales raisons de la persistance de la pauvreté. Cependant, de nombreux pays en développement, ainsi que les pays en transition vers l'économie de marché, ont eu les plus grandes difficultés à agir en conséquence. En général, ils n'ont pas su axer leurs programmes et leurs ressources sur les familles et les enfants les plus défavorisés, ni tenir compte véritablement de l'expérience des décennies précédentes.

Un récapitulatif des progrès accomplis dans les années 1990 et de ce qu'il reste à faire figure dans les bilans présentés ci-après.

La mortalité infantile et juvénile reste globalement beaucoup trop élevée. Plus des deux tiers des enfants qui décèdent chaque année sont des nouveau-nés. Leur mort est due aux causes qui provoquent aussi le décès des mères, telles que des soins obstétricaux inadéquats et un manque de suivi pendant la grossesse et l'accouchement. Par ailleurs, les nouveau-nés sont aussi exposés à d'autres risques.

Santé de l'enfant

LA SANTÉ DE L'ENFANT : BILAN DES ANNÉES 90

OBJECTIFS	PROGRÈS ACCOMPLIS	CE QU'IL RESTE À FAIRE
Mortalité infantile et mortalité des enfants de moins de 5 ans : <i>réduire d'un tiers le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 60 pays ont atteint l'objectif en matière de TMM5. Diminution globale du TMM5 : 11 %. 	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation du TMM5 dans 14 pays (dont 9 de l'Afrique subsaharienne) et TMM5 inchangé dans 11 pays. Persistance d'importants écarts de TMM5 à l'intérieur des pays, selon les revenus, le lieu de résidence (ville/campagne) et l'origine (minorité/ population majoritaire).
Poliomyélite : <i>éradication totale à l'horizon 2000</i>	<ul style="list-style-type: none"> Éradication de la poliomyélite dans plus de 175 pays. 	<ul style="list-style-type: none"> La poliomyélite subsiste à l'état endémique dans 20 pays.
Vaccinations systématiques : <i>maintien d'un niveau élevé de couverture vaccinale</i>	<ul style="list-style-type: none"> Maintien des vaccinations systématiques. Couverture vaccinale : 75 % (DTC3). 	<ul style="list-style-type: none"> En Afrique subsaharienne, moins de la moitié des enfants de moins de 1 an reçoivent le vaccin DTC3.
Rougeole : <i>baisse radicale de la mortalité (95 %) et du nombre de cas (90 %) à l'horizon 1995, en prélude à l'éradication générale de la maladie</i>	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre total de cas de rougeole déclarés dans le monde a diminué de près de 40 % entre 1990 et 1999. 	<ul style="list-style-type: none"> Dans 14 pays, moins de la moitié des enfants sont vaccinés contre la rougeole.
Tétanos néonatal : <i>éradication à l'horizon 1995</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objectif atteint pour 104 des 161 pays en développement. Le nombre de décès dus au tétanos néonatal a diminué de moitié entre 1990 et 2000. 	<ul style="list-style-type: none"> 27 pays (dont 18 pays africains) représentent à eux seuls 90 % des cas de tétanos néonatal.
Diarrhée : <i>diminution de 50 % du nombre de décès dus à la diarrhée</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objectif globalement atteint, selon les estimations de l'OMS. 	<ul style="list-style-type: none"> La diarrhée reste l'une des principales causes de décès chez l'enfant.
Infections respiratoires aiguës (IRA) : <i>diminution de 30 % du nombre de décès dus à des IRA parmi les moins de 5 ans</i>	<ul style="list-style-type: none"> Gestion améliorée des cas d'IRA dans les centres de soins. Efficacité éprouvée des vaccinations (anti-Haemophilus influenzae B et pneumococcies). 	<ul style="list-style-type: none"> Les infections respiratoires aiguës restent l'une des causes majeures de décès des enfants. Les programmes verticaux axés spécifiquement sur les IRA semblent avoir eu peu d'impact dans l'ensemble.

MORTALITÉ DES NOURRISSONS ET DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Le Sommet mondial pour les enfants avait pour premier objectif de faire *diminuer d'un tiers, ou de 50 à 70 pour 1 000 naissances vivantes respectivement et selon le chiffre le moins élevé, la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans*, et cela entre 1990 et 2000. Or, la baisse de la mortalité des enfants de

moins de 5 ans (TMM5) dans le monde n'a été que de 11 % au cours de la période. Plus de 60 pays ont toutefois réussi à atteindre l'objectif du Sommet. On compte parmi eux la plupart des pays de l'Union européenne et d'Afrique du Nord, de nombreux pays d'Asie orientale, d'Océanie, des Amériques et du Moyen-Orient.

Il est vrai que le taux général de mortalité infantile et juvénile dans le monde baisse régulièrement depuis un demi-siècle et qu'un grand nombre de pays où l'objectif a été atteint ont connu une période de prospérité économique qui a duré tout au long de la décennie ou presque. Mais force est de constater que plusieurs pays riches ont échoué, tandis que des pays très pauvres atteignaient l'objectif. Les pays qui ont réussi l'ont fait en mettant en œuvre des politiques et des programmes spécifiques en faveur de l'enfance. Malheureusement, ces résultats durement gagnés ont parfois été réduits à néant par les guerres, les crises économiques, les catastrophes et, tout spécialement, l'impact dévastateur du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne.

La mortalité infantile et juvénile reste globalement beaucoup trop élevée. Plus des deux tiers des enfants qui décèdent chaque année sont des nouveau-nés. Leur mort est due aux causes qui provoquent aussi le décès des mères, telles que des soins obstétricaux inadéquats et un manque de suivi pendant la grossesse et l'accouchement. Par ailleurs, les nouveau-nés sont aussi exposés à d'autres risques, notamment le défaut de soins élémentaires, les infections, les lésions obstétricales, l'asphyxie et les difficultés liées aux naissances prématurées. Les interventions sanitaires à grande échelle telles que les campagnes de vaccination et le recours à la thérapeutique de réhydratation orale (TRO) pour le traitement de la diarrhée sauvent davantage d'enfants de 1 à 4 ans que de nourrissons âgés de moins de 1 an.

Les statistiques nationales sur la mortalité infantile masquent souvent des disparités importantes. Les taux de mortalité sont fréquemment plus élevés parmi les enfants pauvres que chez ceux qui vivent dans des milieux plus aisés. Les enfants des groupes exclus ou défavorisés en raison de leur origine ethnique ou d'autres facteurs sont aussi beaucoup plus vulnérables. Il semble aussi que l'écart entre les enfants des milieux urbains et ruraux se soit creusé au cours de la décennie.

POLIOMYÉLITE

Des progrès extraordinaires ont été accomplis dans l'éradication de la poliomyélite. Plus de 175 pays sont maintenant exempts de cette maladie. En 2000, on en a recensé moins de 3000 cas, une baisse énorme par rapport aux quelque 350 000 cas enregistrés en 1988. À la fin de 2000, la poliomyélite n'était plus endémique que dans 20 pays, contre 125 en 1988.

Cette réussite est le résultat d'un remarquable partenariat mondial dirigé par l'Organisation mondiale de la santé, l'UNICEF, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et le Rotary International, et réunissant des gouvernements, le secteur pharmaceutique, un partenariat qui a suscité une mobilisation à tous les niveaux de la société. La détermination des autorités nationales, les ressources en personnel et les ressources financières qui ont été consacrées aux journées nationales de vaccination, aux activités de vaccination « coup de poing » et au dépistage de la maladie ont été essentiels à la réalisation de ces progrès.

Dans les pays éprouvés par la guerre civile, il a fallu obtenir des accords de cessez-le-feu et des « jours de répit » pour organiser des journées nationales de vaccination. Dans certains grands pays considérés comme des réservoirs d'infection, ces journées ont été l'occasion d'une mobilisation massive tant au plan national qu'au delà des frontières. Ces initiatives offrent un magnifique exemple de l'efficacité de la coopération internationale.

Il est probable que le virus de la poliomyélite continuera de se propager après 2000, bien qu'à de faibles niveaux, dans une vingtaine de pays. En mai 2000, l'OMS, l'UNICEF, le Rotary International, les CDC et d'autres partenaires sont arrivés à la conclusion qu'en redoublant d'efforts, on parviendrait à enrayer complètement la propagation de la maladie d'ici à 2002 et qu'on pourrait certifier son éradication en 2005. Cependant, cela exigera une persévérance et une détermination constantes de la

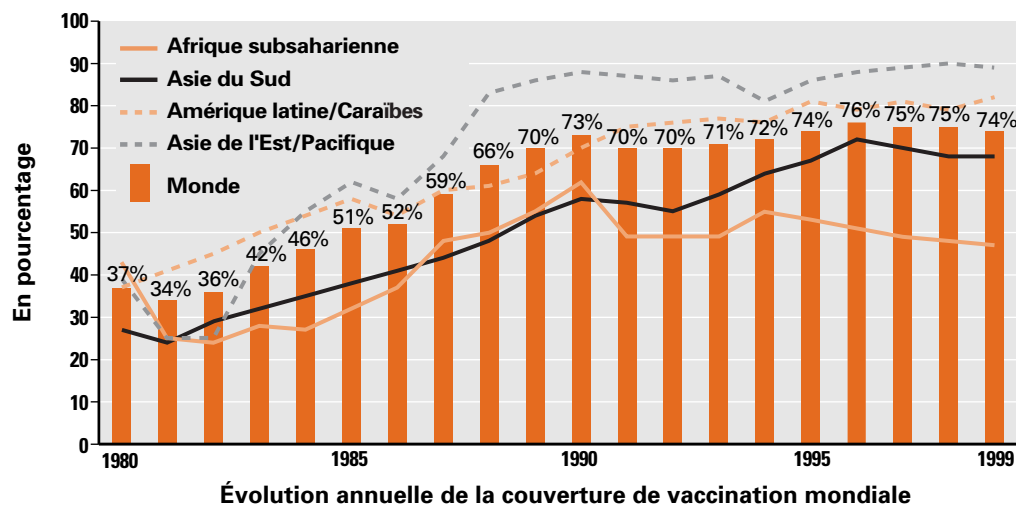
part de la communauté internationale, qui ne devra pas fléchir tant que la poliomyélite ne sera pas entrée dans les livres d'histoire comme deuxième maladie, après la variole, à avoir disparu de surface du globe. L'éradication de la poliomyélite permettra d'économiser 1,5 milliard de dollars tous les ans. Cette somme pourra alors être affectée à des campagnes de vaccination contre d'autres maladies.

VACCINATION

Aujourd'hui, le pourcentage des enfants ayant reçu une immunisation complète dans le monde est passé à 75 % environ, contre moins de 40 % en 1980. L'objectif des 90 % fixé lors du Sommet n'a donc pas été atteint à l'échelle planétaire.

Environ 30 millions de nourrissons du monde ne sont toujours pas systématiquement vaccinés et de larges disparités ont été constatées dans les taux d'immunisation. Le plus faible est enregistré en Afrique subsaharienne, où 47 % seulement des enfants sont vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, à savoir un nombre moins élevé qu'en 1980. La diminution des engagements de la part des donateurs, particulièrement pour la formation, la surveillance et la logistique, a été un facteur important du recul, les augmentations des budgets nationaux n'ayant pas suffi à la compenser.

Taux d'immunisation DTC3 – 1980-1999



Source : UNICEF/OMS.

Des millions d'enfants continuent de mourir car ils ne sont pas vaccinés contre la diphtérie, la tuberculose, la coqueluche, la rougeole et le tétanos. Faute d'un financement suffisant, de nouveaux vaccins d'une importance cruciale n'ont pu être introduits dans de nombreux pays. De plus, les vaccins contre l'hépatite B, l'haemophilus influenzae B (cause majeure de la pneumonie et de la méningite) et la fièvre jaune ne sont pas encore largement disponibles dans les pays où ils sont le plus nécessaires.

Entre 1995 et 2000, quelque 25 pays ont augmenté sensiblement le budget qu'ils consacrent aux campagnes d'immunisation. L'« Initiative pour l'indépendance en matière de vaccins », lancée par l'UNICEF et l'OMS, a notamment permis de créer un fonds autorenouvelable pour aider les pays en développement à acheter, dans leur propre monnaie, des vaccins de haute qualité et à faible coût en quantités suffisantes pour atteindre l'objectif de la vaccination universelle des enfants.

En 1999, les partenaires de l'Alliance mondiale pour la vaccination (UNICEF, Banque mondiale, OMS, gouvernements, Fondation Rockefeller, Programme PATH de l'Initiative Bill et Melinda Gates pour la vaccination des enfants et représentants de l'industrie pharmaceutique) se sont engagés à soutenir l'immunisation et à aider les pays à introduire de nouveaux vaccins sous-utilisés.

Environ un milliard d'injections sont administrées chaque année aux femmes et aux enfants dans le cadre de campagnes nationales d'immunisation. Pour éliminer les risques liés à la vaccination - des études de l'UNICEF et de l'OMS ont en effet révélé que les injections n'étaient pas toujours effectuées

dans des conditions sûres et pouvaient mettre en danger la vie des enfants, des femmes et du personnel de santé – l'OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont fixé pour objectif mondial l'utilisation de seringues à usage unique pour toutes les vaccinations d'ici à la fin de 2003. Ces seringues comportent un dispositif de sécurité qui empêche leur réutilisation.

ROUGEOLE

Depuis que le vaccin contre la rougeole a été introduit dans les système de santé publique de tous les pays du monde dans les années 80, le nombre de cas constatés annuellement a diminué de près de 40 % entre 1990 et 1999. Mais ce résultat est loin d'être suffisant. La rougeole reste la principale cause de mortalité infantile parmi les maladies que l'on peut prévenir grâce aux vaccins. En raison du caractère très contagieux de la maladie, les taux d'immunisation doivent être supérieurs à 90 % si on veut empêcher la contamination. Or, en 1999, des rapports indiquaient qu'ils étaient inférieurs à 50 % dans plus de 14 pays. Lorsque la maladie ne tue pas, elle peut provoquer la cécité, la malnutrition, la surdité et la pneumonie. En administrant des doses élevées de vitamine A, on évite les conséquences les plus graves de la maladie.

TÉTANOS NÉONATAL

Depuis dix ans, des progrès importants ont été réalisés dans l'élimination du tétanos néonatal. En 1990, la maladie a causé 470 000 décès mais en 2000, les campagnes d'immunisation avaient permis de faire passer ce nombre à 215 000, soit une réduction de plus de 50 %.

En 2000, sur 161 pays en développement qui avaient communiqué des données, 104 avaient atteint l'objectif du Sommet mondial, à savoir éliminer le tétanos néonatal. Vingt-deux autres pays sont en passe d'atteindre cet objectif. Cependant, la maladie reste un problème de santé publique dans 57 pays et une cause majeure de mortalité néonatale. Le tétanos néonatal est surtout fréquent dans les pays au revenu le plus faible et dans ceux où les infrastructures sont les plus d ficiantes.

Pour compléter l'action des services d'immunisation systématique, des campagnes sont menées dans des zones à haut risque, où l'on vaccine toutes les femmes en âge de procréer, à raison de trois injections à intervalles déterminés. Ces campagnes, ainsi que la promotion de pratiques hygiéniques lors de l'accouchement et un meilleur dépistage du tétanos néonatal, permettront de se rapprocher de l'objectif de l'élimination de cette maladie dans les pays où elle sévit toujours.

DIARRHÉE

On constate actuellement 1 million de décès d'enfants en moins chaque année par rapport au début des années 90, et ce parce que l'objectif d'une réduction de 50 % de la mortalité due à la diarrhée fixé lors du Sommet mondial pour les enfants a été atteint. Cependant, le résultat masque des disparités importantes qui expliquent que la diarrhée reste une des causes majeures de mortalité infantile.

On peut attribuer le recul de la mortalité due aux maladies diarrhéiques dans toutes les régions à une utilisation plus généralisée de la thérapeutique de réhydratation orale, qui consiste à administrer à l'enfant des sels de réhydratation orale (SRO) ou des liquides maison recommandés, ainsi qu'à lui faire absorber des quantités accrues de liquide et   le nourrir en continu, en le maintenant à la maison. L'efficacité de ces traitements dépend, dans une large mesure, du comportement de la famille. Les services appropriés doivent être utilisés et le traitement prescrit doit être scrupuleusement respecté. Mais les meilleurs programmes doivent aussi leur réussite à une gestion efficace et à un suivi rigoureux. Les taux d'utilisation de la thérapeutique de réhydratation orale ont augmenté dans toutes les régions, notamment en Afrique subsaharienne. On constate que trois quarts des pays pour

lesquels on dispose de données ont enregistré une augmentation du recours à cette thérapeutique au cours des dix dernières années.

La réduction des décès imputables à la diarrhée depuis les années 90 peut être attribuée en partie au succès d'autres mesures : promotion de l'allaitement maternel, immunisation contre la rougeole, apports d'oligo-éléments et, dans certaines régions, accès à de l'eau non polluée et meilleure hygiène. Si l'on poursuit l'effort dans ces domaines, et si on parvient à faire en sorte que la thérapeutique de réhydratation orale soit utilisée efficacement dans de plus fortes proportions, à faire soigner à la maison les enfants souffrant de diarrhée ou de dysenterie, et à mettre au point et à introduire un vaccin antitrotavirus, on devrait pouvoir réduire de façon conséquente la mortalité juvénile imputable à la diarrhée dans les années à venir.

Il est désormais acquis que la diarrhée ne peut pas être traitée de manière isolée et une approche plus intégrée des maladies infantiles et de la malnutrition a été mise au point. L'initiative « Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » a été lancée en 1995 par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF pour répondre aux préoccupations générales concernant la santé de l'enfant, car malgré les progrès réalisés, beaucoup d'enfants continuaient de mourir faute de soins. Cette initiative a plusieurs objectifs : former des personnels de santé à la prise en charge de tout un ensemble de maladies infantiles; améliorer les systèmes de santé, notamment mieux les doter en médicaments, fournitures et équipement; et promouvoir un ensemble de pratiques familiales et collectives essentielles dont on a scientifiquement démontré qu'elles augmentaient les chances de survie de l'enfant et favorisaient une croissance saine.

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES

Les infections respiratoires aiguës restent la cause la plus répandue de décès chez l'enfant et l'objectif de réduction d'un tiers du taux de mortalité due à ces troubles, fixé lors du Sommet mondial, n'a pas été atteint.

Les infections respiratoires concernent toutes les zones de l'appareil respiratoire (nez, oreille moyenne, gorge, larynx, trachée et poumons). La pneumonie est l'affection la plus grave qu'elles puissent provoquer. L'infection bactérienne est la principale cause de pneumonie dans les pays où l'on enregistre une mortalité élevée chez les nourrissons et les enfants. Ces infections sont guérissables : on estime que 60 % des décès qui leur sont imputables peuvent être évités si on administre aux malades des antibiotiques bien choisis, qui sont d'ailleurs peu coûteux. En raison de l'abus des antibiotiques, qui a provoqué l'apparition de bactéries résistantes, les autorités sanitaires hésitent à autoriser les familles à administrer ces médicaments sans ordonnance. Beaucoup d'enfants meurent encore à la maison. Dans plus de la moitié des 73 pays disposant de données pertinentes, plus de la moitié des enfants touchés n'étaient pas traités dans un établissement de soins approprié. Il est ressorti d'études menées par l'OMS qu'une prise en charge permettant de dépister et de traiter la pneumonie pouvait se traduire par une baisse notable du nombre de décès d'enfants. Dans ce cas de figure, tous les enfants malades sont examinés pour déceler les risques et un traitement approprié est prescrit. Les programmes de santé au niveau de la collectivité qui sont les plus efficaces apprennent aux dispensateurs de soins à reconnaître les signes d'infection respiratoire aiguë et en particulier de pneumonie, et à orienter à temps le malade vers un traitement en dehors de la maison, à supposer que cela soit possible.

PALUDISME

Lors du Sommet mondial pour les enfants, les responsables ont souligné les difficultés de la lutte contre le paludisme, mais n'ont pas fixé d'objectif spécifique. Or, cette maladie est redevenue une cause majeure de mortalité infantile. Elle est un facteur d'anémie grave chez l'enfant et l'une des principales causes de l'insuffisance pondérale à la naissance.

En 1998, l'OMS, l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et la Banque mondiale ont lancé une initiative pour faire reculer le paludisme. Depuis, la plupart des pays d'Afrique et de nombreux pays d'Asie ont mis au point des stratégies de lutte contre le paludisme dont les priorités sont notamment d'encourager les partenariats mondiaux et nationaux, de renforcer les systèmes de soins nationaux et de mobiliser des ressources. Cette initiative vise à encourager à l'échelle nationale l'utilisation par les femmes enceintes et les enfants de moustiquaires traitées à l'insecticide, à promouvoir la prophylaxie antipaludéenne durant la grossesse; et à améliorer le diagnostic et le traitement du paludisme chez les enfants en s'assurant qu'eux-mêmes et leurs familles peuvent se faire soigner rapidement et pour un faible coût chez eux et dans leurs communautés.

Une intervention relativement simple consistant à distribuer des moustiquaires traitées à l'insecticide pourrait fortement réduire le taux de mortalité et de morbidité imputable au paludisme. Ce moyen est peu utilisé dans la plupart des pays où le paludisme est endémique; et sur le nombre total de moustiquaires utilisées pour les enfants, le pourcentage de celles qui sont traitées est négligeable. Toutefois, un certain nombre de pays ont détaxé les moustiquaires pour en faire baisser le prix et inciter les ménages à s'équiper.

Les efforts qui sont faits au niveau de la communauté pour traiter dans des délais rapides les enfants et les adultes atteints du paludisme peuvent aussi permettre de réduire les décès et la morbidité. Il faut que les familles et les enfants puissent avoir accès aux antipaludéens dans des établissements de santé et des pharmacies proches de chez eux afin de pouvoir se soigner rapidement, efficacement et pour un faible coût.

La plupart des décès d'enfants de moins de 5 ans sont attribuables aux cinq affections communes – diarrhée, rougeole, infections respiratoires, paludisme et malnutrition – contre lesquelles on dispose de traitements relativement peu coûteux.

ENSEIGNEMENTS À TIRER

La plupart des décès d'enfants de moins de 5 ans sont attribuables aux cinq affections communes – diarrhée, rougeole, infections respiratoires, paludisme et malnutrition – contre lesquelles on dispose de traitements relativement peu coûteux. Les efforts constants déployés pour prévenir ces décès doivent donc se poursuivre. Mais un autre défi doit aussi être relevé : faire en sorte que chaque famille qui amène un enfant à un dispensaire ou à un centre de consultation, où que ce soit dans le monde, y trouve un agent de santé qui puisse examiner l'enfant, établir un diagnostic, décider d'un traitement approprié, lui donner des médicaments de base pour soigner les maux les plus courants, l'envoyer au besoin dans un hôpital et donner des conseils sur les soins à domicile et les mesures de prévention.

La vaccination est encore l'une des mesures de santé publique les plus efficaces et les plus rentables. Les principales causes de la stagnation du taux de vaccination dans les années 90 sont les suivantes :

- Certains pays ne sont pas parvenus à mobiliser des ressources nationales ou internationales pour la vaccination;
- Le financement des services de vaccination a souffert des coupures budgétaires qui ont accompagné les réformes du secteur de la santé;
- Certains systèmes de santé publique n'ont pas réussi à desservir les familles très démunies, les minorités et les habitants des régions isolées, ou se sont effondrés sous le choc d'un conflit;
- Les possibilités qu'offrent les journées nationales de vaccination en tant que compléments des programmes de vaccination n'ont pas été exploitées à fond.

Dans bon nombre de pays en développement, les systèmes de vaccination sont encore fragiles et de qualité inégale. On s'inquiète de plus en plus des risques liés à l'administration des vaccins injectables.

Il faudra s'attaquer à ces problèmes si l'on veut profiter des possibilités qui s'offrent aujourd'hui d'introduire à grande échelle de nouveaux vaccins de meilleure qualité.

La maîtrise des maladies sur le long terme suppose à la fois un système de vaccination systématique solide et tout un ensemble de services de santé. Toutefois, afin d'enrayer plus rapidement les maladies contre lesquelles il existe un vaccin, il faut ajouter à la vaccination de type courant des activités ciblées. La plupart des pays devraient être capables de financer leurs programmes de vaccination mais certaines des nations les plus pauvres auront besoin, pendant un certain temps, d'un appui financier.

Pour réduire la mortalité infantile, il est indispensable d'améliorer les pratiques familiales et communautaires en matière de nutrition et de santé des enfants, de donner une meilleure formation aux

Enfin, la communication est essentielle : c'est en donnant aux parents les informations nécessaires pour traiter la diarrhée à la maison ou reconnaître les cas de pneumonie et de paludisme, et orienter les enfants à temps vers du personnel soignant formé que l'on parviendra à sauver des vies.

agents de santé et de renforcer le système de santé. Des services efficaces peuvent permettre d'assurer à tous les enfants des soins de santé de base et de leur dispenser médicaments, nourriture, suppléments nutritionnels, moustiquaires et autres biens nécessaires à leur survie; ils permettent aussi d'orienter éven-

tuellement les enfants malades vers un traitement plus poussé. Les programmes de santé communautaires peuvent permettre de desservir des enfants et des familles hors d'atteinte des services de santé.

Enfin, la communication est essentielle : c'est en donnant aux parents les informations nécessaires pour traiter la diarrhée à la maison ou reconnaître les cas de pneumonie et de paludisme, et orienter les enfants à temps vers du personnel soignant formé que l'on parviendra à sauver des vies.

Nutrition

Une bonne nutrition est essentielle à la survie, à la santé et au développement des enfants. Des enfants bien nourris travaillent mieux à l'école, seront des adultes en meilleure santé et ont une espérance de vie plus longue. Les femmes, lorsqu'elles mangent convenablement, courent moins de risques à l'âge où elles ont des enfants et pendant la grossesse, et peuvent donner un bon départ physique et mental à leurs enfants.

La malnutrition, une urgence silencieuse, a été reconnue lors du Sommet mondial comme un facteur qui intervenait dans la moitié des décès de jeunes enfants. Réduire de moitié la malnutrition chez les enfants en l'espace de 10 ans est un des objectifs les plus ambitieux qui ait jamais été fixé en faveur des enfants.

L'une des stratégies clés établies en vue d'atteindre cet objectif consistait à faire comprendre aux familles et aux collectivités les causes de la malnutrition afin qu'elles prennent les mesures voulues pour y faire face. Cette stratégie de type communautaire a été établie à partir d'expériences réalisées en Tanzanie, en Thaïlande et dans d'autres pays qui étaient parvenus à faire baisser rapidement les taux de malnutrition. Elle mettait l'accent sur trois facteurs essentiels pour promouvoir une bonne nutrition : des rations alimentaires suffisantes, un milieu exempt de maladies et des soins familiaux adéquats. Cette stratégie a eu une influence sur les politiques et la perception de la malnutrition dans beaucoup de pays au cours des années 90, de même que l'initiative « Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant », qui a été mise en œuvre par un grand nombre de gouvernements et d'ONG.

Diverses stratégies ont aussi été mises en œuvre pour promouvoir, appuyer et favoriser l'allaitement maternel et lutter contre les carences en oligo-éléments – avitaminose A et carence en iode notamment. Ces initiatives sont parmi les plus réussies de la décennie.

Au Sommet mondial de l'alimentation de 1996, les dirigeants de 186 pays se sont engagés à réduire de moitié, d'ici à 2015, le nombre de personnes sous-alimentées. La déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale qui réaffirme le « droit de chacun à une nourriture suffisante », a été une raison de plus de mobiliser des ressources et d'agir.

BILAN EN MATIÈRE DE NUTRITION

OBJECTIFS	PROGRÈS ACCOMPLIS	CE QU'IL RESTE À FAIRE
Malnutrition : réduire de 50 % le nombre de cas de malnutrition grave et modérée chez les enfants de moins de 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre de cas de malnutrition a diminué de 17 % dans les pays en développement. L'Amérique du Sud a atteint l'objectif puisqu'elle enregistre une réduction de 60 % des cas d'insuffisance pondérale sur la décennie. 	<ul style="list-style-type: none"> 150 millions d'enfants, dont les deux tiers en Asie, souffrent encore de malnutrition. Le nombre d'enfants souffrant de malnutrition en Afrique a augmenté en valeur absolue.
Insuffisance pondérale à la naissance : ramener à moins de 10 % la proportion d'enfants ayant un poids insuffisant à la naissance (2,5 kg ou moins)	<ul style="list-style-type: none"> A ce jour, 100 pays en développement comptent moins de 10 % d'enfants présentant une insuffisance pondérale à la naissance. 	<ul style="list-style-type: none"> Chaque année, 9 millions de nouveau-nés en Asie du Sud et, plus de 3 millions de bébés en Afrique subsaharienne présentent une insuffisance pondérale à la naissance.
Avitaminose A : éliminer presque totalement l'avitaminose A en 2000	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 40 pays administrent à la grande majorité des enfants (plus de 70 %) au moins une dose de vitamine A par an. L'UNICEF estime qu'au moins 1 million de décès d'enfants ont ainsi été évités au cours des trois dernières années. 	<ul style="list-style-type: none"> Dans les pays les moins avancés, 20 % des enfants ne reçoivent pas du tout de vitamine A et ceux à qui elle est administrée une fois ne reçoivent pas la seconde dose requise. Comme un grand nombre de pays n'organisent plus de journée nationale de vaccination, il faudra trouver un nouveau système pour distribuer la vitamine A.
Troubles dus aux carences en iode : éliminer presque totalement les carences en iode	<ul style="list-style-type: none"> Quelque 72 % des foyers dans le monde en développement utilisent du sel iodé, contre moins de 20 % au début de la décennie, grâce à quoi chaque année 90 millions de nouveau-nés échappent à d'importants troubles d'apprentissage. 	<ul style="list-style-type: none"> Il existe encore 35 pays où moins de la moitié des foyers consomment du sel iodé.
Allaitement maternel : permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année	<ul style="list-style-type: none"> Le pourcentage d'enfants nourris exclusivement au sein a augmenté au cours de la décennie. Le nombre de femmes qui continuent à allaiter leurs enfants en leur donnant des aliments d'appoint durant la deuxième année a aussi augmenté. 	<ul style="list-style-type: none"> Quelque 50 % seulement des enfants sont exclusivement nourris au sein pendant les quatre premiers mois.
Surveillance de la croissance : institutionnaliser la surveillance de la croissance et autres actions en faveur de la croissance des enfants, dans tous les pays avant la fin des années 90	<ul style="list-style-type: none"> Une majorité de pays en développement ont institué une surveillance de la croissance et autres actions dans ce domaine en utilisant diverses approches. 	<ul style="list-style-type: none"> Les renseignements tirés de la surveillance de la croissance servent rarement de base aux mesures prises par les gouvernements, la communauté ou la famille.
Sécurité alimentaire des ménages : faire connaître les moyens d'accroître la production alimentaire et fournir les services nécessaires à cette fin	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre d'habitants de pays en développement souffrant de carences caloriques a très légèrement diminué. 	<ul style="list-style-type: none"> Un tiers environ de la population de l'Afrique subsaharienne n'a pas assez à manger.

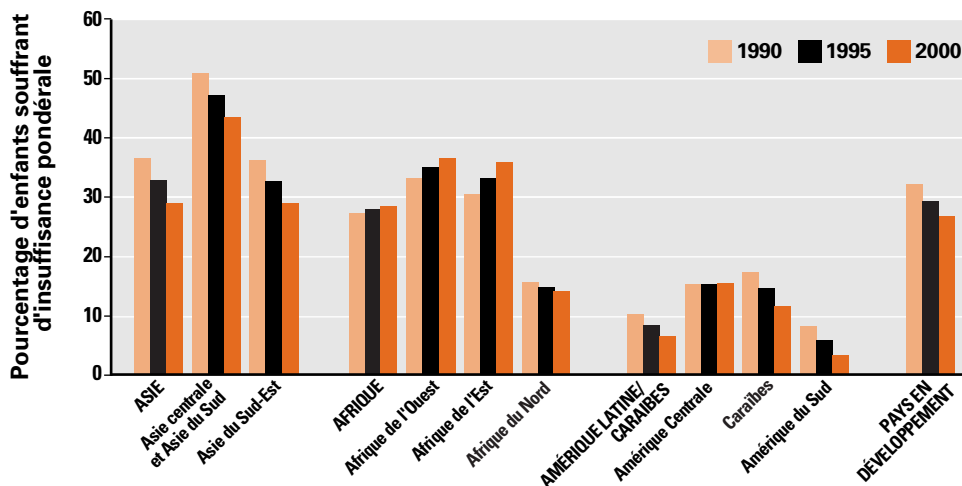
MALNUTRITION INFANTILE

En 1990, on évaluait à 177 millions le nombre d'enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement dont le faible rapport poids/âge indiquait qu'ils souffraient de malnutrition. On estime qu'ils étaient 150 millions en 2000. La proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition dans l'ensemble des pays en développement est passée de 32 à 28 %. L'objectif d'une *réduction de moitié* de ce taux n'a donc été que partiellement atteint.

C'est l'Amérique du Sud, où le taux de malnutrition infantile est tombé de 8 à 3 %, qui a enregistré les meilleurs résultats. Les progrès ont été moins spectaculaires en Asie, où il est passé de 36 à 29 % et où le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale a chuté de 33 millions environ. Même ce résultat relativement limité a certainement eu des répercussions sensibles sur la survie et le développement des enfants. Toutefois, plus des deux tiers des enfants qui souffrent de malnutrition dans le monde – soit 108 millions d'enfants environ – vivent en Asie. La pauvreté, le faible niveau d'instruction des femmes et leur condition sociale défavorable, ainsi qu'un suivi insuffisant pendant la grossesse et de fortes densités de population sont les principales causes de la malnutrition en Asie, notamment en Asie du Sud, région la plus touchée.

En Afrique subsaharienne, le nombre d'enfants malnutris a augmenté, en valeur absolue, malgré les progrès accomplis dans quelques pays. Les principaux obstacles sont notamment l'extrême pauvreté, l'insécurité alimentaire chronique, le faible niveau d'instruction, des soins inadaptés et un accès limité aux services de santé. Les lacunes de l'administration publique et, parfois, l'absence d'un soutien en faveur des initiatives locales, ont gêné la mise en œuvre de politiques nutritionnelles qui visent à donner aux familles et aux communautés les moyens de mieux s'occuper des enfants. Les conflits, les catastrophes naturelles et la pandémie de VIH/SIDA ont considérablement aggravé la situation.

Évolution de la malnutrition infantile : pays en développement, 1990-2000



Source : ACC/SCN, 2000.

Pour réduire la malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants, il faudra élever sensiblement le niveau d'instruction des mères et améliorer la santé et l'alimentation des femmes, tout particulièrement pendant la grossesse. Là où la malnutrition infantile est un problème majeur, le nombre d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance est aussi bien souvent trop élevé. Il importe donc de recadrer les politiques à la fois sur la mère et sur l'enfant.

L'un des objectifs connexes fixés lors du Sommet mondial pour les enfants était d'institutionnaliser dans tous les pays des activités visant à favoriser la croissance de l'enfant et à en assurer la surveillance. Une majorité de pays en développement a mis en place ce type d'activités. Cependant, l'une des grandes difficultés, à tous les niveaux, a été de prendre des décisions, pour lutter contre la malnutrition, à partir des données recueillies au moyen du pesage régulier des enfants. Dans certains pays, ces activités ont également pâti de contacts peu fréquents entre les familles et les agents sanitaires des collectivités.

INSUFFISANCE PONDÉRALE À LA NAISSANCE

Le poids à la naissance est le reflet de l'expérience intra-utérine. C'est un bon indicateur non seulement de la santé et de l'état nutritionnel de la mère, mais aussi de l'avenir du nouveau-né, qu'il s'agisse de sa survie, de sa croissance, de sa santé à long terme ou encore de son développement psychosocial. L'insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2,5 kg) peut provenir soit d'une naissance prématurée, soit d'un retard de croissance intra-utérine.

Dans les pays en développement, c'est ce deuxième cas de figure que l'on rencontre le plus souvent. Le retard de croissance intra-utérine peut être dû à de nombreux facteurs, notamment la malnutrition maternelle, le paludisme, les maladies sexuellement transmissibles et la grossesse chez l'adolescente.

Les nouveau-nés qui ont un poids insuffisant à la naissance sont en plus grand danger de mourir, et ceux qui survivent ont un système immunitaire affaibli qui augmente leurs risques de contracter des maladies. Ils connaissent le plus souvent une malnutrition chronique et leur musculature demeure faible. Ces enfants peuvent également être atteints de déficiences cognitives, leur quotient intellectuel peut être moins élevé et ils peuvent souffrir de troubles déficitaires de l'attention et d'hyperactivité. À l'école, ils travaillent souvent moins bien que les autres enfants et en grandissant, ils seront plus exposés aux maladies chroniques.

Ramener à moins de 10 % la proportion d'enfants ayant un poids insuffisant à la naissance était l'un des objectifs les plus ambitieux du Sommet mondial. En 1990, on estimait que ces enfants représentaient 17 % des naissances. Dans les pays en développement, de nombreux nourrissons ne sont toujours pas pesés à la naissance, mais d'après les meilleures estimations disponibles, 100 pays en développement ont actuellement des taux d'insuffisance pondérale à la naissance inférieurs à 10 %. Dans les régions Amérique latine et Caraïbes (9 %), Asie de l'Est et Pacifique (8 %), et Europe centrale et de l'Est/Communauté d'États indépendants (CEI) et États baltes (9 %), les taux sont inférieurs à 10 %, c'est-à-dire qu'ils sont à peine plus élevés que ceux enregistrés dans les pays développés (6 %). En revanche, l'écart est considérable par rapport aux autres régions du monde. En Afrique subsaharienne, plus de 3 millions de bébés pesant moins de 2,5 kg naissent chaque année, soit une proportion de 12 %. En Asie du Sud, le taux d'insuffisance pondérale à la naissance est de 25 %, ce qui représente plus de 9 millions de nouveau-nés chaque année.

Ce problème exige qu'on adopte une approche intégrée. Outre le suivi de la grossesse, plusieurs mesures d'amélioration des soins prénatals pourraient permettre de faire baisser le taux d'insuffisance pondérale à la naissance : traitements anthelminthiques, apports en oligo-éléments, alimentation complémentaire, et lutte contre le paludisme, le tabagisme et les grossesses chez les adolescentes.

CARENCE EN VITAMINE A

Chacun sait qu'une carence en vitamine A peut provoquer une cécité irréversible. Mais, sans aller jusque là, on constate que le risque de décès en cas de maladie courante comme la rougeole, le paludisme ou la diarrhée est de 25 % plus élevé chez les enfants carencés. La vitamine A augmente la résistance aux infections et aide à lutter contre l'anémie et l'héméralopie. On la trouve dans la viande, les œufs, les fruits, l'huile de palme et les légumes verts à feuilles, des produits qui souvent ne sont pas à la portée de la bourse des familles pauvres. Dans certains pays, des denrées de base comme la farine et le sucre, sont désormais enrichies en vitamine A et autres oligo-éléments. Une autre méthode très bon marché consiste à distribuer aux enfants âgés de 6 à 59 mois deux gélules de vitamine A à fort dosage par an.

L'objectif du Sommet mondial était d'éliminer presque complètement l'avitaminose A et ses effets, dont la cécité, d'ici à l'an 2000. Toutefois, jusqu'au milieu des années 90, peu de progrès avaient été réalisés. En 1996, 11 pays avaient un taux de couverture d'apports de suppléments en vitamine A, sous

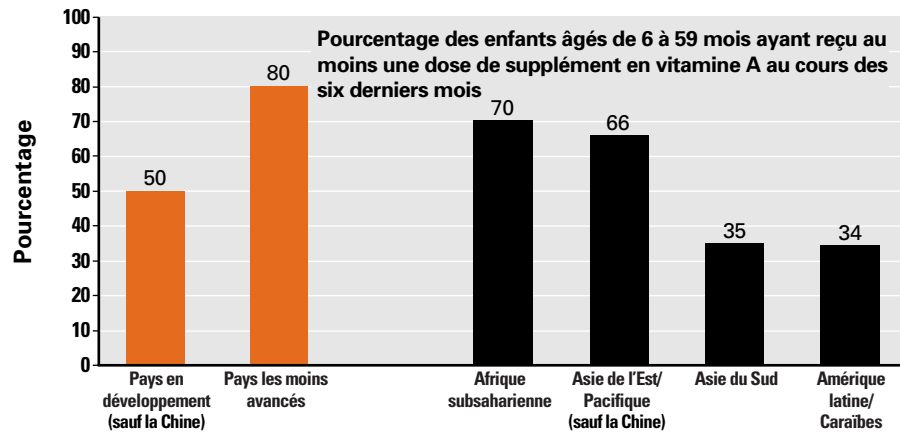
On estime à environ 1 million le nombre d'enfants dont la mort a pu être évitée entre 1998 et 2000 grâce à l'apport de vitamines.

forme d'une dose unique, égal ou supérieur à 70 %. Dès 1999, le nombre de ces pays avait grimpé à 43, dont 10 qui avaient distribué deux doses de supplément en vitamine A à tous les enfants de moins de cinq ans, atteignant ainsi l'objectif de l'élimination quasi totale de l'avitaminose A. Heureusement, c'est dans les zones qui en ont le plus besoin que la couverture est la plus élevée. On estime à environ 1 million le nombre d'enfants dont la mort a pu être évitée entre 1998 et 2000.

Plusieurs facteurs ont contribué aux progrès réalisés. En 1997, une coalition constituée de donateurs, d'experts techniques et d'organismes est arrivée à la conclusion que les suppléments alimentaires représentaient un moyen fiable de lutter contre l'avitaminose A et ont mis en lumière les promesses que recelait l'enrichissement des produits alimentaires. Les organismes en question ont officiellement recommandé aux pays dont le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dépassait 70 pour 1 000 naissances vivantes de distribuer sans attendre des suppléments en vitamine A.

On profite généralement des Journées nationales de vaccination pour distribuer à grande échelle des gélules de vitamine A. Ces gélules sont souvent données aux enfants par les bénévoles et les agents sanitaires communautaires qui administrent les vaccins contre la poliomyélite. On est certain de la sorte que les enfants reçoivent au moins une des deux doses de vitamine A dont ils ont besoin chaque année. Toutefois, de nombreux pays vont bientôt cesser d'organiser des campagnes de vaccination contre la poliomyélite. Il faudra alors trouver de nouveaux moyens d'assurer la distribution.

Apports de suppléments en vitamine A dans les pays en développement, 1999



* Les moyennes régionales pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, et pour l'Europe centrale et de l'Est et la Communauté d'États indépendants n'ont pas été calculées, car les données disponibles par pays couvrent moins de la moitié des naissances enregistrées dans ces régions.

Source : UNICEF, 2001.

CARENCE EN IODE

La carence en iode est la principale cause des cas d'arriération mentale évitables. Elle peut avoir des conséquences dévastatrices pour les femmes enceintes et les jeunes enfants. Une carence en iode, même modérée, pendant la grossesse peut provoquer un retard du développement du fœtus et entraîner une arriération mentale chez l'enfant à naître. Dans les cas extrêmes, elle peut aboutir au crétinisme, une forme de débilité mentale et physique. Chez les adultes, tout comme chez les enfants, une carence chronique en iode peut provoquer un goitre par suite du gonflement de la glande thyroïde. La carence légère n'est pas non plus dépourvue de risques. Là où elle est endémique, elle peut entraîner une baisse du quotient intellectuel moyen de la population pouvant aller jusqu'à 13 points, avec de graves répercussions sur le développement humain de nations tout entières.

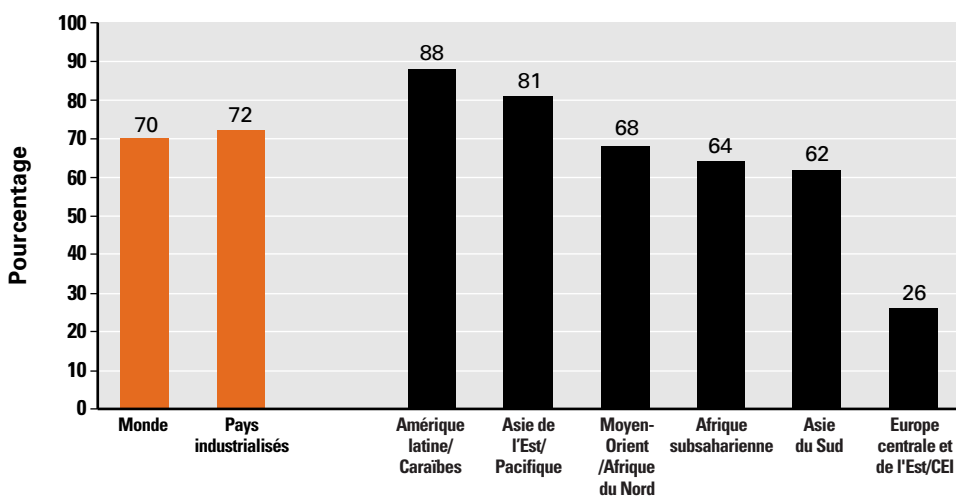
Le Sommet mondial s'était fixé pour objectif *d'éliminer presque totalement les troubles dus aux carences en iode* d'ici à l'an 2000. En 1990, on estimait à environ 1,6 milliard le nombre de personnes exposées au risque de carence en iode, à quelque 750 millions le nombre de goitreux et à 43 millions environ

le nombre de personnes atteintes de lésions cérébrales causées par un apport en iode insuffisant.

Le simple fait d'ajouter de l'iode au sel – l'équivalent, sur toute une vie, d'une cuillerée à café – peut suffire à prévenir la carence. Depuis le début du XXe siècle, le sel est systématiquement iodé dans la plus grande partie du monde industrialisé, mais dans les pays en développement, en 1990 encore, moins de 20 % de la population consommait du sel iodé.

Aujourd'hui, les initiatives d'enrichissement du sel permettent d'empêcher que 90 millions de nouveau-nés par an ne perdent une part importante de leur potentiel intellectuel. Dans les pays en développement, 72 % environ des foyers consomment du sel iodé, mais dans 37 pays, plus de la moitié des familles en sont toujours privées.

La région du monde où le taux de consommation de sel iodé est le plus élevé est l'Amérique latine (88 %). Celle où il est le plus bas, juste au-dessus de 25 %, est la région de l'Europe centrale et de l'Est, de la Communauté d'États indépendants et des États baltes, où à une époque le sel iodé était pourtant suffisamment répandu. Les troubles dus à la carence en iode sont redevenus un problème de santé publique dans de nombreux pays de cette région. En Asie du Sud, 510 millions de personnes ne sont toujours pas protégées et elles sont plus de 350 millions dans ce cas dans la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique. Comme le montrent les progrès considérables qui ont été réalisés dans les régions les plus pauvres, le recours universel au sel iodé est néanmoins un objectif réalisable qui devrait être poursuivi sérieusement. Si l'on s'engage fermement dans cette voie, les troubles dus à la carence en iode pourraient être éliminés d'ici à 2005.



Niveaux de consommation de sel iodé 1995-2000

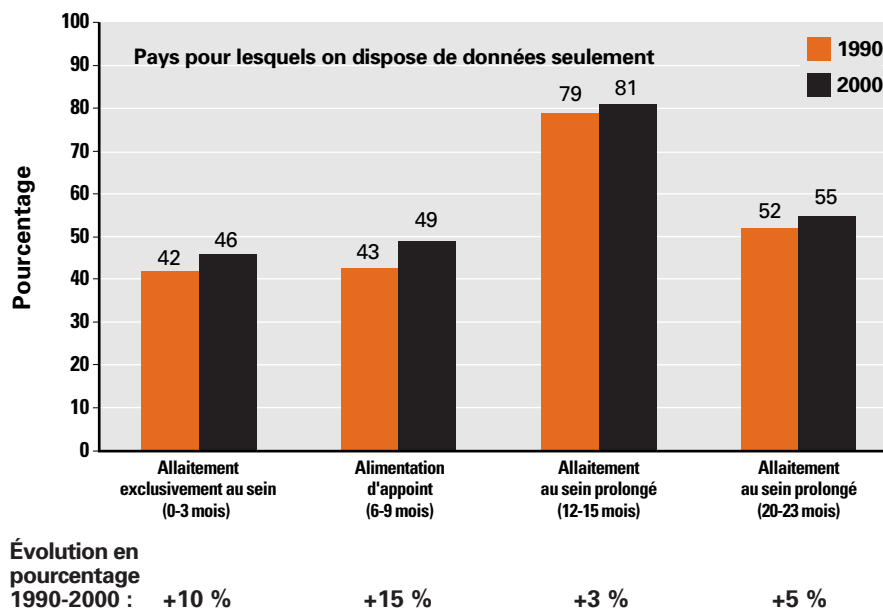
Source : UNICEF, 2001.

ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT EN BAS ÂGE

Pendant les années 90, on a considérablement progressé dans la réalisation d'un autre objectif : *permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année.* (L'allaitement exclusif des bébés est à présent recommandé pendant les six premiers mois. En mai 2001, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution à cet effet et a exhorté ses États membres à renforcer les activités en cours et à élaborer de nouvelles stratégies pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois.)

La proportion de bébés nourris exclusivement au lait maternel pendant les quatre premiers mois a augmenté de 4 %. L'apport d'une alimentation d'appoint à l'âge voulu (entre 6 et 9 mois) a progressé de 15%. La proportion d'enfants encore nourris au sein à l'âge d'un an demeure élevée, autour de 80 %, mais n'a pas sensiblement augmenté. Dans l'ensemble, les améliorations les plus importantes ont été enregistrées dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, où la proportion de nouveau-nés nourris exclusivement au sein pendant les quatre premiers mois a pratiquement

L'allaitement maternel dans les pays en développement, évolution en pourcentage, 1990-2000



doublé, passant de 28 à 41 %. C'est dans les pays les moins avancés que l'on trouve les taux les plus élevés d'allaitement maternel prolongé avec alimentation d'appoint.

La promotion de l'allaitement naturel a suivi quatre grands axes. Tout d'abord, l'initiative Hôpitaux amis des bébés, lancée en 1992, a permis de prendre appui sur le système de santé pour faire connaître les pratiques souhaitables en matière d'allaitement. Elle a été menée dans plus de 15 000 hôpitaux répartis dans 136 pays. Deuxièmement, la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a permis de protéger les mères et leurs nourrissons de certains pays contre des pratiques commerciales néfastes. Vingt et un pays ont adopté toutes les dispositions du Code ou presque et les ont intégrées à leur législation. Vingt six autres ont fait de même pour bon nombre de ces dispositions. Troisièmement, des mesures de protection de la maternité ont permis aux mères qui travaillent d'allaiter leurs nourrissons et d'avoir plus de chances de conserver leur place sur le marché du travail sans risque de discrimination. Et quatrièmement, la coordination et l'encadrement des initiatives en faveur de l'allaitement maternel ont été renforcés au niveau national.

Malgré tous les progrès accomplis, plusieurs difficultés devront être surmontées pour atteindre l'objectif fixé lors du Sommet mondial. Il importe de trouver les moyens de convaincre les hôpitaux qui ne se sont pas encore engagés dans l'initiative Hôpitaux amis des bébés de la faire. Ce sont, pour la plupart, des hôpitaux privés, où l'influence de l'industrie alimentaire se fait toujours sentir. L'allaitement reste souvent « le parent pauvre » du système de santé. Enfin, il faut que des groupes d'appui locaux puissent se mettre en rapport avec chaque femme au sein même de la communauté.

Le risque de transmission du VIH par le lait maternel est aussi apparu comme un obstacle. Selon des rapports récents, la transmission du VIH de la mère à l'enfant serait moins fréquente chez les enfants nourris exclusivement au lait maternel que chez les autres. En tout état de cause, il est urgent d'approfondir les recherches dans ce domaine. Il faut bien faire comprendre que le Code protège aussi bien les bébés nourris au lait maternel que ceux qui sont nourris au biberon.

La réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel a conduit à accorder davantage d'attention à la promotion de l'alimentation d'appoint. Les jeunes mères reçoivent souvent des échantillons gratuits d'aliments à base de céréales. Parce qu'elles ne savent pas lire ou que les étiquettes sont difficiles à comprendre, elles peuvent être amenées à introduire ces produits trop tôt dans l'alimentation du nourrisson. De plus, on leur présente souvent, à tort, les produits alimentaires manufacturés comme les seuls qui permettent d'apporter à un nourrisson une alimentation équilibrée.

L'Assemblée mondiale de la santé a vivement recommandé le recours, à partir de l'âge de six mois, à des aliments locaux en quantité suffisante mais raisonnable, en complément de l'allaitement.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES MÉNAGES

L'un des objectifs de référence du Sommet mondial était de garantir la sécurité alimentaire des ménages en faisant connaître les moyens d'accroître la production alimentaire et en fournissant les services d'appui nécessaires. La sécurité alimentaire des ménages est une condition indispensable à une amélioration durable du bien-être nutritionnel des enfants et de leur famille. L'amélioration des savoir-faire et l'apport de services dont le but est d'accroître la production agropastorale, notamment au moyen de techniques améliorées, sont des éléments importants des progrès vers la sécurité alimentaire des ménages. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le nombre de personnes sous-alimentées dans les pays en développement a baissé, passant de 841 millions en 1990-1992 à 792 millions en 1996-1998. Les progrès les plus faibles ont été enregistrés en Afrique subsaharienne, où 34 % de la population était toujours sous-alimentée. (Dans d'autres régions, il reste encore quelques pays où le taux de sous-alimentation dépasse 35 %). Les conflits et les catastrophes naturelles ont contribué à l'insécurité alimentaire dans de nombreuses régions d'Afrique subsaharienne. Mais il existe aussi des problèmes quotidiens qui perdurent : les techniques améliorées sont peu répandues, des intrants agricoles d'utilisation saisonnière font défaut, les ménages dirigés par des femmes manquent de bras et les petits exploitants ont un savoir-faire insuffisant.

Les femmes et les enfants, qui constituent une large part de la population sous-alimentée, sont les plus vulnérables.

Les femmes et les enfants, qui constituent une large part de la population sous-alimentée, sont les plus vulnérables. Les carences alimentaires en cours de grossesse sont les conséquences les plus graves de l'insécurité alimentaire. Elles peuvent avoir des effets durables sur la santé de la mère et sur le développement de l'enfant avant et après la naissance. Même dans des familles qui ne manquent pas de nourriture et qui ont des revenus adéquats, on constate que les femmes et les enfants – surtout les filles – reçoivent des rations alimentaires insuffisantes. Il est souvent difficile à des parents surchargés de travail de donner à leurs jeunes enfants les repas fréquents dont ils ont besoin. La sous-alimentation est aggravée chez les filles et les femmes du fait qu'elles n'ont aucun droit de regard sur les moyens de production et qu'elles sont exclues de la prise de décisions.

L'insécurité alimentaire des ménages touche un pourcentage plus élevé de la population dans les zones rurales, mais les familles sans emploi ou à faible revenu des zones urbaines sont aussi vulnérables. En outre la perte de capacité de production des familles touchées par le VIH/SIDA a entraîné, dans les années 90, une forte détérioration de la sécurité alimentaire, des revenus et du bien-être nutritionnel des ménages.

LA NUTRITION : ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

Au cours des années 90, d'importants changements de stratégie et des progrès décisifs ont été opérés dans la lutte contre la malnutrition des enfants. On a fait porter l'effort sur des interventions spécifiques peu coûteuses. Les progrès spectaculaires accomplis dans les domaines de l'iodation universelle du sel et de l'apport complémentaire de vitamine A ont prouvé qu'en mettant en œuvre un ensemble choisi de facteurs – volonté politique, mise à contribution des ressources nationales et internationales, renforcement des capacités et suivi – on pouvait obtenir de très bons résultats. La conservation de ces acquis doit être considérée comme prioritaire.

Il reste que le taux de sous-alimentation des enfants et des femmes en Afrique subsaharienne et en Asie (surtout en Asie du Sud) continue d'être, sur le plan international, un défi majeur à relever au regard de la survie et du développement de l'enfant. Comme on a pu le constater dans le domaine de

la santé des enfants, l'expérience montre que l'on peut obtenir des résultats si la prestation de services de base s'accompagne d'un appui aux initiatives communautaires et familiales, notamment celles qui se traduisent par une plus large diffusion des informations sur lesquelles repose la prise de décisions au niveau local. De nombreux petits programmes réussis mis en place dans les années 90 devraient être élargis. Il faudrait d'ailleurs s'interroger sur les raisons pour lesquelles on ne l'a pas fait jusqu'ici.

La relation déterminante entre le bien-être nutritionnel des femmes et la survie, la croissance et le développement des enfants est plus largement reconnue. Il faut maintenant faire porter les politiques et les ressources sur les stades décisifs de la vie des petites filles et des femmes à savoir, l'instruction primaire, l'adolescence et la grossesse. L'amélioration de la nutrition des femmes et des filles et la prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance sont indispensables pour rompre le cycle de la malnutrition, qui se reproduit de génération en génération.

Pour améliorer encore l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, il faudra que les mères disposent d'endroits où elles puissent allaiter facilement. La Convention de l'OIT sur la protection de la mère (No. 183), adoptée en 2000, ouvre enfin la voie à une amélioration des conditions de travail des mères, notamment des femmes qui travaillent de façon intermittente ou à temps partiel et des employées de maison. Les dispositions de la Convention prévoient des normes minimales quel que soit le lieu de travail des femmes. D'une façon plus générale, l'importance de l'allaitement maternel tant pour la survie de l'enfant que pour sa santé à long terme, y compris son développement psychosocial et cognitif, est de plus en plus reconnue. Dans les sociétés touchées par le VIH/SIDA, il faudrait définir des politiques plus précises concernant l'alimentation du nourrisson et informer les mères. Les mesures visant à préserver et à encourager l'allaitement dans les situations d'urgence sont aussi d'une importance cruciale.

Il est indispensable de maintenir les partenariats internationaux grâce auxquels de grands progrès ont été accomplis à la fin des années 90 dans la lutte contre les carences en vitamine A, avec le soutien du Gouvernement canadien et de certaines institutions. Il faut aussi aller plus loin et élargir la portée des actions dans ce domaine. Les Journées nationales de vaccination sont de moins en moins pratiquées dans le monde et il faut trouver de nouveaux moyens de distribuer de la vitamine A aux enfants. Les journées de la santé de l'enfant, qui donnent lieu à des distributions de vitamine A et diverses autres interventions, surveillance de la croissance et vaccination, notamment, ouvrent une nouvelle voie. Il faudrait aussi, pour assurer une bonne nutrition de l'enfant, enrichir les aliments qu'il consomme.

Pour éliminer les troubles dus à la carence en iode, il faut faire preuve d'une vigilance permanente : surveillance constante de l'iodation du sel, suivi de la population et information des familles sur les bienfaits du sel iodé.

La lutte contre l'anémie reste un défi majeur. Elle ne pourra aboutir que grâce à un ensemble d'interventions. Des solutions doivent être trouvées aux problèmes techniques qui empêchent de généraliser l'apport de nutriments complémentaires pendant la grossesse. L'anémie pouvant aussi avoir pour causes des carences en vitamine A, zinc et vitamine B12 ainsi que des carences en fer, l'effort doit aussi porter sur ces substances. L'enrichissement des aliments offre un autre moyen de lutte et de nouveaux partenariats avec l'industrie alimentaire sont en train de se créer à cette fin. La prévention du paludisme et de l'infection par les vers parasites doit aussi s'inscrire dans une stratégie globale de lutte contre l'anémie axée à la fois sur les jeunes enfants et sur les femmes.

Santé des femmes

La Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, a eu des répercussions importantes sur les politiques en matière de santé des enfants et imprimé un nouvel élan aux efforts de réduction de la mortalité maternelle. En braquant les projecteurs sur la santé en matière de procréation, elle a ouvert la voie à une approche du développement humain, qui devait être adoptée ultérieurement et qui consiste à envisager la vie dans ses différentes étapes.

Toutefois, les progrès ne sont guère rapides pour ce qui est de la condition de la femme. D'après l'OMS, c'est l'une des raisons principales qui expliquent que la mortalité baisse moins rapidement chez le nouveau-né que chez les enfants plus âgés. Le peu de considération dont bénéficient les femmes dans de nombreux pays explique aussi la propagation du VIH et le faible recul de la mortalité maternelle.

S'il était réalisé, l'objectif de la « maternité sans risques », qui comprend la planification familiale, les soins postnatals, l'accouchement sans risques, les soins obstétricaux essentiels, les soins de maternité de base, les soins de santé primaires et l'égalité des chances devant la santé – permettrait non seulement d'obtenir une baisse du nombre de décès, mais aussi du nombre de femmes frappées d'incapacité permanente à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement. Or, ce nombre est extraordinairement élevé : chaque année, plus de 15 millions de femmes sont victimes d'une incapacité.

BILAN DE LA SANTÉ DES FEMMES

OBJECTIFS	PROGRÈS ACCOMPLIS	CE QU'IL RESTE À FAIRE
Mortalité maternelle : réduire de moitié le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2000	<ul style="list-style-type: none"> Il y a une plus large sensibilisation aux causes du taux élevé de mortalité maternelle, mais peu de progrès concrets. 	<ul style="list-style-type: none"> Rien ne permet de penser que les taux de mortalité maternelle aient sensiblement baissé au cours de la dernière décennie. 515 000 femmes meurent encore chaque année des suites de la grossesse ou de l'accouchement. En Afrique subsaharienne, les femmes ont 1 chance sur 13 de mourir au cours de la grossesse ou de l'accouchement.
Planification familiale : faire en sorte que tous les couples aient accès à l'information et aux services nécessaires pour prévenir les grossesses prématurées, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses	<ul style="list-style-type: none"> Le recours à la contraception a augmenté de 10 % au niveau mondial et doublé dans les pays les moins avancés. Le taux de fécondité cumulé est passé de 3,2 % à 2,8 %. 	<ul style="list-style-type: none"> Chaque année, 13 millions d'enfants naissent de mères adolescentes. 23 % seulement des femmes d'Afrique subsaharienne (mariées ou vivant maritalement) utilisent des contraceptifs. L'accès à l'information sur la santé en matière de reproduction reste très limité.
Soins obstétricaux : faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès aux soins prénatals, qu'elles soient assistées lors de l'accouchement par des personnes formées à cet effet et qu'elles aient accès à des services d'orientation en cas de grossesse à haut risque ou d'urgence obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> Dans toutes les régions, sauf en Afrique subsaharienne, de modestes progrès ont été enregistrés en ce qui concerne les soins prénatals et les accouchements assistés par un agent sanitaire qualifié. 	<ul style="list-style-type: none"> Les services essentiels de soins obstétricaux manquent. Seules 36 % de femmes en Asie du Sud et 42 % en Afrique subsaharienne bénéficient de soins obstétricaux.
Anémie : réduire du tiers par rapport à 1990 la proportion de femmes souffrant d'anémie ferriprive	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des pays en développement ont pris des mesures pour donner un apport complémentaire de fer aux femmes enceintes. 	<ul style="list-style-type: none"> D'après les données disponibles, il n'y a guère eu de progrès au cours des années 90 quant à la prévalence de l'anémie parmi les femmes enceintes.

MORTALITÉ MATERNELLE

Il est difficile de mesurer la mortalité maternelle, mais l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP estiment à 515 000 environ le nombre de femmes qui meurent chaque année des suites de la grossesse ou de l'accouchement. Près de la moitié de ces décès surviennent en Afrique subsaharienne, 30 % environ en Asie du Sud, 10 % en Asie de l'Est et dans le Pacifique, 6 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et 4 % environ en Amérique latine et dans les Caraïbes. Moins de 1 % de ces décès se produisent dans les régions industrialisées.

Le taux de mortalité maternelle s'établit au niveau mondial à environ 400 décès pour 100 000 naissances vivantes. C'est en Afrique subsaharienne qu'il est le plus élevé (1 100). Viennent ensuite l'Asie du Sud (430), le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (360), l'Amérique latine et les Caraïbes (190), l'Asie de l'Est et le Pacifique (190), et la région Europe centrale et de l'Est/Communauté d'États indépendants (CEI) et États baltes (55). En comparaison, il est de 12 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays industrialisés.

Risquer la mort pour donner la vie

Région	Risque de décès lié à la grossesse ou à l'accouchement encouru sur une vie entière*
Afrique subsaharienne	1/13
Asie du Sud	1/55
Moyen-Orient/Afrique du Nord	1/55
Amérique latine/Caraïbes	1/160
Asie de l'Est/Pacifique	1/280
Europe centrale et de l'Est/ CEI et États baltes	1/800
Pays les moins avancés	1/16
Pays en développement	1/60
Pays industrialisés	1/4100
Monde	1/75

* Varie en fonction du taux de mortalité maternelle et du nombre de naissances par femme.

Source : *Mortalité maternelle en 1995 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP*, Genève, 2001.

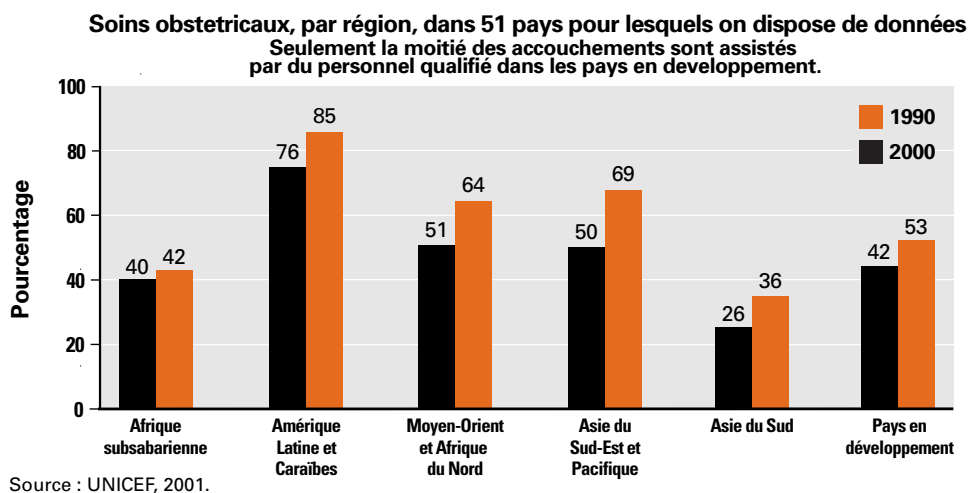
Le taux de mortalité maternelle permet de mesurer le risque de décès auquel est exposée une femme chaque fois qu'elle tombe enceinte. Pour en donner une évaluation exacte, il faut prendre en compte le nombre moyen de naissances par femme et la probabilité de décès liés à la maternité, cumulés sur la durée de la période de fécondité, le « risque encouru sur la vie entière ». Ce risque est le plus grand dans les pays qui enregistrent à la fois des taux de fécondité et des taux de mortalité maternelle élevés. Comme le montre le tableau ci-dessus, il est le plus élevé en Afrique subsaharienne, où il atteint 1 sur 13 contre 1 sur plus de 4 000 dans les pays industrialisés et 1 sur 75 pour l'ensemble du monde. Autrement dit, en Afrique, ainsi que dans certaines régions d'Asie et du Moyen-Orient, les femmes affrontent littéralement la mort pour donner la vie.

Rien ne permet de penser que les taux de mortalité maternelle ont baissé de façon notable au cours de la décennie dans la plupart des régions du monde. L'objectif du Sommet mondial – une réduction de moitié – est donc probablement loin d'être réalisé. Ce taux étant difficile à mesurer, on a retenu des indicateurs des moyens mis en œuvre, comme par exemple le pourcentage de naissances assistées par des agents sanitaires qualifiés. Les soins obstétricaux se sont un peu améliorés, mais les progrès ont surtout eu lieu dans les régions où le taux de mortalité maternelle est relativement moins élevé.

La très grande majorité des décès liés à la maternité résultent directement de complications qui surviennent durant la grossesse, l'accouchement ou la période puerpérale. La principale cause de décès est l'hémorragie puerpérale. La septicémie, les complications résultant d'avortements non médicalisés, le travail prolongé ou la dystocie d'obstacle et les troubles de la grossesse dus à l'hypertension, en particulier l'éclampsie, sont aussi à l'origine de nombreux décès. Ces complications pouvant se produire

à n'importe quel moment de la grossesse ou de l'accouchement, sans signe avant-coureur, il est essentiel que les femmes puissent avoir accès dans des délais rapides à des services obstétricaux de qualité.

La présence d'un personnel qualifié (médecins, infirmières, et sages-femmes) capable de prévenir et de diagnostiquer les principales complications obstétricales et d'y faire face, et disposant du matériel, des médicaments et autres fournitures voulus, est l'un des facteurs les plus importants de la prévention de la mortalité maternelle et néonatale. Les données disponibles montrent qu'à peine plus de la moitié (53 %) des femmes qui accouchent dans le monde sont assistées d'un agent sanitaire qualifié. On trouve les pourcentages les plus faibles en Asie du Sud (36 %) et en Afrique subsaharienne (42 %), et les pourcentages les plus élevés, en dehors du monde industrialisé, en Amérique latine et dans les Caraïbes (85 %) ainsi qu'en Europe centrale et de l'Est et dans la CEI. Les données dont on dispose sur 51 pays en développement font apparaître de modestes progrès entre 1989 et 1999. Les progrès les plus importants ont été enregistrés au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, suivis de l'Asie et de l'Amérique latine et des Caraïbes. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne où l'on trouve les taux de mortalité maternelle les plus élevés, la proportion des accouchements assistés a baissé.



Accouchements assistés par du personnel qualifié, 1995-2000

Diverses études montrent que bon nombre des complications mortelles de la grossesse et de l'accouchement sont difficiles à prévoir ou à prévenir. En 1992, l'OMS a signalé que nombre des éléments qui font normalement partie des soins prénatals n'avaient pas d'incidence sur la mortalité maternelle. Il reste que ce type de soins constitue un excellent moyen de prestation de services complémentaires, notamment la prévention de la transmission materno-foetale du VIH, la prophylaxie et le traitement antipaludéens et l'apport de micronutriments complémentaires.

FÉCONDITÉ ET PLANIFICATION FAMILIALE

Le Sommet mondial a lancé un appel pour que *tous les couples aient accès à l'information et aux services nécessaires pour prévenir les grossesses prématurées, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses*. Au cours de la deuxième moitié des années 90, de nombreux programmes de planification familiale ont peu à peu abandonné l'objectif d'une simple réduction de la fécondité au profit d'une aide à la planification des naissances. La stratégie consistait à fournir une gamme complète de soins de santé en matière de procréation, y compris des informations et des services de planification familiale de qualité, bénévoles et confidentiels, et d'améliorer la qualité des soins. La fécondité cumulée mondiale, qui était de 3,2 au début de la décennie, s'établit aujourd'hui à 2,8. De toutes les régions, l'Afrique subsaharienne a le taux de fécondité le plus élevé, y compris chez les adolescentes.

La fréquence des grossesses chez les adolescentes est alarmante. Chaque année, 13 millions d'entre elles deviennent mères. Entre 15 et 19 ans, une jeune fille court deux fois plus de risques de mourir des

suites d'un accouchement qu'une femme qui a dépassé 20 ans. Ces risques sont cinq fois plus élevés chez les adolescentes de moins de 15 ans. En outre, la maternité signifie pour les adolescentes des possibilités d'instruction et de revenu restreintes.

Au niveau mondial, les deux tiers environ des femmes en âge de procréer, mariées ou vivant maritalement, utilisent actuellement une méthode de contraception. Elles n'étaient que 57 % en 1990. Bien que ce taux varie considérablement d'une région à l'autre – 23 % en Afrique subsaharienne contre 84 % en Asie de l'Est et dans le Pacifique – il est en augmentation dans toutes les régions. La plus forte augmentation est enregistrée dans les pays les moins avancés, où le taux d'emploi de contraceptifs a presque doublé au cours de la décennie.

L'ANÉMIE FERRIPRIVE

La carence en fer est de loin la forme de malnutrition la plus répandue dans le monde. En provoquant l'anémie, elle touche la santé des femmes et des enfants, et se répercute sur les résultats économiques des nations. L'objectif du Sommet mondial, qui consistait à *réduire d'un tiers par rapport à 1990 la proportion de femmes souffrant d'anémie ferriprive*, est étroitement lié à l'amélioration de la santé maternelle.

On dispose de peu de données sur la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes, mais on estime que malgré les efforts qui ont été faits pour distribuer des suppléments, la situation n'a guère évolué depuis 1990. On estimait au milieu des années 90, que les taux de prévalence chez les femmes enceintes en Asie du Sud-Est et en Afrique subsaharienne pouvaient aller jusqu'à 79 % et 44 % respectivement. Il semblerait toutefois que le nombre de cas d'anémie graves ait diminué.

La principale mesure qui a été prise pour réduire le nombre de cas d'anémie consiste à distribuer des suppléments de fer et d'acide folique aux femmes enceintes, par l'intermédiaire du système de santé publique. Un certain nombre de pays en développement financent cette mesure au moyen de leurs ressources propres ou en faisant appel aux donateurs. La distribution de suppléments en fer est une stratégie réalisable parce que nous avons la preuve qu'ils sont efficaces contre l'anémie et qu'ils sont de coût peu élevé (1 dollar et 50 cents pour 1 000 comprimés).

Toutefois, la stratégie de distribution de suppléments en fer n'a pas été très efficace pour plusieurs raisons : les suppléments ne sont pas toujours disponibles en quantité suffisante; certaines femmes ne prennent pas la dose quotidienne prescrite, à cause des effets secondaires; et le personnel sanitaire ne donne pas toujours suffisamment d'informations. En outre, les femmes se présentent souvent pour des soins prénatals à un stade déjà avancé de la grossesse, alors que l'anémie préexistante et les dégâts qu'elle a causés sont plus difficiles à maîtriser. Face à ce grave problème, il convient d'élaborer de nouvelles stratégies.

LA SANTÉ DES FEMMES : ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

Les priorités des programmes en faveur de la maternité sans risques n'ont pas toujours été clairement définies pendant les années 90 et les interventions pas toujours assez bien ciblées. Certains pays ont pris le parti d'une approche très large mettant l'accent tout à la fois sur la condition de la femme, les services de santé maternelle et les soins d'urgence. Cette approche s'est souvent avérée trop ambitieuse et trop coûteuse pour les gouvernements, qui n'ont reçu qu'un soutien financier limité de la part des donateurs.

L'expérience a montré que la formation d'accoucheuses traditionnelles n'a guère de chance de se traduire par une réduction de la mortalité maternelle si les patientes ne peuvent bénéficier de l'aide d'un personnel sanitaire qualifié. Or, pendant de nombreuses années, les gouvernements et les institutions ont investi dans la formation des accoucheuses traditionnelles, afin d'assurer des services de soins de santé maternelle au niveau des collectivités.

L'une des leçons tirée de ces expériences est que les soins prénatals seuls ne permettent pas de prévoir ni de prévenir les principales causes de décès liés à la maternité. Les soins curatifs sont indispensables. L'accès à un personnel compétent est souhaitable, mais l'accès immédiat à des soins obstétricaux essentiels est un facteur

déterminant qui permettra de sauver des vies. Le secteur public doit donc tout mettre en œuvre pour que les femmes enceintes aient la possibilité de consulter et pour qu'elles le fassent, mais aussi pour que toutes les femmes disposent de soins obstétricaux essentiels de haute qualité durant la grossesse et l'accouchement.

L'espacement des naissances et la planification familiale ont pour effet de réduire les risques de grossesse dangereuse et, partant, de décès. Mais lorsqu'une femme est enceinte, les risques de complication, voire de décès auxquels elle est exposée sont toujours aussi grands.

La lutte contre l'anémie reste un défi majeur. Elle ne pourra aboutir que grâce à un ensemble d'interventions. Des solutions doivent être trouvées aux problèmes techniques qui empêchent de généraliser l'apport de nutriments complémentaires pendant la grossesse. L'anémie pouvant aussi avoir pour causes des carences en vitamine A, zinc et vitamine B12 ainsi que des carences en fer, l'effort doit aussi porter sur ces substances. L'enrichissement des aliments offre un autre moyen de lutte et de nouveaux partenariats avec l'industrie alimentaire sont en train de se créer à cette fin. La prévention du paludisme et de l'infection par les vers parasites doit aussi s'inscrire dans une stratégie globale de lutte contre l'anémie axée à la fois sur les jeunes enfants et sur les femmes.

Eau potable et assainissement

BILAN DE LA SITUATION EN MATIÈRE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU ET D'ASSAINISSEMENT

OBJECTIFS	PROGRÈS ACCOMPLIS	CE QU'IL RESTE À FAIRE
Eau : accès à l'eau potable pour tous	<ul style="list-style-type: none"> 900 millions de personnes supplémentaires ont eu accès à des services d'approvisionnement en eau de meilleure qualité, au cours des 10 dernières années. 	<ul style="list-style-type: none"> 1,1 milliard de personnes n'ont toujours pas accès à l'eau potable. Le taux de couverture mondial n'a augmenté que de 5 points de pourcentage. Les problèmes liés à la qualité de l'eau se sont aggravés dans un certain nombre de pays. Le taux de couverture dans les zones à faible revenu demeure faible, surtout dans les habitats spontanés.
Assainissement : accès pour tous à des moyens hygiéniques de traitement des excréments	<ul style="list-style-type: none"> 987 millions de personnes supplémentaires ont eu accès à des services d'assainissement adéquats. 	<ul style="list-style-type: none"> 2,4 milliards de personnes, dont la moitié de la population asiatique, n'ont pas accès à des services d'assainissement. Le taux de couverture mondial a augmenté de 10 points de pourcentage. 80 % des personnes n'ayant pas accès à des services d'assainissement vivent en zone rurale.
Dracunculose (maladie causée par le ver de Guinée) : éradication	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre de cas signalés a diminué de 88 %. La maladie est désormais éradiquée dans toutes les régions, à l'exception d'un pays en Afrique du Nord et de 13 pays en Afrique subsaharienne. 	<ul style="list-style-type: none"> La dynamique en faveur de l'éradication de la dracunculose doit être maintenue.

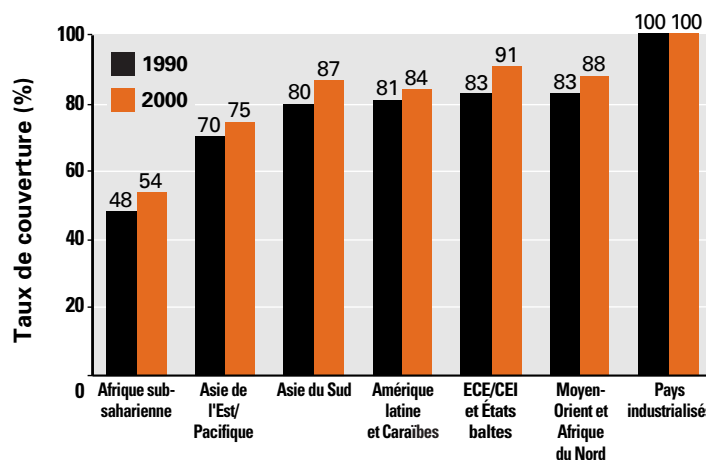
Un approvisionnement en eau potable insuffisant et des infrastructures d'assainissement médiocres sont parmi les principales causes de mortalité, de maladie et de malnutrition infantiles. Des études ont montré que les progrès accomplis en matière d'approvisionnement en eau potable, en particulier dans les domaines de l'assainissement et de l'hygiène, se traduisent par une diminution de 22 % des cas de diarrhée et de 65 % des décès dus à cette maladie. On peut s'attendre à des résultats analogues en ce qui concerne le choléra, l'hépatite, les maladies causées par des vers parasites et le trachome.

Le Sommet mondial pour les enfants, reconnaissant que les objectifs fixés pour la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (années 80) n'avaient pas tous été atteints, a de nouveau souscrit à l'objectif visant à *assurer à tous l'accès à l'eau potable et à des moyens hygiéniques de traitement des excréments*. Les prévisions révisées contenues dans l'Évaluation mondiale 2000 des conditions d'alimentation en eau et d'assainissement, entreprise par l'OMS et l'UNICEF, indiquent que, si l'on tient compte de la croissance démographique, le nombre de personnes n'ayant pas accès à ces services de base est demeuré pratiquement le même. Bien que, dans les années 90, de nombreuses personnes aient eu pour la première fois accès à de meilleurs services d'approvisionnement en eau, il reste beaucoup à faire pour desservir l'ensemble de la population mondiale. Le pourcentage de personnes disposant d'un quelconque système d'approvisionnement amélioré est passé de 77 % en 1990 à 82 % en 2000, ce qui signifie que plus d'un milliard de personnes n'ont pas accès à l'eau potable.

Entre 1990 et 2000, le pourcentage de la population mondiale ayant accès à des services d'assainissement est passé de 51 % à 61 %. On estime à 2,4 milliards le nombre de personnes qui n'ont toujours pas accès à de meilleurs services d'assainissement.

L'Afrique subsaharienne est la zone où le taux de couverture est le plus faible (54 %) en matière d'eau potable. Ce taux est statique pour l'assainissement, où il est également estimé à 54 %. L'Asie du Sud enregistre un taux de couverture relativement satisfaisant pour l'approvisionnement en eau (87 %), mais bénéficie de la couverture la plus faible pour l'assainissement (37 %). Le continent asiatique, où vivent 61 % de la population mondiale, compte le plus grand nombre de personnes n'ayant bénéficié d'aucune amélioration de ces services.

Amélioration de l'accès à des services d'approvisionnement en eau, évolution pour la période 1990-2000

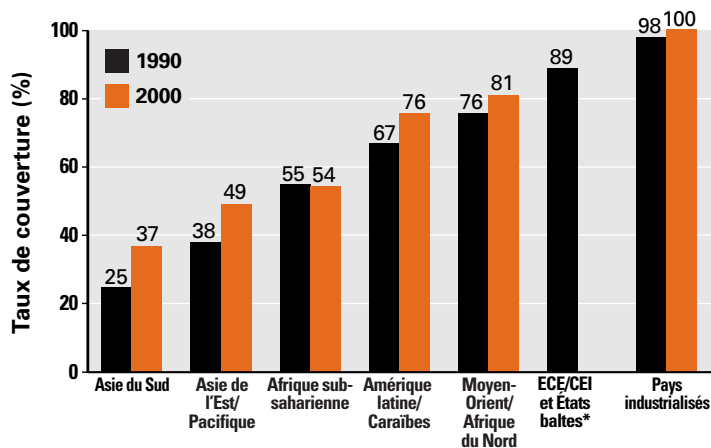


Source : UNICEF/OMS, 2000.

La contamination chimique des ressources en eau est devenue un sujet de préoccupation majeur dans les années 90. L'un des problèmes les plus graves, au Bangladesh et dans d'autres régions d'Asie du Sud, est la contamination des sources d'eau potable par l'arsenic inorganique d'origine naturelle. Cette contamination altère gravement la santé humaine. Les mesures prises pour la combattre ont notamment consisté à identifier les puits creusés sur des nappes aquifères contaminées et à convaincre les familles de ne pas utiliser de telles sources pour la boisson et la cuisine; à offrir d'autres sources d'approvisionnement; et à faire participer les communautés concernées à la recherche de sources de remplacement et à leur gestion. Le fluorure, autre contaminant chimique présent dans la nature,

menace également la population d'un certain nombre de pays, dont la Chine et l'Inde. Mais dans ce cas, l'utilisation de filtres à usage domestique peut offrir une protection.

De tout temps, la priorité a été donnée à l'approvisionnement en eau, au détriment de l'assainissement, secteur dans lequel on a beaucoup moins investi. La croissance démographique et l'urbanisation ont aussi contribué à rendre plus difficile l'accès universel à des services d'assainissement adéquats. Entre 1990 et 2000, la population mondiale a augmenté de 25 % en milieu urbain et de moins de 10 % en milieu rural. L'Initiative mondiale d'assainissement de l'environnement, lancée en 1998, vise à encourager les États, les responsables de la planification du développement et d'autres experts à améliorer les pratiques en matière d'assainissement et d'hygiène.



* Données insuffisantes pour 2000.
Source : UNICEF/OMS, 2000.

Amélioration de l'accès à des services d'assainissement, évolution pour la période 1990-2000

Plusieurs organisations internationales, notamment l'UNICEF, l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), la Banque mondiale et l'Association internationale de l'enseignement, ont appelé l'attention sur la santé scolaire et lancé une initiative baptisée FRESH (Focusing Resources on Effective School Health – *Concentrer les ressources pour une santé scolaire efficace*) qui s'inscrit dans le contexte d'une vaste campagne visant à créer un cadre scolaire donnant aux enfants les moyens d'apprendre. La santé scolaire – notamment l'accès à l'eau potable et à des installations sanitaires séparées pour les filles et les garçons, et l'enseignement des règles d'hygiène – est une des composantes essentielles d'un environnement scolaire favorisant le bien-être des enfants.

Ce sont les familles pauvres qui sont le plus souvent privées de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement adéquats. Ce manque d'accès est d'ailleurs lui-même un indicateur de pauvreté. Le prix payé par ces familles est extrêmement élevé sur les plans de la santé et du temps et de l'énergie qu'elles consacrent à transporter de l'eau de sources éloignées, tâche qui incombe le plus souvent aux femmes et aux fillettes. Le rôle essentiel joué par les femmes dans la recherche de solutions aux problèmes locaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement est de plus en plus reconnu. Et l'action de certaines organisations communautaires qui ont mobilisé des ressources de contrepartie pour l'exploitation des sources d'eau locales a amené les États à reconnaître que les organisations locales pouvaient faire évoluer la situation.

DRACUNCULOSE

Ces 10 dernières années, le nombre de cas de dracunculose, maladie très débilitante, signalés dans le monde a chuté de 88 %. Dans ce domaine, les progrès sont remarquables et la maladie est désormais éradiquée dans toutes les régions du monde, à l'exception d'un pays d'Afrique du Nord et de 13 autres en Afrique subsaharienne. Le Soudan enregistre près des trois quarts des cas signalés.

Il n'existe aucun véritable obstacle technique à l'éradication de la dracunculose, car l'élément essentiel

de la lutte contre cette maladie est l'accès à l'eau potable. Néanmoins, l'approvisionnement en eau doit aller de pair avec des programmes d'éducation sanitaire efficaces. Les pays qui comptent de nouveaux cas doivent continuer d'améliorer l'approvisionnement en eau dans les régions rurales, les systèmes de filtre à eau et l'éducation sanitaire des collectivités.

Les mesures d'endiguement de la maladie sont particulièrement utiles dans les zones où le nombre de cas est déjà faible. Dans les villages où elle est encore répandue, il convient de renforcer la surveillance et d'encourager les efforts au niveau local.

Les efforts visant à éradiquer la maladie ont permis aux communautés d'accéder à un plus grand nombre de services, et les méthodes employées peuvent être utilisées dans les programmes de santé locaux afin d'atteindre les populations marginalisées. En outre, la surveillance des cas de dracunculose a constitué un moyen économique de suivre la situation au niveau de chaque village et les cartes utilisées pour surveiller l'évolution de l'épidémie ont facilité la planification d'autres programmes.

De grands progrès ont été accomplis dans l'éradication de la dracunculose, grâce à la collaboration étroite et efficace de l'ONU et des organismes d'aide bilatérale, du Centre Carter (programme Global 2000), du secteur privé, des ONG, des ministères nationaux et des dirigeants politiques, autant d'acteurs qui ont aidé les populations des régions où la maladie est endémique à éliminer le ver de Guinée. L'élan – ainsi qu'un soutien politique et financier important – doit être maintenu jusqu'à l'éradication totale de cette maladie.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS EN MATIÈRE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU ET D'ASSAINISSEMENT

Dans l'ensemble, les résultats obtenus en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont inégaux. Mais ce sont sans conteste les pays et régions touchés par des conflits, lourdement endettés, souffrant du manque d'investissement et de la faiblesse de leurs institutions qui ont eu le plus de difficultés à atteindre les objectifs fixés. Ces problèmes sont endémiques en Afrique subsaharienne, où la population est, de plus, toujours menacée par la dracunculose dont l'éradication définitive a été retardée par les conflits et par la pénurie d'eau dans certaines des régions les plus touchées.

La qualité de l'eau doit être contrôlée de manière plus efficace afin d'éviter tout risque pour la santé. Il suffirait pour ce faire d'utiliser des tests de contamination bactériologique. Les tests chimiques sélectifs, utilisés en fonction des problèmes locaux, peuvent être très efficaces et peu coûteux si l'on applique les techniques appropriées.

En matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement, les approches sectorielles peuvent permettre d'accomplir de grands progrès quant aux niveaux d'investissement et de qualité, mais il convient de les associer à des stratégies en faveur de la santé, de la nutrition et de l'éducation. Les écoles, par exemple, peuvent aider à donner un coup de fouet à l'action communautaire. Les enfants sont souvent impatients d'apprendre et prêts à entreprendre de nouvelles activités. Les enseignants peuvent servir de chefs de file et de modèles, non seulement pour les enfants, mais aussi pour l'ensemble de la société. Les enfants scolarisés peuvent exercer une influence sur les membres de leur famille et des communautés tout entières en les encourageant à améliorer les conditions sanitaires et à modifier leurs pratiques en matière d'hygiène.

Il convient d'accorder une attention particulière à la gestion et à l'hygiène des communautés pour que la fourniture de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement se traduise par une amélioration durable des conditions de vie des enfants. Les bienfaits à long terme seront négligeables si les infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement ne sont pas utilisées et entretenues convenablement. Une famille qui aurait accès à de l'eau salubre mais ne respecterait pas les règles d'hygiène élémentaires, telles que le lavage des mains, ne constaterait aucun effet bénéfique du point de vue de la santé. Pour la décennie à venir, il importe d'accorder la priorité à la sécurité de l'approvisionnement en eau des ménages, à l'assainissement et au respect des règles d'hygiène, qui ont des répercussions directes sur la survie et le développement des enfants.

VIH/SIDA

L'ampleur de la pandémie de VIH/SIDA dépasse aujourd'hui les projections les plus pessimistes que l'on avait faites en 1990. Le nombre de personnes séropositives ou atteintes du SIDA dans le monde est de 50 % plus élevé que celui prévu en 1991. C'est en Afrique subsaharienne que la séroprévalence du VIH est la plus forte, cette région comptant 70 % de l'ensemble des nouveaux cas de séropositivité dans le monde. La propagation rapide du virus dans les Caraïbes, en Europe de l'Est et en Asie pose un problème pressant. Néanmoins, à l'heure actuelle, toutes les régions du monde connaissent une augmentation du nombre de cas de contamination par le VIH.

Le VIH/SIDA est devenu le plus grave obstacle entravant de manière immédiate le développement des enfants et des femmes en Afrique subsaharienne. La crise du VIH/SIDA exacerbe les multiples problèmes interdépendants dont souffrent un grand nombre de pays de la région, à savoir, la pauvreté, la discrimination, la malnutrition, la difficulté d'accès aux services sociaux de base, les conflits armés et l'exploitation sexuelle des filles et des femmes. Cette épidémie, qui cause la mort de parents et de personnel qualifié, met à rude épreuve les capacités des pays à tous les niveaux. L'espérance de vie baisse dans la plupart des pays les plus gravement touchés, tandis que les taux de mortalité infantile

Les activités de sensibilisation et les mesures de prévention essentielles n'ont pas été mises en œuvre à une échelle suffisamment grande, même lorsque la menace du VIH/SIDA ou ses effets sont très graves. Six jeunes de moins de 25 ans contractent le virus toutes les minutes, à savoir plus de 8 000 par jour.

et postinfantile sont en hausse. Les services de santé sont déjà submergés par les soins à apporter aux malades du SIDA. En outre, c'est le fonctionnement même des écoles qui est menacé, étant donné qu'un nombre considérable d'enseignants a succombé à la maladie et que les enfants sont de plus en plus obligés de rester à la maison pour s'occuper des membres de leur famille atteints du SIDA.

Les dirigeants politiques et les militants de certains pays, comme le Brésil, l'Ouganda, le Sénégal et la Thaïlande, se sont attaqués de front à la pandémie et ont pris des mesures énergiques pour la combattre. Plusieurs autres pays de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud-Est suivent à présent leur exemple. Mais les activités de sensibilisation et les mesures de prévention essentielles n'ont pas été mises en œuvre à une échelle suffisamment grande, même lorsque la menace du VIH/SIDA ou ses effets sont très graves.

L'IMPACT DU VIH/SIDA SUR LES ENFANTS

Les enfants sont menacés par plusieurs dangers découlant du VIH/SIDA : ils risquent d'être eux-mêmes contaminés, de subir les conséquences que la maladie a pour leur famille et leur communauté ou de retrouver orphelins.

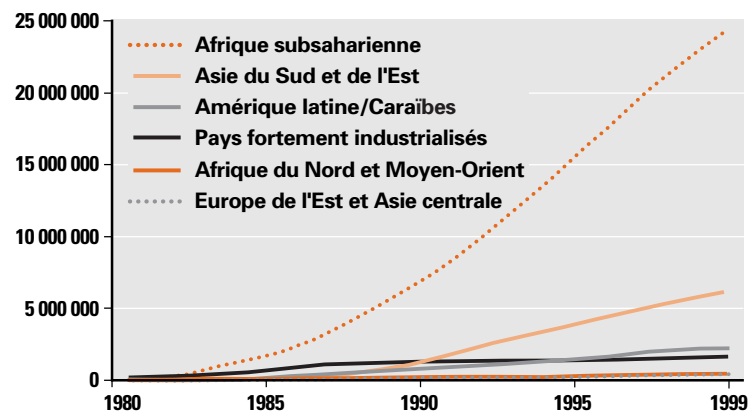
Six jeunes de 15 à 24 ans contractent le virus toutes les minutes, à savoir plus de 8 000 par jour. En 2000, plus de 10,3 millions de jeunes étaient séropositifs, près des deux tiers d'entre eux étant des filles et des jeunes femmes. On estime qu'au cours de la même année, 500 000 enfants de moins de 15 ans sont morts des suites du SIDA et que 600 000 autres de la même tranche d'âge ont été contaminés par le virus; en outre, 2,3 millions d'enfants ont perdu leur mère ou leurs deux parents du fait du SIDA. Sur les 36,1 millions de personnes porteuses du virus ou malades du SIDA, plus de 95 % vivent dans des pays en développement, 16,4 millions sont des femmes et 1,4 million sont des enfants de moins de 15 ans. Bien que la moitié environ des nouveaux cas de contamination frappent des jeunes, la plupart d'entre eux – et en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – ne sont toujours pas suffisamment conscients des risques qu'ils courent et ne possèdent pas les connaissances voulues pour se protéger.

La transmission materno-foetale du virus lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement

est à l'origine de plus de 90 % des cas de contamination chez les nourrissons et les enfants de moins de 15 ans.

A mesure que le VIH/SIDA se propage et que davantage de personnes contractent le virus, le nombre d'enfants victimes de la maladie augmente. Depuis le début de la pandémie, plus de 13 millions d'enfants ont perdu leur mère ou leurs deux parents des suites du SIDA avant d'avoir atteint l'âge de 15 ans. Jamais dans toute l'histoire de l'humanité on n'avait vu un si grand nombre d'orphelins ne recevant pratiquement aucune protection ni soins de la part des adultes. La complexité des problèmes de développement et des menaces qui pèsent sur les droits des enfants rendus orphelins par le SIDA sont stupéfiantes.

Nombre de personnes séropositives ou malades du SIDA, par région, pendant la période 1980-1990 (estimation)



Source : ONUSIDA, 2000.

ÉVOLUTION DES PRINCIPAUX PARTENARIATS, POLITIQUES ET STRATÉGIES VISANT À LUTTER CONTRE LE VIH/SIDA

Au milieu des années 90, il est apparu que la progression implacable de la pandémie et ses conséquences catastrophiques exigeraient des efforts beaucoup plus intenses de la part de l'ONU. En 1996, en vue d'assurer une meilleure coordination des efforts entrepris, six organismes (l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale) ont mis en place le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), auquel le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) s'est associé en 1999.

Les priorités stratégiques de l'action menée à l'échelle mondiale pour lutter contre le VIH/SIDA consistent notamment à assurer une direction et une coordination efficaces, à atténuer les effets de la pandémie sur les plans social et économique, à réduire les risques de contamination par le VIH pour certains groupes sociaux, à atteindre les objectifs fixés en matière de prévention, à veiller à ce que les personnes contaminées ou touchées reçoivent des soins et un soutien, à faire en sorte que les médicaments antirétroviraux soient d'un coût abordable et aisément accessibles, et à mobiliser des ressources financières. Des efforts particuliers devront être consentis pour prévenir la contamination par le VIH chez les jeunes et la transmission du virus de la mère à l'enfant, d'une part, et pour offrir une protection, des soins, un accès à des services de base et une aide financière aux orphelins et aux enfants dont les familles ont gravement souffert du SIDA, d'autre part.

De nombreux organes ont établi des directives en vue de lutter contre la contamination par le VIH chez les adultes, les femmes enceintes et les enfants. Dans la plupart des pays développés qui offrent un large accès aux soins et une assistance sous forme de médicaments notamment, la mise en application de normes relatives au traitement du VIH a entraîné ces dernières années une diminution importante de la mortalité et un ralentissement analogue de l'évolution de la séropositivité au SIDA.

Ces directives n'ont été que partiellement appliquées dans les pays en développement, et ce pour plusieurs raisons : le coût des médicaments, l'insuffisance des infrastructures médicales, et l'offre et la fréquentation limitées des services de conseil et de dépistage.

Néanmoins, plusieurs pays, situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, commencent à prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant grâce à des interventions prometteuses qui visent notamment à faciliter l'accès aux soins prénatals et aux services de conseil et de dépistage volontaire, à administrer des médicaments antirétroviraux pendant la grossesse et lors de l'accouchement, à améliorer les soins pendant la période de l'accouchement, à apporter un soutien aux femmes séropositives et à leur dispenser des conseils afin qu'elles puissent décider de la manière dont elles alimenteront leur nourrisson, et à fournir une aide et des soins psychosociaux en cas de maladie opportuniste. Ces interventions devraient se développer rapidement.

Les soins et le soutien apportés aux femmes (y compris les femmes enceintes), aux enfants, aux adolescents et aux membres de leur famille, qui sont porteurs du virus, y compris la prévention du VIH et le traitement des infections opportunistes, jouent un rôle important pour plusieurs raisons. L'offre d'une assistance et de soins destinés aux séropositifs est susceptible d'encourager le recours aux services de conseil et de dépistage volontaire et aux activités de prévention; le fait de maintenir les parents séropositifs en bonne santé (et la prolongation de leur vie) atténuera l'impact de la maladie sur les enfants, et la réduction de la charge virale du VIH peut réduire le risque de transmission du virus à des personnes saines.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DES ACTIVITÉS DE SOINS ET DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

Un engagement politique très ferme est indispensable pour que les programmes de lutte contre le VIH/SIDA portent leurs fruits. Quelques régions et pays n'ont pas encore pris pleinement conscience de la gravité de la menace posée par cette pandémie et des activités de plaidoyer soigneusement conçues se sont révélées nécessaires pour « rompre le silence » et lutter contre la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie. Il faut aussi réaliser des investissements importants aux niveaux mondial, national et local dans des activités efficaces de soins et de prévention du VIH.

L'acquisition de connaissances de base sur le VIH/SIDA n'entraîne pas forcément l'adoption d'un comportement à moindre risque. On a constaté que les chances d'obtenir une modification des comportements augmentent lorsqu'on mène des campagnes d'information qui traitent des comportements, valeurs et connaissances dont les gens ont besoin pour assurer leur propre protection.

En vue de promouvoir la prévention et les soins, il importe de forger des partenariats regroupant des jeunes et des personnalités influentes, par exemple des chefs religieux et traditionnels. Il faut donner aux adolescents, notamment aux orphelins et à ceux qui sont touchés par le SIDA ou porteurs du virus, la possibilité de participer aux activités de prévention, d'éducation mutuelle et de mobilisation afin de s'assurer leur concours et d'obtenir que leurs besoins particuliers figurent dans les programmes politiques. Les prestataires de services doivent avoir accès à des informations fiables et être dotés des compétences leur permettant d'utiliser des méthodes interactives en vue d'œuvrer de concert avec les adolescents et au service de leur cause. Cela étant, les enfants touchés par la pandémie qui ont perdu leurs parents, ont sombré dans la misère ou qui n'ont plus accès aux services scolaires et sanitaires devraient recevoir la priorité pour l'octroi d'une assistance et de ressources.

Les enfants touchés par la pandémie qui ont perdu leurs parents, ont sombré dans la misère ou qui n'ont plus accès aux services scolaires et sanitaires devraient recevoir la priorité pour l'octroi d'une assistance et de ressources.

enfants doivent être rétablis grâce à des mesures spéciales de protection, comme dans le cas de n'importe quelle crise humanitaire grave.

Santé et développement des adolescents

La situation des adolescents, notamment ceux qui essaient de grandir dans l'adversité, a retenu une attention croissante aux cours des 10 dernières années qui ont suivi la tenue du Sommet mondial pour les enfants. Aujourd'hui, on s'accorde de plus en plus à reconnaître que les jeunes, loin d'être le « fardeau » que certains adultes voient en eux, représentent une ressource infiniment précieuse pour le monde. Le respect des droits des adolescents à la santé et au développement est essentiel pour faire face à toute une série de dangers immédiats tels que le VIH/SIDA, la toxicomanie et la violence, et également pour lutter contre une multitude d'autres problèmes qui pourraient non seulement mettre en péril leur propre vie mais aussi celle de leurs enfants.

L'adolescence est une étape critique qui détermine l'avenir d'un enfant. C'est en effet durant ces années que les jeunes développent leur propre identité, à mesure qu'ils assimilent les valeurs sociales, qu'ils prennent des engagements en tant que citoyens et qu'ils sont plus sensibles aux problèmes de la sexualité et de la fécondité. La pandémie de VIH/SIDA a contribué à faire prendre conscience au public de l'importance de l'adolescence, car il ne sera possible d'endiguer l'épidémie que si les jeunes possèdent les connaissances et compétences qui les aideront à réduire le risque de contamination, et ont accès aux services dont ils ont besoin à cet égard.

L'abandon scolaire, les troubles du comportement comme la violence et la toxicomanie et les grossesses précoces sont des problèmes que l'on associe volontiers à l'adolescence. Or, ils sont souvent des signes qui dénotent l'existence de problèmes plus profonds, tels que la marginalisation accrue des adolescents par rapport au monde des adultes, leur vulnérabilité et l'incapacité des systèmes sociaux, économiques et politiques à répondre à leurs besoins et à leurs aspirations. On a largement sous-estimé les capacités des adolescents qui peuvent contribuer de manière active et créative aux changements sociaux, voire prendre l'initiative de tels changements. Il faut au contraire faciliter et encourager leur participation à la vie sociale et les aider à exprimer leur opinion et à jouer leur rôle.

Pour réduire les risques de santé encourus par les adolescents, ceux-ci doivent avoir accès à des informations exactes. Ils doivent avoir la possibilité d'acquérir des connaissances pratiques et des compétences utiles pour gagner leur vie. Ils doivent avoir accès non seulement à des services de santé en matière de reproduction mais aussi à des services de conseils confidentiels et de dépistage volontaire du VIH/SIDA. Et, avant toutes choses, ils doivent pouvoir vivre dans un environnement sain et favorable.

Le tabagisme est devenu un problème grave chez les enfants, les jeunes étant amenés à prendre l'habitude de fumer à un âge de plus en plus précoce. Les succès remportés dans les campagnes antitabac et la promotion de ces efforts dans certains pays industrialisés doivent encore faire école dans le reste du monde. Néanmoins, il semble que de nombreux pays accordent une priorité accrue aux programmes de prévention destinés aux jeunes. Les ONG, les centres de santé et les médias ont recours au théâtre, à la radio et à la télévision pour diffuser des informations sur la santé à l'intention des jeunes.

Les écoles offrent également un cadre idéal pour encourager la participation des adolescents, dispenser des conseils et une assistance aux jeunes et promouvoir des valeurs positives et des compétences utiles. Dans plusieurs régions, les enseignants, les ONG, les éducateurs qui s'adressent à d'autres éducateurs et les animateurs reçoivent une formation à l'enseignement de connaissances pratiques. L'acquisition de connaissances pratiques figure désormais dans certains programmes scolaires, essentiellement à titre expérimental, et elle a également été intégrée à des programmes d'éducation entre pairs. Des programmes visant à prévenir et à réduire la toxicomanie chez les jeunes sont également mis en œuvre. Cependant, l'accès et le recours à des services de conseils confidentiels et de dépistage volontaire du VIH/SIDA demeurent limités pour les adolescents, notamment les adolescentes qui constituent un des groupes à haut risque de contamination.

EXPÉRIENCE ACQUISE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT DES ADOLESCENTS

Les activités de promotion de la santé destinées aux jeunes doivent devenir un objectif hautement prioritaire. Les prestataires de services (y compris les jeunes) doivent disposer d'informations exactes, mais aussi acquérir les compétences voulues pour utiliser des méthodes interactives qui leur permettent d'œuvrer en collaboration avec les adolescents en vue de réduire les risques.

Il convient de combattre activement l'image négative qu'ont les adolescents dans la société en mettant en relief leur capacité d'apporter une contribution positive – à la maison, à l'école, au sein de la communauté et au niveau du pays. La participation des adolescents à la mise en œuvre des politiques et programmes destinés à lutter contre les problèmes tels que le VIH/SIDA et la toxicomanie, qui représentent un danger pour la santé des jeunes aujourd'hui et une menace pour l'avenir, est fondamentale.

Évolution des politiques et stratégies en matière de santé, d'alimentation et d'approvisionnement en eau et d'assainissement

Certains pays se sont distingués en donnant la priorité à la santé de l'enfant dans la répartition des ressources. Mais en règle générale, l'investissement consacré par les pays aux services de santé de base n'a pas été à la mesure des promesses faites par les dirigeants mondiaux en 1990.

En raison du manque de ressources, les plus grands succès de la décennie sont à imputer aux programmes « sectoriels » axés sur des maladies bien précises touchant les enfants, dont la poliomyélite, la dracunculose et la rougeole. Ces programmes ont permis d'éveiller l'intérêt du public, d'attirer l'attention des médias, de susciter des dons et d'exercer une pression sur les dirigeants des pays pour arriver à des résultats. Par ailleurs, ces résultats étaient eux-mêmes facilement mesurables.

Ces actions à objectif unique, pour réussies qu'elles soient, ne doivent pas faire oublier que les systèmes de santé des pays en développement ont besoin d'être encore renforcés, ni n'impliquent qu'on se soit suffisamment préoccupé de tous les besoins des jeunes enfants, des adolescents et des familles. Les programmes ciblés peuvent susciter une amélioration plus importante des systèmes de santé et, étant donné leur caractère principalement préventif, pourraient réduire le recours à des services de soins qui sont déjà surchargés de travail et insuffisamment financés.

Pendant les années 90, toutefois, des stratégies de plus grande envergure ont aussi été mises en place en vue de renforcer les systèmes de santé. L'Initiative de Bamako, a agi en ce sens en fournissant un ensemble minimum de soins et des médicaments de base à des prix modiques, en mettant en place un

système de partage des coûts entre fournisseurs et utilisateurs et en associant la collectivité à la gestion. L'Initiative a dynamisé la prestation de services au niveau local dans certaines régions d'Afrique, et s'est également étendue à d'autres continents. L'Initiative de Bamako a abouti à une couverture vaccinale meilleure et durable ainsi

Dans les années 90, les secteurs de la santé et de l'approvisionnement en eau ont fait l'objet de réformes importantes qui ont souvent entraîné une décentralisation au niveau des provinces et des districts.

qu'à d'autres actions préventives, les gouvernements s'étant donné davantage de moyens de fournir des médicaments essentiels et des vaccins. Même dans les pays où la situation économique est désastreuse, les installations de soins de santé de base dynamisées ont pu de ce fait offrir des services divers, dont la fourniture de médicaments essentiels. Ces actions ont non seulement amélioré la situation de l'ensemble de la population mais ont aussi donné aux individus et aux familles les moyens de prendre en main leur santé et leur bien-être. L'Initiative a été en cela une étape importante dans la démocratisation du secteur des soins de santé primaires.

Bien qu'elle soit considérée comme une démarche peu onéreuse et fiable pour la relance des systèmes de santé, l'Initiative repose en partie sur la pratique du paiement direct des honoraires par les usagers. Or, il ressort de certaines enquêtes que le recours aux services de santé a sensiblement diminué depuis

que cette pratique a été instituée, surtout lorsque ces frais ne vont pas de pair avec des services de meilleure qualité ou en l'absence de procédures d'exemption efficaces pour les familles – ou les enfants – qui ne peuvent pas payer.

Dans les années 90, les secteurs de la santé et de l'approvisionnement en eau ont fait l'objet de réformes importantes qui ont souvent entraîné une décentralisation au niveau des provinces et des districts. Cette décentralisation a suscité un nouveau souci de garantir l'intégrité et la responsabilité du secteur public. De nouvelles méthodes sont apparues pour associer les collectivités locales à la gestion et à la surveillance de la prestation de services dans les domaines de la santé et de l'approvisionnement en eau salubre, ainsi que dans d'autres domaines publics.

Cependant, la décentralisation a trop souvent incité les pouvoirs centraux à réduire les budgets consacrés à la surveillance et à la formation en matière de soins de santé, ainsi qu'à la fourniture de médicaments, de vaccins et de pièces détachées, ce qui risque d'entraîner la détérioration des services de

L'écart s'accroît entre les maladies considérées prioritaires du point de vue de la recherche et celles qui ont les répercussions les plus graves sur la santé au niveau mondial.

santé pour les enfants et d'approvisionnement en eau des collectivités. La privatisation a fait quant à elle apparaître dans bien des pays un système à deux vitesses où les mieux nantis jouissent des avantages offerts par les dernières technologies, tandis que les plus pauvres ne reçoivent que des soins minimaux prodigués par des organismes publics insuffisamment financés. Les populations pauvres, rurales ou vivant dans des zones isolées présentent peu d'intérêt

économique pour les fournisseurs privés et sont particulièrement frappées par les coupes budgétaires opérées dans le secteur de la santé.

Dans le souci d'assurer une meilleure coordination de l'aide, les gouvernements et les donateurs ont adopté une nouvelle forme de collaboration, les démarches sectorielles. Nombre d'entre elles sont appliquées dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'approvisionnement en eau. Ces démarches tendent à offrir un cadre d'ensemble pour le développement des politiques et des programmes sectoriels sur une période de plusieurs années.

La santé tend à revenir au domaine public mondial. L'intégration internationale qui s'opère dans le commerce, les voyages et l'information a accéléré la transmission transfrontière des maladies et le transfert des risques sanitaires liés à un environnement ou à un comportement donné. L'utilisation intensive des ressources mondiales en air et en eau fait peser les mêmes menaces environnementales sur tous. Ces courants ont des répercussions positives et négatives. La crise d'Ebola de 1994, suivie d'une couverture médiatique retentissante, a encore davantage appelé l'attention des hommes politiques et du grand public sur les dangers que peuvent présenter les maladies, ce qui pourrait entraîner une action internationale plus énergique en matière de santé. Cela étant, cette prise de conscience susciterait l'inquiétude si elle devait accroître la xénophobie et les investissements dans le but essentiel de protéger ceux qui sont déjà privilégiés.

Dans son *Rapport sur le développement dans le monde*, 1993, la Banque mondiale a non seulement souligné de nouveau les objectifs en matière de santé du Sommet mondial pour les enfants, mais également analysé les politiques sanitaires sous l'angle économique. Elle a introduit la notion de « morbidité mondiale », qui a permis de définir les priorités pour des dépenses de santé avisées. Elle justifie que le secteur public s'associe au financement des services de santé publique et d'un ensemble minimum de services de soins cliniques essentiels, en particulier pour les pauvres. La Banque mondiale est devenue par la suite le seul grand organisme à apporter un financement externe aux pays à revenu faible ou moyen et une voix imposante dans les débats menés aux échelons national et international sur les politiques sanitaires. Elle a appuyé énergiquement à la fois la réforme des systèmes de santé et les approches sectorielles.

Cependant, bien qu'il ait été demandé dans le Plan d'action du Sommet mondial d'intensifier la recherche menée en collaboration pour résoudre les principaux problèmes des enfants, les fonds dégagés à cette fin n'ont pas augmenté durant la décennie suivante. On a au contraire constaté que l'écart s'accroît

entre les maladies que l'on considère prioritaires du point de vue de la recherche et celles qui ont les répercussions les plus graves sur la santé au niveau mondial. La pneumonie et les maladies diarrhéiques, par exemple, qui sont cause de 15,4 % de la morbidité mondiale, ne mobilisent que 0,2 % de l'ensemble des dépenses consacrées à la recherche sur la santé. Il existe toutefois des exceptions. L'OMS a appuyé la recherche en vue de la mise au point et de l'évaluation de nouveaux vaccins, tandis que le secteur privé a consacré des ressources considérables à la fabrication de médicaments pour lutter contre le VIH et traiter le SIDA. Deux innovations technologiques de taille, l'Internet et les logiciels cartographiques, ont joué un grand rôle dans la recherche et la planification en matière de santé dans les pays en développement.

La démarche globale adoptée à la Conférence internationale d'Alma Ata sur les soins de santé primaire reste pertinente, du fait que les relations étroites entre plusieurs facteurs influant sur la santé de l'enfant ont été mieux définies et qu'on se soucie davantage de la viabilité des systèmes de santé. On peut citer à titre d'exemple la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'Initiative de Bamako et l'Initiative FRESH.

Des programmes à objectif unique continuent cependant à mobiliser l'attention et l'appui. Deux exemples importants sont l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination – une association d'organisations constituée en 1999 face à la stagnation des taux d'immunisation dans le monde et à l'inégalité croissante d'accès aux vaccins des pays – et l'Initiative Faire reculer le paludisme, qui s'est fixé pour objectif ambitieux de réduire la mortalité liée au paludisme de moitié d'ici à 2010. Par ailleurs, le programme d'éradication du ver de Guinée montre comment un programme à objectif unique à l'origine peut élargir sa visée : tout en multipliant les activités de lutte contre la cécité des rivières et autres maladies, il a apporté de l'eau salubre à de nombreuses collectivités éloignées et les a incitées à tenter d'améliorer la situation sanitaire en général.

Mesures prioritaires

Sur le plan mondial, on a sensiblement progressé dans la réalisation de certains des objectifs fixés par le Sommet mondial pour les enfants en matière de santé, d'alimentation, d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Les succès manifestes sont notamment l'éradication presque complète de la polio et de la dracunculose, les progrès dans l'élimination du tétanos néonatal, l'iodation du sel en vue de supprimer les troubles dus à la carence en iode, l'apport de suppléments en vitamine A et une réduction de la mortalité due à la diarrhée, qui sont autant de preuves convaincantes de ce qui peut être accompli.

Pour obtenir de meilleurs résultats en ce qui concerne la santé de l'enfant, on a combiné actions sanitaires sectorielles et programmes communautaires. En ce qui concerne la prestation des services tels que la vaccination contre la polio et l'apport de suppléments en vitamine A, les programmes sectoriels pourraient être les plus efficaces. Toutefois, les résultats obtenus dans plusieurs pays montrent que, pour améliorer et maintenir la situation sanitaire et alimentaire générale des enfants et des femmes, il est indispensable de compléter la prestation de services sectoriels par des actions communautaires axées sur la famille qui soient suffisamment financées, comme celles qui ont été couronnées de succès dans la lutte contre la diarrhée menée au niveau de la famille, et dans une moindre mesure, l'entretien des sources d'eau pour remédier à la malnutrition infantile. Des stratégies de communication adaptées au niveau local sont indispensables pour établir des contacts avec les collectivités les plus vulnérables et leur donner des moyens d'action.

Bien que les droits des enfants à la santé et à l'alimentation relèvent en définitive de la responsabilité des gouvernements, il est néanmoins indispensable que les organismes publics, privés et civils à tous les niveaux de la société s'y associent. Il faut renforcer la capacité des administrations nationales et locales de fournir des services et d'en assurer la qualité, de fournir des ressources et de surveiller l'utilisation qui en est faite et il faut accorder une plus grande place à l'action menée aux niveaux de la famille et de la collectivité. On doit s'assurer que toutes les familles ont accès aux services et produits de base en mettant

en place un cadre d'appui politique et financier qui aura, notamment, mission de favoriser l'évolution des mentalités et du comportement au profit des enfants.

Dans les 10 dernières années, force est de constater que le montant des ressources a été insuffisant pour réaliser tous les objectifs fixés pour les enfants. L'investissement public total consacré à la santé et à l'alimentation des enfants ainsi qu'à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement a diminué de façon parfois inquiétante, en particulier dans les pays les moins avancés. Il faut trouver de nouveaux moyens de mobiliser des ressources pour les enfants, tels que le recours au partenariat entre les secteurs public et privé. Mais il faut aussi mieux justifier l'utilisation des ressources, si l'on veut poursuivre les progrès remarquables accomplis dans les années 90 en faveur des enfants et mener à bien les tâches inachevées.

MESURES CLEFS À APPLIQUER DANS L'AVENIR L'IMMÉDIAT

Des systèmes de soins flexibles et fiables

Les principales actions intégrées devraient comprendre :

- Des vaccins classiques;
- Des vaccins nouveaux et plus efficaces, tels que les vaccins contre l'hépatite B et la méningite HIB, ainsi que les vaccins antipneumococciques;
- Des suppléments en vitamine A et autres oligo-éléments;
- Des moustiquaires imprégnées d'insecticides dans les zones impaludées;
- Des médicaments et fournitures essentiels.

Les services fournis aux mères et aux nouveau-nés doivent également être renforcés et comprendre :

- Des soins prénatals, notamment la prévention du paludisme, la vaccination antitétanique, les compléments en aliments et en oligo-éléments, ainsi que des mesures de prévention contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant;
- Des services spécialisés pendant et après l'accouchement, le but étant de relever et de signaler toutes les complications obstétriques, de prévenir le tétanos, d'éviter que les nouveau-nés ne soient victimes d'asphyxie ou d'infections, et de veiller à l'enregistrement de la naissance.

Des actions centrées sur la famille et la collectivité en matière de santé, d'alimentation, d'approvisionnement en eau et d'assainissement

Les résultats obtenus dans de nombreux pays montrent que la participation de la collectivité est essentielle pour améliorer et maintenir l'état sanitaire et nutritionnel des enfants et des femmes. La famille comme la collectivité ont le droit et le devoir de prendre en charge la santé de leurs membres et celle de leurs enfants. Nombreux sont les gouvernements, les prestataires de services et les institutions internationales qui doivent repenser la façon d'offrir de réelles possibilités de participation et de mobiliser des ressources adéquates afin d'appuyer les actions centrées sur la famille et la collectivité.

Au niveau des ménages, on devrait envisager :

- Des actions préventives, telles que la promotion de l'hygiène et l'usage de moustiquaires imprégnées d'insecticide;
- De bonnes pratiques nutritionnelles, notamment l'allaitement au sein et l'alimentation complémentaire;
- Une meilleure prise en charge des maladies, telles que la pneumonie, le paludisme, la diarrhée, la rougeole et le VIH/SIDA;
- La stimulation psychosociale pour les jeunes enfants.

Au niveau de la collectivité, on devrait prévoir :

- Des mécanismes qui permettent l'approvisionnement en médicaments essentiels et en fournitures

- sanitaires en quantité suffisante, ainsi que l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement, en même temps que la participation de la collectivité à la prestation, à la planification et au financement des services;
- Des services de communication assurés par la collectivité, portant par exemple sur le contrôle de la croissance de l'enfant, qui pourraient aider à une bonne prise de décisions;
 - Une formation et un appui pour les agents sanitaires de la collectivité, notamment pour les sages-femmes auxiliaires;
 - Des services de transport qui permettent d'éviter les retards pouvant être fatals aux urgences obstétriques et autres.

Les services fournis par le secteur public doivent être étroitement liés aux activités menées par la famille et la collectivité au moyen :

- De stratégies de communication qui atteignent toutes les collectivités et les familles, en particulier celles qui sont les plus isolées et vulnérables;
- De contrôles sociaux participatifs qui évaluent l'opinion des collectivités sur la prestation de soins et qui intègrent les points de vue des utilisateurs de services, notamment des enfants et des femmes, dans la planification, la gestion et le contrôle des services de santé, d'alimentation, d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

Enfin, il est nécessaire d'accélérer et d'élargir les actions menées avec succès au niveau local afin de promouvoir les pratiques familiales et communautaires en matière de santé, d'alimentation et d'hygiène.

Une action davantage axée sur la santé et le développement de l'adolescent

Pour éviter que la santé des jeunes soit exposée à des risques, il est indispensable de :

- Veiller à ce que les jeunes soient correctement informés;
- Donner aux adolescents la possibilité d'acquérir des compétences et de renforcer la confiance, les contacts et le respect de soi;
- Fournir des services de santé spécialement conçus pour les jeunes, qui comprennent des soins de santé en matière de procréation, ainsi que des conseils et tests de dépistage volontaires et confidentiels pour le VIH/SIDA;
- Créer des environnements sûrs et favorables dans lesquels les jeunes puissent jouer un rôle.

Une action plus énergique aux niveaux mondial et local contre le VIH/SIDA

Le monde entier doit être mobilisé, avec des objectifs précis et des ressources adéquates, afin de mettre fin aux ravages causés par le VIH/SIDA. Les actions envisagées à cette fin devraient comprendre :

- La prévention, notamment des services d'éducation et d'information pour les jeunes;
- La réduction des risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant, y compris l'élargissement des services prénatals;
- La fourniture de soins et d'un appui aux personnes atteintes du SIDA, y compris des médicaments à des prix abordables assortis de modes d'administration bien conçus;
- Des mesures visant à mettre les femmes et les filles mieux à même de se protéger du virus;
- Une aide spéciale pour les enfants rendus orphelins par le SIDA, notamment l'accès à des services sociaux et à des niveaux de vie convenables, le renforcement des capacités de la famille et de la collectivité de prendre soin des orphelins, ainsi que des mesures juridiques et administratives pour les protéger de la maltraitance, de l'exploitation et de la discrimination.

Il faut faire pression sur les dirigeants nationaux et locaux pour qu'ils mobilisent des ressources suffisantes en faveur des enfants et soutiennent les mesures prioritaires susmentionnées. Cela a déjà été accompli en partie au cours des 10 dernières années au moyen de programmes d'action pour les

enfants. Quelle que soit la forme que ces programmes puissent prendre à l'avenir, il importe que tous les secteurs s'associent à des actions bien ciblées ayant un objectif spécifique afin de donner effet aux droits des enfants et des jeunes à la santé et à une bonne nutrition, avec l'aide de services de base, notamment l'approvisionnement en eau salubre et l'assainissement.

Éducation et alphabétisation

La Conférence mondiale sur l'éducation pour tous, tenue à Jomtien (Thaïlande) en 1990, a adopté une stratégie visant à instaurer l'accès universel à l'éducation de base. Inspiré de cette Conférence, le Sommet mondial pour les enfants a réuni la communauté internationale qui s'est engagée à *accroître considérablement les possibilités d'éducation pour plus de 100 millions d'enfants et près d'un milliard d'adultes, aux deux tiers des fillettes et des femmes, qui n'ont actuellement pas accès à l'éducation de base et à l'alphabétisation.*

Au cours des 10 dernières années, la communauté internationale a réaffirmé le droit à l'éducation, qui garantit avant tout l'éducation primaire gratuite et obligatoire mais vise aussi à améliorer l'accès à l'apprentissage dans l'enseignement secondaire, technique et supérieur. Pour les enfants, l'éducation doit être d'une qualité qui leur permette de développer leur personnalité propre, leurs talents et leurs aptitudes mentales et physiques indispensables à leur plein épanouissement.

Le bilan de la situation en matière d'éducation depuis la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous et le Sommet mondial figure à la page suivante.

Le groupe d'enfants le plus important sans accès à l'éducation de base sont les filles.

Le VIH/SIDA constitue un obstacle considérable à l'accomplissement des objectifs mondiaux en matière d'éducation pour les 10 années à venir. Dans les régions les plus atteintes, la demande en matière d'éducation décroît chez les familles et communautés de plus en plus démunies, en proie au désespoir et décimées. Pour les enfants de ces familles qui fréquentent encore l'école, la discrimination et l'appréhension portent atteinte à l'apprentissage et à la socialisation. Sur le plan du financement, les fonds déjà limités sont détournés de l'éducation pour être consacrés aux soins prodigués aux patients atteints du VIH/SIDA, et le nombre d'enseignants qualifiés va s'amenuisant. Or, l'éducation est la clef des mesures visant à combattre la maladie et à répondre aux besoins des familles, des communautés et des enfants atteints par la maladie.

L'éducation pour tous ne deviendra pas réalité tant que la question de la disparité entre filles et garçons n'aura pas été réglée. Le groupe d'enfants le plus important sans accès à l'éducation de base sont les filles. Cette discrimination dépasse le simple stade du nombre d'inscriptions à l'école : on la retrouve dans les inégalités qui jalonnent tous les systèmes d'éducation et dans l'ensemble de la société.

Éducation primaire

Le *Bilan de l'éducation pour tous en l'an 2000* – évaluation la plus complète jamais réalisée en matière de développement de l'éducation – montre que le taux net d'inscription à l'école primaire a augmenté dans les années 90 dans toutes les régions. Cependant, l'objectif de l'accès universel à l'éducation de base défini lors du Sommet mondial n'a pas été atteint. Il subsiste près de 120 millions d'enfants d'âge scolaire non scolarisés, dont 53 % environ sont des filles. Il s'agit d'enfants qui travaillent et qui sont exploités; d'enfants touchés par les conflits armés et le VIH/SIDA; d'enfants atteints d'incapacité; d'enfants issus de familles pauvres et de minorités ethniques; et d'enfants vivants en milieu rural, en périphérie de zones urbaines et en zones reculées. En outre, des millions d'enfants ne reçoivent qu'une éducation de qualité médiocre.

La décomposition du taux net de scolarisation par région ne permet pas de déceler les écarts considérables entre pays et à l'intérieur même des pays. Certaines régions, de fait, ont du mal à faire face à