



**TECHNIQUE SPECIALISE SUR LA SANTE, LA POPULATION ET LE CONTROLE DES
DROGUES
(CTS-SPCD-3)
29 JUILLET - 2 AOUT 2019
LE CAIRE (EGYPTE)**

Référence de document : SA24676 - 15

***Thème: “Accroître le financement intérieur de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité
sanitaire dans l’intérêt majeur de tous
les citoyens africains, notamment des réfugiés, des rapatriés,
des déplacés internes et des déplacés de force”***

**RAPPORT 2019 SUR L'ETAT DE SANTE DES MERES,
DES NOUVEAU-NES, DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS
DANS LES SITUATIONS D'URGENCE HUMANITAIRE**

PROJET DE RAPPORT D'ETAPE

Thème : « *Les femmes et les enfants dans les contextes Humanitaires, de conflit et les personnes déplacées* »

Table des matières

Table des matières	1
Liste des figures.....	2
Acronymes et abréviations	3
Définition des termes clés.....	9
Résumé analytique.....	10
Contexte	17
1. Situation actuelle de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Afrique	16
1.1. Santé maternelle	16
1.1.1. Santé mentale de la mère	17
1.1.2. Nutrition de la mère.....	25
1.1.3. Mortalité maternelle.....	27
1.1.4. Soins pré-partum, intrapartum et post-partum	24
1.1.5. VIH et prévention de la transmission de la mère à l'enfant.....	36
1.2. Santé des enfants	32
1.2.1. Santé mentale des enfants	33
1.2.2. Vaccination des enfants	40
1.2.3. Nutrition des enfants	42
1.2.4. Développement de la petite enfance.....	59
1.2.5. Mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	60
1.2.6. Mortalité néonatale.....	62
1.2.7. Mortalité infantile	63
1.2.8. Eau, assainissement et hygiène	66
1.3. Santé et droits sexuels et reproductifs	70
1.3.1. Violence fondée sur le genre	71
1.3.2. Planification familiale.....	73
1.3.3. Niveaux et tendances de la fécondité	74
1.3.4. Prévalence de la contraception.....	76
1.3.5. Besoins non satisfaits en contraceptifs	79
1.3.6. Avortement non médicalisé.....	82
1.4. Santé des adolescents.....	82
1.4.1. Santé mentale des adolescents.....	83
1.4.2. Nutrition des adolescents.....	84
1.4.3. Santé et droits sexuels et reproductifs des adolescents	87
1.4.4. Le VIH chez les adolescents.....	88

1.4.5.	Fertilité des adolescentes	89
1.4.6.	Besoins et services en matière de contraception.....	89
1.4.7.	Mariage d'enfants	92
1.4.8.	Mutilations génitales féminines (MGF).....	93
1.4.9.	Mortalité des adolescents	95
2.	Recommandations pour aborder la SMNIA dans les contextes de conflit et d'urgence	97
3.	Conclusion.....	108
4.	Bibliographie.....	110
5.	Annexes.....	124
5.1.	Annexe 1	105
5.2.	Annexe 2	134

Liste des figures

Figure 1: Taux de mortalité maternelle en 2000, 2010, 2015 par pays	23
Figure 2: Pourcentage actuel de naissances assistées par du personnel qualifié, par pays.	37
Figure 3: Pourcentage actuel de naissances de réfugiés africains, de personnes déplacées et de rapatriés assistées par du personnel qualifié.	38
Figure 4: Couverture des services de prévention du VIH et de prévention de la transmission mère-enfant fournis aux réfugiés, aux personnes déplacées et aux rapatriés dans les États membres africains.....	31
Figure 5: Pourcentage actuel d'enfants africains ayant reçu une dose adéquate de DTC3 par pays.	47
Figure 6: Pourcentage actuel d'enfants africains de moins de 5 ans, par pays, qui souffrent de retard de croissance, d'émaciation et de surcharge pondérale	40
Figure 7: Pourcentage d'enfants africains réfugiés, déplacés et rapatriés, âgés de moins de 5 ans, qui souffrent de malnutrition aiguë globale	51
Figure 8: Pourcentage actuel de prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans vivant dans les pays africains	56
Figure 9: Pourcentages spécifiques par pays pour les taux d'initiation précoce à l'allaitement maternel, les taux d'allaitement exclusif pour les nourrissons (0-6 mois) et les enfants (6-24 mois) qui ont une alimentation minimale acceptable .	47
Figure 10: Situation actuelle des taux de mortalité des moins de cinq ans et des taux de mortalité néonatale par pays africain, à partir de 2018.	67
Figure 11: Pourcentage d'accès à une source d'eau et d'assainissement de base, par pays africain	70
Figure 12: Pourcentages actuels d'accès à une source d'eau et d'assainissement de base pour les réfugiés, les personnes déplacées et les rapatriés, par pays africain	71
Figure 13: Indice synthétique de fécondité actuel en Afrique, par pays	78
Figure 14: Taux actuel de prévalence de la contraception dans chaque pays et pourcentage des besoins non satisfaits en matière de contraception, à partir de 2017.	79
Figure 15: Taux actuels de fécondité des adolescentes, par pays africain	94

Acronymes et abréviations

TFA	Taux de fécondité des adolescentes
SAS	Stratégie africaine de la santé
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPN	Soins prénatals
SSRA	Santé sexuelle et reproductive des adolescents
TAR	Traitement antirétroviral
UA	Union africaine
CUA	Commission de l'Union africaine
IMC	Indice de masse corporelle
PAC	Position africaine commune
RCA	République centrafricaine
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique
AC	Alimentation complémentaire
TL	Taux de létalité
TPC	Taux de prévalence de la contraception
DTC	Diphtérie, tétanos et coqueluche
RDC	République démocratique du Congo
EAC	Communauté de l'Afrique de l'Est
AME	Allaitement maternel exclusif
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
MVE	Maladie à virus Ebola
MGF/C	Mutilation génitale féminine/circoncision
MAG	Malnutrition aiguë globale
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
VFG	Violence fondée sur le genre
PIB	Produit intérieur brut
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
TEM	Traitement des eaux ménagères
PD	Personnes déplacées
TMI	Taux de mortalité infantile
NJE	Nourrisson et jeune enfant
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
FPN	Faible poids à la naissance

PRFI	Pays à revenu faible et/ou intermédiaire
MAM	Malnutrition aiguë modérée
ODM	Objectifs du Millénaire pour le développement
TMM	Taux de mortalité maternelle
SMNIA	Santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents
PAM	Plan d'action de Maputo
TME	Transmission de la mère à l'enfant
NRC	Conseil norvégien pour les réfugiés
OUA	Organisation de l'unité africaine
BCAH	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
PATH	Programme de technologie appropriée en santé
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
MAS	Malnutrition aiguë sévère
PPQA	Présence d'une personne qualifiée à l'accouchement
DSS	Déterminants sociaux de la santé
ET	Écarts-types
ODD	Objectifs de développement durable
APG	Âge des petits pour la gestation
VSS	Violence sexuelle et sexospécifique
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
TB	Tuberculose
AT	Accoucheuses traditionnelles
ISF	Indice synthétique de fécondité
TMU5	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
ONU	Nations Unies
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNSCN	Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition
EAH	Eau, assainissement et hygiène
OMS	Organisation mondiale de la santé
RMO OMS	Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale

Définition des termes clés

Santé des adolescents :

Un adolescent est défini comme un jeune âgé de 10 à 19 ans (OMS, 2017a). La santé des adolescents, ou santé des jeunes, est l'éventail des approches visant à prévenir, détecter ou aborder la santé et le bien-être des jeunes pendant cette période (OMS, 2017a).

Santé de l'enfant :

La santé des enfants de moins de 5 ans (OMS, 2019a).

Malnutrition aiguë globale :

La présence de la malnutrition aiguë modérée et de la malnutrition aiguë sévère dans une population (OMS, 2000).

Urgences humanitaires :

Situations rapides, lentes ou déclenchées par des conflits, des guerres, des catastrophes naturelles ou des épidémies (Cooper, 2018).

Vaccination :

Processus par lequel une personne est immunisée ou résistante à une maladie infectieuse, généralement par l'administration d'un vaccin (OMS, 2018d).

Santé maternelle :

La santé des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. Elle englobe les dimensions sanitaires de la planification familiale, des soins préconceptionnels, prénatals et postnatals afin d'assurer une expérience positive et satisfaisante et de réduire la morbidité et la mortalité maternelles (OMS, 2019a).

Santé mentale :

Un niveau de bien-être psychologique ou une absence de maladie mentale qui comprend un bien-être subjectif, une perception d'auto-efficacité, d'autonomie, de compétence, de dépendance intergénérationnelle et de réalisation de son potentiel intellectuel et émotionnel, entre autres (OMS, 2001).

Faible poids à la naissance :

Un poids à la naissance inférieur à 2,5 kg, quel que soit l'âge gestationnel (OMS, 2018).

Santé et droits sexuels et reproductifs :

Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et non simplement l'absence d'affection, de dysfonctionnement ou de maladie. Toute personne a le droit de prendre des décisions régissant son corps et d'accéder aux services qui appuient ce droit (Starrs et al., 2018).

Accoucheuse qualifiée :

Un professionnel de la santé (médecin, infirmière ou sage-femme) formé pour fournir des soins maternels et néonataux vitaux pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (OMS, 2018).

Résumé analytique

- 1 Les urgences humanitaires constituent une menace sérieuse pour la santé, l'état nutritionnel et la survie des communautés africaines les plus vulnérables : les femmes, les enfants et les adolescents. Les systèmes de santé dans les contextes de conflit sont perturbés, ce qui entrave l'accès et la disponibilité des services de santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SMNIA). La durée de vie moyenne d'un camp de réfugiés étant d'environ 17 ans, il est impératif de répondre aux besoins de SMNIA, en particulier ceux des réfugiés, des rapatriés et des personnes déplacées.
- 2 L'Agenda 2063 stipule que les citoyens africains doivent pouvoir aspirer à un niveau de vie élevé, à une qualité de vie, à une bonne santé et au bien-être tout en jouissant de la paix et de la sécurité. Ceci est repris dans un certain nombre de documents de l'Union africaine (UA), à savoir la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), le Plan d'action de Maputo (PAM) pour la mise en œuvre du Cadre politique continental pour la santé et les droits sexuels et reproductifs 2016-2030, la Stratégie régionale africaine de nutrition, la Stratégie africaine de la santé 2016-2030, la Feuille de route de l'UA visant à tirer profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse 2016-2030, la Position africaine commune sur le Programme de développement post-2015, la Campagne visant à mettre fin au mariage des enfants en Afrique et le Cadre politique et le Plan d'action sur la migration en Afrique. Des progrès continus de la SMNIA sont nécessaires, l'accent étant mis sur les situations humanitaires ou de conflit. Le présent rapport d'étape de 2019 présente la situation actuelle des questions relatives à la SMNIA sur le continent, liées aux contextes de conflit et d'urgence, et fournit des solutions tangibles et des recommandations judicieuses, visant à aborder les thématiques mises en évidence.
- 3 Actuellement, 60 % des décès maternels évitables se produisent dans des situations humanitaires de conflit, de déplacement et de catastrophes naturelles. Plus de 500 femmes et filles meurent chaque jour dans des situations d'urgence de complications dues à la grossesse et à l'accouchement. Quinze pour cent des femmes enceintes en situation de crise humanitaire connaîtront des complications obstétricales, qui entraîneront souvent la mort ou des conséquences à long terme sur leur santé. L'un des effets des conflits sur la santé les moins appréciés, bien qu'il soit très répandu, est la maladie mentale. En 2017, le nombre de consultations en santé mentale fournies aux réfugiés, aux personnes déplacées et aux rapatriés a presque doublé par rapport aux chiffres de 2014. Il est nécessaire de continuer à renforcer les capacités en matière d'interventions psychologiques évolutives. Sur le plan nutritionnel, l'obésité maternelle s'est avérée être une préoccupation croissante en Afrique. Elle augmente le risque de la plupart des principales issues maternelles et périnatales indésirables. La surcharge pondérale et l'obésité avant la conception augmentent le risque d'obésité infantile. La prévalence de la dénutrition chez les femmes adultes a diminué en Afrique mais reste en moyenne supérieure à 10 %. La dénutrition maternelle augmente le risque de carences en micronutriments, de retard de croissance fœtale, de retard de croissance et d'émaciation chez l'enfant. Actuellement, la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer reste élevée (32,8 %), contre 31,6 % en 2000. Bien que les progrès mondiaux soient graduels, les taux de mortalité maternelle (TMM) en Afrique restent élevés mais sont en baisse. Il existe d'importantes différences entre les pays. Trente-neuf pays ont un taux de mortalité maternelle élevé (>300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Selon les rapports, 76 % des pays à forte mortalité maternelle sont également des États touchés par des situations de conflit ou d'urgence. Les taux de soins prénatals varient de 16,6 % (Éthiopie) à 83,9 % (Ghana) des femmes qui assistent à quatre consultations prénatales ou plus. En 2017, 22 % des 36 opérations de pays du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) (25 sont africaines) ont couvert plus de 90 % d'au moins 4 visites de soins prénatals. En 2018, le taux d'accouchements

assistés par du personnel qualifié était supérieur à l'objectif visé par les Objectifs de développement durable (90 %) dans neuf pays africains, le taux étant proche de l'objectif des ODD dans sept pays africains. Selon le HCR, 83 % des sites humanitaires ont atteint l'objectif de 90 % d'accouchements dans des centres de santé (contre 67 % en 2014). En 2017, 44 % des sites humanitaires ont atteint une couverture de 90 % de trois visites postnatales dans les six semaines suivant l'accouchement. En Afrique, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les adultes a diminué de 8 % entre 2010 et 2017, et le nombre annuel de nouvelles infections chez les enfants a diminué de près d'un quart pendant la même période. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) n'est pas encore universelle, cependant la couverture augmente, lentement mais régulièrement. En 2017, plusieurs pays africains ayant des contextes humanitaires en cours ont fourni des services de PTME à 100 % des réfugiés, des rapatriés ou des personnes déplacées.

- 4 Les 1000 premiers jours de la vie sont une période cruciale au cours de laquelle une alimentation optimale et une croissance saine favorisent le développement avec des bénéfices durables tout au long de la vie. La santé et le développement des enfants sont affectés de manière préjudiciable pendant les conflits et les situations humanitaires. En 2017, sur un nombre estimé à 19,9 millions de nourrissons dans le monde qui n'étaient pas couverts par la vaccination de base, environ 60 % de ces enfants vivent dans 10 pays, dont 5 États africains. Il est inquiétant de constater que la couverture du DTC3 stagne à 72 % depuis 2014. Dans les pays touchés par des situations de conflit, selon les estimations, les deux tiers des enfants ne sont pas vaccinés. Sur le plan nutritionnel, plus d'un tiers (36%) des enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance vivent en Afrique. Le taux de retard de croissance en Afrique est de 31,2%. Il a diminué lentement, avec une moyenne annuelle de 1,3 %. Il s'agit d'une baisse plus lente que la réduction de 3,9 % par an prévue par la Stratégie régionale africaine de nutrition (2015-2025). En termes absolus, le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance a augmenté. La prévalence des retards de croissance chez les enfants africains réfugiés, rapatriés et déplacés est supérieure au seuil critique de 40%. L'émaciation et le retard de croissance sont associés à une augmentation de la mortalité infantile. La prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans diminue avec une réduction de 7,1 % en 2017, contre 7,4 % en 2016. Il existe d'importantes différences entre les pays membres de l'UA. Dans de nombreuses situations d'urgence prolongées, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) dépasse régulièrement le seuil d'urgence de plus de 15 % des enfants malgré les interventions humanitaires en cours. La ceinture sahélienne et la Corne de l'Afrique sont les deux régions les plus régulièrement mises en évidence. La surcharge pondérale et l'obésité chez les enfants augmentent le risque de maladies non transmissibles (MNT) liées à l'alimentation, de décès prématuré et d'invalidité à l'âge adulte. Pour le continent africain, la prévalence la plus récente de surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans a été de 5%. L'analyse montre qu'il existe des disparités entre les régions du continent avec une prévalence allant de 3,4% à 13,7%. Il existe également de grandes différences entre les pays en ce qui concerne la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants. La Stratégie régionale africaine de nutrition 2015-2025 recommande que les carences en micronutriments requièrent plus d'attention sur le continent. Selon le HCR, seulement 3,1 % des sites humanitaires répondent à la norme de moins de 20 % des réfugiés, des rapatriés et des déplacés qui souffrent d'anémie infantile. La prévalence de l'anémie est stable mais toujours élevée. Des progrès doivent être réalisés en ce qui concerne les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson sur le continent. Environ entre 40 % à 65 % des nourrissons commencent à être allaiter au sein dès le plus jeune âge. Il est encourageant de constater que les régions d'Afrique centrale, de l'Est, australe et de l'Ouest ont connu une augmentation de l'allaitement maternel exclusif (AME) de 10% au cours des 15 dernières années. Sur les 54 États membres de l'Union africaine, 36 ont rapporté qu'en moyenne, 11,2 % des nourrissons recevaient une alimentation minimale acceptable. Il sera essentiel d'améliorer sensiblement la nutrition si l'on veut continuer à accroître les taux de survie de l'enfant. Ils se sont considérablement améliorés en Afrique, avec des progrès particulièrement rapides depuis 2000. Le plus grand défi pour le continent est la mortalité néonatale qui a des causes distinctes et nécessite des solutions programmatiques spécifiques. Le rythme actuel de réduction du taux

de mortalité néonatale (TMN) est insuffisant pour atteindre l'objectif des ODD. Une attention accrue est nécessaire pour prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance, identifier les petits bébés et fournir un soutien supplémentaire pour l'alimentation, la chaleur et les soins. En 2018, le taux de mortalité infantile (TMI) en Afrique était de 48 décès pour 1000 naissances vivantes. Il s'agit d'une amélioration de 15,8 % par rapport aux taux enregistrés en 2014.

- 5 Le PAM et la Feuille de route de l'UA visant à tirer profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse appellent les États membres à intégrer la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR), la planification familiale et les services liés au VIH/SIDA pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. Cela est particulièrement important dans les contextes humanitaires et de conflit, car les femmes sont exposées à un risque accru de grossesses non désirées et de pratiques d'avortement à risque. L'impact physique et émotionnel de la violence fondée sur le genre est dévastateur pour les survivantes et leurs communautés. L'Afrique reste la région où le taux de fécondité est le plus élevé, avec 4,7 enfants par femme, l'Afrique centrale et de l'Ouest enregistrant des taux de fécondité particulièrement élevés, supérieurs à 5 par femme. La fécondité devrait tomber à 3,9 enfants par femme d'ici à 2030 et à 3,1 enfants par femme d'ici à 2050. Il s'agit là d'un rythme plus lent que celui prévu pour d'autres régions du monde. Les conflits violents influencent la fécondité pendant et après le conflit. La réduction de l'utilisation de la contraception et de l'accouchement en institution se produit dans les contextes de conflit. Sur le plan positif, seuls 7 % des pays africains avaient au moins une politique restreignant les services de contraception, et 4 pays ne disposaient d'aucune donnée. Malheureusement, il existe des obstacles à l'utilisation, notamment les coûts de transport, la désinformation, la peur des effets secondaires, l'opposition des partenaires et les attitudes des fournisseurs. Le taux actuel de prévalence contraceptive (TPC) a légèrement baissé à 33,5 % pour le continent, par rapport aux 34,6 % de 2013, contre un objectif souhaité de 65 %. D'importantes disparités entre les pays ont été enregistrées sur le continent. Comme indiqué dans les Aspirations de l'Agenda 2063 et repris dans la Position africaine commune, le PAM appelle à la réduction des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Selon les estimations, 25 à 30 % des décès maternels chez les réfugiés résultant de situations de conflit étaient liés à des avortements à risque, bien qu'en réalité ce chiffre soit probablement beaucoup plus élevé.
- 6 Les situations de conflit et d'urgence peuvent durer de 17 à 20 ans, ce qui signifie que les nourrissons et les jeunes enfants peuvent s'attendre à passer leur adolescence à les vivre. La prestation de services de santé, en particulier de SSR, aux adolescents vivant dans ces situations doit en tenir compte. Parmi les adolescentes qui ont besoin d'une contraception, 60% n'utilisent pas de méthode moderne dans le monde. Ce pourcentage augmente jusqu'à 78 % en Afrique centrale. La plupart utilisent des préservatifs masculins (38%), la pilule contraceptive (27%) ou des injectables (19%). Les adolescentes souffrant d'un retard de croissance courent un plus grand risque d'épuisement nutritionnel pendant la grossesse, mais peu de données ont été publiées à ce jour sur cet indicateur. Il convient d'encourager la mobilisation autour de cette question car, notamment, la région africaine a un taux moyen de natalité chez les adolescentes de 88 naissances pour 1 000 femmes et varie de 6 en Libye à 194 au Niger. Sur le plan nutritionnel, 18,8% des adolescentes africaines souffrent d'insuffisance pondérale, 17,8% des adolescentes africaines souffrent de surcharge pondérale et 5,2% sont obèses. Des interventions à plusieurs niveaux qui s'attaquent à la nutrition et à la santé avant la conception sont nécessaires pour s'attaquer aux déterminants sociaux et de santé plus larges à mesure que le taux de mortalité des adolescents africains augmente. La prévalence des mariages d'enfants africains est en baisse mais reste supérieure à la moyenne mondiale. En mai 2014, l'UA a lancé la Campagne visant à mettre fin au mariage des enfants en Afrique qui a été réitérée dans l'Agenda 2063. Malgré les conséquences physiques, il a été démontré que les mutilations génitales féminines (MGF) laissent une marque psychologique durable. Le changement est lent, mais se produit, avec une adolescente aujourd'hui à environ un tiers moins susceptible d'être excisée qu'il y a 30 ans. Si les adolescentes sont particulièrement exposées aux problèmes de santé mentale, les données mondiales et nationales font défaut. Les

adolescents et les jeunes femmes sont physiologiquement plus susceptibles de contracter le VIH que les hommes et les femmes de plus de 25 ans, 80% de l'incidence totale mondiale se situant dans les régions d'Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe. Alors que le nombre total de décès liés au sida a diminué de 24 % entre 2004 et 2011 dans le monde, il a augmenté de 50 % chez les adolescents pendant la même période.

Principales recommandations :

Un leadership engagé et une saine gouvernance sont essentiels à l'amélioration de la SMNIA.

- 7 Une collaboration significative et transparente entre les différents démembrements du gouvernement travaillant en étroite collaboration avec les communautés, la société civile, les jeunes et le secteur privé est recommandée afin d'atteindre les objectifs de la SMNIA. Les décideurs et les responsables du secteur de la santé sont encouragés à faire preuve d'un leadership fort et efficace pour faire en sorte que la reconstruction des systèmes de santé après un conflit se fasse aussi rapidement que possible. Cela encouragera et favorisera la cohésion sociale à court et à long terme au sein des collectivités. Les dirigeants sont encouragés à soutenir la mise en œuvre des cadres internationaux et continentaux pertinents existants.

L'amélioration durable de la surveillance du système de santé est essentielle.

- 8 Les données de base et essentielles sur l'état de santé des populations vulnérables sur la SMNIA font défaut. Ces populations passeront inaperçues et ne seront donc pas touchées par les progrès de la SMNIA, à moins d'être suivies de manière cohérente et efficace. La collecte en temps opportun de données pertinentes de surveillance de la santé ne devrait pas être écartée à la suite de crises ou dans des situations non urgentes. Il est recommandé de procéder à des analyses de situation et à des évaluations des besoins en matière de santé des migrants à des fins de planification, en collaboration avec les populations touchées et les gouvernements et organismes compétents. Un référentiel central de données actualisées sur les situations d'urgence humanitaire de source ouverte, où un ensemble d'indicateurs de base de la SMNIA qui a été convenu et est partagé, serait très utile.

Garantir un ensemble minimal de services de soins de santé pour les réfugiés et les personnes déplacées.

- 9 Plusieurs sources recommandent la mise en œuvre d'un programme de SMNIA de base, actualisé, fondé sur des données probantes, spécifique au contexte, mais guidé au niveau international, qui est fourni dans des situations de conflit ou humanitaires. Il aidera à fixer les priorités de la SMNIA, à gérer les fournitures de santé essentielles et à former les ressources humaines. Les systèmes de santé nationaux devraient prévoir des barrières culturelles et linguistiques potentielles, une amélioration de la capacité des ressources humaines, un manque potentiel de documentation sur les personnes déplacées et une accessibilité économique lors de la fourniture de cet ensemble de mesures.

Utiliser le concept de la santé comme une passerelle pour la paix.

- 10 Les préoccupations en matière de santé peuvent transcender les divisions politiques, économiques, sociales et ethniques. Il est nécessaire de s'attaquer aux personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées de la société non seulement pour aborder les questions essentielles de la SMNIA qui surviennent pendant les conflits, mais également les problèmes durables à long terme. S'attaquer aux inégalités peut contribuer à réduire les tensions qui subsistent dans les pays sortant d'un conflit et, éventuellement, accélérer la reprise.

Un financement équitable et durable de la santé est essentiel.

- 11 Les services de santé devraient être mis à la disposition des utilisateurs proportionnellement aux besoins, et le financement des services de santé devrait être progressif et exiger de manière proportionnelle moins de contributions de la part des personnes aux revenus les plus faibles pour améliorer l'accès aux services de SMNIA. Il est recommandé d'assurer un financement national solide, un soutien extérieur et des approches novatrices, ainsi que de faire un meilleur usage des ressources existantes pour combler le déficit de fonds propres de la SMNIA.

Les partenariats multisectoriels et les collaborations multi-pays sont essentiels.

- 12 L'action intersectorielle de la SMNIA devrait impliquer d'autres ministères, des niveaux de gouvernement et des acteurs non étatiques. Il est recommandé de renforcer la collaboration entre plusieurs pays par l'intermédiaire des Communautés économiques régionales (CER) de l'UA afin d'améliorer la gestion transfrontière des questions relatives à la SMNIA, aux schémas migratoires et aux situations humanitaires. Il faudrait recourir à des programmes communautaires spécifiques, à des interventions participatives et adaptées qui combinent les influences de l'éducation, de l'économie, de la politique, du droit, de la religion et de l'environnement social, et qui comportent de multiples facettes.

Il est recommandé de donner la priorité aux ressources humaines dans le domaine de la santé.

- 13 L'expertise en gestion de la santé devrait être développée et les ressources humaines renforcées pour fournir et gérer les services de SMNIA pendant les crises. L'affectation du personnel de santé dans les zones mal desservies et le recrutement de jeunes de ces zones pour qu'ils accèdent à la profession de la santé peuvent contribuer à corriger les inégalités en matière de SMNIA.

Les investissements dans les adolescents et les jeunes sont fondamentaux.

- 14 Investir dans la jeunesse est équitable, moralement correct et constitue une intervention économique pragmatique et intelligente avec un retour sur investissement élevé. L'engagement et la participation des adolescentes dans les services de SSRA, en particulier dans les situations de conflit et d'urgence, sont recommandés.

Recentrer la prestation de services par l'engagement et l'autonomisation des communautés.

15 Les approches intégratives et équitables du continuum de SMNIA devraient faire participer les leaders et planificateurs communautaires et politiques, les organisations de la société civile, notamment les acteurs humanitaires, les leaders communautaires et religieux et les accoucheuses traditionnelles au dialogue, à l'apprentissage participatif et à l'action. Veiller à ce que les femmes et les filles participent pleinement, et que les hommes et les garçons participent également, aux programmes de SMNIA, car cela nécessite une meilleure prise de décisions concernant les politiques et programmes de santé, en particulier dans les contextes de conflit et humanitaires, et les encourager à devenir des agents du changement.

L'innovation dans le domaine de la santé est fortement recommandée.

16 Les innovations technologiques pourraient améliorer la communication et la collaboration multisectorielles et nationales, fournir de nouveaux moyens de recueillir des données et de fournir des informations sur la SMNIA aux réfugiés, aux rapatriés et aux déplacés, et réduire les obstacles à l'amélioration de la SMNIA dans diverses régions africaines touchées par des conflits et des situations d'urgence.

Contexte

- 17 Le niveau actuel de migration est plus élevé que jamais dans l'histoire récente et, selon les estimations, environ 201 millions de personnes dans le monde ont besoin d'aide humanitaire (Development Initiatives, 2018). La migration dans la région africaine est à la fois volontaire et forcée, à l'intérieur et à l'extérieur des frontières nationales. Au cours de la dernière décennie, la région est redevenue une destination migratoire en raison de l'augmentation des possibilités économiques et d'une libéralisation des politiques économiques qui ont facilité les investissements étrangers directs (OMS, 2018a). Les gens émigrent vers l'Afrique principalement en provenance d'autres pays africains, mais aussi, de plus en plus, de Chine et d'Europe. En 2017, les principales destinations d'émigration dans la région étaient la Côte d'Ivoire (2 197 000 personnes), le Nigeria (1 235 000 personnes), l'Afrique du Sud (4 037 000 personnes) et l'Ouganda (1 692 000 personnes) [OMS, 2018a].
- 18 En 2018, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (BCAH) a estimé que 136 millions de personnes dans le monde auraient besoin d'une assistance et d'une protection humanitaires (FNUAP, 2018). Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) estime que 34 millions d'entre elles sont des femmes en âge de procréer et 5 millions sont enceintes (FNUAP, 2018). En 2017, la population mondiale de personnes déplacées de force s'élevait à 68,5 millions, contre 65,6 millions en 2016, avec des augmentations significatives en RDC (HCR, 2017). Dans le même temps, beaucoup d'autres sont retournés dans leur pays ou leur région d'origine pour tenter de reconstruire leur vie, dont 4,2 millions de personnes déplacées et au moins 667 400 réfugiés (HCR, 2017). Selon le Rapport mondial sur les déplacements internes 2018 (IDMC, 2018), les régions africaines d'Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe ne représentent que 14% de la population mondiale, mais près de la moitié des nouveaux déplacements dus aux conflits ont eu lieu dans cette région. Il y a eu 5,5 millions de nouveaux déplacements liés aux conflits et à la violence en 2017, soit le double du chiffre de l'année précédente (IDMC, 2018). Les conflits en RCA, en RDC, dans le bassin du lac Tchad, au nord-ouest et au sud-ouest du Cameroun et dans le triangle du nord du Burkina Faso, du centre du Mali et de l'ouest du Niger ont entraîné des déplacements massifs, à l'intérieur comme à l'extérieur des frontières (UNICEF, 2018d). En Afrique, la RDC se classait au troisième rang des pays les plus déplacés, avec 5,1 millions de Congolais déplacés de force, dont 4,4 millions de déplacés internes, 620 800 réfugiés et 136 400 demandeurs d'asile (HCR, 2017s). Selon le Rapport mondial sur les déplacements internes, la situation en RDC vit « *l'une des crises humanitaires les plus importantes, les plus aiguës et les plus complexes du monde* » avec « *des cycles incessants de violence, de maladies, de malnutrition et de perte des moyens de subsistance* » (IDMC, 2018, p. 20). La population réfugiée dans les régions d'Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe a augmenté de 1,1 million (22%) en 2017, principalement en raison de la crise au Sud-Soudan, d'où plus d'un million de personnes ont fui, principalement vers le Soudan et l'Ouganda. Avec 6,3 millions de réfugiés, cette région a accueilli près d'un tiers de la population mondiale de réfugiés.
- 19 Une situation de réfugiés prolongée est définie comme une situation dans laquelle 25 000 réfugiés ou plus de la même nationalité ont été en exil pendant cinq années consécutives ou plus dans un pays d'asile donné. Sur le sol africain ou affectant les Africains, en 2017, deux nouvelles situations se prolongent : celle des réfugiés de la RCA en RDC et celle des Soudanais du Sud en Éthiopie (HCR, 2017). Outre les conflits et la violence, les populations des Comores, de Madagascar et du Mozambique restent exposées à des risques en raison des cyclones saisonniers et des tempêtes tropicales et de la sécheresse liée au Niño qui sévit en Afrique australe (UNICEF, 2018d).

- 20 Les urgences humanitaires constituent une menace sérieuse pour la santé, la sûreté, la sécurité ou le bien-être des personnes les plus vulnérables des communautés, comme les femmes, les enfants et les adolescents (Cooper, 2018). Les risques accrus de malnutrition, d'insécurité alimentaire et sociale, de maladie, de perte de moyens d'existence et d'opportunités économiques, et de décès sont dus à une perturbation massive de la population (Development Initiatives, 2018). Les conflits et la fragilité continuent de compromettre les droits de l'homme et le progrès social et économique dans un certain nombre de pays africains. Sur les 36 pays du monde classés en 2017 par la Banque mondiale comme touchés par la fragilité, les conflits et la violence, 21 sont africains (UNICEF, 2017b).
- 21 Selon le rapport des Nations Unies sur les migrations internationales, publié pour la dernière fois en 2017, dans les différentes régions de la Commission de l'Union africaine, il y a eu des changements dans le pourcentage de la contribution des migrants internationaux à la population totale entre 2000 et 2017 (ONU, 2017a). Dans la région de l'Afrique de l'Est, la population migrante internationale de Djibouti représente actuellement 12,1% de la population totale, tandis que Mayotte (29,4%), La Réunion (14,7%) et les Seychelles (13,6%) ont également des contributions élevées à la population totale (ONU, 2017a). En Afrique centrale, la Guinée équatoriale (17,5 %) et le Gabon (13,8 %) sont les deux pays ayant les pourcentages les plus importants de migrants internationaux qui contribuent à leur population totale. Le pourcentage de la contribution des migrants internationaux libyens en Afrique du Nord a augmenté de 1,8% depuis 2000 et représente aujourd'hui 12,4% de la population totale. Dans la région de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), les pourcentages du Botswana (7,3 %) et de l'Afrique du Sud (7,1 %) ont tous deux augmenté, tandis que la contribution de la Namibie (3,8 %) a diminué de 3,3 % depuis 2000. Dans la région de l'Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire (9 %) et la Gambie (9,8 %) ont toutes deux enregistré une diminution de la contribution des migrants internationaux à leur population totale depuis 2000, tandis que Sainte-Hélène a connu une augmentation au cours de la même période, la contribution actuelle en pourcentage étant estimé à 15 % (ONU, 2017a).
- 22 L'impact des conflits sur la santé et le bien-être des populations est causé à la fois par les effets directs des morts et des blessés au combat, ainsi que par des conséquences plus indirectes. Il peut s'agir notamment des déplacements de population, de l'effondrement des services sociaux et sanitaires et du risque accru de flambées de maladies dues à la mauvaise qualité des abris et des installations sanitaires, au surpeuplement et au manque d'accès à l'eau potable et à la nourriture (Namasivayam, 2017). Par exemple, il est statistiquement plus dangereux d'être une femme ou un enfant que d'être un soldat en RDC. Les déplacements forcés, les viols et les abus sont monnaie courante. Les flambées de maladies infectieuses comme la rougeole, le choléra, le paludisme et d'autres virus sont fréquentes (Cooper, 2018). Sur le plan structurel, les crises s'accompagnent souvent d'une baisse de l'emploi dans le secteur formel, et la capacité réduite des populations à payer les soins de santé est aggravée par une baisse des revenus publics et une diminution des dépenses publiques de santé (ReBUILD, 2014). Les milieux touchés par les conflits, en particulier, peuvent subir la destruction d'établissements de santé, la perturbation des processus des systèmes de santé tels que les achats et l'information sur la santé, et l'émigration ou le décès d'agents de santé (ReBUILD, 2014 ; Orya et al., 2017). Ces problèmes sont aggravés par une légitimité réduite de l'État, si l'État est perçu par les communautés comme étant inefficace, insensible ou la cause du conflit. Cela peut réduire encore davantage la capacité de l'État à percevoir les impôts et les cotisations d'assurance pour financer le système de santé. De même, les crises peuvent miner la cohésion sociale et conduire à l'exclusion de certains groupes sociaux du système de santé en raison de leur appartenance ethnique ou religieuse (ReBUILD, 2014). Toute destruction ou militarisation des infrastructures de transport ne fait qu'exacerber les problèmes de couverture géographique des services de santé (ReBUILD, 2014). Tout en faisant face à la perte des ressources disponibles, les personnes en situation de crise doivent également faire face à l'évolution rapide du fardeau de la maladie. Il s'agit notamment des blessures et des maladies associées à la violence, de la réduction des disponibilités alimentaires, de la résurgence des maladies infectieuses, des problèmes de santé mentale qui accompagnent les crises, ainsi que du fardeau des maladies chroniques qui ne cesse de croître dans le

monde. Il est par conséquent attendu des gouvernements qu'ils fassent plus avec moins, et ce sont les professionnels de la santé qui subissent le plus de pressions (ReBUILD, 2014).

- 23 Les inégalités sociales, la répartition inégale des ressources entre les groupes, le développement économique inégal et l'inégalité des gains et des pertes avant et pendant les conflits sont largement reconnus comme des causes importantes des conflits (OMS EMRO, 2008). Les déterminants sociaux de la santé dans les situations de conflit reflètent et renforcent davantage ces inégalités et la vulnérabilité des personnes défavorisées en raison de la pauvreté, de la marginalisation et de la discrimination. Les systèmes de santé dans les situations de conflit sont rapidement perturbés ; avant le conflit, ils pouvaient déjà représenter un obstacle financier et donc un déterminant social entravant l'accès aux soins de santé pour une large proportion de la population (OMS EMRO, 2008). À titre d'exemple, les ripostes du Libéria et de la Sierra Leone à l'épidémie de la maladie d'Ebola, qui s'est produite entre 2014 et 2015, illustrent les conséquences négatives du conflit sur les systèmes de santé. Ces ripostes ont souligné la fragilité des services de santé publique dans les pays sortant d'un conflit prolongé (Quinn, 2016). Les onze années de conflit armé en Sierra Leone (1991-2002) ont causé des dommages indicibles à presque tous les secteurs du pays, notamment celui de la santé. Le conflit avait détruit les infrastructures sanitaires, gonflé la population des villes et chassé les membres des classes professionnelles du pays. En conséquence, le secteur de la santé souffrait d'un manque chronique de personnel et d'une offre insuffisante, en particulier dans les zones rurales. L'épidémie du virus d'Ebola est également survenue alors que la présence internationale à grande échelle après le conflit se réduisait et que la responsabilité des soins de santé était transférée aux gouvernements. Le Gouvernement a élaboré des politiques et des plans de santé complets, notamment la décentralisation de la prestation des services de santé, mais ceux-ci ne sont pas pleinement mis en œuvre dans la pratique. Les deux pays n'étaient pas préparés à l'épidémie d'Ebola, et leur riposte a souligné le lien important entre les soins de santé et la gouvernance, en particulier lorsque les deux pays avaient été affaiblis par un conflit (Quinn, 2016).
- 24 Les situations de conflit ont également des conséquences à long terme sur les Africains et leurs moyens de subsistance. Selon les estimations, la durée de vie moyenne d'un camp de réfugiés est d'environ 17 ans (Moore, 2017). Dans de nombreux cas, les réfugiés quittent les camps d'urgence pour les terres les plus pauvres, loin des communautés d'accueil, isolés des services et possédant peu de ressources naturelles. Du fait des déplacements, les réfugiés, les personnes déplacées et les rapatriés perdent généralement l'accès aux installations, biens et services médicaux sur lesquels ils comptaient auparavant pour les soins de santé physique et mentale (Brookings Institute, Université de Berne, 2008). Les déplacements sapent également les réseaux sociaux et communautaires protecteurs qui favorisent la santé mentale et le bien-être psychosocial et entraînent une détérioration de pratiquement tous les déterminants sous-jacents de la santé des personnes touchées, avec un accès réduit en particulier à la nourriture, à l'eau et à l'assainissement, et au logement (Brookings Institute, Université de Berne, 2008). L'expérience des déplacements tend à aggraver les conditions physiques et mentales préexistantes, et les privations, les blessures et les traumatismes subis pendant le déplacement peuvent donner lieu à de nouveaux problèmes de santé, notamment le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou autres problèmes de santé mentale. Les réfugiés, les personnes déplacées et les rapatriés peuvent être exposés à un risque plus élevé d'agression, de blessure et d'agression sexuelle pendant leur fuite, et ils se retrouvent souvent isolés des réseaux familiaux et sociaux et sans accès aux soins médicaux où ils trouvent refuge. Dans les situations où les personnes déplacées sont déplacées à proximité d'installations médicales existantes, elles peuvent néanmoins ne pas y avoir accès en raison de la discrimination et d'obstacles linguistiques ou bureaucratiques. Les personnes déplacées n'ont souvent pas accès à leurs documents, ce qui rend difficile l'établissement de leur identité aux fins d'un traitement médical ou la production de dossiers médicaux établissant les conditions et les traitements préexistants (Brookings Institute, Université de Berne, 2008).

- 25 Pour réaliser la vision des Objectifs de développement durable 2030 - où personne n'est laissé pour compte - il est impératif que les besoins de santé des réfugiés et des migrants soient pris en compte de manière convenable (OMS, 2018b). Les migrations internationales revêtent une importance majeure pour le développement des pays d'origine, de transit et de destination et exigent des réponses cohérentes et globales (ONU, 2017a). Alors que 2019 marque la quatrième année depuis le passage des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux Objectifs de développement durable (ODD) et que se développe l'élan vers la réalisation des ODD, de nouvelles stratégies et méthodes de travail sont nécessaires pour aborder les questions de santé continentale. C'est dans cet esprit qu'il est nécessaire de réévaluer les pratiques, programmes et politiques concernant la santé et le bien-être durables des mères, des enfants et des adolescents en Afrique, en particulier ceux qui sont touchés par les conflits et les situations humanitaires.
- 26 Il existe plusieurs décisions et documents essentiels à l'échelle continentale pour guider les décideurs politiques africains vers de nouveaux progrès dans le domaine de la SMNIA. Comme le stipule l'Agenda 2063, le cadre stratégique inspirant et visionnaire qui fournit un modèle de développement inclusif et durable sur le continent, plusieurs Aspirations concernent la santé et le bien-être des enfants, des adolescents et des femmes, en particulier ceux qui sont exposés à des situations humanitaires et de conflit et ceux qui sont déplacés. L'Aspiration 1 stipule que « *les Africains [devraient] avoir un niveau et une qualité de vie élevés, une bonne santé et un bien-être sain* » (CUA, 2015a, p. 2). L'Aspiration 4 stipule en outre que « *l'Afrique sera un continent pacifique et sûr, où l'harmonie entre les communautés commencera au niveau local* » (CUA, 2015a, p. 6) et que le développement du continent devrait être « *axé sur les populations, s'appuyant sur le potentiel des populations africaines, notamment des femmes et des jeunes, et prenant soin des enfants* » (CUA, 2015a, p. 8).
- 27 Ces aspirations sont reprises dans un certain nombre d'autres documents de l'UA, à savoir le Plan d'action de Maputo (PAM) pour la mise en œuvre du Cadre politique continental pour la santé et les droits sexuels et reproductifs 2016-2030, la Stratégie régionale africaine pour la nutrition, la Stratégie africaine pour la santé 2016-2030, la Feuille de route de l'Union africaine (UA) visant à tirer profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse 2016-2030, la Position africaine commune sur le Programme de développement post-2015, la Campagne visant à mettre fin au mariage des enfants en Afrique et le Cadre politique et le Plan d'action pour la migration en Afrique. La Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) est également une initiative essentielle en cours qui sert de plateforme critique de plaidoyer pour l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. La Campagne s'est inspirée des principaux domaines prioritaires énoncés dans le Cadre politique de l'UA de 2005 pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation en Afrique et dans le Plan d'action de Maputo (2006) et lancé en 2009. La CARMMA met l'accent sur trois principaux domaines, à savoir l'information du public et le plaidoyer ; l'encouragement des réalisations et des progrès accomplis dans certains pays pour réduire la mortalité maternelle et chercher à les reproduire ; et l'intensification des actions visant à réduire la mortalité maternelle et infantile (CUA, 2013).
- 28 Ces documents et directives devraient être utilisés pour consolider les acquis antérieurs en matière de santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SMNIA) et orienter les efforts futurs vers une amélioration progressive, en mettant l'accent sur les situations humanitaires ou de conflit, pendant la période de développement durable.
- 29 Il a été décidé lors de la deuxième réunion du Groupe de travail sur la SMNI tenue en mai 2018 que le deuxième rapport biennal sur la situation de la SMNI en Afrique (2019), ci-après dénommé le rapport de situation, aurait pour thème « *Les femmes et les enfants dans les contextes*

humanitaires/de conflit et les personnes déplacées ». Stratégiquement, ce thème s'inscrit dans le droit fil du thème général de la Commission de l'Union africaine (CUA) pour 2019, à savoir « *L'année des réfugiés, des rapatriés et des personnes déplacées : une solution durable aux déplacements en Afrique* ».

30 Le présent rapport présentera la situation actuelle de la SMNIA sur le continent, avec un accent particulier sur les contextes de conflit et d'urgence, et fournira une voie à suivre, avec des solutions concrètes et des recommandations efficaces, pour aborder les questions relatives à la SMNIA mises en évidence. Tout au long du présent rapport d'étape, nous utiliserons une perspective globale, car les problèmes de santé, en particulier ceux qui se posent dans les situations de conflit et d'urgence, ne peuvent être évalués ou traités sans tenir compte des facteurs physiques, émotionnels et sociaux d'une personne. Les facteurs liés au mode de vie et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales d'une personne tout au long de son cycle de vie influent sur son état de santé (Agyepong, 2017).

1. Situation actuelle de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Afrique

31 Plus de la moitié de la croissance démographique mondiale d'ici à 2050 devrait se produire en Afrique (DAS de l'ONU, 2015). Les privations de santé, de nutrition ou de stimulation au cours des premiers mois et des premières années de la vie, lorsque le cerveau se développe à un rythme rapide, peuvent causer des dommages difficiles, voire impossibles à surmonter plus tard (UNICEF, 2016). Dans les situations de conflit ou d'urgence, des mesures spéciales doivent être prises pour veiller à ce que les populations, telles que les enfants, les adolescentes et les femmes, soient protégées contre tout danger et aient un accès équitable aux services de santé de base (Sphere Association, 2018). Les progrès liés aux questions relatives à la SMNIA sur le continent soit entraveront négativement le développement, soit stimuleront positivement la prospérité de la croissance.

32 Le traumatisme psychologique subi à la suite d'un conflit est également un problème important qui affecte les enfants et leur développement (Rieder, Choonara, 2012).

33 Les crises dans le monde sont de plus en plus longues et entravent considérablement la lutte contre toutes les formes de malnutrition (Development Initiatives, 2018). Une mauvaise nutrition réduit la capacité des personnes à se rétablir après une crise. Elle altère les fonctions cognitives, réduit l'immunité aux maladies, augmente la susceptibilité aux maladies chroniques, limite les possibilités de subsistance et réduit la capacité de s'engager dans la communauté. Elle sape la résilience et peut accroître la dépendance à l'égard d'un soutien continu (Sphere Association, 2018). Les crises humanitaires ont également des répercussions négatives sur la perte de grossesse précoce, les malformations congénitales, l'insuffisance pondérale à la naissance et les naissances prématurées (Cooper, 2018). Cela souligne la nécessité de mettre l'accent sur les services de santé maternelle et reproductive afin d'influer positivement sur la croissance et le développement des futures générations africaines. Les femmes âgées, les femmes et les filles handicapées et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) courent un risque accru dans les situations d'urgence et nécessitent des mesures spéciales (Cooper, 2018).

1.1. Santé maternelle

- 34 La santé maternelle peut avoir des effets profonds et à long terme sur la santé future du nourrisson, et de plus en plus de données indiquent l'importance du délai de conception. La physiologie, la composition corporelle, le régime alimentaire et le mode de vie d'une femme pendant la grossesse peuvent accroître le risque de maladies non transmissibles chez l'enfant à un âge avancé, d'atopie, de cancer et de déficience neurologique. De même, il est important de noter que le mode de vie paternel peut également influencer la santé à long terme de la progéniture (Fleming et al., 2018).
- 35 Actuellement, 60 % des décès maternels évitables se produisent dans des situations humanitaires de conflit, de déplacement et de catastrophes naturelles. Plus de 500 femmes et filles meurent chaque jour dans des situations d'urgence de complications dues à la grossesse et à l'accouchement (FNUAP, 2018). Dans les situations d'urgence humanitaire, le nombre d'accouchements pratiqués dans des conditions dangereuses augmente car les accoucheuses qualifiées et les soins obstétricaux d'urgence ne sont pas souvent disponibles. Quinze pour cent des femmes enceintes et des filles en situation de crise humanitaire connaîtront des complications obstétricales, qui entraîneront souvent des décès maternels ou auront des conséquences évitables à long terme sur la santé (Cooper, 2018). Les risques associés à la procréation sont aggravés pour les filles qui sont exposées à des rapports sexuels forcés ou transactionnels (Cooper, 2018).
- 36 Dans les pays africains, la santé maternelle a des conséquences complexes et d'une grande portée, affectant à la fois les individus et les ménages, et pouvant créer une charge financière pour la famille élargie (Knight, Yamin, 2015). Les femmes doivent être en bonne santé et à l'abri des conflits, afin de nourrir leurs enfants et de soutenir leur vie après la naissance. Il a été documenté en Afrique du Sud que les nourrissons survivants, de femmes décédées de causes maternelles, étaient 15 fois plus susceptibles de mourir que ceux dont les mères avaient survécu (Knight, Yamin, 2015).

1.1.1. Santé mentale de la mère

- 37 L'un des effets des conflits sur la santé les moins appréciés, bien qu'il soit très répandu, est la maladie mentale (Kruk et al., 2010). L'OMS estime que 10 % des personnes qui vivent des événements traumatisants auront de graves problèmes de santé mentale et 10 % développeront un comportement qui limitera leur capacité de fonctionner (Kruk et al., 2010). Les troubles psychologiques courants comprennent la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et les troubles psychosomatiques (insomnie, douleurs physiques, etc.) [Kruk et al., 2010]. Les facteurs de stress quotidiens comme la pauvreté, la marginalisation sociale, l'isolement, le logement inadéquat et les changements dans la structure et le fonctionnement de la famille peuvent aussi générer ou exacerber la façon dont une mère vit un conflit en plus d'être exposée à la violence organisée (Emerson et al., 2017). Les facteurs de stress quotidiens comme la pauvreté, la marginalisation sociale, l'isolement, le logement inadéquat et les changements dans la structure et le fonctionnement de la famille peuvent aussi générer ou exacerber la façon dont une mère vit un conflit en plus d'être exposée à la violence organisée. Le manque d'accès à l'eau potable, la vulnérabilité aux agressions sexuelles lors de la collecte de bois de chauffage à la périphérie d'un camp de réfugiés, les logements surpeuplés et dangereux, la solitude et le manque de soutien social parce que la famille a été tuée ou dispersée par la violence sont des exemples de circonstances stressantes qui peuvent amener les gens à ressentir un manque fondamental de contrôle des ressources essentielles dont leur bien-être physique et psychologique dépend (Miller, Rasmussen, 2010). Selon une recherche qualitative originale réalisée dans la région du Sud-Kivu en Ouganda, les mères associaient la perte de poids à une détresse psychologique qui pourrait être due à une perte d'appétit, à une insécurité alimentaire accrue, ou à une combinaison des deux. Une perte d'appétit est un symptôme de dépression, et l'agitation (potentialisation de l'activité physique

et perte de poids subséquente) est un symptôme de dépression et d'anxiété (Emerson et al., 2017). Dans une étude qualitative réalisée au Malawi, les femmes ont également décrit la perte de poids comme un symptôme de tension psychologique périnatale (Stewart et al., 2015).

38 Il a été difficile de trouver des données spécifiques aux pays concernant les réfugiés, les personnes déplacées et les rapatriés et les données recueillies par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) ne précisent pas si les services de santé mentale sont fournis aux hommes ou aux femmes, ce qui rend difficile l'analyse en termes de santé mentale de la mère. Malgré cela, le nombre de consultations en santé mentale fournies aux réfugiés, aux personnes déplacées et aux rapatriés par l'intermédiaire du HCR dans leurs 36 opérations de pays (dont 25 pays africains) a augmenté en nombre absolu à 177 287, soit presque le double des chiffres de 2014 (HCR, 2017a). La majorité des consultations en santé mentale étaient liées à l'épilepsie et aux convulsions (46 %) et aux troubles mentaux graves comme la psychose et le trouble bipolaire (20 %). Le pourcentage de personnes atteintes de troubles mentaux courants comme la dépression, l'anxiété, le SSPT et d'autres troubles psychologiques est demeuré faible (27 %) comparativement à la prévalence prévue de ces troubles. Cela souligne la nécessité de continuer à renforcer les capacités en matière d'interventions psychologiques évolutives (par exemple, des thérapies manuelles structurées de 4 à 8 séances dispensées par des non-spécialistes) dans les contextes de soins de santé primaires (HCR, 2017a).

1.1.2. Nutrition de la mère

39 Des risques importants pour la santé maternelle et infantile sont associés à l'insuffisance de poids ou au surpoids des mères. L'alimentation et la nutrition avant la grossesse peuvent modifier les résultats maternels et périnatals par des effets sur l'indice de masse corporelle (IMC) ou d'autres facteurs nutritionnels, notamment les carences en micronutriments (Poston et al., 2018).

40 Selon une étude méthodique sur l'obésité maternelle en Afrique (Onubi et al., 2015), il a été constaté qu'elle augmentait dans de nombreux pays africains et qu'il s'agissait d'un nouveau problème de santé publique, mais elle variait selon les pays. Mesurés au troisième trimestre, les taux d'obésité étaient élevés (jusqu'à 50,7 %), et même mesurés au premier trimestre, les taux en Afrique sont comparables (jusqu'à 17,9 %) à ceux de certains pays développés, où environ une femme enceinte sur cinq est obèse (Onubi et al., 2015). L'obésité est associée à un risque accru de la plupart des principales issues maternelles et périnatales défavorables : l'incapacité de concevoir, les complications de la grossesse (p. ex. prééclampsie, diabète gestationnel) et de l'accouchement (p. ex. macrosomie), les anomalies congénitales, la mortinaissance, un faible poids à la naissance, un allaitement non réussi et même la mortalité maternelle (Poston et al., 2018). L'augmentation globale de l'obésité chez les hommes n'est pas sans importance puisque l'obésité paternelle a été liée à une baisse de la fertilité en affectant la qualité et la quantité du sperme et est associée à un risque accru de maladies non transmissibles chez les enfants (Poston et al., 2018). Le surpoids et l'obésité maternels au moment de la grossesse augmentent le risque d'obésité infantile qui se poursuit à l'adolescence et au début de l'âge adulte, ce qui potentialise la transmission transgénérationnelle de l'obésité (Black et al., 2013).

41 La prévalence de la dénutrition ou d'un IMC faible (<18-5 kg/m²) chez les femmes adultes a diminué en Afrique depuis 1980, mais reste toujours supérieure à 10% (Black et al., 2013). La dénutrition maternelle a ses propres conséquences, notamment la carence en vitamine A et en zinc de la mère, la restriction de la croissance fœtale, le retard de croissance et la cachexie chez l'enfant. Au niveau mondial, ces conséquences, ainsi que l'allaitement maternel sous-optimal, seraient responsables de 3,1 millions de décès d'enfants par an et de 45% de tous les décès d'enfants en 2011 (Poston et al., 2018). Il a été démontré que le retard de croissance de la mère (taille inférieure à 145 cm) et un faible IMC maternel en

début de grossesse exposent les nourrissons à un risque accru de retard de croissance à terme et avant terme (Black et al., 2013). Les bébés dont l'âge gestationnel est faible présentent un risque accru d'infarctus du myocarde au cours des deux premières années de la vie et un risque de mortalité considérablement accru.

- 42 Les carences en micronutriments ont également d'importantes conséquences sur la santé, tant par leurs effets directs, tels que l'anémie ferriprive, la xérophtalmie due à une carence en vitamine A et les troubles dus à une carence en iode, que par leur augmentation du risque de maladies infectieuses graves (Black et al., 2013). Selon le Rapport mondial de 2018 sur la nutrition, la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer reste élevée à 32,8 %, contre 31,6 % en 2000 (Development Initiatives, 2018). Il existe des différences significatives entre les femmes enceintes et non enceintes. Chez les femmes enceintes, la prévalence mondiale n'a que légèrement diminué, passant de 41,6 % en 2000 à 40,1 % en 2016. Chez les femmes qui ne sont pas enceintes, il a légèrement augmenté, passant de 31,1 % à 32,5 % pendant la même période (Development Initiatives, 2018).
- 43 Pour élaborer des stratégies de santé publique et suivre les programmes visant à atteindre ces objectifs, il est essentiel de disposer de données sur l'état et l'apport en micronutriments des femmes en âge de procréer et de celles qui sont enceintes. Pour les pays africains, ces données sont largement absentes et pour la plupart dépassées, notamment en ce qui concerne les réfugiés, les personnes déplacées et les rapatriés. Nous manquons de données précises sur le taux d'iode, de folate et de zinc chez les femmes africaines (Harika et al., 2017). Publiée en 2017, une étude systématique analysant l'état des micronutriments et l'apport alimentaire des femmes en âge de procréer dans quatre pays africains a révélé que les taux d'anémie allaient de 18 % à 51 %, de carence en fer de 9 % à 16 % et d'anémie ferriprive à 10 %. La carence en vitamine A était la plus élevée en Afrique du Sud (22 %), tandis que la carence en iode était la plus élevée en Éthiopie (59 %). Les données sur les carences en folate (46%) et en zinc (34%) n'étaient disponibles que pour les femmes éthiopiennes en âge de procréer. Comme prévu, la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes était élevée, allant de 32 % à 62 %, tandis que celle de la carence en fer et de l'anémie ferriprive allait de 19 % à 61 % et de 9 à 47 %, respectivement (Harika et al., 2017).
- 44 Des études de cohortes ont suggéré que les habitudes alimentaires jusqu'à trois ans avant la grossesse, caractérisées par une consommation élevée de fruits, de légumes, de légumineuses, de noix et de poisson et une faible consommation de viande rouge et de viande transformée, sont associées à un risque réduit de diabète gestationnel, de troubles hypertensifs de la grossesse et de naissance avant terme (Stephenson et al., 2018).

1.1.3. Mortalité maternelle

- 45 Le taux de mortalité maternelle (TMM) indique le taux auquel les femmes meurent de causes maternelles (toute cause liée à la grossesse, pendant l'accouchement, la grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement) [CUA, 2018]. Elle reflète la condition de la femme et est un indicateur sensible des inégalités au sein d'un pays (Alvarez et al., 2009). Plus de la moitié des femmes qui meurent prématurément de complications liées à la grossesse et à l'accouchement meurent de saignements abondants, d'hypertension artérielle et d'infections provoquées par la grossesse, conditions qui peuvent être gérées efficacement par un accouchement et des soins postnatals de haute qualité (Requejo & Bhutta, 2015).

46 Depuis 2005, cette répartition des causes a été relativement constante, ce qui indique qu'il reste encore beaucoup à faire pour s'attaquer à ces conditions tout au long de la grossesse et de l'accouchement (Requejo & Bhutta, 2015). Environ un décès maternel sur quatre est causé par des maladies préexistantes comme le paludisme, le diabète, l'obésité et le VIH, dont les effets sur la santé peuvent être aggravés par la grossesse. L'accent mis sur la mortalité maternelle en tant que marqueur de l'amélioration de la santé maternelle masque des estimations décourageantes qui indiquent que pour chacune de ces 289 000 femmes décédées de causes liées à la grossesse, au moins 20 à 30 autres souffrent de morbidité aiguë ou chronique, parfois avec des effets permanents sur la santé qui limitent leur productivité et leur bien-être physique et mental (Requejo & Bhutta, 2015). Il reste clair que des améliorations doivent être apportées pour atteindre le but des Objectifs de développement durable consistant à atteindre l'objectif mondial de moins de 70 (Nations Unies, 2015b) et à ne pas dépasser 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030 (Agyepong et al., 2017).

Presque tous les décès maternels naturels sont évités dans les pays développés (seulement 1% des décès maternels surviennent dans le monde développé), alors que seulement un tiers de ces décès sont évités dans les pays africains (la Sierra Leone et le Niger sont au-dessus de ce chiffre). Sur les 20 pays ayant les taux de mortalité maternelle les plus élevés, 19 se trouvent en Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe. Le monde a réalisé des progrès constants dans la réduction de la mortalité maternelle. Bien que les progrès soient progressifs, les taux de mortalité maternelle en Afrique restent élevés mais sont en baisse (OMS, 2018). Selon les estimations interinstitutions des Nations Unies (ONU), le taux de mortalité maternelle mondial a diminué de 44 %, passant de 385 à 216 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2015 (CUA, CEA, Groupe de la Banque africaine de développement, PNUD, 2016), avec un taux annuel continu de réduction annuel de 2,3 % (Alkema et al., 2016). À la fin de l'ère des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2015, le taux de mortalité maternelle dans la région africaine était de 542 pour 100 000 naissances vivantes, soit 34 fois plus que le taux de mortalité maternelle en Europe. Les différences entre les pays sont assez importantes, le taux de mortalité maternelle en Sierra Leone (1360 pour 100 000 naissances) étant beaucoup plus élevé qu'ailleurs dans la région de l'UA (CUA, 2018b). La figure 1 (à la page 31) décrit la situation actuelle du TMM par pays dans la région de l'UA [Groupe de la Banque africaine de développement, 2018]. Les deux pays où le risque de MM au cours de la vie est le plus élevé sont le Tchad et la Sierra Leone, avec un risque approximatif de 1 sur 17 et 1 sur 18, respectivement (OMS, 2018). Sur 53 États membres africains, 39 sont classés comme ayant un taux de mortalité maternelle élevé (TMM supérieur ou égal à 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) [Groupe de la Banque africaine de développement, 2018]. Le Rwanda a accompli des progrès remarquables dans la réduction de son taux de mortalité maternelle.

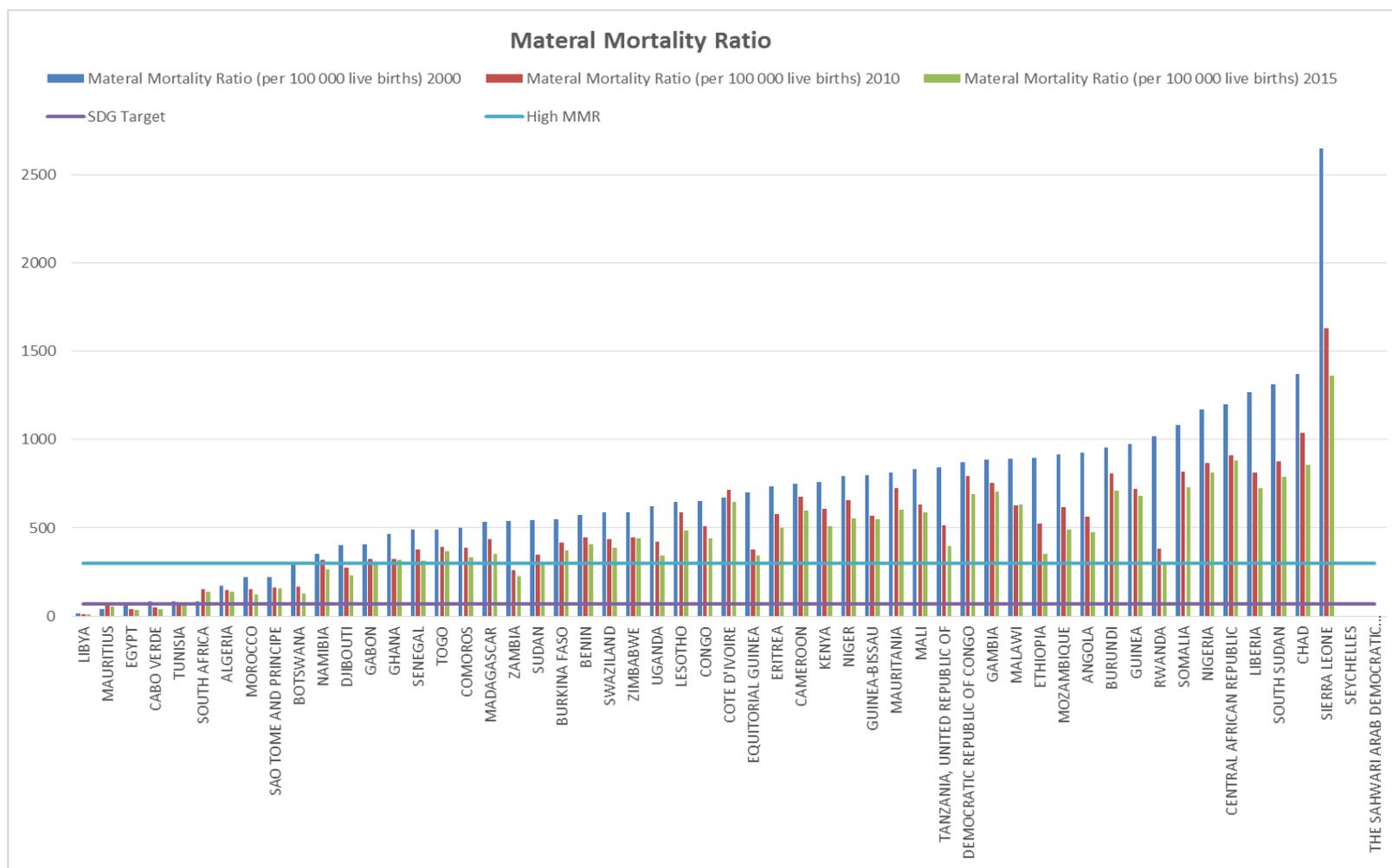


Figure 1: Taux de mortalité maternelle en 2000, 2010, 2015 par pays [Groupe de la Banque africaine de développement, 2018].

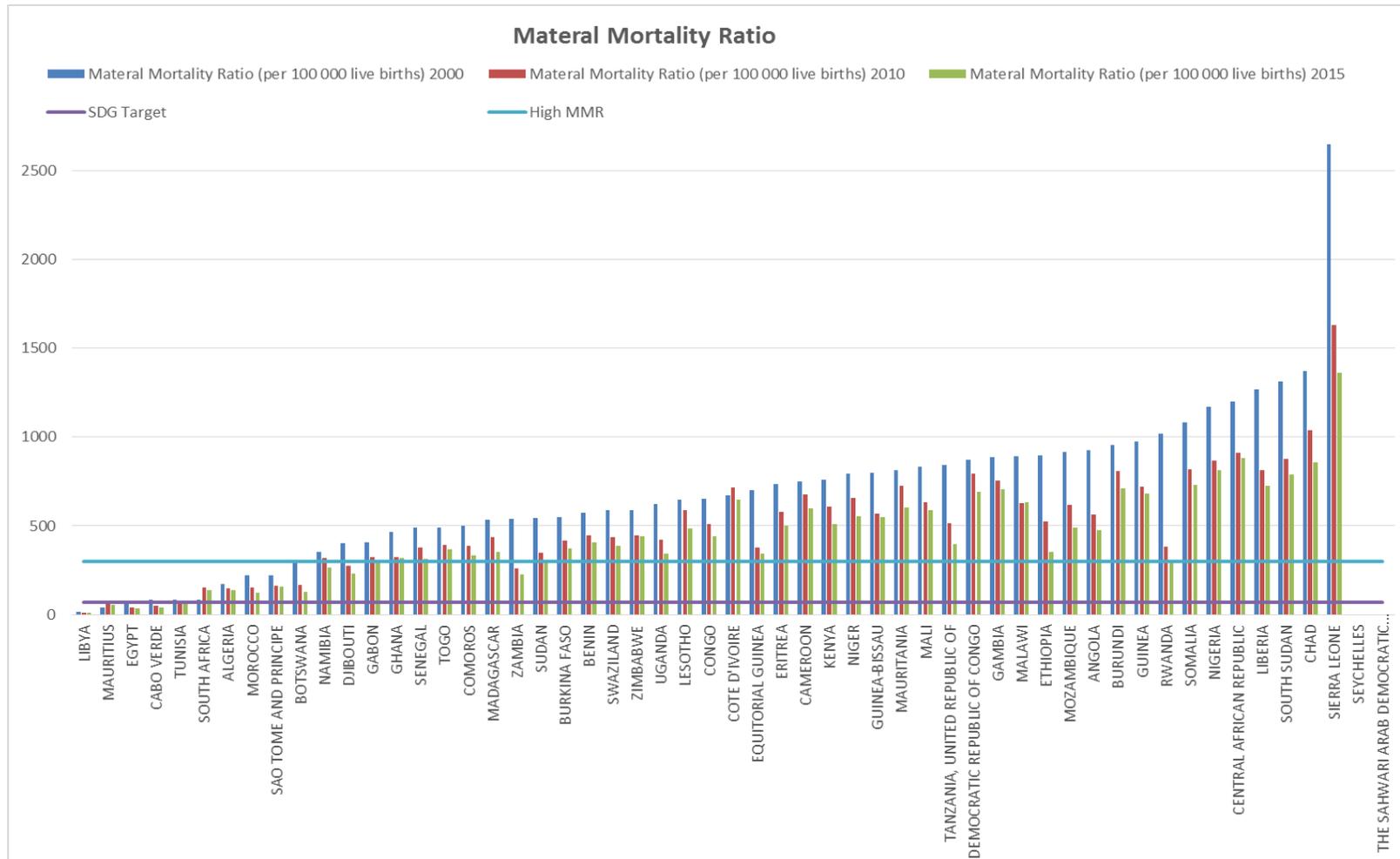


Figure 1: Taux de mortalité maternelle en 2000, 2010, 2015 par pays [Groupe de la Banque africaine de développement, 2018].

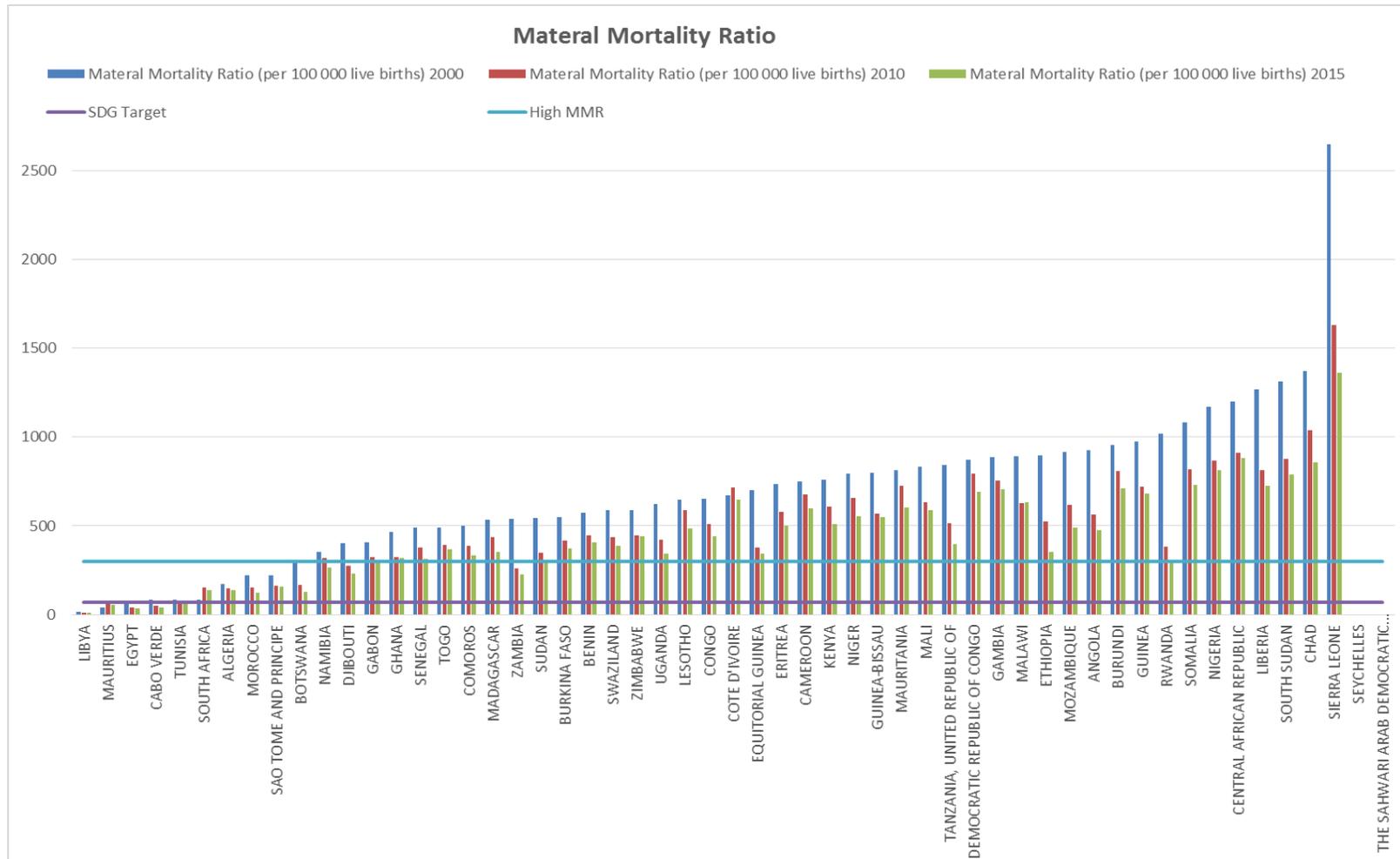


Figure 1: Taux de mortalité maternelle en 2000, 2010, 2015 par pays [Groupe de la Banque africaine de développement, 2018].

- 47 La mortalité maternelle dans les conflits peut être particulièrement aggravée par l'accès limité aux services de santé maternelle nécessaires en raison des restrictions d'ordre sécuritaire, financier et géographique, ainsi que par l'effondrement général du système de santé et, par conséquent, la perturbation de la prestation des services de santé courants (Namasivayam et al., 2017). Dans les pays désignés comme États fragiles, 76 % des pays à forte mortalité maternelle sont définis comme des États fragiles et le risque estimé de mortalité maternelle à vie dans ces États est de 1 sur 54 (OMS, UNICEF, FNUAP, Groupe de la Banque mondiale, PNUD, 2015). Il n'a pas été possible de trouver de données comparables par pays pour les taux de mortalité maternelle des réfugiés, des personnes déplacées et des rapatriés dans les pays africains.
- 48 Les États membres de l'UA qui sont affectés par des contextes humanitaires ou de conflit, et les conséquences subséquentes de la migration des réfugiés et des déplacements internes, doivent garder à l'esprit que le retour et la réinstallation des populations dans leurs foyers d'origine et la reconstruction des sociétés et des services exigent beaucoup de temps et d'investissements dans les zones touchées (Namasivayam et al., 2017). C'est ce qui ressort d'une étude menée en Ouganda sur les effets des conflits armés sur l'utilisation des services de santé maternelle, car il a été constaté qu'en 2011 (environ trois ans après la cessation du conflit armé dans la région) [Peace Direct, 2017c], une augmentation du recours aux soins maternels dans la région nord affectée ne s'était pas encore complètement rétablie au point que le système et les services sanitaires avaient été suffisamment rétablis pour montrer un niveau accru de recours aux services médicaux (Namasivayam et al., 2017). Les services de soins de santé maternelle qui comprennent l'accès aux soins prénatals pendant la grossesse, la présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement, les accouchements dans des établissements de soins de santé ou des hôpitaux et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, ainsi que des soins postnatals appropriés se sont avérés essentiels à plusieurs reprises pour réduire la mortalité maternelle (Namasivayam et al., 2017).

1.1.4. Soins prénatals, intrapartum et post-partum

- 49 Les soins pré-partum ou prénatals, c'est-à-dire les soins reçus avant la naissance, ont des effets directs et indirects sur la santé maternelle. L'effet direct comprend la détection et le traitement précoces d'affections qui mènent à de mauvais résultats de santé pendant la grossesse, comme l'hypertension et le diabète. Des effets indirects pourraient découler de la présence d'accoucheuses qualifiées, qui peuvent prévenir la morbidité ou la mortalité dues à des conditions d'urgence qui surviennent pendant l'accouchement, telles que l'obstruction du travail et les saignements (English et al., 2017). Un « accoucheur qualifié » désigne un professionnel de la santé (médecin, infirmière ou sage-femme) formé pour fournir des soins maternels et néonataux vitaux pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (OMS, 2018). Il est prouvé que le risque de mortalité ou de décès dû à des complications intrapartum peut être réduit d'environ 20 % avec la présence d'une accoucheuse qualifiée. Compte tenu de son importance dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, la présence d'accoucheuses qualifiées a été incluse comme indicateur 3.1.2 sous l'objectif 3 et la cible 3.1 des Objectifs du développement durable (ONU, 2015b). Comme la plupart des décès maternels sont dus aux causes évitables telles que les hémorragies, l'hypertension et les infections, les soins qualifiés pendant l'accouchement et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence sont les deux interventions les plus essentielles nécessaires pour assurer une maternité sans risque (CUA, CEA, Banque africaine de développement et PNUD, 2016).
- 50 Selon les estimations mondiales pour 2017, 63 % des femmes enceintes dans les régions en développement ont bénéficié de quatre consultations prénatales ou plus, allant de 51 % des femmes enceintes en Afrique à 88 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. Toutefois, 37 % (45 millions) des femmes n'ont pas reçu de soins prénatals adéquats ou n'en ont pas reçu

du tout (English et al., 2017). Les taux de visites de soins prénatals dans les États membres africains vont de 16,6 % des femmes éthiopiennes qui participent à quatre visites de soins prénatals ou plus à 83,9 % des femmes ghanéennes qui participent à quatre visites de soins prénatals ou plus (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018). L'aperçu global annuel de la santé publique du HCR indique qu'en 2017, seulement 22 % des 36 opérations de pays, dont 25 sont africaines, ont atteint plus de 90 % de couverture pour au moins quatre visites prénatales (HCR, 2017a).

- 51 En 2016, l'OMS a publié de nouvelles directives pour améliorer la qualité des soins prénatals, qui proposent un nouveau modèle qui a fait passer le nombre recommandé de consultations prénatales de quatre à huit, augmentant ainsi le nombre d'occasions pour les professionnels de la santé de détecter et de traiter les complications évitables liées à la grossesse et à l'accouchement (English et al., 2017).
- 52 Dans le cadre d'une recherche initiale visant à déterminer si l'assistance aux soins prénatals est associée à une assistance qualifiée à l'accouchement chez les femmes en âge de procréer au Nigéria, il a été constaté que le nombre de services de soins prénatals reçus était associé positivement et négativement à une assistance qualifiée à la naissance. Les chercheurs recommandent que les facteurs contextuels, tels que les normes religieuses et sexospécifiques restrictives, ainsi que l'inaccessibilité géographique aux établissements de santé, soient pris en compte pour améliorer les associations négatives des femmes en matière de soins prénatals et d'assistance qualifiée aux accouchements. Les programmes de santé maternelle et infantile doivent cibler les femmes et les hommes de ces régions du pays afin de les sensibiliser davantage sur l'importance de recevoir des services de santé maternelle et peut-être d'améliorer leur attitude à l'égard de l'utilisation des soins de santé maternelle (Okigbo, Eke, 2015).
- 53 Au niveau mondial, la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est passée de 59% à 71% entre 1990 et 2015. L'Afrique a également enregistré des progrès substantiels dans l'augmentation de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié de 45% à 71% entre 1990 et 2014 (CUA, CEA, Groupe de la Banque africaine de développement, PNUD, 2016). En 2018, le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié était supérieur au but fixé par les Objectifs de développement durable (90 %) dans neuf pays, dont le Botswana et Maurice, où l'accouchement par du personnel qualifié est universel, et l'Algérie et les Seychelles, où l'accouchement par du personnel qualifié est quasi universel. Ce taux est proche de la cible des Objectifs de développement durable dans sept pays : Comores, République démocratique du Congo, Eswatini, Gabon, Malawi, Namibie et Zimbabwe. Ces pays pourraient atteindre l'objectif des ODD bien avant 2030 s'ils poursuivent les efforts actuels. Comme le montre la figure 2 (à la page 36), il existe de grandes disparités entre les pays, avec des taux particulièrement faibles en Éthiopie (16%), au Tchad (24%), au Niger (29%) et au Togo (29%) [OMS, 2018]. Les données relatives aux services intra-partum fournis aux réfugiés, aux personnes déplacées et aux rapatriés sont difficiles à trouver, mais l'Aperçu global annuel de la santé publique du HCR indique qu'en 2017, 83 % des 36 pays ayant fourni des services humanitaires du HCR (dont 25 sont africains) ont atteint l'objectif d'au moins 90 % des accouchements dans des établissements sanitaires (contre 67 % des opérations en 2014) [HCR, 2017a]. Pourcentage actuel de naissances de réfugiés africains, de personnes déplacées et de rapatriés assistées par du personnel qualifié (HCR, 2017a) (à la page 37) indique le pourcentage d'accoucheuses qualifiées dans les pays africains touchés par des situations humanitaires (HCR, 2017a).
- 54 Bien que le recours à des accoucheuses traditionnelles dans les milieux en développement continue de faire l'objet de controverses (Sibley et al., 2012), des recherches qualitatives menées en Sierra Leone et au Somaliland ont montré que lorsqu'elles jouent des rôles bien définis et largement non cliniques, elles ont une contribution majeure à apporter à la santé maternelle et infantile, à proximité des prestataires communautaires (Pyone et al., 2014, Orya

et al., 2017). Un impact positif sur la sensibilisation des mères au sein des communautés en vue de leur participation aux services de santé a été documenté et les femmes enceintes ont été motivées à utiliser les établissements de soins de santé. Cela s'expliquerait par l'importance que les femmes attachent aux normes et valeurs traditionnelles, dont l'écoute des conseils d'accoucheuses traditionnelles formées, qu'elles respectent et avec lesquelles elles se sentent à l'aise, est un élément important (Orya et al., 2017).

55 Selon des données récentes recueillies par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le pourcentage de bébés qui ont suivi des soins postnatals, ceux qui ont subi leur premier examen postnatal dans les deux premiers jours suivant la naissance chez un médecin, une sage-femme, une infirmière, une feldsher ou une accoucheuse traditionnelle, était le plus élevé au Sénégal (45%), et le plus faible en Tanzanie (2%) [UNICEF, 2018]. Le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont reçu des soins postnatals dans les 2 jours suivant la naissance était le plus élevé en Afrique du Sud (84%) et le plus bas en Éthiopie (6%) [UNICEF, 2018]. Il est intéressant de noter qu'il semble y avoir des disparités entre le pourcentage enregistré de soins postnatals pour la mère et le bébé dans différents pays. L'idéal serait d'effectuer ces examens en même temps, dans l'essence même des soins holistiques. La figure 4 illustre les soins postnatals dispensés aux bébés et aux mères dans les États membres africains (UNICEF, 2018). Il est décourageant de constater que sur les 54 États membres africains, seuls 29 (54%) collectent l'indicateur des soins postnatals pour les bébés, tandis que 37 (69%) collectent l'indicateur des soins postnatals pour les mères. Ces indicateurs doivent faire l'objet d'un suivi approprié, par le biais d'une collecte aux niveaux national et infranational, et des interventions visant à améliorer la santé maternelle et néonatale doivent être réalisées (Starrs et al., 2018). Bien qu'il soit difficile de trouver des données relatives à la santé maternelle des réfugiés, des personnes déplacées et des rapatriés, l'Aperçu mondial annuel de la santé publique du HCR indique qu'en 2017, 44 % des pays ont fourni des services du HCR ont atteint une couverture de 90 % de trois visites postnatales dans les six semaines suivant leur naissance (moyenne mondiale de 83 %) [HCR, 2017a].

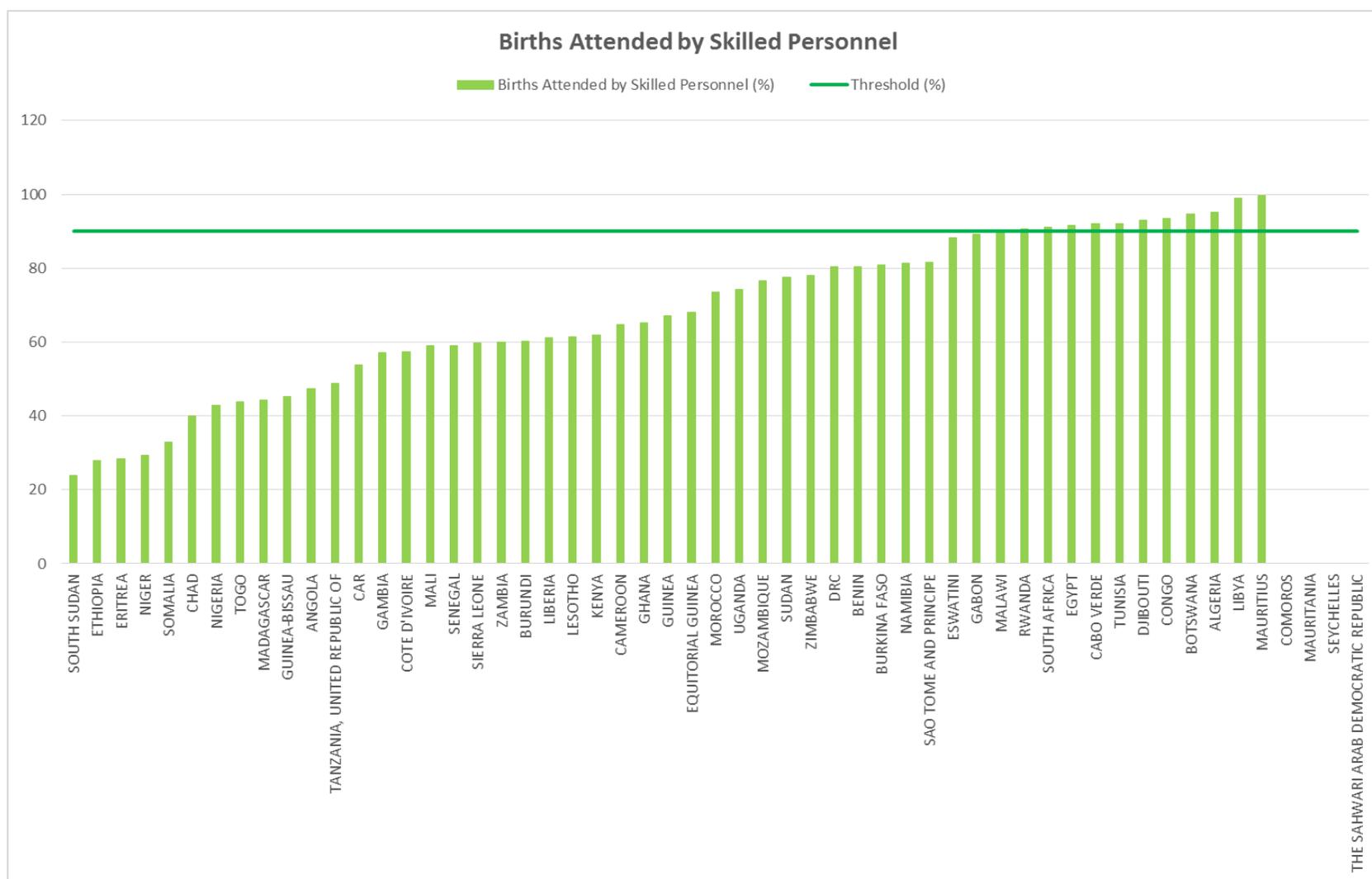


Figure 2: Pourcentage actuel de naissances assistées par du personnel qualifié, par pays (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018).

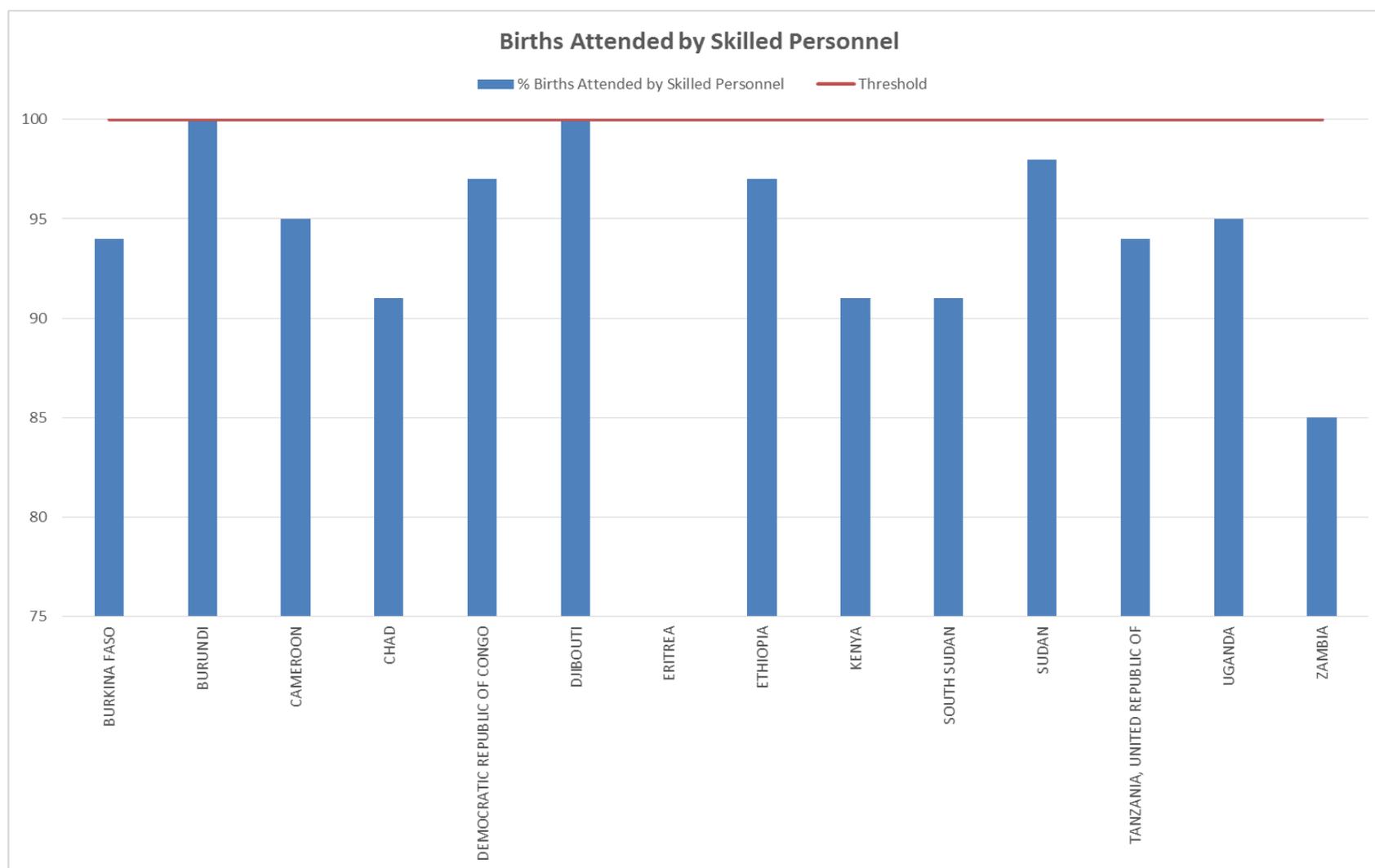


Figure 3: Pourcentage actuel de naissances de réfugiés africains, de personnes déplacées et de rapatriés assistées par du personnel qualifié (HCR, 2017a).

1.1.5. Le VIH et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant

- 56 Les régions d'Afrique de l'Est et australe abritent plus de la moitié (53 %) de l'ensemble de la population mondiale vivant avec le VIH, ainsi que les deux tiers des enfants vivant avec le VIH (67 %). Malgré l'impact significatif, les nouvelles infections dans la région ont diminué de 30% depuis 2010. Dans la région de la SADC, l'Afrique du Sud compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde (7,2 millions) et Eswatini la plus forte prévalence au monde (27,4%) [Henry J Kaiser Family Foundation, 2019]. En Afrique de l'Ouest et du Centre, on estime à 6,1 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH. Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les adultes a diminué de 8 % entre 2010 et 2017, et le nombre annuel de nouvelles infections chez les enfants a diminué de près d'un quart au cours de la même période, principalement en raison d'un accès accru aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans cette région. La région compte également un tiers des personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées dans le monde (34 % des 9,4 millions).
- 57 Les personnes âgées de 15 à 24 ans représentent environ un tiers des nouvelles infections à VIH et, dans certaines régions, les jeunes femmes sont touchées de manière disproportionnée (Henry J. Kaiser Family Foundation, 2019). Dans les régions d'Afrique centrale, de l'Est, australe et de l'Ouest, les jeunes femmes dans cette tranche d'âge représentent un quart de toutes les nouvelles infections à VIH dans la région en 2017, même si elles ne représentent que 10% de la population (Henry J Kaiser Family Foundation, 2019).
- 58 Faisant écho à de nombreux documents politiques de la CUA, notamment la Position africaine commune de la CUA sur le programme de développement post-2015 (CUA, 2014), le PAM pour l'opérationnalisation du cadre politique continental pour la santé et les droits sexuels et reproductifs 2016-2030 (CUA, 2015d) et la Feuille de route de la CUA visant à tirer profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse (CUA, l'objectif 3 des ODD appelle à améliorer la santé reproductive, maternelle et infantile ; à mettre fin aux maladies transmissibles ; et à assurer l'accès universel à des médicaments et des vaccins sûrs, efficaces, de qualité et abordables, ainsi qu'une couverture médicale (ONU, 2017). Cela est également valable pour les populations de réfugiés, de personnes déplacées et de rapatriés vivant en Afrique.
- 59 Dans la région africaine, l'indicateur de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), défini comme le pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral pour la PTME du VIH, n'est pas encore universel mais la tendance est à une augmentation lente mais régulière de la couverture. En 2016, selon les estimations, environ deux tiers (68 %) des femmes enceintes séropositives sur le continent ont reçu un traitement antirétroviral pour la PTME, contre 50 % en 2008 (OMS, 2018). Au niveau mondial, selon les estimations, environ 1,6 % de tous les décès maternels sont des décès maternels indirects liés au SIDA. Dans les régions d'Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe, selon les estimations, 2 % de tous les décès maternels sont des décès maternels indirects liés au SIDA (OMS, 2015). En 2015, selon les estimations, dans cinq pays, plus de 10 % des décès maternels étaient liés au SIDA: Botswana (18%), Eswatini (19%), Lesotho (13%), Mozambique (11%) et Afrique du Sud (32%) [OMS, 2015].
- 60 Selon l'Aperçu mondial annuel de santé publique du HCR, plus de 10 000 réfugiés remplissant les conditions requises ont été placés sous traitement antirétroviral dans le monde entier, dans le cadre des opérations nationales qu'il a soutenues en 2017 (HCR, 2017a). Environ 85 % des femmes qui ont bénéficié de soins prénatals ont subi un test de dépistage du VIH, dans le cadre des efforts visant à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Comme le montre la Figure 4 (à la page 40), qui illustre la prophylaxie post-exposition et la couverture de la PTME, plusieurs pays africains où le HCR intervient dans des contextes humanitaires

permanents atteignent des objectifs liés au VIH en 2017 (HCR, 2017a). En ce qui concerne la couverture de la PTME, plusieurs pays africains ont fourni des services de PTME à 100 % des réfugiés, dont le Burkina Faso, le Cameroun, le Kenya et l'Ouganda (HCR, 2017a).

- 61 De plus en plus de preuves soulignent l'importance d'efforts soutenus pour éradiquer le VIH (ainsi que le paludisme et la tuberculose, comme stipulé dans l'Objectif 3 des ODD), car il a été confirmé que la contraction du VIH a des impacts négatifs sur la pauvreté et les niveaux d'inégalité des adultes infectés (CUA, CEA, Banque africaine de développement, PNUD, 2016). Une analyse de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique a montré que le niveau actuel de pauvreté a une corrélation plus forte avec le niveau actuel de prévalence du VIH qu'avec les niveaux de prévalence passés, ce qui implique que le VIH a un effet instantané sur la pauvreté plutôt que différé (CUA, CEA, Banque africaine de développement, PNUD, 2016). Les nourrissons qui naissent à risque de contracter le VIH de leur mère et dans un ménage touché par le VIH sont exposés à un risque accru de pauvreté et d'inégalité en raison de l'infection à VIH. Ils sont désavantagés au début de leur vie.
- 62 Au niveau national, le VIH, le paludisme et la tuberculose (TB) ont de graves répercussions socioéconomiques qui risquent d'entraver le processus de développement des pays touchés en nuisant à la productivité, en sapant la croissance économique, en réduisant la consommation et l'épargne, en menaçant l'investissement étranger et le tourisme, en aggravant la pauvreté et les inégalités de revenus, en augmentant les dépenses de santé, en détournant les ressources intérieures des dépenses de production et en portant atteinte au capital humain sur le long terme (CEA, Banque africaine de développement, PNUD, 2016).

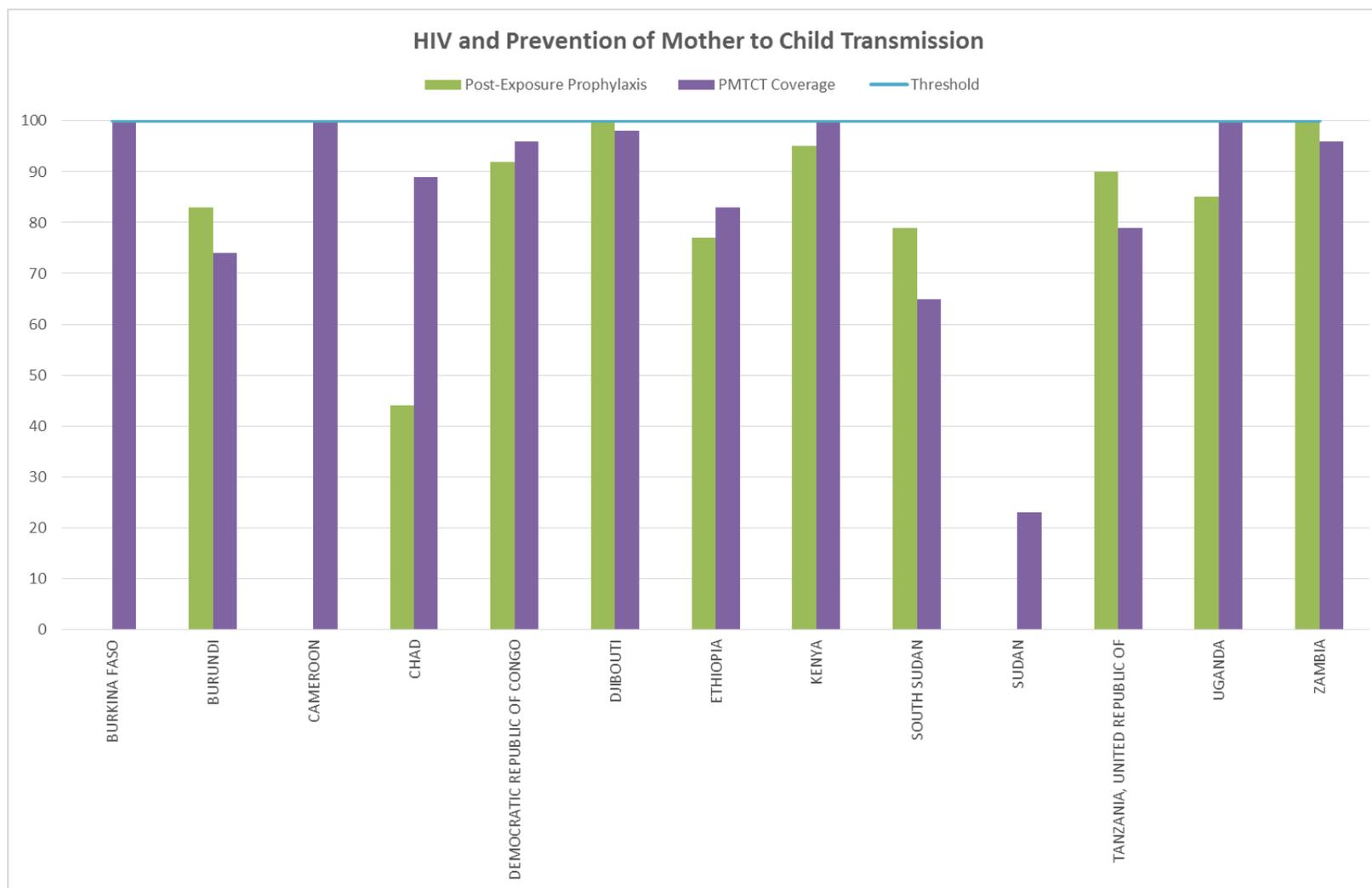


Figure 4: Couverture des services de VIH et de PTME fournis aux réfugiés, aux personnes déplacées et aux rapatriés dans les États membres africains (HCR, 2017a)

1.2. Santé infantile

- 63 Un nourrisson privé de soins postnatals peut ne pas survivre à ses premiers jours. Un enfant privé de vaccination ou d'eau salubre peut ne pas vivre jusqu'à son cinquième anniversaire, ou vivre en mauvaise santé. Un enfant privé d'une nutrition adéquate peut ne jamais atteindre son plein potentiel physique ou cognitif, ce qui limite sa capacité d'apprendre et de gagner sa vie. Un enfant privé d'une éducation de qualité peut ne jamais acquérir les compétences dont il a besoin pour réussir un jour sur le lieu de travail ou envoyer ses propres enfants à l'école, et un enfant privé de protection - contre les conflits, la violence ou les mauvais traitements, l'exploitation et la discrimination, le travail des enfants, le mariage précoce et la maternité - peut être marqué à vie, sur les plans physique et affectif, par de graves conséquences (UNICEF, 2016).
- 64 Les enfants et les jeunes sont exposés aux effets néfastes de la vulnérabilité dans certaines situations, telles que la malnutrition, l'exploitation, l'enlèvement et le recrutement dans les groupes armés et les forces combattantes, la violence sexuelle et le manque de possibilité de participer à la prise de décisions (Sphere Association, 2018). Pour illustrer l'ampleur des conséquences des situations de conflit en Afrique sur les enfants, il a été rapporté qu'environ 60% de la population déplacée du continent sont des enfants (IDMC, 2018). Selon les données de l'UNICEF, l'Afrique compte la plus forte proportion d'enfants parmi sa population migrante - plus d'un immigrant sur quatre en Afrique est un enfant, soit plus du double de la moyenne mondiale. Cette proportion est particulièrement élevée en Afrique de l'Ouest et de l'Est, où dans des pays comme le Nigeria, l'Éthiopie et le Kenya, les enfants représentent plus de 40 % de la population immigrée. Ces pays accueillent également certaines des populations d'enfants migrants les plus importantes d'Afrique en termes absolus - la plus importante en Afrique du Sud avec 642 000 migrants âgés de moins de 18 ans en 2017 (UNICEF, 2019). Au total, plus de 14 millions de personnes sont déplacées en Afrique en raison des conflits et de la violence. À la fin de 2017, la République démocratique du Congo comptait à elle seule 4,5 millions de personnes déplacées. Rien qu'en 2017, 4,7 millions de personnes ont été nouvellement déplacées, ce qui représente 40 % des nouveaux remplaçants dans le monde pour cette année-là (UNICEF, 2019). Le HCR a recensé plus de 500 000 anciens réfugiés et 1,3 million de personnes déplacées qui sont rentrés chez eux en 2017, bien que les chiffres réels puissent être sensiblement plus élevés. Le Nigeria et le Soudan à eux seuls ont compté 380 000 rapatriés. Pour la plupart des pays, le nombre d'enfants anciennement déplacés qui rentrent chez eux n'est pas disponible, mais des mouvements similaires ont inclus 80 000 enfants rentrés d'Angola en RDC au cours des derniers mois de 2018 seulement - tous ayant besoin d'une assistance humanitaire (UNICEF, 2019).
- 65 En 2016, l'ONU a vérifié que 2 334 violations graves avaient été commises contre des enfants ; le nombre le plus élevé depuis 2012. Ce chiffre comprend le recrutement de 492 enfants par des groupes armés, dont 82 % au Nord-Kivu (IDMC, 2018). Le Conseil norvégien pour les réfugiés (NRC) a également indiqué que l'éducation de 64 000 enfants était menacée dans la région du Kasai, car des groupes armés avaient occupé des écoles et créé un climat de peur. Les enfants privés d'accès à l'éducation sont plus susceptibles de rejoindre des groupes armés (IDMC, 2018). Les enfants séparés de leurs parents et de leur famille en raison de conflits, de déplacements forcés ou de catastrophes naturelles sont parmi les plus vulnérables.
- 66 Une étude systématique mettant en évidence les effets de la migration sur les enfants « laissés pour compte », c'est-à-dire ceux qui sont laissés pour compte par les personnes qui s'occupent d'eux en raison de possibilités d'emploi, de conflits ou de catastrophes naturelles, a montré que même si les enfants « laissés pour compte » peuvent présenter des avantages économiques, ils sont davantage exposés aux problèmes de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, les idées suicidaires ; et aux troubles alimentaires, comme le cachexie

et le retard de croissance (Fellmeth et al., 2018). Il est impératif que les gouvernements et les organismes recueillent des données pour identifier ces enfants et les aider. Toutefois, les données disponibles sur les enfants déplacés non accompagnés et séparés sont limitées, et tous les pays ne communiquent pas ces données (HCR, 2017).

1.2.1. Santé mentale des enfants

67 Les enfants qui sont impliqués dans un conflit armé ou qui en sont témoins sont susceptibles d'éprouver divers problèmes psychologiques allant de l'anxiété et de la dépression au syndrome de stress post-traumatique (SSPT) [Rieder, Choonara, 2012]. Le génocide rwandais a été l'un des conflits les plus violents de l'histoire moderne. Plus d'un demi-million de civils ont été assassinés en l'espace de quelques mois. Une étude portant sur plus de 1500 enfants et adolescents rwandais, un an après les meurtres, a révélé que les niveaux de SSPT probables allaient de 54% à 62%. De l'échantillon, 95 % des enfants présentaient encore des symptômes de récurrence. Les chercheurs ont estimé que le degré extrême de violence observé (plus de 90 % ont été témoins de meurtres et ont vu leur vie menacée, 30 % ont été témoins de viols ou de mutilations sexuelles et 15 % se sont cachés sous des cadavres) suggère que la résilience psychologique peut être éteinte et que la prévalence du SSPT ne peut pas diminuer. Il a également été allégué que les enfants qui sont exposés à la violence militaire pendant de longues périodes peuvent eux-mêmes développer un comportement agressif. Il est ironique que les enfants dans cette situation puissent considérer les conflits armés comme une solution aux problèmes qu'ils rencontrent (Rieder, Choonara, 2012), perpétuant ainsi la violence et soulignant la nécessité pour les services de santé mentale de faire partie d'un ensemble de soins de base pendant les conflits et dans les situations humanitaires.

1.2.2. Vaccination des enfants

68 La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus rentables à ce jour, évitant environ 2 à 3 millions de décès chaque année (UNICEF, 2018k). La vaccination est le processus par lequel une personne est immunisée ou résistante à une maladie infectieuse, généralement par l'administration d'un vaccin. Les vaccins stimulent le système immunitaire de l'organisme pour protéger la personne contre une infection ou une maladie ultérieure (OMS, 2018d). Les vaccins sont devenus plus sûrs et plus accessibles que jamais. Le coût de la vaccination complète des enfants dans les pays à faible revenu n'est que de 18 dollars par enfant, contre 24,50 dollars en 2013 (UNICEF, 2018d).

69 L'Afrique a réalisé des progrès en ce qui concerne l'administration de vaccins aux enfants. L'Afrique est sur le point d'être déclarée exempte de polio. Selon les estimations, les vaccins contre l'hépatite B, Haemophilus influenzae type B, le rotavirus et Streptococcus pneumoniae ont évité plus d'un million de décès dans des cohortes de naissance successives en Afrique. Les vaccins sont également responsables d'importantes chutes dans les cas de rougeole, d'oreillons et de rubéole. Les nouveaux vaccins introduits sur le continent africain comprennent un vaccin pentavalent, des vaccins conjugués contre le méningocoque et le pneumocoque et des vaccins antirotavirus, et un vaccin antipaludique est introduit dans des projets pilotes (Agyepong et al., 2017).

70 La couverture vaccinale mondiale reste à 85 %, sans changement significatif au cours des dernières années. La mortalité des moins de cinq ans due à la rougeole a diminué de 85 % dans le monde et de 89 % en Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe entre 2000 et 2016 (OMS, 2018e). En mars 2018, tous les pays sauf 14 avaient éliminé le tétanos maternel et néonatal, une maladie dont le taux de mortalité était de 70 à 100 % chez les nouveau-nés (UNICEF, 2018k). En 2017, selon les estimations, 19,9 millions de nourrissons dans le monde n'ont pas reçu les services de vaccination de routine à un dosage adéquat de vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (trois doses). Environ 60% de ces enfants vivent dans

10 pays, dont 5 États africains : Afrique du Sud, Angola, Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo (OMS, 2018d). Au cours de la période 2010-2015, la couverture vaccinale totale dans la région africaine a varié entre 12 % et 91 % (OMS, 2018). Les enquêtes d'évaluation des formations sanitaires, réalisées entre 2012 et 2016 dans 15 pays, indiquent que les services de vaccination sont offerts par une grande majorité (85%) des formations sanitaires des pays africains étudiés (OMS, 2018). Le Zimbabwe avait le pourcentage le plus élevé d'établissements ayant indiqué offrir des services de vaccination (97%), suivi de la Sierra Leone (93%), du Niger (92%), du Tchad (91%), de la Zambie et du Togo (89% chacun). La Mauritanie a la plus faible proportion d'établissements ayant indiqué la disponibilité des services de vaccination (65 %) (OMS, 2018). Le pourcentage d'enfants recevant une dose adéquate du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC) est souvent utilisé comme indicateur de la qualité des services de vaccination systématique fournis dans les pays (UNICEF, 2018k). En 2017, les taux de couverture mondiale pour la troisième dose du DTC3 (3 doses du vaccin DTC) ont atteint 85%, contre 72% en 2000 et 21% en 1980. Sur le continent africain, l'OMS rapporte que la couverture du DTC3 stagne à 72% depuis 2014 (OMS, 2018e). La figure 5 (page 46) illustre le pourcentage actuel d'enfants ayant reçu une dose adéquate de DTC3 (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018).

- 71 Malgré les succès remportés sur le continent, des épidémies de maladies évitables par la vaccination continuent de se produire, en particulier dans les États fragiles, en raison de la faible couverture vaccinale et de l'interruption des programmes de vaccination. Ceci a été illustré par une épidémie de fièvre jaune en Angola et en RDC en 2016 (Agyepong et al., 2017). Les conflits sont l'un des principaux facteurs - avec le sous-investissement dans les programmes nationaux de vaccination, les ruptures de stocks de vaccins et les épidémies - qui perturbent les systèmes de santé et empêchent la fourniture durable des services de vaccination.
- 72 Environ 40 % (près de 8 millions) des nourrissons sous-immunisés dans le monde vivent dans des situations fragiles ou humanitaires, notamment dans des pays touchés par des conflits (UNICEF, 2018k). Dans les pays touchés par des situations de conflit, Save the Children estime que les deux tiers des enfants ne sont pas vaccinés, ce qui les expose aux risques de maladies infantiles évitables (Cooper, 2018). Les efforts visant à relever les niveaux de vaccination dans le monde exigeront de mettre fortement l'accent sur les pays où vivent le plus grand nombre d'enfants non vaccinés, tout en veillant à ce que les pays où les enfants risquent le plus de ne pas recevoir la vaccination ne soient pas négligés (UNICEF, 2018k). Dans les régions touchées par un afflux de réfugiés, de personnes déplacées et de rapatriés, le HCR et ses partenaires signalent qu'il a géré avec succès de multiples flambées de choléra (Kenya, Ouganda et Soudan), paludisme (Ouganda), rougeole (Angola), typhoïde (Rwanda) et varicelle (République du Congo) [HCR, 2017a]. L'élaboration d'une nouvelle politique de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), lancée en 2017, a été un grand succès dans la fourniture de vaccins et d'immunisations qui sauvent des vies. Elle offre une plus grande flexibilité et un soutien adapté dans la fourniture de vaccins aux pays accueillant des réfugiés, ce qui renforce encore l'intégration et la durabilité (HCR, 2017a). Les taux de vaccination des populations de réfugiés, de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et de rapatriés ne sont pas disponibles et ne peuvent donc pas être analysés plus avant.

1.2.3. Nutrition des enfants

- 73 La malnutrition maternelle et infantile, sous toutes ses formes, est un problème mondial aux conséquences importantes pour la survie, l'incidence des maladies aiguës et chroniques, le développement sain et la productivité économique des individus et des sociétés (Black et al., 2013). Il est bien établi que les 1000 premiers jours de la vie d'un enfant - de la conception jusqu'à son deuxième anniversaire - sont une période cruciale, au cours de laquelle une bonne nutrition et une croissance saine permettent un développement optimal et, par conséquent,

des bénéfiques durables tout au long de la vie (Black et al., 2013). L'interaction d'une mauvaise alimentation et d'infections fréquentes au cours de cette période de 1000 jours et des années suivantes de l'enfance entraîne un cercle vicieux de détérioration de l'état nutritionnel et d'augmentation de la vulnérabilité à l'infection (De Onis, Branca, 2016). L'infection nuit à l'état nutritionnel en réduisant l'appétit, en altérant l'absorption intestinale, en augmentant la consommation d'énergie et en détournant les nutriments de leur croissance vers la réponse immunitaire. En retour, la dénutrition augmente le risque d'infection par son impact négatif sur la fonction de barrière épithéliale et la réponse immunitaire altérée (De Onis, Branca, 2016).

- 74 L'étude réalisée par Cost of Hunger in Africa (COHA) visait à estimer les impacts économiques et sociaux de la dénutrition infantile en Afrique et a fourni une occasion utile de comparer les situations nutritionnelles de plusieurs pays du continent (CUA, 2012). Au départ, l'étude effectuée par Cost of Hunger in Africa a été menée dans quatre pays dans sa première phase : L'Égypte, l'Éthiopie, l'Ouganda et le Swaziland ont été conclus en 2012. L'étude se poursuit dans 12 pays, à savoir le Botswana, le Burkina Faso, le Cameroun, l'Égypte, l'Éthiopie, l'Ouganda, le Ghana, le Kenya, le Malawi, la Mauritanie, le Rwanda, le Swaziland et le Malawi. Dans les quatre pays de la première phase, l'étude initiale a montré que la dénutrition infantile engendre des coûts de santé équivalant à entre 1 et 11 % du total des budgets publics alloués à la santé. Ces coûts sont dus aux épisodes directement associés à la quantité et à l'intensité croissantes des maladies qui affectent les enfants présentant une insuffisance pondérale et aux protocoles nécessaires à leur traitement. Le traitement de la dénutrition et des maladies connexes est un coût essentiel et récurrent pour le système de santé, mais l'étude de Cost of Hunger in Africa a montré que la majorité des coûts de traitement sont supportés par les familles, avec des proportions allant de 73% en Égypte à 90% en Éthiopie. Le modèle estimait qu'une réduction de la prévalence de la dénutrition à la moitié du niveau de 2009 d'ici à 2025 pourrait générer une économie annuelle moyenne de 3 à 376 millions de dollars des États-Unis pour les pays analysés. L'objectif de l'Initiative africaine renouvelée de l'UA pour l'élimination du retard de croissance en Afrique (ARISE) est de faire en sorte que la nutrition figure en bonne place dans le programme de développement du continent en sensibilisant l'opinion et en encourageant l'engagement politique ainsi que les ressources pour éliminer le retard de croissance sur la base des résultats générés par les études du coût de la faim en Afrique.
- 75 En 2012 et 2013, l'OMS a adopté une série d'objectifs visant à réduire sensiblement le fardeau des nombreuses formes de malnutrition d'ici à 2025 (Development Initiatives, 2018). L'ensemble complet des six objectifs mondiaux en matière de nutrition maternelle et infantile approuvés par la soixante-cinquième (65e) Assemblée mondiale de la Santé (AMS) est le suivant : réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance ; réduire et maintenir la cachexie chez les enfants à moins de 5 % ; ne pas observer d'augmentation du surpoids chez les enfants (enfants de moins de cinq ans) ; réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer (enceintes et non enceintes), augmenter le taux de l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois à au moins 50 % et réduire le faible poids de naissance à 30% (UNSCN, 2014). La Commission de l'UA a reconnu l'importance de ces objectifs mondiaux et les a adoptés dans le cadre de la Stratégie régionale africaine de nutrition 2015-2025 (CUA, 2016). Soulignant davantage l'importance de la nutrition pour le développement, les États membres de l'ONU ont adopté en 2015 un objectif ambitieux : « *mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes* » d'ici à 2030 dans le cadre des ODD (Cible 2.2) [ONU, 2015b].
- 76 Le retard de croissance linéaire est devenu le principal indicateur de la dénutrition infantile, car il est très répandu dans presque tous les pays à revenu faible et/ou intermédiaire (PRFI) et a des conséquences importantes pour la santé et le développement (Black et al., 2013). Le retard de croissance passe souvent inaperçu dans les communautés où la petite taille est si courante qu'elle est considérée comme normale. La difficulté d'identifier visuellement les enfants souffrant d'un retard de croissance et l'absence d'évaluation systématique de la

croissance linéaire dans les services de soins de santé primaires expliquent pourquoi il a fallu si longtemps pour reconnaître l'ampleur de ce fléau caché (De Onis, Branca, 2016). Le retard de croissance commence souvent in utero ; il résulte d'interactions complexes d'influences domestiques, environnementales, socio-économiques et culturelles, et se poursuit au moins pendant les deux premières années de la vie postnatale (De Onis, Branca, 2016). Il est incurable et a contribué à au moins un décès sur dix (8% de tous les décès) chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique (De Onis, Branca, 2016). Le retard de croissance est associé à une augmentation de la morbidité et de la mortalité dues aux infections, en particulier la pneumonie et la diarrhée, mais aussi la septicémie, la méningite, la tuberculose et l'hépatite, ce qui suggère un trouble immunitaire généralisé chez les enfants présentant un retard de croissance grave (De Onis, Branca, 2016).

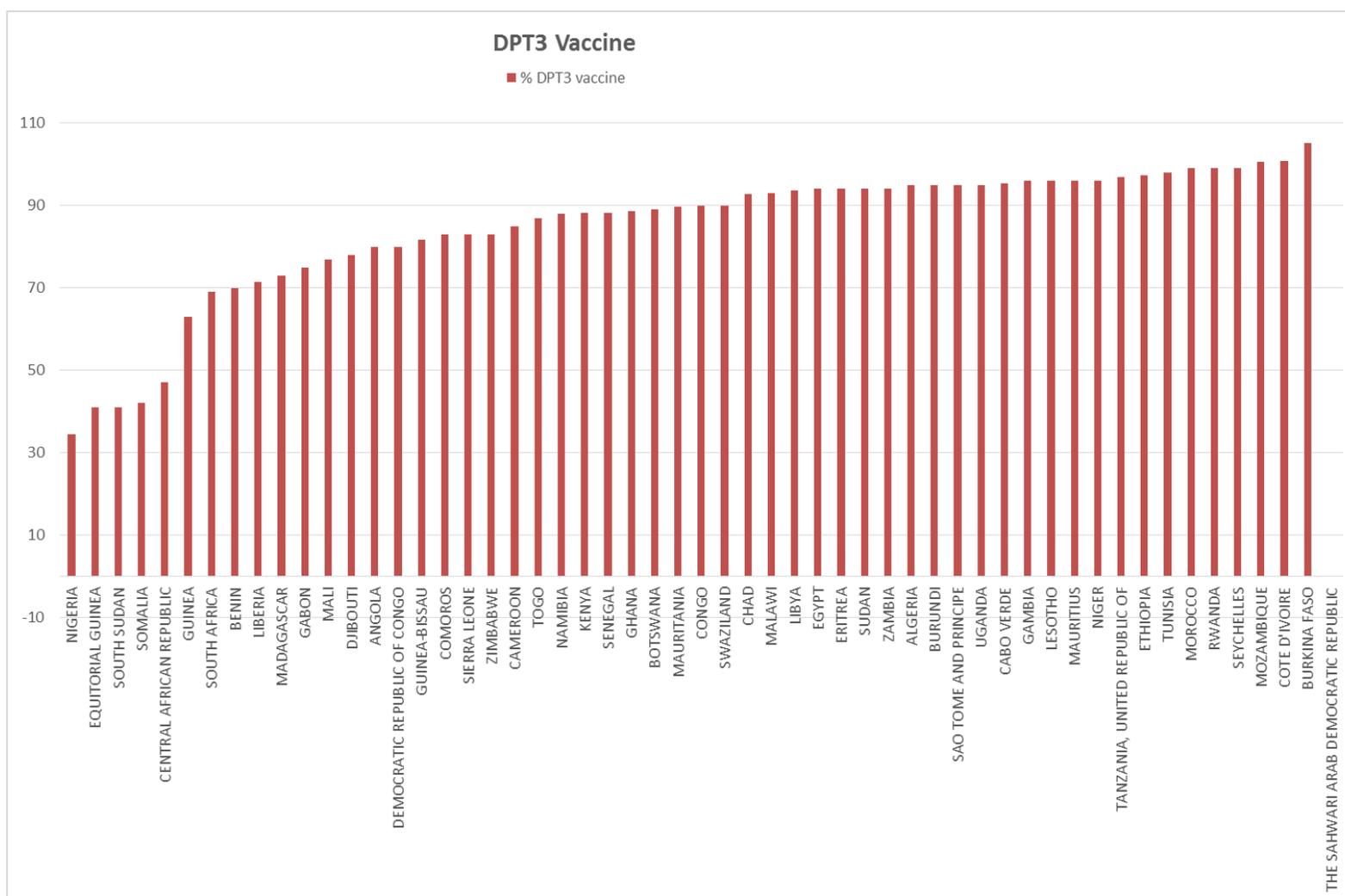


Figure 5: Pourcentage actuel d'enfants africains ayant reçu une dose adéquate de DTC3 par pays (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018).

- 77 Le retard de croissance a de graves conséquences sur la santé et le fonctionnement à court et à long terme, notamment une mauvaise cognition et de mauvais résultats scolaires, de faibles salaires pour les adultes et une perte de productivité (De Onis, Branca, 2016). Cela a été corroboré par les résultats de l'Étude sur le coût de la faim en Afrique (CDFA) (CUA, 2012), qui a montré que les personnes qui souffraient d'un retard de croissance avant leur cinquième anniversaire ont 0,2 à 1,2 année d'études scolaires de moins que leurs homologues ne souffrant pas de retard de croissance (AUC, 2012). Le retard de croissance est associé à entre 7 et 16 % des redoublements chez les enfants d'âge scolaire. Soulignant l'impact sur la productivité économique d'un pays, il y a une réduction de 1 à 8% de la main-d'œuvre sur le continent due au retard de croissance des enfants et les pays africains perdent entre 1,9 et 16,5% de leur PIB annuel à cause du retard de croissance des enfants (CUA, 2012).
- 78 Malgré une réduction globale des retards de croissance, 150,8 millions d'enfants (22,2%) de moins de cinq ans souffrent encore de retards de croissance (Development Initiatives, 2018). Selon les chiffres mondiaux, la majorité des enfants souffrant de retard de croissance vivent en Asie, tandis que plus d'un tiers (36%) vivent en Afrique (UNSCN, 2014). La Stratégie régionale africaine de nutrition 2015-2025 (CUA, 2016) préconise une réduction de 40 % du nombre mondial d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance d'ici à 2025, ce qui nécessiterait une réduction de 3,9 % par an et impliquerait de réduire le nombre d'enfants souffrant de retard de croissance de 171 millions en 2010, à environ 100 millions en 2025 (Black et al., 2013). Le taux de retard de croissance dans la région africaine a diminué lentement (OMS, 2018). Au cours de la période 2000-2016, le taux de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans a diminué en moyenne de 1,3% par an, passant de 38,3% en 2000 (OMS, 2018) à 30,3% en 2017 (Development Initiatives, 2018). Alors que les taux de retard de croissance en Afrique ont diminué, en termes absolus, le nombre d'enfants souffrant de retard de croissance de moins de 5 ans est passé de 50,4 millions en 2000 à 59,0 millions en 2016 (OMS, 2018). Au niveau régional, les chiffres en Afrique de l'Est et australe et en Afrique de l'Ouest et centrale ont augmenté, passant respectivement de 27,6 à 29,0 millions et de 22,8 à 28,9 millions (UNICEF, OMS, Groupe Banque mondiale, 2018). Il existe d'importantes différences entre les pays, le taux de retard de croissance allant de 7,9 % aux Seychelles à 57,5 % au Burundi (African Development Bank Group, 2018). La figure 6 (à la page 49) montre le pourcentage actuel d'enfants africains de moins de 5 ans qui souffrent d'un retard de croissance (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018).
- 79 Selon les données les plus récentes publiées par le HCR dans son Aperçu mondial annuel de la santé publique, 32 des 98 sites (32,7%) suivis en 2017 ont enregistré une prévalence de retard de croissance chez les enfants réfugiés, déplacés et rapatriés, âgés de 6 à 59 mois, dépassant le niveau critique de 40% (HCR, 2017a). La majorité des sites (75%) pour lesquels le HCR dispose de données historiques à des fins de comparaison, montre que la prévalence du retard de croissance est constamment élevée sans changement significatif (HCR, 2017a). Une amélioration du retard de croissance a été constatée dans 17 des 88 sites de pays suivis (19,3%), avec des améliorations au Burkina Faso, au Tchad, à Djibouti, en Érythrée, en Éthiopie, au Kenya, en Ouganda et en Zambie (HCR, 2017a).
- 80 La perte de poids, lorsque les enfants sont trop minces pour leur taille, peut être due à des pénuries alimentaires aiguës ou à une maladie. La perte de poids se caractérise par une détérioration rapide de l'état nutritionnel sur une courte période de temps (Development Initiatives, 2018). Il est d'une importance capitale de s'attaquer au problème de l'émaciation en raison du risque accru de maladie et de décès chez les enfants qui perdent trop de poids corporel (UNSCN, 2014). L'émaciation et le retard de croissance sont associés à une augmentation de la mortalité, surtout lorsque les deux sont présents chez le même enfant. En outre, il devient de plus en plus évident que les enfants souffrant d'émaciation sont plus susceptibles de souffrir d'un retard de croissance et que les enfants qui souffrent d'un retard de croissance sont plus susceptibles de souffrir d'émaciation (Development Initiatives, 2018).

- 81 Au niveau mondial, les fardeaux coexistants affectent des millions d'enfants, dont 15,95 millions souffrent de cachexie et de retard de croissance (Development Initiatives, 2018). Un peu plus d'un quart (28%) des enfants souffrant de cachexie dans le monde vivent en Afrique (UNSCN, 2014). En 2017, dans le monde, 50,5 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient souffraient de cachexie (Development Initiatives, 2018), dont 16 millions en souffraient gravement (UNICEF, 2018I). Le Rapport mondial sur la nutrition 2018 indique que la prévalence mondiale de cachexie est de 7,5 % (Development Initiatives, 2018), n'ayant pas diminué par rapport à la même prévalence en 2014 (UNICEF, OMS, Groupe Banque mondiale, 2018). Sur le continent africain, la prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans était de 7,4 % en 2016 et avait diminué à 7,1 % (Development Initiatives, 2018) en 2017. Bien que cela soit proche de l'objectif global de 5 % (CUA, 2016), cela indique également une absence de réduction insuffisante au cours des dernières années. Comme le montre la figure 4 (page 42), il existe d'importantes différences entre les pays en ce qui concerne la prévalence de l'émaciation infantile, le taux variant de 1,7% au Rwanda à 24,3% au Sud-Soudan, avec une moyenne de 7,8% (UNICEF, 2018I). Sur les 54 pays disposant de données sur l'émaciation des enfants, les deux tiers d'entre eux (36 pays) avaient des taux d'émaciation supérieurs à l'objectif mondial de 5% (UNICEF, 2018I).
- 82 Dans les contextes de réfugiés et de conflits, la malnutrition aiguë globale (MAG) est l'un des principaux indicateurs nutritionnels suivis afin de déterminer les besoins et de suivre l'état de santé. Elle est définie comme la présence de malnutrition aiguë modérée (MAM) et de malnutrition aiguë sévère (MAS) dans une population (OMS, 2000). Si l'on compare les données du HCR pour 2017, disponibles dans l'Aperçu global annuel de la santé publique, avec celles des années précédentes, on constate une amélioration de la MAG dans 8 des 88 sites (9,1%) qui fournissent des services de santé humanitaire aux populations réfugiées, déplacées et rapatriées (HCR, 2017a). Une détérioration de la prévalence de la MAG a été notée dans 7 des 88 sites (8%), notamment les 4 camps les plus septentrionaux du Tchad à l'Est, et en Éthiopie parmi les camps de Gambella et Assosa (HCR, 2017a).

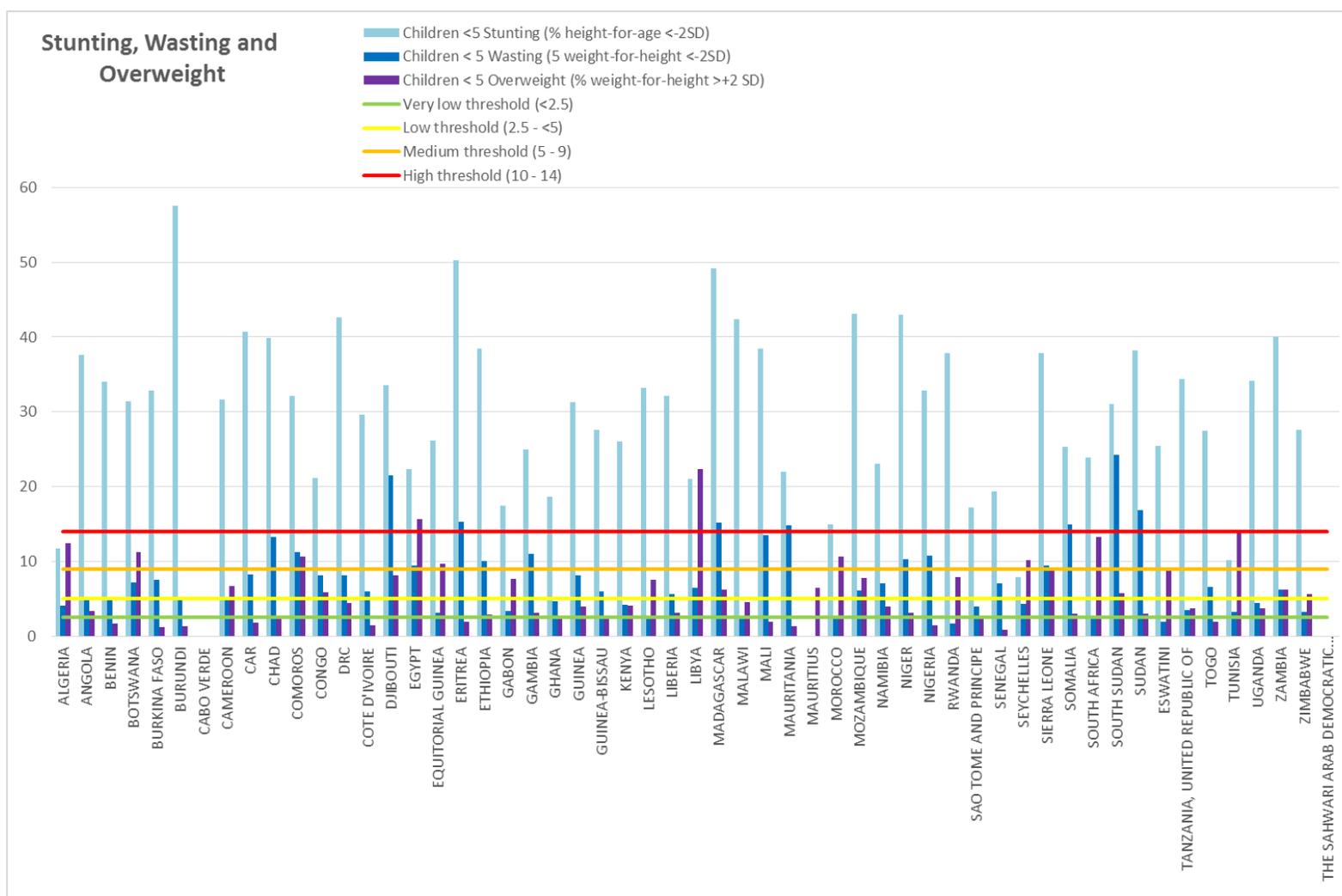


Figure 6: Pourcentage actuel d'enfants africains, par pays, âgés de moins de 5 ans, qui souffrent de retard de croissance, d'émaciation et de surcharge pondérale (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018).

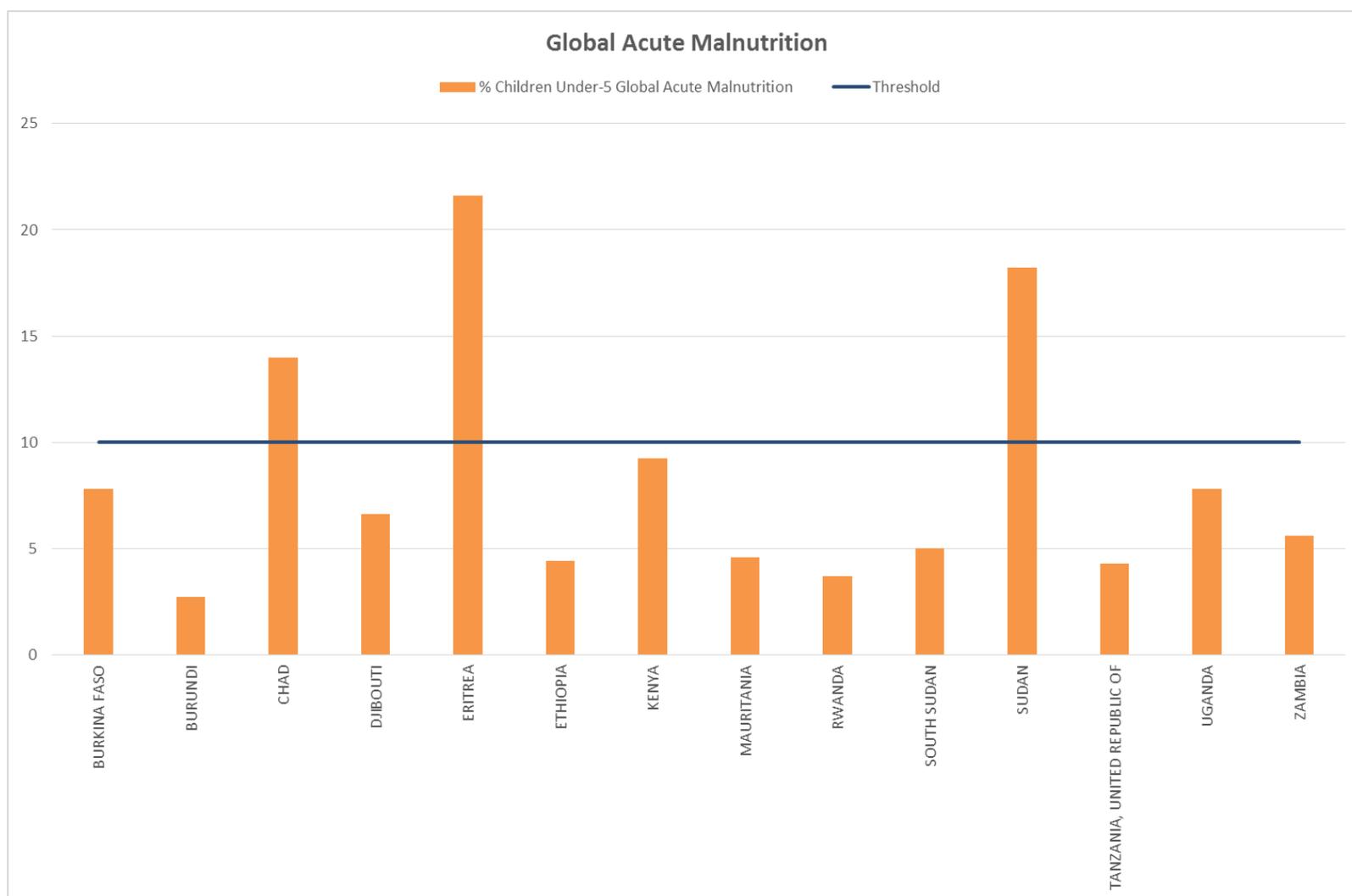


Figure 7: Pourcentage d'enfants africains réfugiés, déplacés et rapatriés, âgés de moins de 5 ans, qui souffrent de malnutrition aiguë globale (HCR, 2017a).

- 83 Selon le HCR, dans de nombreuses situations d'urgence prolongées, les taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) dépassent régulièrement le seuil d'urgence de plus de 15 % des enfants souffrant de malnutrition aiguë (moins de 2 z-scores poids pour taille (WHZ) ou présentant un œdème nutritionnel), malgré les interventions humanitaires actuelles (Young, Marshak, 2018). En 2017, 61 des 98 sites étudiés (62,2%) respectaient les normes de MAG de moins de 10%, tandis que 21/98 (21,4%) étaient au-dessus du seuil d'urgence de plus de 15%. Sur ces 21 sites, 12 sont des situations d'urgence en cours (HCR, 2017a). Les pays les plus fréquemment cités sont la Somalie, l'Éthiopie et le Sud-Soudan. La ceinture sahélienne et la Corne de l'Afrique ont été les deux régions les plus régulièrement mises en avant (Young, Marshak, 2018). Ce problème ne se limite pas aux contextes humanitaires, mais se manifeste également dans des contextes de développement plus stables, en dépit d'une amélioration générale des retards de croissance et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde. Il a été signalé que la prévalence de la MAG est généralement restée supérieure à 15 % dans les pays suivants : Tchad, Niger et Sud-Soudan (Young, Marshak, 2018). La figure 7 (à la page 50) montre le pourcentage d'enfants africains réfugiés, déplacés et rapatriés, âgés de moins de 5 ans, qui souffrent de malnutrition aiguë globale dans les situations humanitaires servies par le HCR (HCR, 2017a).
- 84 Dans un document de travail rédigé par le Feinstein International Center on Persistent Global Acute Malnutrition, les informateurs ont généralement convenu qu'une compréhension des facteurs de la MAG doit guider la conception des interventions qui s'y rapportent (Young, Marshak, 2018). Le cadre conceptuel de l'UNICEF (Jonsson, 1992), qui identifie les causes de la malnutrition et des décès, reste le cadre conceptuel le plus connu et le plus largement adopté et a été reproduit à de nombreuses reprises. Les informateurs ont noté qu'en période de crise prolongée, les facteurs de la MAG persistante sont souvent mal définis, en partie à cause des trois causes sous-jacentes : la nourriture, les soins et la santé. Tous peuvent jouer un rôle, de sorte qu'il n'y a peut-être pas de raison unique pour expliquer la persistance de la MAG (Young, Marshak, 2018). Malgré l'importance reconnue de la santé publique et des déterminants sociaux de la santé dans la lutte contre la maladie et la sensibilisation sur les soins aux enfants et aux femmes, l'accent mis sur l'alimentation en priorité tend encore à dominer la prévention de la malnutrition dans les situations d'extrême urgence. Les données probantes dans les situations de MAG prolongées et persistantes indiquent que la sécurité alimentaire n'est peut-être pas le principal moteur (Young, Marshak, 2018).
- 85 Le surpoids et l'obésité chez les enfants augmentent le risque de maladies non transmissibles (MNT) liées à l'alimentation, de décès prématuré et d'invalidité à l'âge adulte. Les moteurs de la surcharge pondérale et de l'obésité infantiles sont la promotion de la surconsommation d'une alimentation malsaine et d'une faible activité physique (UNSCN, 2014). En 2017, 38 millions d'enfants de moins de 5 ans, soit 5,6 % de la population mondiale, souffraient de surcharge pondérale (UNICEF, 2018I). Pour le continent africain, la prévalence la plus récente de surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans a été de 5% (Development Initiatives, 2018). Alors que si l'on compare l'Afrique à d'autres régions du monde, le taux de surpoids chez les enfants est beaucoup plus faible, une analyse plus approfondie montre qu'il existe des disparités entre les régions du continent et que l'état nutritionnel mérite un appel à agir (OMS, 2018). La prévalence en Afrique du Nord et en Afrique australe est de 10,3% et 13,7% respectivement, tandis que la prévalence en Afrique de l'Ouest est de 3,4% (UNICEF, OMS, Groupe de la Banque mondiale, 2018). Les taux varient également considérablement d'un pays à l'autre, allant de 0,9% au Sénégal à 22,4% en Libye (UNICEF, 2018I). Selon les données de 2018, elle était supérieure à 10 % dans neuf pays : Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Comores, Égypte, Libye, Maroc, Seychelles et Tunisie. Le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, la Côte d'Ivoire, l'Érythrée, la Guinée-Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Nigéria, la République centrafricaine, le Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal et le Togo affichaient les taux de surcharge pondérale les plus faibles parmi les enfants de moins de cinq ans (moins de 2,5%) [UNICEF, 2018]. La figure 6 (à la page 49) montre le pourcentage actuel d'enfants en surcharge pondérale, par pays.

- 86 Les micronutriments, également appelés vitamines, minéraux et oligo-éléments, sont des composantes essentielles d'une alimentation saine. Ils ne sont nécessaires qu'en petites quantités, mais ils sont pourtant les éléments constitutifs essentiels d'un cerveau, d'un os et d'un corps sains (UNICEF, 2018h). Les carences en micronutriments peuvent être dues aux causes immédiates de la malnutrition, telles qu'un apport insuffisant d'aliments nutritifs, des maladies infectieuses (UNICEF, 2018h) ou une mauvaise absorption (Development Initiatives, 2018). Des facteurs sous-jacents, tels que des pratiques de soins inadéquates et un environnement familial malsain, notamment une eau insalubre et un mauvais assainissement, menacent également la consommation alimentaire et augmentent les infections (UNICEF, 2018h), ce qui a un effet négatif sur la consommation de micronutriments. Selon la Stratégie régionale africaine de nutrition 2015-2025, les carences en micronutriments semblent nécessiter une attention particulière en Afrique (AUC DSA, 2016). La communauté internationale s'est concentrée sur plusieurs micronutriments qui restent des problèmes à l'échelle mondiale, notamment le fer, le zinc, la vitamine A, le folate et l'iode, car ils sont les plus difficiles à satisfaire sans des régimes alimentaires variés (Development Initiatives, 2018).
- 87 L'anémie ferriprive est un indicateur général des carences en micronutriments chez les enfants. Ses effets sont exacerbés par plusieurs maladies (Development Initiatives, 2018). En 2016, le Burkina Faso affichait la plus forte prévalence d'anémie ferriprive chez les enfants de moins de 5 ans, avec un taux de 86,2%. La Libye et la Tunisie partageaient la prévalence la plus faible avec 28,8% des enfants de moins de 5 ans, qui souffraient d'anémie ferriprive (UNICEF, 2018i). La prévalence moyenne pour l'ensemble des États africains était de 55,9% (UNICEF, 2018i). La figure 8 (à la page 55) montre le pourcentage actuel de prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans vivant dans les pays africains (Development Initiatives, 2018).
- 88 Selon l'Aperçu global annuel 2017 du HCR en matière de santé publique, seuls 3 (3,1 %) des 97 sites de pays respectaient la norme de moins de 20 % des enfants réfugiés, déplacés et rapatriés souffrant d'anémie, tandis que 45 (46,4 %) des 97 sites de pays étaient sous le seuil critique de 40 %, indiquant que plus de la moitié des sites affichaient des niveaux d'anémie supérieurs au seuil critique (HCR, 2017a). La majorité des sites nationaux, pour lesquels le HCR dispose de données historiques à des fins de comparaison, montrent que la prévalence de l'anémie est stable mais toujours élevée, mais il est préoccupant de constater que dans 18,6% des sites nationaux, l'anémie est sensiblement plus élevée que dans les enquêtes précédentes (HCR, 2017a).
- 89 Il existe encore de vastes lacunes dans les données disponibles pour mieux comprendre la nature et l'ampleur de la malnutrition en micronutriments sous toutes ses formes. Le Rapport mondial sur la nutrition 2018 appelait à « *des données infranationales plus complètes pour mieux comprendre où se situent les charges et quelles sont les causes directes et sous-jacentes de la malnutrition dans ces zones localisées afin de mieux cibler les programmes et interventions* » (Development Initiatives, 2018, p.54). Bien que l'on sache peu de choses sur les données relatives aux carences en micronutriments chez les enfants de moins de 5 ans en conflit, il faut aider les personnes qui s'occupent d'eux à fournir des aliments complémentaires riches en énergie, en protéines et en micronutriments tels que fer, zinc, calcium, vitamine A, vitamine C et folate (WHO, 2004). Lors du choix des aliments destinés à une distribution spéciale, il faut tenir compte des produits d'origine animale ou des rations alimentaires enrichies, qui fournissent des quantités adéquates de fer, de zinc et de calcium (OMS, 2004).
- 90 Bien qu'il soit bien établi que les nourrissons devraient être nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie (CUA, 2016 ; OMS, 2019b ; UNICEF, 2018f) pour une santé optimale, il a été démontré que les situations de conflit rendent cette

recommandation difficile. En principe, les nourrissons devraient être allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance, être nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie et continuer à être allaités jusqu'à l'âge de 2 ans et plus. Dès l'âge de 6 mois, l'allaitement doit être combiné à une alimentation saine et adaptée à l'âge de la mère avec des aliments solides, semi-solides et mous (UNICEF, 2018f). L'allaitement maternel exclusif favorise une croissance et un développement optimaux, en particulier à la période critique de la naissance à l'âge de 2 ans, soutient le système immunitaire des nourrissons et peut les protéger plus tard dans leur vie contre des maladies chroniques comme l'obésité et le diabète (UNICEF, 2018f). De plus, l'allaitement maternel protège les mères contre certains types de cancer et d'autres problèmes de santé (UNICEF, 2018f). Le succès de l'allaitement dépend de l'allaitement fréquent, de la confiance de la mère dans sa capacité à produire du lait maternel et d'un environnement favorable. La technique d'allaitement apprise par la mère est également particulièrement importante pour assurer le succès de l'allaitement (OMS, 2004). En situation d'urgence, le stress physique et émotionnel peut réduire la confiance d'une femme et diminuer la capacité des autres membres de la famille à l'aider (OMS, 2004).

- 91 Les conditions difficiles auxquelles sont généralement confrontées les situations d'urgence et les situations de réfugiés, de personnes déplacées et de rapatriés, ainsi que l'affaiblissement ou le démantèlement des structures familiales et communautaires, peuvent compromettre la pratique de l'allaitement maternel et entraver le soutien indispensable aux femmes allaitantes (OMS, 2004).
- 92 Dans le monde, seulement 42% des nouveau-nés sont mis au sein de leur mère dans l'heure qui suit la naissance, et seulement 2 nourrissons de moins de 6 mois sur 5 sont nourris exclusivement au sein (UNICEF, 2018f). Selon les données les plus récentes (UNICEF, 2018f ; OMS, 2018), un peu plus de la moitié des bébés de la région africaine (51,2%) ont commencé à prendre le lait maternel de leur mère dans l'heure qui a suivi la naissance. Au niveau régional, environ 40 % des nourrissons d'Afrique de l'Ouest et centrale, et environ 65 % des nourrissons d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, connaissent une initiation précoce à l'allaitement au sein (UNICEF, 2018f). Il est rapporté que le Burundi est le pays qui initie le plus l'allaitement maternel précoce, avec 93,1% (UNICEF, 2018f), alors qu'au Tchad, l'initiation précoce à l'allaitement a eu lieu après 23% des naissances (UNICEF, 2018f). La figure 9 (à la page 57) illustre le pourcentage de nouveau-nés dont l'allaitement maternel est commencé dans l'heure qui suit leur naissance, par pays. Il n'y avait pas de données spécifiques aux pays africains pour l'initiation précoce de l'allaitement maternel parmi les populations de nourrissons réfugiés, déplacés et rapatriés pour analyse.
- 93 L'allaitement maternel exclusif n'est pratiqué que pour moins de la moitié des enfants en Afrique (avec de grandes variations entre et au sein des pays) [CUA, 2016], ce qui indique que l'objectif de 50 % de tous les nourrissons nourris exclusivement au sein en 2030 n'est pas en train d'être atteint (Development Initiatives, 2018). Au niveau mondial, les taux d'allaitement maternel exclusif (AME) se sont légèrement améliorés, n'ayant augmenté que de 7 % au cours des 15 dernières années (UNICEF, 2018f). Sur une note positive, les deux régions qui ont connu une augmentation de l'allaitement maternel exclusif, de dix points de pourcentage ou plus au cours de cette période, sont l'Afrique de l'Est et australe et l'Afrique de l'Ouest et centrale (UNICEF, 2018f). Sur le continent africain, 41,8% des nourrissons sont nourris exclusivement au sein au cours des 6 premiers mois de leur vie (OMS, 2018 ; UNICEF, 2018f). Sur les 51 pays disposant de données sur les taux d'allaitement maternel exclusif, 32 (63%) avaient des taux inférieurs à l'objectif mondial de 50%, l'allaitement maternel exclusif étant particulièrement faible au Tchad (0,1%), au Gabon (5,1%) et en Somalie (5,3%) [UNICEF, 2018f]. Il n'existe pas de données spécifiques aux pays africains sur le pourcentage d'allaitement maternel exclusif parmi les populations de nourrissons réfugiés, déplacés et rapatriés pour analyse. La figure 9 illustre le pourcentage de nourrissons exclusivement allaités au sein, jusqu'à l'âge de 6 mois, par pays.

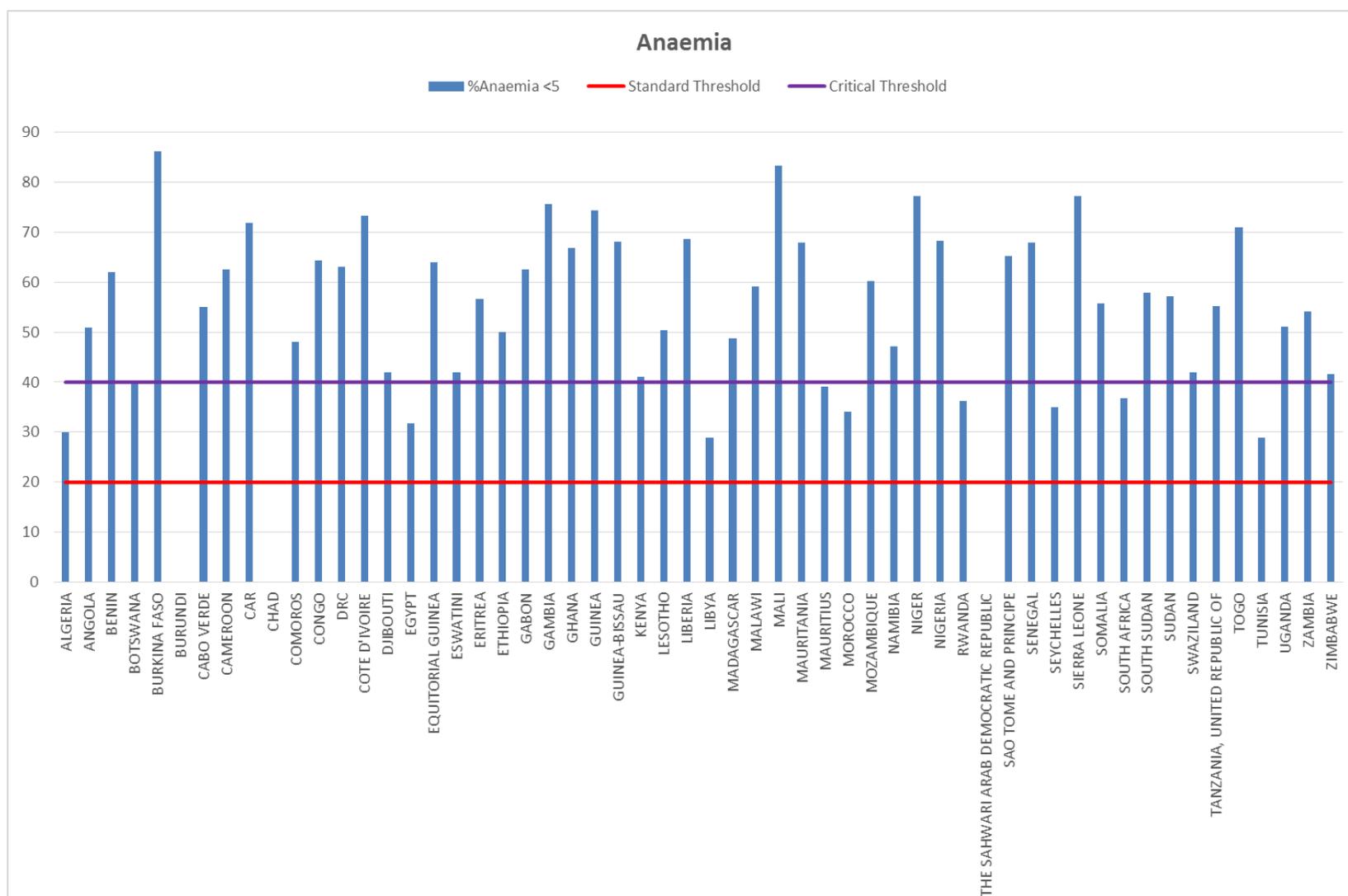


Figure 8: Pourcentage actuel de prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans vivant dans les pays africains (Development Initiatives, 2018).

- 94 Comme pour les enfants qui mûrissent dans des situations non urgentes, les nourrissons vivant dans des situations d'urgence, à partir de 6 mois, ont besoin d'aliments préparés de manière hygiénique, appropriés, faciles à manger et digestibles qui complètent le lait maternel sur le plan nutritionnel (OMS, 2004 ; UNICEF, 2018b). Au fur et à mesure que les nourrissons grandissent, leurs besoins en nutriments augmentent avec eux. L'alimentation fréquente d'une variété d'aliments nutritifs est par conséquent importante pour s'assurer que les besoins en nutriments sont satisfaits (UNICEF, 2018b).
- 95 Bien qu'il soit recommandé que les nourrissons commencent à manger des aliments solides à l'âge de 6 mois, à l'échelle mondiale, moins d'un enfant sur cinq (15,6 %), âgé de 6 à 24 mois, a un régime alimentaire à peine acceptable (Development Initiatives, 2018). La mesure du régime alimentaire minimal acceptable, pour les enfants âgés de 6 à 24 mois, est un indicateur composite de la diversité alimentaire minimale et de la fréquence minimale des repas. Seulement 68,5 % des nourrissons de 6 à 8 mois mangent des aliments solides (Development Initiatives, 2018), ce qui constitue une menace pour leur croissance et leur développement (UNICEF, 2018b). Plus de la moitié (51,2 %) des enfants âgés de 6 à 24 mois ne reçoivent pas le nombre minimum recommandé de repas par jour (Development Initiatives, 2018).

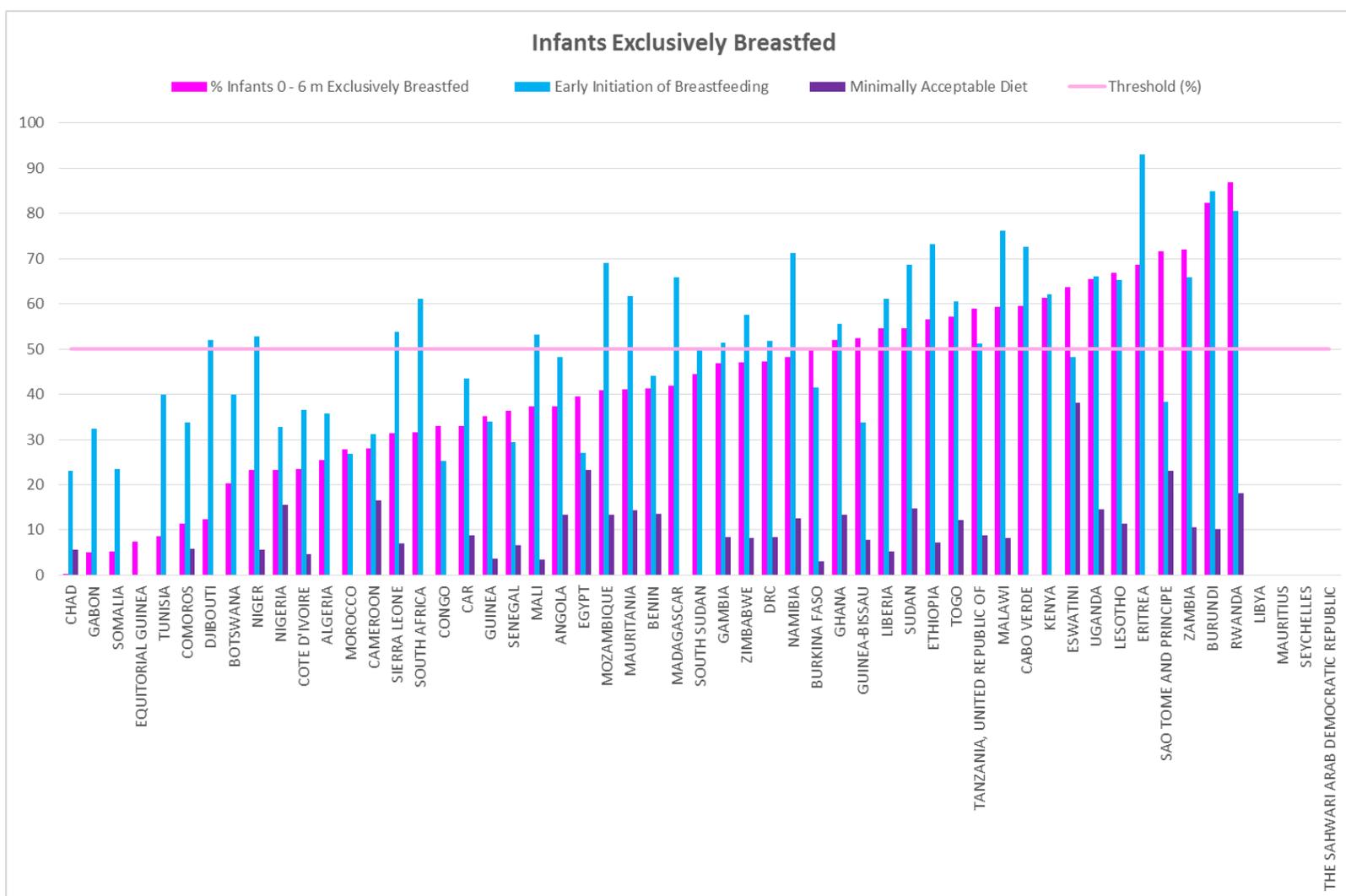


Figure 9: Pourcentages spécifiques par pays pour les taux d'initiation précoce à l'allaitement maternel, les taux d'allaitement exclusif pour les nourrissons (0-6 mois) et les enfants (6-24 mois) qui ont une alimentation minimale acceptable (UNICEF, 2018f).

- 96 Lors de l'évaluation des données des États membres africains, sur les 54 pays, 36 ont indiqué qu'en moyenne, 11,2 % des nourrissons recevaient une alimentation minimale acceptable. Eswatini a enregistré le plus grand nombre de nourrissons recevant un niveau minimal acceptable d'alimentation complémentaire, soit 38,1 % (UNICEF, 2018f). Sur les niveaux nationaux enregistrés, seuls 50 % des pays ont enregistré un régime alimentaire minimum acceptable supérieur à 10 % (UNICEF, 2018f). La figure 9 (à la page 57) illustre le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 24 mois qui ont un régime alimentaire minimum acceptable, par pays. Il n'existe pas de données spécifiques aux pays africains sur le pourcentage d'enfants réfugiés, déplacés et rapatriés qui ont un régime alimentaire minimum acceptable pour l'analyse.
- 97 Le personnel soignant inexpérimenté a besoin d'un soutien supplémentaire en ce qui concerne les principes de base de l'alimentation adaptée, les besoins alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants, la préparation d'aliments sains et la fréquence adéquate de l'alimentation pour nourrir correctement les jeunes enfants dans les situations d'urgence (OMS, 2004). Étant donné que l'effectif du personnel soignant est souvent réduit pendant les situations d'urgence et que les niveaux de stress augmentent, la promotion de la capacité d'adaptation du personnel soignant est un élément essentiel pour favoriser de bonnes pratiques alimentaires pour les nourrissons et les jeunes enfants (OMS, 2004). Les facteurs particuliers qui influent sur l'alimentation complémentaire optimale pendant une situation d'urgence comprennent les ajustements aux changements qui influent sur la quantité et la qualité des aliments consommés.
- 98 Le secteur agricole en Afrique se compose principalement de petites exploitations agricoles non mécanisées, alimentées par la pluie, à faible technologie et à faible niveau d'intrants, et la production alimentaire a été insuffisante en grande partie à cause des conflits, des catastrophes naturelles, des mauvaises récoltes et des prix des aliments (Fanzo, 2012). Dans les situations de conflit en Afrique, l'insécurité alimentaire est à son niveau le plus élevé jamais enregistré (IDMC, 2018). Selon les estimations, 9,9 millions de personnes en RDC souffrent d'insécurité alimentaire et deux millions d'enfants sont exposés au risque de MAS, ce qui représente 12% du fardeau mondial (IDMC, 2018). Une combinaison de facteurs, notamment les déplacements de population, les maladies infectieuses, l'augmentation de la pauvreté et la diminution de la production alimentaire, entraînent une augmentation des niveaux de malnutrition chez les enfants pendant les conflits armés (Rieder, Choonara, 2012). Il a été démontré que les taux de malnutrition et de mortalité infantiles augmentent pendant les conflits armés (OMS, Principes directeurs 2004 ; Rieder, Choonara, 2012). En raison de la synergie d'une forte prévalence de la malnutrition et d'une incidence accrue des maladies transmissibles, pour les enfants qui vivent dans des contextes de conflit ou humanitaires et qui ne souffrent que d'une malnutrition légère, le risque de mourir d'une maladie est le double de celui des enfants bien nourris. Le risque est encore plus grand pour les personnes souffrant de malnutrition sévère (OMS, 2004). Si l'aide alimentaire à l'Afrique est impérative, en particulier pour les pays submergés par des conflits ou subissant les conséquences du changement climatique (Fanzo, 2012), la pénurie et l'inadaptation des ressources alimentaires dans les situations de conflit et d'urgence rendent souvent très difficiles les aspects essentiels de l'alimentation et des soins (OMS, 2004).
- 99 Dans la région du Grand Kanem au Tchad, l'insuffisance de la production agricole et animale (due au changement climatique, au manque de formation et d'outils agricoles, aux dégâts causés aux cultures par les insectes et les oiseaux, au manque d'irrigation) a contribué à des taux de MAG alarmants (Young, Marshak, 2018). Le manque de revenus et l'accès compliqué aux marchés rendent difficile l'acquisition d'une alimentation adéquate. La malnutrition reste élevée même en période de forte production agricole. La cause la plus directe de la malnutrition est la pratique des soins. L'anorexie maternelle volontaire survient afin de donner naissance à un bébé de faible poids et de réduire le risque de mortalité maternelle. Les mères ne pratiquent pas l'allaitement maternel exclusif car elles donnent à

leurs enfants de l'eau, souvent malpropre, pendant la saison chaude. Lorsqu'un nourrisson ou un enfant développe une diarrhée, les guérisseurs traditionnels lui administrent des traitements inefficaces et parfois nocifs. Les nourrissons sont sevrés trop soudainement et manquent de diversité alimentaire, en particulier d'accès aux protéines d'origine animale et aux fruits et légumes. Les taux d'infection sont élevés en raison de la consommation d'eau insalubre et de l'absence de bonnes pratiques d'hygiène, associés à la faiblesse du système de santé public. Indiquant la nécessité de s'attaquer aux causes transversales et fondamentales de la malnutrition, on s'inquiète du faible taux d'alphabétisation et d'éducation des femmes et de son lien avec les soins et les pratiques alimentaires. Cela pourrait conduire à une mauvaise compréhension des messages nutritionnels ou à des obstacles socio-économiques supplémentaires dans la mise en œuvre effective de bons programmes de nutrition et de soins (Young, Marshak, 2018).

100 L'amélioration substantielle de la nutrition sera essentielle pour accroître les taux de survie des enfants (Requejo, Bhutta, 2015) et il sera difficile de le faire sans une amélioration de la proportion d'enfants souffrant d'émaciation qui reçoivent un traitement opportun et approprié (UNSCN, 2014). Les interventions en matière de nutrition ne suffiront pas à elles seules, d'où l'importance des efforts en cours pour promouvoir des programmes et des approches sensibles à la nutrition qui s'attaquent aux déterminants fondamentaux de la malnutrition et de la santé, tels que l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'éducation, l'eau, l'assainissement et les interventions sanitaires, la santé, la réduction de la pauvreté et l'autonomisation des femmes dans la société (De Onis, Branca, 2016). L'élaboration de plans multisectoriels pour traiter le retard de croissance à l'échelle nationale en combinant des interventions nutritionnelles directes avec des stratégies concernant la santé, la planification familiale, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, et d'autres facteurs qui affectent le risque de retard de croissance, devrait également être encouragée (De Onis, Branca, 2016).

101 Une bonne nutrition dès le plus jeune âge est également essentielle pour permettre aux enfants d'atteindre leur potentiel de développement ; cependant, une mauvaise nutrition coïncide souvent avec d'autres risques liés au développement, en particulier une stimulation insuffisante pendant la petite enfance. Des interventions visant à promouvoir la stimulation à domicile et les possibilités d'apprentissage en plus d'une bonne nutrition seront nécessaires pour assurer un développement précoce optimal et des gains à long terme du capital humain (Black et al., 2013).

1.2.4. Développement de la petite enfance

102 Les processus de développement et les expériences précoces de la grossesse jusqu'à l'âge de 3 ans (au cours des 1000 premiers jours critiques de l'enfance) affectent de façon significative la santé, l'apprentissage et la productivité, ainsi que le bien-être social et émotionnel. Les enfants souffrant de retard de croissance présentent souvent un retard dans le développement de leurs habiletés motrices, comme ramper et marcher, sont apathiques et ont un comportement exploratoire diminué, ce qui réduit l'interaction avec les fournisseurs de soins et l'environnement (De Onis, Branca, 2016). Les compétences interpersonnelles, qui sont favorisées par des relations affectives sécurisées avec les personnes qui s'occupent des enfants (parents, familles et autres personnes qui s'en occupent), engendrent de l'empathie et de la maîtrise de soi qui inhibent la criminalité et la violence (OMS, UNICEF, Groupe Banque mondiale, 2018). Une mauvaise santé, au-delà des conséquences physiques et émotionnelles, prive également les enfants de la possibilité de jouer et d'apprendre. L'absence d'éducation dans la petite enfance ou le fait de vivre dans un environnement peu stimulant ou peu propice au soutien affectif peut sérieusement limiter la productivité d'une personne à l'âge adulte (UNICEF, 2016).

103 Plusieurs études menées dans des milieux aux ressources limitées ont révélé l'existence d'un lien entre les problèmes de santé mentale maternelle et la réduction des comportements de soins, comme les taux d'allaitement maternel exclusif, les pratiques d'alimentation adaptée et la stimulation du nourrisson. Cela pourrait être dû au fait que les mères sont plus repliées sur elles-mêmes, apathiques et moins sensibles sur le plan affectif, ce qui a une incidence sur les interactions et l'attachement entre la mère et son enfant (Emerson et al., 2017). Une bonne santé, une nutrition adéquate, des soins adaptés, des possibilités d'apprentissage précoce, la sécurité, la sûreté et la protection contre les dangers sont tous extrêmement importants pour le développement du jeune enfant. Les jeunes enfants ne peuvent pas se protéger eux-mêmes et dépendent par conséquent de la personne qui s'occupe d'eux pour se sentir en sécurité et protégés. Les plus grandes menaces au développement optimal de la petite enfance sont l'extrême pauvreté, l'insécurité, les inégalités entre les hommes et les femmes, la violence, les toxines environnementales et la mauvaise santé mentale. Tous ces facteurs affectent le personnel soignant et réduisent leur capacité à protéger, soutenir et promouvoir le développement du jeune enfant (OMS, UNICEF, Groupe de la Banque mondiale, 2018). Ces facteurs sont souvent exacerbés pendant les périodes d'urgence, de conflit et de déplacement. Comme nous l'avons souligné, la santé mentale de la mère est affectée pendant les périodes de conflit, ce qui affecte le développement de l'enfant (Miller, Rasmussen, 2010). Les enfants, en particulier ceux qui sont réfugiés, déplacés et rapatriés, sont vulnérables aux dangers imprévus, à la douleur physique et au stress émotionnel, car ces expériences provoquent une peur et un stress incontrôlables qui peuvent programmer les systèmes d'intervention du jeune enfant de manière à entraîner un déséquilibre émotionnel, mental et social (OMS, UNICEF, Groupe Banque mondiale, 2018).

104 La première période de 1000 jours de la vie d'un enfant est une période vulnérable au cours de laquelle la croissance et le développement rapides se produisent (Black et al., 2013). Investir dans la petite enfance est l'un des moyens les plus efficaces et les plus efficaces d'aider à éliminer l'extrême pauvreté et l'inégalité, à stimuler la prospérité partagée et à créer le capital humain nécessaire à la diversification et à la croissance économique. Les effets de cette période critique durent jusqu'à la fin de l'enfance, ainsi que jusqu'à l'adolescence et à l'âge adulte (OMS, UNICEF, Groupe de la Banque mondiale, 2018).

1.2.5. Mortalité des enfants de moins de cinq ans

105 Bien que la période périnatale constitue une période critique pour la prévention et la prise en charge des complications maternelles, elle offre également l'occasion d'adopter un comportement essentiel au développement optimal du nouveau-né et du nourrisson (UNICEF, 2018g).

106 Les taux de survie des enfants se sont considérablement améliorés en Afrique : le continent a réduit de plus de moitié son taux de mortalité des moins de 5 ans depuis 1990 (UNICEF, 2017a). Les progrès ont été particulièrement rapides depuis 2000, certains pays ayant fait des progrès significatifs et d'autres moins (UNICEF, 2017a). Au cours de la période couverte par les objectifs du Millénaire pour le développement (2000-2015), le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes a diminué de 64 %, passant de 153 en 2000 à 81 en 2015 (OMS, 2018), ce qui est très proche de la cible des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) consistant à réduire de deux tiers la mortalité des moins de 5 ans entre 1990 et 2015.

107 Selon l'objectif 3.2 des ODD de l'OMS, les pays devraient viser à mettre fin à la mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans, tous les pays visant à réduire la mortalité néonatale à au moins 12 pour 1000 naissances vivantes et la mortalité infantile à au moins 25 pour 1000 naissances vivantes. Le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique signale que la tendance au cours de la période des OMD (2000 à 2015) était à la baisse, mais que le rythme

actuel est insuffisant pour atteindre l'objectif des ODD et qu'il existe encore des différences dans les taux de mortalité infantile entre pays (WHO, 2018). Environ 80 % des décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent dans deux régions du monde, dont l'Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe. Sur les six pays qui représentent la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde, trois (Nigeria, RDC et Éthiopie) se trouvent sur le continent africain (UNICEF, 2017). Ces trois pays ont été impliqués ou touchés par des conflits prolongés et des situations humanitaires.

108 Les enfants de moins de 5 ans, dans des contextes « fragiles », courent environ deux fois plus de risques de mourir que les enfants dans des contextes non fragiles (UNICEF, 2017). Parmi les 10 pays ayant les taux de mortalité des moins de cinq ans les plus élevés, 7 sont classés comme pays fragiles. De plus, les États fragiles représentaient 22 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) en 2016, alors qu'ils ne représentaient qu'environ 12 % de la population des moins de cinq ans (UNICEF, 2017). Une étude menée en RDC de 2003 à 2004, après la cessation officielle des hostilités, a révélé que les enfants de moins de cinq ans étaient responsables de plus de 45 % du total des décès, même s'ils représentaient moins de 20 % de la population (Kruk et al., 2010).

109 Le HCR a indiqué, dans son Aperçu mondial des réfugiés, que le taux moyen de mortalité des réfugiés, des moins de cinq ans était maintenu à 0,4 pour 1 000 per (2017a). Au sein de cette population, les principales causes de mortalité des moins de cinq ans étaient la diarrhée aqueuse (21,2 %), les infections des voies respiratoires supérieures (20 %), les décès néonataux (17,7 %), le paludisme (17,7 %) et les infections des voies respiratoires inférieures (17,7 %). Les infections des voies respiratoires supérieures, la diarrhée aqueuse (4,9%) étaient les cinq principales causes de mortalité des moins de cinq ans (2017a). Il n'a pas été possible de trouver de données sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans chez les réfugiés dans les pays africains.

110 En 2017, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans par 1 000 naissances vivantes à Maurice à 127,2 (Development Initiatives, 2018). Le taux global de mortalité infantile était de 75,3 décès pour 1 000 naissances vivantes (à la page 66) illustre la situation actuelle des taux de mortalité néonatale par pays africains (Development Initiatives, 2018).

111 La mortalité infantile évitable est exacerbée par le manque de soins et limitent le traitement des maladies infectieuses telles que la pneumonie (Kruk et al., 2010; Geibel, 2012). Les décès de moins de cinq ans sont de plus en plus concentrés géographiquement et démographiquement concentrés dans la période de la grossesse. Mettre fin aux décès évitables d'enfants en foyers de soins exclusif, en améliorant l'accès à des professionnels de santé prénatals, de naissance et postnatals, en améliorant les micronutriments, en favorisant la connaissance de la famille, en améliorant l'accès à l'eau, à l'électricité (OMS, 2019). Des mesures simples, telles que la désinfection et la contamination de l'eau, peuvent également réduire la mortalité (Rieder, Choonara, 2012).

Encadré 1 : Réalisations en matière de santé infantile au Libéria après le conflit

Après la réalisation par le Libéria de la cible 4 des OMD (réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici à 2015), une étude de cas approfondie a été réalisée pour examiner les facteurs contribuant à leur réalisation. Entre 1990 et 2015, le Libéria a connu une réduction spectaculaire de la mortalité des moins de cinq ans, qui est passée de 255 à 70 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit une réduction de 73 % des taux de mortalité. La mortalité infantile a connu une baisse similaire (69 %) au cours de la période considérée, tandis que la mortalité néonatale a diminué moins rapidement. Les réalisations du Libéria sont particulièrement remarquables compte tenu des 14 années de guerre civile qui ont pris fin en 2003 et qui ont détruit la plupart des infrastructures nationales, érodé le tissu social du pays et causé la perte d'au moins 200 000 vies. Il a été constaté que trois éléments ont probablement contribué aux réalisations du Libéria en matière de santé infantile :

- *Le gouvernement libérien a fait du rétablissement et du financement de la SMNI une **priorité absolue** dans la reconstruction de son système de santé.*
- *L'élaboration et la mise en œuvre d'**ensembles intégrés** de services ont permis au Libéria de rétablir les services de base de la SMNI et d'intensifier les interventions à tous les niveaux du système de santé. L'élaboration et la mise en œuvre de l'ensemble des services de santé ont également démontré la capacité du Libéria à évaluer et à remanier ses politiques et stratégies. L'ensemble élargi multisectoriel de services de santé (EPHS) a favorisé une intégration et une collaboration plus poussées permettant l'expansion des services de PTME, de nutrition et autres services de SMNI. Il s'est également efforcé d'améliorer la disponibilité d'agents*

1.2.6. Mortalité néonatale

- 112 La santé de la mère et celle du nouveau-né sont étroitement liées. Les progrès en matière de survie maternelle ont contribué au progrès du nouveau-né et, par conséquent, à la survie de l'enfant (Starrs et al., 2018). De 1990 à 2015, les décès néonataux, ceux qui surviennent dans les 28 premiers jours après la naissance, ont diminué de 42 % dans le monde, passant de 4,6 millions à 2,6 millions (UNICEF, 2017). Toutefois, comme les taux de mortalité néonatale ont diminué plus lentement que les taux de mortalité infantile et du nourrisson, une part croissante de la mortalité infantile est concentrée dans la période néonatale (UNICEF, 2017 ; Starrs et al., 2018). Dans une Commission Lancet qui s'est penchée sur l'avenir de la santé en Afrique subsaharienne, Agyepong et al (2017) ont abouti à la conclusion que le plus grand défi pour le continent en termes de mortalité infantile est la mortalité néonatale, qui a des causes distinctes et nécessite des solutions programmatiques spécifiques, et la mortinaissance.
- 113 Au cours de l'ère des OMD, le nombre de décès néonataux en Afrique a en fait augmenté en raison de la lenteur des progrès dans la réduction du taux de mortalité néonatale et de la hausse continue des taux de natalité. Au rythme actuel des progrès, il faudra plus de 110 ans avant que les nouveau-nés africains aient les mêmes chances de survie que les nouveau-nés des pays à revenu élevé (Agyepong et al., 2017). Comme pour le taux de mortalité des moins de cinq ans, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, indique qu'au cours de la période des OMD (2000-2015), la tendance du taux de mortalité néonatale en Afrique était en baisse sensible, mais que le rythme actuel est insuffisant pour atteindre la cible des OMD et des différences existent encore entre pays dans les taux de mortalité infantile (OMS, 2018). Selon le Rapport sur la mortalité infantile 2018 (UNICEF, 2018c), le TMN pour l'Afrique est restée à 28 décès pour 1000 naissances vivantes. En 2016, le taux de mortalité néonatale allait de 8 pour 1000 naissances vivantes à Maurice à 42 pour 1000 en RCA (OMS, 2018). La figure 10 illustre la situation actuelle des taux de mortalité des moins de cinq ans et des taux de mortalité néonatale par pays, en 2018 (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018). Il n'a pas été possible de trouver de données comparables sur les taux de mortalité néonatale des réfugiés, des personnes déplacées et des rapatriés dans les pays africains.
- 114 Les trois principales causes de mortalité néonatale sont les infections, l'asphyxie à la naissance et les complications de l'accouchement prématuré, qui représentent ensemble 88 % des décès de nouveau-nés en Afrique (Lawn et al., 2006). Les données limitées disponibles suggèrent que la plupart des bébés de faible poids à la naissance en Afrique sont prématurés. L'estimation régionale pour les naissances prématurées est d'environ 12% (Lawn et al., 2006). Les bébés prématurés, ou les bébés nés avant la 37^e semaine normale de gestation, ont un risque de décès environ 13 fois plus élevé que les bébés nés à terme (Lawn et al., 2006). Le paludisme pendant la grossesse peut augmenter le risque de naissance prématurée, de retard de croissance, ou les deux. De nouvelles informations suggèrent que la co-infection pendant la grossesse par le VIH et le paludisme peut être préjudiciable car les deux infections agissent en synergie avec de graves conséquences pour la santé maternelle et néonatale, en particulier l'augmentation du taux de faible poids à la naissance (Lawn et al., 2006). L'Afrique a une prévalence élevée de faible poids à la naissance, défini comme un poids à la naissance inférieur à 2,5 kg, quel que soit l'âge gestationnel (OMS, 2018). Entre 2000 et 2015, le taux d'insuffisance pondérale à la naissance était de 11,7 %, allant de 6 à 34,7 % (OMS, 2018). Les taux actuels d'insuffisance pondérale à la naissance par pays vont du Mozambique (16,9 %) à la Guinée-Bissau (21,3 %), en passant par la Mauritanie (34,7 %), l'Algérie, Cabo Verde et le Rwanda ayant tous le taux le plus faible de la région (6 %) [OMS, 2018].
- 115 Le fait d'accorder une attention accrue à la prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance (IPN), en particulier les naissances prématurées, à l'identification des petits bébés et à la fourniture d'un soutien supplémentaire pour l'alimentation, la chaleur et les soins peut

grandement contribuer à réduire le taux de mortalité néonatale. Ils devraient survivre tant qu'une attention particulière est accordée à l'alimentation, à la chaleur et au traitement précoce des problèmes, notamment les problèmes respiratoires, les infections et la jaunisse. Tout cela est faisable dans des situations où les ressources sont limitées, et par conséquent dans des situations humanitaires, sans soins de haute technologie (Lawn et al., 2006).

1.2.7. Mortalité infantile

- 116 Le taux de mortalité infantile (TMI) est un important indicateur national de santé parce qu'il est particulièrement sensible aux facteurs structurels généraux d'une société, comme le développement socio-économique et les conditions de vie de base. La mortalité infantile peut être attribuée à une gamme de déterminants hiérarchiques qui comprennent des facteurs proximaux (p. ex., infectieux), intermédiaires (p. ex., eau et assainissement) et distaux (p. ex., statut socioéconomique, éducation). Le manque d'assainissement et l'insalubrité de l'eau potable, par exemple, sont des déterminants intermédiaires importants du taux de mortalité infantile à cause de la diarrhée. Cependant, des déterminants plus distaux, comme le faible statut économique et le faible niveau d'éducation, réduisent l'accès aux soins de santé et favorisent des comportements à risque plus élevés (Sartorius, Sartorius, 2014). Selon le dernier rapport sur la mortalité infantile (UNICEF, 2018c), le TMI africain a été enregistré à 48 décès pour 1000 naissances vivantes. Il s'agit d'une amélioration (15,8 % de différence) par rapport au taux de 57 en 2014, et de 52 % depuis 1990, année où le TMI était de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes (UNICEF, 2014). Il n'a pas été possible de trouver de données comparables sur les taux de mortalité infantile des réfugiés, des personnes déplacées et des rapatriés dans les pays africains.
- 117 Une grande partie des maladies et des décès de nouveau-nés pourraient être évités grâce à des interventions simples et peu coûteuses au sein et après l'accouchement, en particulier au cours de la semaine suivant la naissance, à la fois dans l'établissement et à domicile (UNICEF, 2018g). Les interventions essentielles pour sauver la vie comprennent le séchage immédiat du nouveau-né et le maintien au chaud du bébé, le contact peau à peau et la méthode de la « mère kangourou », le retard du clampage du cordon, l'allaitement maternel dès que possible après l'accouchement, le soutien à l'allaitement exclusif, les soins spéciaux aux nourrissons de faible poids de naissance, le diagnostic et le traitement des complications du nouveau-né comme l'asphyxie et le sepsis (OMS, 2018g) dont beaucoup peuvent se produire dans les cas d'urgence.

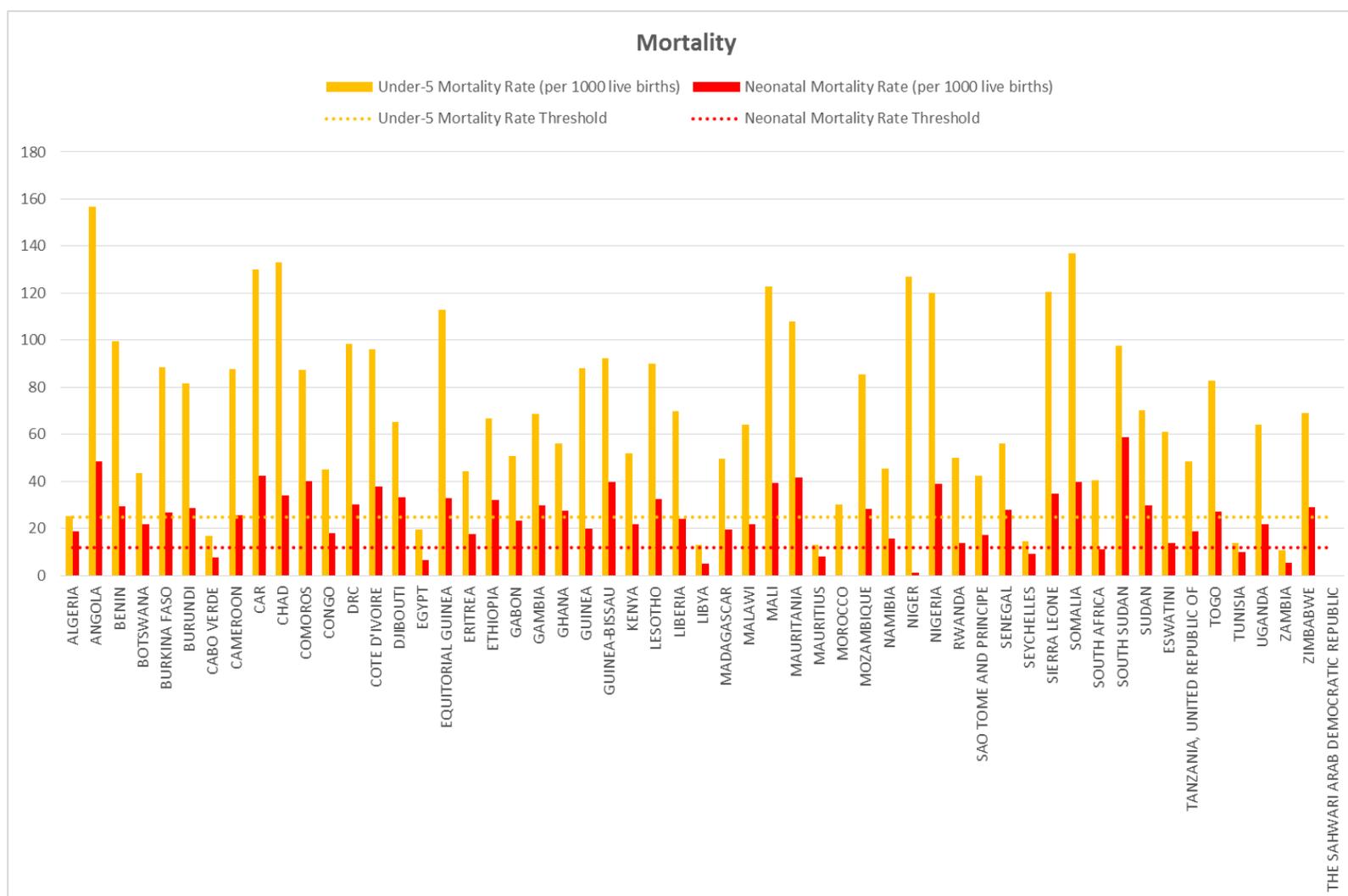


Figure 10: Situation actuelle des taux de mortalité des moins de cinq ans et des taux de mortalité néonatale par pays africain, à partir de 2018 (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018).

1.2.8. Eau, assainissement et hygiène

- 118 La fourniture et l'accès à de l'eau salubre en quantité et en qualité suffisantes, ainsi qu'à des services d'assainissement hygiénique, tant à domicile que dans les institutions, sont nécessaires pour prévenir la morbidité et la mortalité infantiles (HCR, 2017a ; Young, Marshak, 2018). Les ODD de l'OMS le prévoient dans l'Objectif 6, où il est indiqué que la « *disponibilité et la gestion durable de l'eau et de l'assainissement pour tous* » doivent être assurées (UNICEF, 2017b). Une bonne santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents n'est tout simplement pas possible sans eau, assainissement et hygiène adéquats (PATH, 2017). Le manque d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène est responsable de plus de la moitié des cas de diarrhée dans le monde. L'exposition aux agents pathogènes entériques dans l'environnement en raison d'une eau, d'un assainissement et d'une hygiène sous-optimaux peut entraîner des dommages intestinaux à long terme et compromettre la croissance physique et cognitive de l'enfant. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les cadres institutionnels, tels que les établissements de santé et les écoles, sont d'une importance cruciale et sont généralement considérés comme l'une des principales interventions intégrées pour lutter contre le retard de croissance (PATH, 2017).
- 119 En 2015, 2,1 milliards de personnes dans le monde n'avaient pas accès à des services d'eau gérés de manière sûre, définis comme une source améliorée accessible sur place, disponible en cas de besoin et exempte de contamination (UNICEF, 2017b). Le temps consacré à la collecte de l'eau, qui peut prendre en moyenne 33 minutes dans les zones rurales et 25 minutes dans les zones urbaines, pourrait être consacré à des activités productives et de loisirs - ou dans le cas des enfants, au niveau d'instruction (UNICEF, 2017b). Dans une analyse du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène de 61 pays, les femmes étaient principalement responsables de la collecte de l'eau dans près de 3 ménages sur 4 ayant de l'eau hors site. Les enfants de moins de 15 ans étaient généralement responsables de la collecte de l'eau dans un ménage sur dix, les filles étant plus de deux fois plus susceptibles que les garçons d'aller chercher de l'eau (UNICEF, 2017b). L'élimination de la défécation en plein air a été identifiée comme une priorité absolue et est étroitement liée aux efforts plus larges visant à mettre fin à l'extrême pauvreté d'ici à 2030 (OMS, UNICEF, 2017). En 2015, dans le monde, 4,5 milliards de personnes n'avaient toujours pas accès à un service d'assainissement géré de manière sûre où les excréments étaient éliminés in situ ou traités hors site et 2,3 milliards de personnes n'avaient toujours pas accès à un service d'assainissement de base. Le monde a fait des progrès constants : La proportion de la population mondiale pratiquant la défécation en plein air est passée de 20 % à 12 % entre 2000 et 2015, mais il reste encore beaucoup à faire, en particulier dans les zones rurales, où la défécation en plein air a diminué à un taux de seulement 0,7 % par an. Ce taux devrait plus que doubler pour éliminer la défécation en plein air dans les zones rurales d'ici à 2030 (OMS, UNICEF, 2017). Dans la Figure 11 (à la page 69), les pourcentages d'accès à une source d'eau et d'assainissement de base, par pays africain, sont indiqués (OMS, UNICEF, 2017). L'Égypte, la Libye, Maurice, les Seychelles et la Tunisie sont les États membres africains dont 90 % des sources d'eau et d'assainissement satisfont aux exigences pour être jugées adéquates (OMS, UNICEF, 2017). Dans la Figure 12, les pourcentages actuels d'accès à une source d'eau et d'assainissement de base, par pays africain confronté aux crises des réfugiés, des personnes déplacées et des rapatriés, sont indiqués (HCR, 2017a).
- 120 Les interventions éprouvées en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène comprennent l'utilisation de toilettes ou de latrines améliorées, l'amélioration de l'approvisionnement en eau, la gestion de l'eau potable, notamment le traitement et le stockage, et le lavage des mains au savon. En outre, il est important d'assurer la salubrité des aliments en les manipulant, les préparant et les entreposant de façon sécuritaire (OMS, UNICEF, USAID, 2015). Au niveau mondial, les personnes vivant dans des situations fragiles

sont deux fois plus susceptibles de manquer d'assainissement de base et quatre fois plus susceptibles de manquer d'eau potable de base que les populations dans des situations non fragiles, et des disparités marquées sont observées au niveau mondial (OMS, UNICEF, 2017). Dans les situations d'urgence, un examen systématique a révélé que quatre caractéristiques de la conception et de la mise en œuvre des programmes étaient systématiquement jugées positives (Yates et al., 2017). Premièrement, les interventions les plus élémentaires ont eu un impact clair et positif. Les interventions nécessitant peu ou pas de promotion ont entraîné des améliorations qui ont réduit le risque de maladie. Deuxièmement, la préparation aux situations d'urgence, la fourniture en temps utile de fonds et les déclencheurs précoces d'une mise à l'échelle rapide sont tous des aspects importants d'une réponse positive, en particulier la fourniture de kits d'hygiène et les interventions de traitement de l'eau domestique. Il a été démontré que l'engagement avec les membres de la communauté permettait à ces derniers de se prendre en charge et d'établir un climat de confiance. Ce troisième aspect a aidé les interventions communautaires à accroître la sensibilisation, à déclencher un changement de comportement et à identifier des solutions locales. Enfin, l'établissement d'un lien entre les interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et les programmes préexistants s'est avéré être fondé sur la familiarité des bénéficiaires. Un plan à long terme et durable a favorisé une meilleure compréhension culturelle et amélioré les programmes d'intervention d'urgence (Yates et al., 2017).

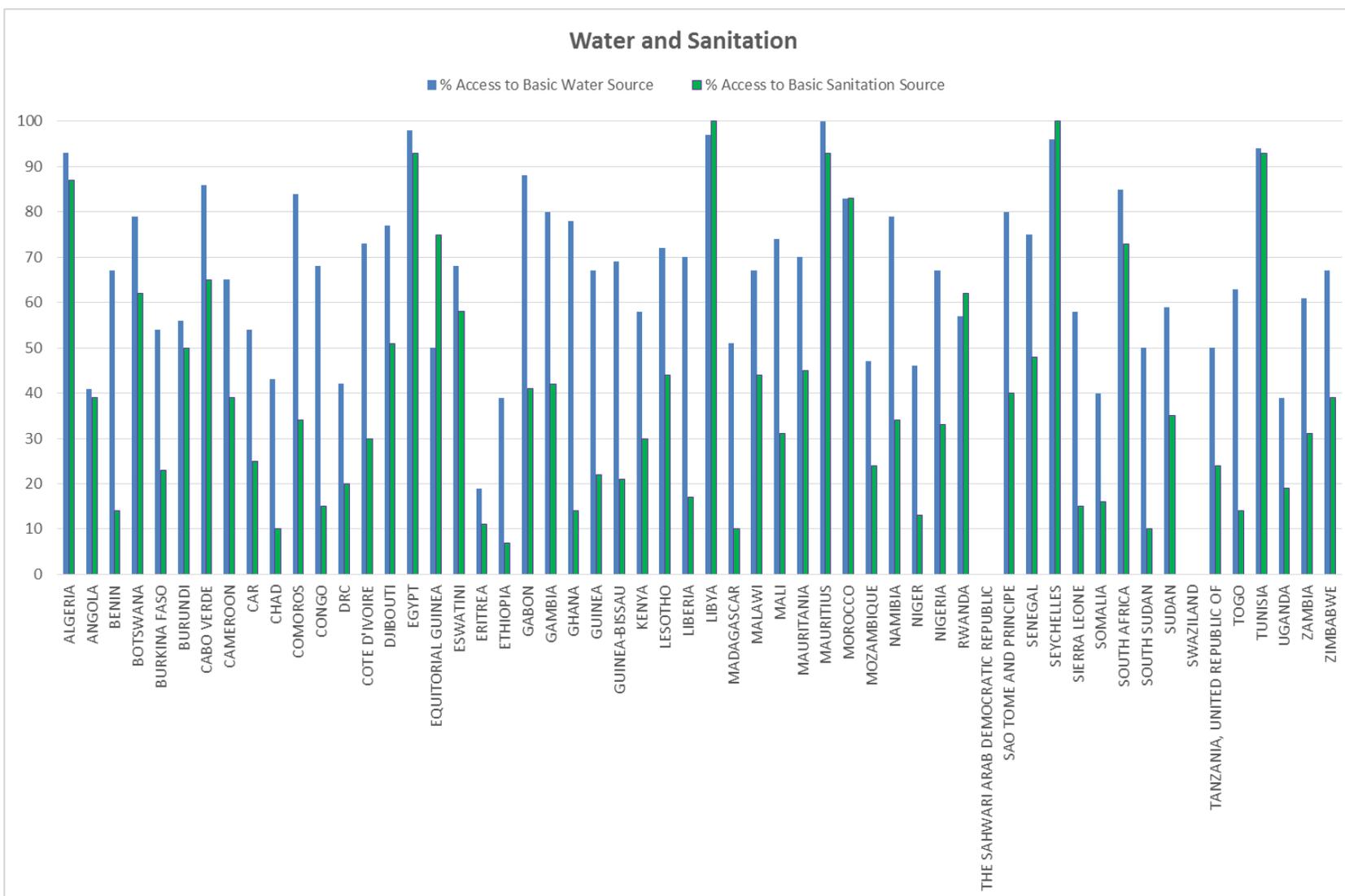


Figure 11: Pourcentage d'accès à une source d'eau et d'assainissement de base, par pays africain (OMS, UNICEF, 2017).

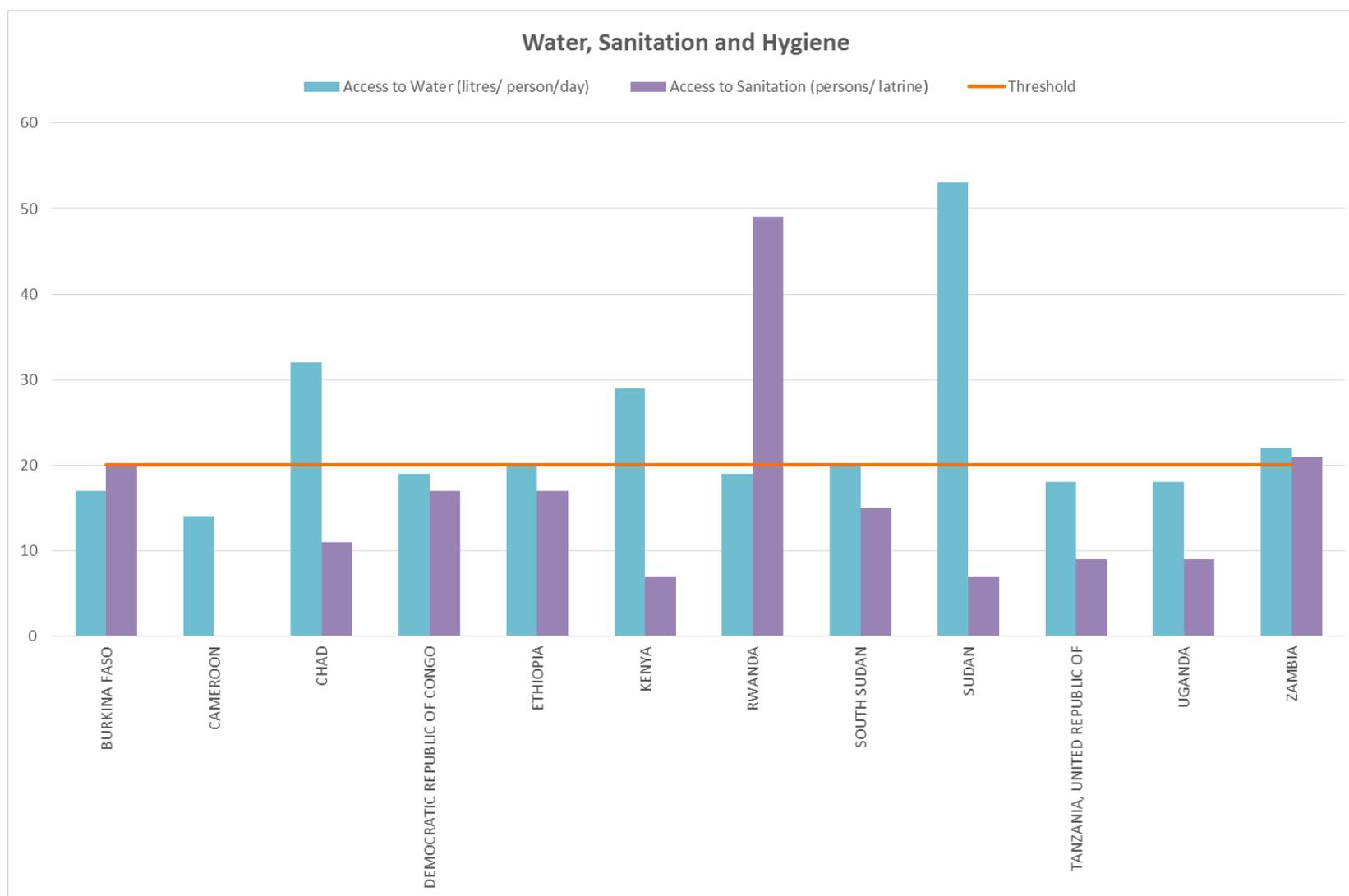


Figure 12: Pourcentages actuels d'accès à une source d'eau et d'assainissement de base pour les réfugiés, les personnes déplacées et les rapatriés, par pays africain (HCR, 2017a).

1.3. Santé et droits sexuels et reproductifs

- 121 L'amélioration du bien-être des personnes dépend de la capacité des individus à prendre des décisions concernant leur propre vie sexuelle et reproductive et à respecter les décisions des autres ; par conséquent, le droit de contrôler son propre corps, de définir sa sexualité, de choisir son partenaire et de recevoir des services confidentiels, respectueux et de qualité est d'une importance capitale pour assurer sa santé sexuelle et reproductive (Starrs et al., 2018).
- 122 Dans le cadre de l'Agenda 2030 pour le développement durable, il est explicitement indiqué dans la Cible 3.7 que d'ici à 2030, « *l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment la planification familiale, l'information et l'éducation, et l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux* » (ONU, 2015b, p.20) sera garanti. Dans le cadre de l'objectif d'égalité entre les hommes et les femmes, la Cible 5.6 vise à « *assurer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction* », en plaidant pour la réalisation de la SDRS (ONU, 2015b, p.22).
- 123 Ceci est repris dans de nombreux documents politiques de l'UA, à savoir le PAM pour l'opérationnalisation du Cadre politique continental pour la santé et les droits sexuels et reproductifs 2016-2030 (CUA, 2015d) et la Feuille de route de l'UA visant à tirer profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse (CUA, 2017), où les États membres se sont engagés à intégrer les services de santé et de droits sexuels et reproductifs, de planification familiale et de lutte contre le VIH/sida en renforçant les mesures prises dans le cadre des engagements antérieurs visant à améliorer l'état de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en assurant l'intégration nécessaire pour faciliter les synergies entre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile (AUC, 2017) ; p.19).
- 124 La politique s'est déplacée en faveur de l'expansion des programmes de santé sexuelle et reproductive. Au Rwanda et au Malawi, par exemple, un leadership politique fort a permis d'accroître considérablement l'utilisation des contraceptifs modernes et des soins de santé maternelle dans les populations pauvres, rurales et peu instruites (Starrs et al., 2018).
- 125 Les problèmes de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDRS) sont accentués parmi les populations déplacées et réfugiées, dont le nombre a augmenté de façon spectaculaire au cours des dernières décennies. Les contextes humanitaires et de conflit exposent les femmes à un risque accru de grossesses non désirées et peuvent accroître les pratiques d'avortement non médicalisées. Les femmes, les filles et les enfants sont également exposés aux déplacements de population, aux traumatismes, à la malnutrition, aux maladies et à l'augmentation de la violence fondée sur le genre à mesure que les systèmes et les normes de protection sociale s'effondrent, ce qui nuit à leur état de santé (Cooper, 2018).

1.3.1. Violence fondée sur le genre

- 126 Bien qu'elle soit répandue en temps de paix, la violence fondée sur le genre est exacerbée en situation d'urgence. Les corps des femmes deviennent des champs de bataille, le viol servant de tactique de guerre pour humilier, dominer ou perturber les liens sociaux (Cooper, 2018). Depuis 2017, l'ONU signale que la violence sexuelle continue d'être utilisée comme tactique de guerre, de terrorisme, de torture et de répression, notamment le ciblage des victimes en raison de leur appartenance ethnique, religieuse, politique ou clanique réelle ou perçue dans un certain nombre de pays africains. Dans de nombreux cas, l'intention et l'impact d'une telle violence étaient de déplacer et de disperser de force la communauté ciblée, avec des effets corrosifs sur la cohésion sociale (Nations Unies, 2018). Les femmes peuvent aussi être idéalisées comme porteuses d'une identité culturelle et leur corps perçu comme un « territoire » à conquérir (OMS, 1997).

- 127 L'impact de la violence fondée sur le genre est dévastateur pour les survivantes et leurs communautés. Les conséquences physiques peuvent inclure des blessures, des grossesses non désirées, des fistules, des infections sexuellement transmissibles dont le VIH et même la mort. Les survivantes sont souvent confrontées à un rejet social systématique, ce qui accroît leur vulnérabilité à de nouveaux abus et à l'exploitation (FNUAP, 2018). Les femmes et les filles dans les situations d'urgence ont un besoin accru de services de SSR en raison de leur risque accru d'infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH, les grossesses non désirées, les décès et maladies maternels, et la violence sexuelle et fondée sur le genre (Starrs et al., 2018).
- 128 Le viol et la violence sexuelle sont généralement sous-déclarés en raison de la stigmatisation et de la honte qu'ils impliquent. Les obstacles persistants au signalement sont autant d'ordre socioéconomique et culturel que logistique, ce qui fait que la violence sexuelle perpétrée dans les situations de conflit fait partie des crimes les moins signalés. Pour de nombreuses survivantes, la peur du viol est rapidement suivie de la peur du rejet, les communautés étant plus susceptibles de punir la victime que l'auteur du viol (Nations Unies, 2018). Des études suggèrent qu'un tiers à deux tiers des victimes de viols sont des enfants. Le FNUAP a indiqué que plus de 65 % des nouvelles victimes de violences sexuelles en 2008 étaient des enfants, en majorité des adolescentes. En revanche, le Représentant spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour les enfants et les conflits armés a estimé que 48 % des victimes étaient des enfants. Selon le Ministère du genre, dans les contextes affectés par le conflit en RDC, l'âge moyen des survivantes de violences sexuelles en 2012 était inférieur à 21 ans, un tiers d'entre elles ayant entre 12 et 17 ans (FNUAP, 2018). Il n'a pas été possible de trouver de données comparables sur les taux de violence fondée sur le genre chez les réfugiés, les personnes déplacées et les rapatriés dans les pays africains.

1.3.2. Planification familiale

129 L'un des principaux obstacles à une couverture adéquate des interventions de santé publique dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, en particulier dans les régions d'Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe, est la croissance démographique rapide et continue due à des taux de fécondité élevés et soutenus et à la dynamique démographique (Requejo, Bhutta, 2015). La planification familiale permet aux gens d'atteindre le nombre d'enfants qu'ils désirent et de déterminer l'espacement des grossesses. Grâce aux méthodes de planification familiale, il est possible de prévenir les grossesses et les naissances mal espacées et inopportunes, ce qui contribue à la réduction des taux de mortalité infantile. Elle réduit également le risque de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, ce qui réduit le nombre de bébés infectés et d'orphelins (Requejo, Bhutta, 2015). En outre, les préservatifs masculins et féminins offrent une double protection contre les grossesses non désirées et les IST, notamment le VIH. Les taux élevés d'interruption et les faibles taux de changement de méthode contraceptive conduisent à un phénomène de « *fuite du seuil* » ; par conséquent, les services de contraception doivent viser non seulement à attirer de nouveaux utilisateurs, mais aussi à améliorer les taux de continuation et à encourager les anciennes utilisatrices qui veulent encore éviter une grossesse à reprendre leur utilisation (Starrs et al., 2018).

130 Les résultats d'une étude démographique portant sur les effets des conflits armés sur l'utilisation des services de santé maternelle dans le nord de l'Ouganda ont montré que le recours à la contraception et à l'accouchement en institution chez les femmes était nettement inférieur pour les deux indicateurs. Les conflits armés limitent la disponibilité et l'accès aux soins de santé pour des raisons de sécurité, géographiques et financières, ainsi qu'en raison de la fonctionnalité réduite du système de santé (Namasivayam et al., 2017). La reproduction concerne à la fois les femmes et les hommes, mais les programmes de planification familiale sont surtout axés sur les femmes (Hardee et al., 2017). Il existe suffisamment de preuves démontrant le désir des hommes d'obtenir des informations et des services de planification familiale, ainsi que la réaction positive des hommes aux programmes existants pour justifier la mise en place de programmes supplémentaires pour les hommes et les garçons dans les services de planification familiale et de contraception (Hardee et al., 2017). Bien qu'il s'agisse d'une intervention indirecte, on pourrait y voir une occasion d'améliorer les résultats de la SMNIA, en particulier dans les situations de conflit et d'urgence. Une meilleure compréhension des besoins des hommes en matière de contraception et de santé reproductive commence d'abord par la reconnaissance de leurs droits à l'information et aux services qui leur sont destinés (Hardee et al., 2017). Il n'existe pas d'autres données spécifiques par pays concernant les réfugiés, les personnes déplacées et les rapatriés vivant dans les États membres de l'UA et la mesure dans laquelle les services et programmes de planification familiale sont fournis à ces populations.

1.3.3. Niveaux et tendances de la fécondité

131 Les niveaux et les tendances de la fécondité sont importants pour la croissance et le développement durables des États membres de l'UA. Une fécondité élevée est définie comme un indice synthétique de fécondité (ISF) de 5,0 ou plus. L'ISF représente le nombre moyen de naissances par femme au cours de la vie, calculé à partir des taux de fécondité par âge observés au cours d'une période historique (Groupe de la Banque mondiale, 2010). Une fécondité élevée pose des risques pour la santé des enfants et de leurs mères, car le risque de mortalité infantile, de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de mortalité maternelle est plus élevé pour les naissances d'ordre supérieur et les naissances très espacées, et lorsque la mère a plus de 40 ans. Outre les risques sanitaires qu'il comporte, un ISF élevé nuit à l'investissement en capital humain, ralentit la croissance économique et aggrave les menaces environnementales (Groupe Banque mondiale, 2010). Une baisse de la fécondité

favorise la croissance économique grâce à des changements favorables dans la structure par âge, étant donné qu'une plus grande concentration de la population se trouve dans le groupe d'âge actif, ce qui augmente la productivité par habitant (Groupe Banque mondiale, 2010). Dans le document de politique générale de la « *Feuille de route de l'Union africaine visant à tirer profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse* » (CUA, 2017), il est reconnu que « *l'importante population de jeunes, si elle était bien exploitée, stimulerait le continent vers de meilleures réalisations économiques* » (CUA, 2017, p. 12).

- 132 Alors que la moyenne mondiale de l'indice synthétique de fécondité est de 2,5 enfants par femme dans le monde, cela masque d'importantes différences régionales. L'Afrique reste la région où la fécondité est la plus élevée, avec 4,7 enfants par femme. L'Afrique centrale et de l'Ouest se distinguent par des taux de fécondité particulièrement élevés de plus de cinq enfants par femme (ONU, 2015). L'indice synthétique de fécondité dans le monde devrait baisser à 2,4 enfants par femme en 2030 et à 2,2 enfants par femme en 2050. En Afrique, la fécondité devrait chuter à 3,9 enfants par femme en 2030 et à 3,1 enfants par femme en 2050. Le ralentissement prévu de la baisse de la fécondité en Afrique par rapport à d'autres régions du monde (Asie, Amérique latine et Caraïbes) à des niveaux de fécondité similaires a d'importantes répercussions sur la population et le développement en Afrique (ONU, 2015).
- 133 Compte tenu de l'augmentation prévue du nombre de naissances et d'enfants et de son statut de pays qui connaît une transition caractérisée par un nombre croissant de retours et de conflits, une attention particulière doit être accordée au Nigéria. Il est prévu que d'ici à 2050, une naissance sur 13 dans le monde ait lieu au Nigéria. Le Nigeria représente actuellement près de 20 % de toutes les naissances en Afrique et 5 % du total mondial des naissances (UNICEF, 2017a). Les petits pays africains ayant les taux de fécondité les plus élevés auront également besoin d'une attention et d'investissements particuliers. Le Niger a le taux de fécondité le plus élevé du monde, avec 7,2 enfants par femme, suivi de la Somalie, avec 6,3 enfants par femme. Même en tenant compte de la baisse attendue des taux de fécondité, ces deux pays auront des taux de natalité parmi les plus élevés d'Afrique en 2050. Les taux de fécondité élevés au Niger se traduiront par le pourcentage d'augmentation du nombre de naissances le plus élevé au monde. Le Niger compte actuellement 1 million de naissances par an, ce qui devrait plus que doubler, pour atteindre 2,4 millions de naissances d'ici à 2050. L'amélioration de la SMNIA sera d'autant plus difficile que les deux nations ont des antécédents de troubles civils et de conflits ou qu'elles sont touchées par la proximité de ces derniers (Peace Direct, 2017 ; Peace Direct, 2017b). La figure 13 (à la page 77) illustre les ISF actuels, par pays africain (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018). Il n'a pas été possible de trouver de données comparables pour les ISF au sein des populations de réfugiés, de personnes déplacées et de rapatriés dans les pays africains.
- 134 Un conflit violent influence la fécondité pendant et après le conflit. Dans une étude sur les effets des conflits armés sur l'utilisation des services de santé maternelle en Ouganda, il a été constaté que les populations touchées par le conflit avaient moins recours à la contraception et un taux de fécondité plus élevé (Namasivayam et al., 2017). Nous pouvons nous y attendre étant donné que les situations de conflit armé limitent la disponibilité et l'accès aux soins de santé pour des raisons de sécurité, géographiques et financières, ainsi que la fonctionnalité réduite du système de santé (Namasivayam et al., 2017). En étudiant rétrospectivement le génocide rwandais, Kraehnert et al (2018) ont constaté qu'il y avait des preuves tangibles d'un effet de remplacement chez les femmes rwandaises exposées au génocide. La mort d'un frère ou d'une sœur pendant le génocide a considérablement réduit la fécondité après le conflit à long terme, surtout s'il s'agissait d'une sœur. Les résultats suggèrent également que le type de violence subie et les changements induits par le génocide dans les conditions démographiques pourraient avoir une incidence sur les résultats en matière de fécondité (Kraehnert et al., 2018).

1.3.4. Prévalence de la contraception

- 135 L'augmentation de l'utilisation des contraceptifs en améliorant l'accès aux contraceptifs dans les pays d'Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe est souvent étudiée sous l'angle de l'augmentation des stocks, de l'amélioration des établissements de soins de santé et de la fourniture de services de planification familiale dans les lieux où vivent les femmes. Toutefois, si les lois associées à la vente et à la distribution des contraceptifs sont strictes, leur rigidité limite la mise en œuvre de solutions pratiques pour étendre la chaîne d'approvisionnement (Finlay, James ; 2017). Sur une note positive, selon le dernier rapport de la base de données des Nations Unies sur les politiques démographiques mondiales, seulement 7% des pays africains avaient au moins une politique restreignant l'accès aux services de contraception, 4 pays ne disposant pas de données disponibles (ONU, 2015). Malheureusement, il existe d'autres obstacles sociaux, culturels et structurels, notamment les coûts de transport, la désinformation, la peur des effets secondaires, la réalité des effets secondaires, l'opposition des partenaires et les attitudes des prestataires (Finlay, James ; 2017).
- 136 Les raisons fréquemment invoquées par les femmes pour ne pas utiliser de méthode contraceptive, bien qu'elles veuillent éviter une grossesse, sont souvent liées au fait qu'elles se perçoivent comme étant à risque de grossesse ou qu'elles ont des préoccupations au sujet des méthodes utilisées (Starrs et al., 2018). Cela montre que les femmes de tous âges ont de plus en plus besoin d'informations correctes sur la contraception.
- 137 Les dernières données montrent que le taux de prévalence contraceptive (TPC), indiqué par le pourcentage de femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) en union conjugale ou consensuelle qui utilisent, ou dont le partenaire sexuel utilise, une méthode moderne ou traditionnelle de contraception, est en moyenne de 34,6% en Afrique, à partir de 2013 (CUA, 2018). Ce taux a augmenté par rapport au taux moyen de 20,2 % au début des années 1990 (CUA, 2018). Selon les données disponibles les plus récentes, le taux d'utilisation des contraceptifs semble avoir légèrement diminué, s'établissant à 33,5 % pour le continent, contre l'objectif souhaité d'au moins 65 % (Groupe de la Banque mondiale, 2017b), comme indiqué dans la Figure 14 (à la page 78). D'importantes disparités ont été enregistrées entre les pays membres de l'UA, le Tchad présentant le taux de prévalence contraceptive le plus faible (5,7%) et le Zimbabwe le taux de prévalence contraceptive le plus élevé (67%) (Groupe Banque mondiale, 2017b). En ce qui concerne les populations vulnérables de réfugiés, de personnes déplacées et de rapatriés, les pays impliqués dans des contextes humanitaires ont indiqué que 41 % des 36 pays ayant fourni des services humanitaires par le HCR (dont 25 sont africains), respectent la norme du taux de prévalence contraceptive supérieur ou égal à 30 % de couverture (HCR, 2017a). Il n'existe pas d'autres données sur la contraception et il est donc difficile d'effectuer une analyse approfondie du statut actuel des réfugiés, des personnes déplacées et des rapatriés.

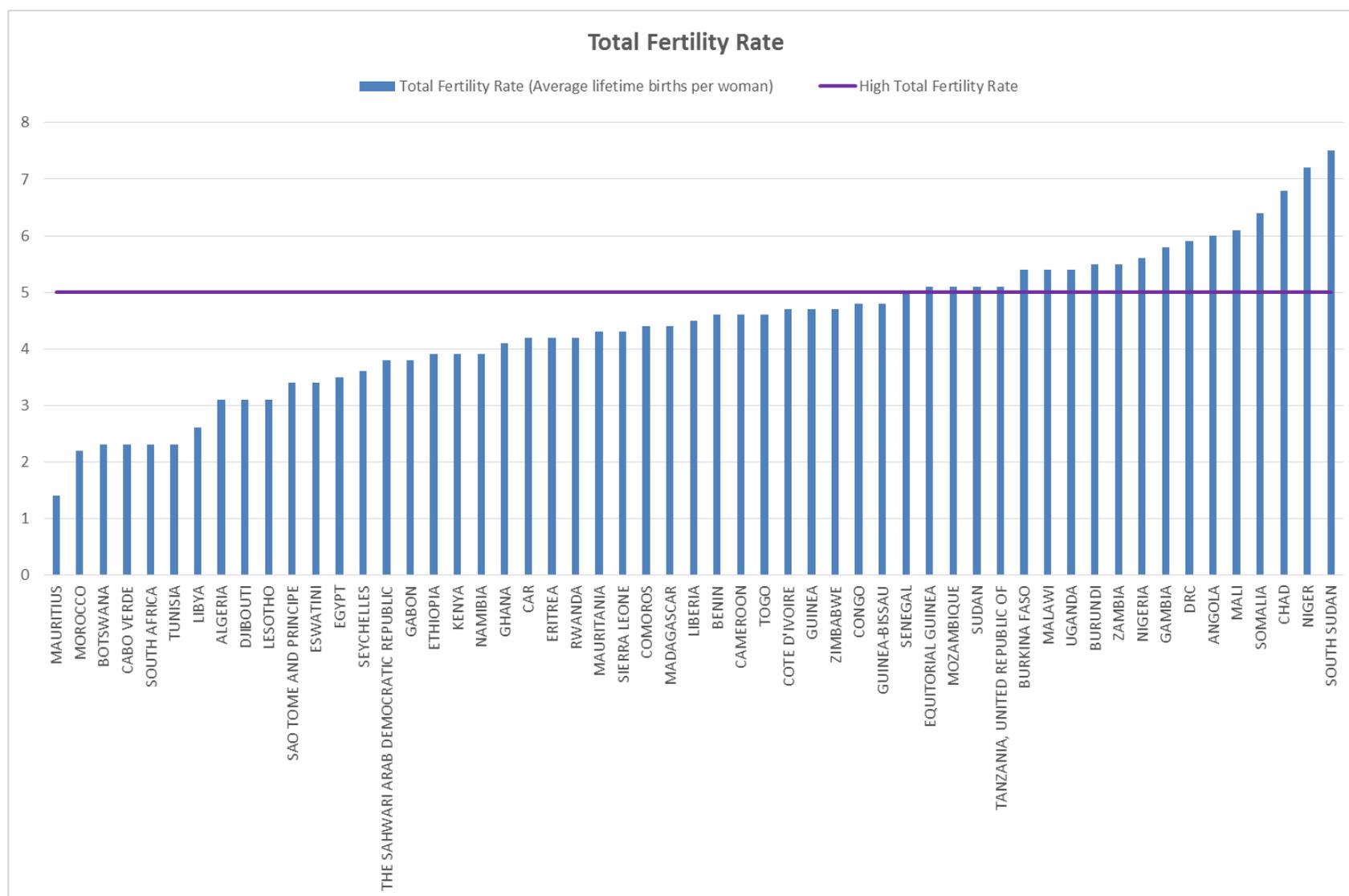


Figure 13: L'indice synthétique de fécondité en Afrique, par pays (Groupe de la Banque africaine de développement, 2018; C.I.A [U.S], 2018).

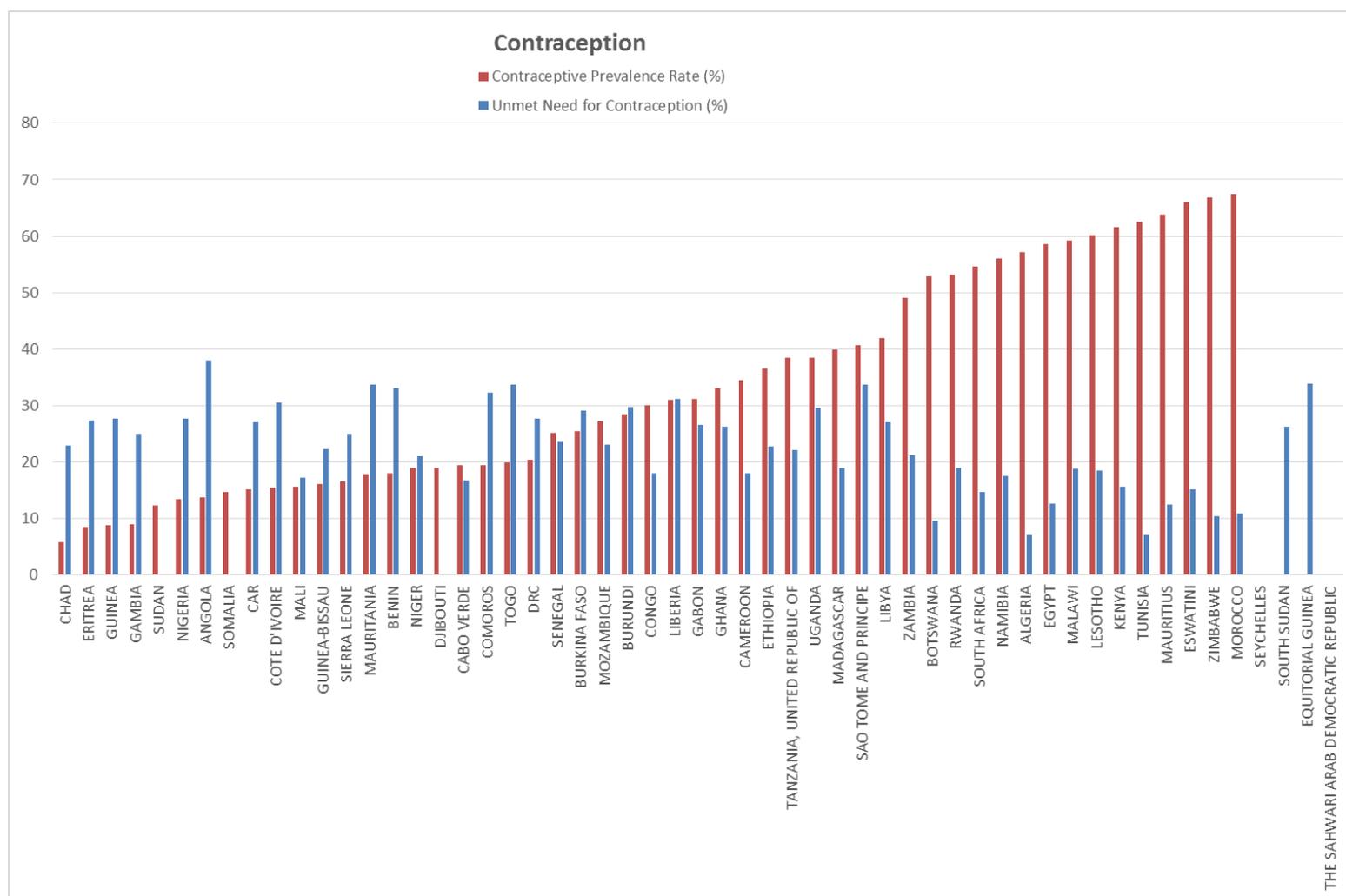


Figure 14: Le taux actuel de prévalence de la contraception dans chaque pays et le pourcentage des besoins non satisfaits en matière de contraception, à partir de 2017 (Groupe de la Banque mondiale, 2017b).

1.3.5. Besoins non satisfaits en contraceptifs

138 Au niveau mondial, selon les estimations, 44 % de toutes les grossesses sont non désirées et 56 % des grossesses non désirées se terminent par un avortement provoqué (Starrs et al., 2018). Le concept de besoins contraceptifs non satisfaits attire l'attention sur la mesure dans laquelle la préférence d'une personne d'éviter une grossesse est satisfaite et donc, par extension, sur la mesure dans laquelle les programmes de planification familiale doivent être renforcés (Starrs et al., 2018). Les besoins non satisfaits d'une femme en matière de contraception pourraient être la cause d'une grossesse non désirée, d'un avortement non médicalisé ou d'un décès maternel non intentionnel pendant l'accouchement.

139 En 2017, l'utilisation de contraceptifs modernes a permis d'éviter environ 308 millions de grossesses non désirées (Starrs et al., 2018). Répondre à tous les besoins des femmes pour ces méthodes permettrait d'éviter 67 millions de femmes de plus chaque année (Starrs et al., 2018). Au niveau mondial, il est rapporté que 214 millions de femmes en âge de procréer dans les pays en développement qui veulent éviter une grossesse n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne (OMS, 2018a). Si les femmes qui veulent éviter une grossesse avaient accès à ces méthodes, les grossesses non désirées diminueraient de 70%. La réduction du nombre de grossesses non désirées pourrait à son tour éviter 60 % des décès maternels et 57 % des décès d'enfants de moins de cinq ans (OMS, 2018a).

Encadré 2 : Présentation de la « Planification familiale dans la région du Sahel »

L'initiative régionale pour l'autonomisation des femmes du Sahel et le dividende démographique (SWEDD), fruit d'une réponse conjointe des Nations Unies et du Groupe de la Banque mondiale, répond à un appel lancé par les présidents des six pays du Sahel : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Tchad et Niger (FNUAP, 2016). La région a fait face à des conflits récurrents, des catastrophes naturelles et des épidémies qui ont exacerbé la pauvreté, perpétué les inégalités et affecté la sécurité et le développement socioéconomiques (FNUAP WCARO, 2017). En 2015, l'âge médian du mariage dans la région était de 16,6 ans, le taux d'utilisation des contraceptifs modernes était de 9 %, le taux de mortalité maternelle était de 606 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, et 45 % des naissances auraient été assistées par des agents sanitaires locaux (FNUAP, 2016). L'objectif global du projet était d'accélérer la transition démographique, de stimuler le dividende démographique et de réduire les inégalités entre les sexes dans la région.

Les interventions proposées s'articulent autour de trois composantes principales :

- *Générer une demande de services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, et de nutrition (SRMNIN) en encourageant le changement social et comportemental et l'autonomisation des femmes et des adolescentes*
- *Renforcer la disponibilité régionale des produits du SRMNIN et des agents de santé qualifiés, et*
- *Renforcer le plaidoyer et le dialogue de haut niveau et promouvoir l'élaboration de politiques et la mise en œuvre du projet.*

Le projet a démarré en 2015 et certains résultats tangibles ont été signalés jusqu'à présent, à savoir l'amélioration de la sécurité de l'approvisionnement en produits de santé procréative, notamment les contraceptifs, l'accroissement des investissements dans les ressources humaines en santé, le lancement d'une campagne régionale pour le changement de comportement en faveur de l'autonomisation des femmes, la protection des jeunes filles, l'éducation, l'utilisation des contraceptifs modernes, la mobilisation des ressources nationales pour la création de l'entreprise par les jeunes, ainsi que la mobilisation de la société civile. On espère que les progrès réalisés dans la région continueront de donner aux femmes et aux adolescentes les moyens de réduire les taux de fécondité et de faciliter la transition démographique rapide nécessaire pour réaliser le dividende démographique.

140 En 2017, la proportion des besoins de planification familiale satisfaits par l'utilisation de méthodes modernes était de 76 % dans les régions en développement. En Afrique, seulement

53% des femmes qui ont besoin d'une contraception moderne l'utilisent. Les femmes les plus pauvres ont tendance à avoir les besoins les plus faibles satisfaits par l'utilisation des méthodes modernes (Starrs et al., 2018). La figure 14 illustre les derniers besoins non satisfaits en matière de contraception par État membre africain (Groupe de la Banque mondiale, 2017c). Le Zimbabwe a la demande de contraceptifs la plus élevée satisfaite par des méthodes modernes, soit 80 % ; la RCA a la demande de contraceptifs la plus faible satisfaite par des méthodes modernes, soit 9 % (UNICEF, 2018).

141 Dans une étude réalisée en 2018 pour évaluer la disponibilité et l'état de préparation des services de planification familiale dans 10 pays africains (Bénin, Burkina Faso, Djibouti, Mauritanie, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Tanzanie et Togo), il a été constaté que de nombreux pays étudiés avaient une disponibilité relativement élevée d'au moins une méthode contraceptive. Les établissements ruraux avaient tendance à avoir une plus grande disponibilité de contraceptifs que les établissements urbains, et les établissements publics avaient tendance à avoir une plus grande disponibilité d'options de planification familiale que les autres prestataires. Les ruptures de stock et les problèmes de gestion logistique étaient courants dans les pays étudiés. Les écarts critiques entre la disponibilité déclarée et la disponibilité réelle des produits et services font qu'il est souvent difficile pour les utilisateurs finaux d'accéder aux méthodes de planification familiale appropriées (Ali et al., 2018). Cette tendance observée ne ferait qu'être exacerbée à l'intérieur d'un pays qui traverse une situation d'urgence ou de conflit ou qui se remet d'une telle situation. L'encadré 3 (à la page 63) donne un aperçu de la manière dont les pays d'Afrique de l'Ouest répondent aux besoins en matière de contraception.

1.3.6. Avortement à risque

142 Comme indiqué dans les Aspirations de l'Agenda 2063 et montrant une forte convergence avec les six piliers de la Position africaine commune (CUA, 2014) sur le programme de développement post-2015, le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre politique continental pour la santé et les droits sexuels et reproductifs 2016-2030 demande la réduction des niveaux d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions (CUA, 2015c). Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses constituent une grave menace pour la santé des femmes (Starrs et al., 2018). En tant que l'une de ses principales stratégies pour rendre opérationnel le cadre politique de la SDSR sur le continent, la législation et les politiques sanitaires pour un meilleur accès aux services de la SMNIA devraient être instituées, notamment l'accès à des avortements sûrs dans la pleine mesure des lois et politiques nationales (CUA, 2015c).

143 Des estimations récentes de la sécurité de l'avortement sont fondées sur un modèle dans lequel la proportion d'avortements considérés comme sûrs est fonction de la mesure dans laquelle des méthodes d'avortement sûres sont disponibles, des femmes peuvent se les payer et des femmes sont habilitées à rechercher et utiliser des services d'avortement sûrs. Entre 2010 et 2014, selon les estimations, 45 % des avortements (25 millions) ont été pratiqués dans des conditions dangereuses à l'échelle mondiale (Starrs et al., 2018). En Afrique de l'Ouest, 85% des avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses, et en Afrique centrale, 88% sont classés comme dangereux (Starrs et al., 2018). Le taux de létalité est le nombre de décès liés à l'avortement pour 100 000 avortements et constitue une mesure plus appropriée pour comparer la sécurité des avortements (Starrs et al., 2018). À l'échelle mondiale, le taux a chuté d'environ 42 % entre 1990-1994 et 2010-2014, passant d'un taux de létalité de 108 à 63 %. Il est la plus élevé en Afrique, avec 141 pour 100 000 avortements (Starrs et al., 2018).

144 Les situations d'urgence exposent les femmes à un risque accru de grossesses non désirées et peuvent accroître les pratiques d'avortement non médicalisées, notamment

l'avortement provoqué par soi-même, qui compromettent davantage la santé des femmes (Cooper et al., 2018). Pendant les conflits, les femmes deviennent la cible d'une violence brutale indescriptible. Il s'agit là d'une caractéristique très destructrice du conflit qui crée une profonde détresse physique, émotionnelle et sociale (Kelly et al., 2011). Le viol en période de conflit laisse de nombreuses femmes enceintes avec des bébés dont elles n'ont pas les moyens de s'occuper et nuit à leur santé mentale. En 1994, pendant le génocide rwandais, 5000 enfants sont nés du viol. Selon les estimations, au cours de conflits plus récents, environ 1,8 million de femmes et de filles ont été violées pendant la longue série de guerres en RDC (Howard, 2014). Une étude de méthodes mixtes sur la violence sexuelle en RDC a révélé que, sur les 255 femmes interrogées, 193 (75,7%) avaient été violées. Vingt-neuf pour cent des femmes violées ont été rejetées par leur famille et 6% par leur communauté. Treize pour cent des femmes ont eu un enfant à la suite d'un viol (Kelly et al., 2011). Près de la moitié des femmes interrogées (44,6%) ont attendu un an ou plus avant de recourir aux services de violence sexuelle et fondée sur le genre. Cinquante-cinq pour cent des femmes ont déclaré qu'il leur a fallu plus d'une journée pour se rendre dans les centres de services de violence sexuelle et fondée sur le genre et seulement 4,2 % d'entre elles ont reçu ces services dans les 72 heures suivant l'attaque - une période importante sur le plan médical pendant laquelle les victimes peuvent recevoir une prophylaxie contre les IST et le VIH (Kelly et al., 2011).

145 Peu de femmes qui tombent enceintes à la suite d'un viol lors d'un conflit reçoivent un avortement sans risque. En l'absence d'accès à un avortement sans risque, de nombreuses femmes recourent à des méthodes dangereuses. Les chiffres sur les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses à la suite d'un viol dans un conflit sont jugés peu fiables en raison de la sous-déclaration et du manque d'accès des femmes à la police et aux services médicaux. Selon les estimations, 25 à 30 % de tous les décès maternels chez les réfugiés résultant de situations de conflit étaient liés à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, bien qu'en réalité ce chiffre soit probablement beaucoup plus élevé (Bradley, 2017). Les études sur les situations d'urgence au Burkina Faso, en RDC et au Sud-Soudan (tous les pays fournissant des services aux populations réfugiées, déplacées et rapatriées) n'ont trouvé aucune norme minimale de services de SSR, bien que les établissements déclarent qu'ils fournissent des services. De nombreux prestataires connaissaient mal ces services de santé et même lorsqu'ils étaient disponibles, les réfugiés et les personnes déplacées ont déclaré ne pas les connaître (Starrs et al., 2018). Le Groupe de travail interinstitutions sur la santé en matière de procréation dans les situations de crise a procédé à une évaluation et a constaté que des services d'avortement médicalisés sont rarement fournis dans les situations de crise humanitaire, ce qui est particulièrement remarquable étant donné le risque élevé de violence sexuelle et de grossesses non désirées dans ces situations (Starrs et al., 2018). Il n'existait pas d'autres données concernant les réfugiés, les personnes déplacées, les rapatriés et les avortements, de sorte qu'il était difficile de procéder à une analyse approfondie de leur situation actuelle.

1.4. Santé des adolescents

146 Le total de la population adolescente africaine est en augmentation : il y avait 224 millions d'adolescents dans la région à la fin de 2015, un nombre qui devrait doubler d'ici à 2050 (OMS, 2018). L'adolescence est un moment essentiel pour jeter les bases de comportements sexuels et reproductifs sains et pour s'attaquer aux problèmes qui nuisent particulièrement à la santé des femmes : normes inéquitables entre les sexes, mariage des enfants et violence fondée sur le genre. Les expériences des adolescents peuvent déterminer la trajectoire de la vie des individus (Starrs et al., 2018).

147 La reconnaissance récente du triple avantage de l'investissement dans la santé des adolescents - leur santé actuelle, leur santé future et la santé de la prochaine génération - a attiré l'attention sur cette phase du parcours de vie. Lorsque les résultats sanitaires d'un pays

s'améliorent et que les taux de mortalité et de fécondité diminuent, la structure par âge de la population change. Avec ces changements, la population jeune et dépendante d'un pays diminue par rapport à la population en âge de travailler et la part croissante de la population en âge de travailler augmente, de sorte que le revenu disponible augmente, ce qui stimule la consommation, la production et l'investissement et, partant, accélère la croissance pour le pays (UNICEF, 2017a).

- 148 Si les adolescents sont souvent considérés comme un groupe en bonne santé, ce n'est pas le cas, en particulier dans la région africaine (OMS, 2018) et pour ceux qui vivent dans des situations de conflit et des situations humanitaires. Alors que les situations de conflit et d'urgence peuvent avoir tendance à commencer par des situations aiguës, il a été démontré qu'elles peuvent durer jusqu'à 17 ans (Moore, 2017), ce qui signifie que les nourrissons et les jeunes enfants qui grandissent dans une situation de conflit peuvent s'attendre à passer leur adolescence à les vivre également (FNUAP, 2018). Dans la transition de l'enfance à l'âge adulte, les adolescents bénéficient normalement de l'influence des modèles adultes, des normes et structures sociales et des groupes communautaires (pairs, religieux ou culturels). Cependant, lorsque des personnes sont déplacées, les structures familiales et sociales sont perturbées. Les adolescents peuvent être séparés de leur famille ou de leur communauté, tandis que les programmes éducatifs formels et informels sont interrompus et que les réseaux communautaires et sociaux s'effondrent (Kerner et al., 2010). Il faut en tenir compte lors de la planification de la fourniture de services de santé aux enfants et aux adolescents vivant dans des situations humanitaires et de conflit, car leurs besoins en matière de santé, d'éducation et de sécurité pourraient être compromis, ce qui augmenterait le risque de rapports sexuels forcés, d'agression sexuelle, d'exploitation et, dans certains cas, de mariage et de traite sexuelle des enfants. Bien que ce rapport se concentre sur la santé sexuelle et reproductive des enfants à prédominance féminine, les garçons sont également exposés et soumis à la violence et à l'exploitation sexuelles (Starrs et al., 2018).
- 149 La Commission Lancet sur la santé et le bien-être des adolescents recommande que la communauté mondiale du développement adopte un concept plus large de la santé des adolescents, qui englobe non seulement la SSR, mais aussi les maladies infectieuses, les carences nutritionnelles, les blessures et la violence, les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, ainsi que la santé mentale et le mauvais usage de substances (Patton et al., 2016). Les troubles mentaux et physiques concomitants sont liés à une mortalité et à une morbidité plus élevées ; il est par conséquent nécessaire d'intégrer la prestation de soins et de services de santé mentale et physique actuellement segmentés (Kapunga, Petroni, 2017).
- 150 Des efforts doivent être réalisés pour réduire la mortalité et la morbidité des adolescents et créer un climat juridique et social favorable au développement positif des adolescents (Laski, 2015). L'adolescence est un bon moment pour s'informer sur les régimes alimentaires sains, les conséquences de l'abus d'alcool et de drogues, la résistance à la pression des pairs et à l'intimidation, la sexualité saine, la violence sexuelle, le respect des droits humains et la promotion de l'égalité hommes-femmes. Ce groupe d'âge exige la fourniture d'un mélange adéquat de contraceptifs modernes, notamment la contraception d'urgence et les contraceptifs réversibles à action prolongée (Laski, 2015). D'autres interventions directes pourraient inclure la vaccination contre le VPH pour les jeunes de 10 à 14 ans, car elle protège contre le développement du cancer du col de l'utérus à l'âge adulte. La vaccination contre le VPH est aussi une occasion d'atteindre les adolescents et de leur fournir d'autres interventions, comme l'hygiène menstruelle, le vermifuge et la prévention du paludisme (Laski, 2015).

1.4.1. Santé mentale des adolescents

- 151 Il est essentiel de veiller à ce que les adolescents soient pleinement soutenus dans tous les aspects de leur vie durant cette phase pour jeter les bases d'une vie saine et productive pour le reste de leur vie (UNICEF, 2018b). Les problèmes de santé mentale constituent un fardeau majeur de maladie pour les adolescents dans le monde entier. Selon les estimations, un adolescent sur cinq souffrira d'un trouble de santé mentale chaque année, l'automutilation est la troisième cause de décès chez les adolescents et la dépression est l'une des principales causes de handicap (UNICEF, 2018b). L'automutilation, troisième cause de décès chez les adolescents, contribue à plus de 67 000 décès chaque année (Kapunga, Petroni, 2017). Les adolescentes sont particulièrement exposées aux problèmes de santé mentale, avec une incidence de dépression beaucoup plus élevée que les garçons, une tendance qui persiste tout au long de leur vie reproductive (Kapunga, Petroni, 2017). Grâce à la Cible 3.4, les directives visent à réduire la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles par la prévention et le traitement ainsi qu'à promouvoir la santé mentale et le bien-être (ONU, 2015b).
- 152 Au niveau mondial, deux tiers des pays ne disposent pas de données sur les troubles mentaux et, pour les pays qui en disposent, celles-ci sont souvent indisponibles pour les enfants et les adolescents (Kapunga, Petroni, 2017). Dans une étude systématique évaluant la prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants âgés de 16 ans et moins et vivant en milieu communautaire en Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe, il a été constaté que les niveaux de problèmes de santé mentale étaient considérables (Cortina et al., 2012). Un enfant et adolescent sur sept éprouve des difficultés importantes, et un sur dix (9,5 %) souffre d'un trouble psychiatrique spécifique. Il a été constaté une corrélation sociodémographique claire avec la psychopathologie, ce qui place les enfants dans les zones les plus défavorisées et les plus à risque (Cortina et al., 2012).
- 153 Des interventions globales de promotion de la santé mentale, menées en collaboration avec les familles, les écoles et les communautés, ont permis d'améliorer la santé mentale, le fonctionnement social et les comportements généraux en matière de santé (Kapunga, Petroni, 2017). Les écoles sont l'un des cadres les plus importants pour la promotion de la santé mentale des adolescents, car elles offrent un forum pour faire progresser les compétences sociales et émotionnelles, ainsi que l'apprentissage scolaire. Les programmes scolaires d'aptitudes à la vie quotidienne et de résilience dans les PRFI ont indiqué des effets positifs sur l'estime de soi, la motivation et l'auto-efficacité des élèves (Kapunga, Petroni, 2017). Les programmes qui promeuvent des normes de genre plus équitables et visent à autonomiser les adolescentes, en s'attaquant aux multiples vulnérabilités des filles, telles que l'isolement social, l'insécurité économique, le manque d'accès aux services de santé et la violence sexuelle et fondée sur le genre, peuvent non seulement modifier les normes sociales, mais aussi améliorer la santé mentale des hommes et des femmes (Kapunga, Petroni, 2017). Ces programmes devraient également être jumelés à des efforts visant à modifier les normes au niveau de la famille et de la communauté, afin de créer un environnement favorable et plus large au changement (Kapunga, Petroni, 2017).

1.4.2. Nutrition des adolescents

- 154 L'adolescence est la deuxième période de croissance la plus rapide après la petite enfance, caractérisée par des besoins énergétiques et nutritionnels élevés (Akseer et al., 2017). Une nutrition adéquate pendant l'adolescence est importante pour la santé actuelle et future, car cette période est peut-être la seule occasion de rattraper le retard nutritionnel dont ce groupe d'âge a besoin pour prévenir un effet vicieux de la malnutrition sur les générations futures (Akseer et al., 2017). La malnutrition, qui comprend la dénutrition (émaciation, retard de croissance, insuffisance pondérale), l'insuffisance de vitamines ou de minéraux, la

surcharge pondérale, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation (OMS, 2018f), est causée non seulement par un manque de nourriture, mais par une multitude de processus en interaction qui lient la santé, l'éducation, l'assainissement et l'hygiène, l'accès aux ressources, l'autonomisation des femmes (UNSCN, 2014; Development Initiatives, 2018). Comme nous l'avons souligné dans les sections précédentes, les taux élevés de fécondité et de mariages précoces sont particulièrement préoccupants et préfigurent un cercle vicieux perpétuel de grossesses précoces, entravant les processus de croissance normale (comme la croissance osseuse linéaire, le développement maximal de la masse osseuse et la maturation du bassin et des canaux de naissance), ce qui entraîne de mauvais résultats chez les mères et les enfants (Akseer et al., 2017).

155 Dans une étude réalisée pour décrire les niveaux, les tendances et les schémas mondiaux actuels de l'état nutritionnel, les comportements liés à la nutrition et l'impact sur la santé reproductive chez les jeunes, il a été constaté qu'au cours des quatre dernières décennies, une augmentation substantielle de surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants a été observée dans la plupart des pays à revenu élevé. Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire affichent des tendances similaires, ainsi que des niveaux de sous-nutrition toujours élevés (Akseer et al., 2017).

156 La petite taille, ou retard de croissance, est devenue le principal indicateur de la dénutrition chronique en raison de ses implications importantes pour la santé et le développement (Akseer et al., 2017). Le retard de croissance à l'adolescence est le résultat d'une mauvaise alimentation, d'une infection et d'un stress environnemental accumulé depuis la période fœtale jusqu'au début de la vie adulte (Christian, Smith, 2018). Les effets à long terme du retard de croissance comprennent un retard du développement mental, de mauvais résultats scolaires et une capacité intellectuelle réduite, ce qui peut se traduire par une baisse des revenus et de la productivité économique au niveau national. Le retard de croissance est en outre lié à plusieurs maladies non transmissibles à un âge avancé, notamment les maladies cardiovasculaires et le diabète (Akseer et al., 2017). Les adolescentes souffrant d'un retard de croissance courent un plus grand risque d'épuisement nutritionnel pendant la grossesse, et les besoins nutritionnels accrus associés à la croissance fœtale entraînent souvent un nouveau retard de croissance (Akseer et al., 2017). Les filles souffrant d'un retard de croissance sont plus susceptibles de donner naissance à des bébés sous-alimentés - perpétuant ainsi le cycle de la dénutrition et de la pauvreté. Un enfant atteint d'un retard de croissance a également une plus grande propension à développer l'obésité et d'autres maladies chroniques à l'âge adulte (AUC DSA, 2016). La grossesse pendant l'adolescence provoque une compétition pour les ressources nutritionnelles, ce qui peut conduire à la malnutrition et au sous-développement, au ralentissement de la croissance et au retard de croissance chez la mère. Peu de données concernant le retard de croissance chez les adolescents ont été publiées à ce jour, car les estimations de l'IMC ont été privilégiées comme mesure de rapport pour les enfants et les adolescents (Christian, Smith, 2018).

157 L'insuffisance pondérale, ou maigreur, est définie comme étant inférieure à 2 écarts-types (ET) de la médiane de l'IMC et classée par âge et par sexe (Christian, Smith, 2018). Au niveau mondial, 5,7 % des adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) souffrent d'insuffisance pondérale, contre 5,5 % en 2000 (Development Initiatives, 2018), tandis qu'en Afrique, on signale qu'en moyenne 18,8 % des adolescentes présentent une insuffisance pondérale (Development Initiatives, 2018). L'Égypte a enregistré le pourcentage le plus faible d'adolescentes présentant une insuffisance pondérale, soit 12,6%, tandis que le Nigéria a enregistré le pourcentage le plus élevé, soit 25,3% (Development Initiatives, 2018).

158 Les carences en vitamines et en minéraux, ou insuffisances, qui sont souvent accompagnées et exacerbées par des infections récurrentes pendant l'adolescence, ont des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être quotidiens des filles (De-Regil et al., 2016). Les carences en micronutriments représentent une part importante du fardeau mondial des

maladies, les carences en fer et en vitamine A figurant parmi les 15 principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde (Akseer et al., 2017). Peu d'attention a été accordée aux carences en micronutriments chez les adolescents, malgré leur vulnérabilité nutritionnelle accrue. Les régions d'Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe présentent les deuxièmes carences en fer et en iode les plus élevées (Akseer et al., 2017). Le zinc, le calcium et la vitamine D sont les principaux micronutriments qui facilitent le développement de cette période critique de croissance ; le zinc est essentiel pour favoriser une croissance adéquate et améliorer l'immunité et la maturation sexuelle, tandis que le calcium et la vitamine D sont importants pour maximiser la formation osseuse et assurer la santé osseuse à vie. Les adolescentes enceintes risquent davantage de développer des carences dans les trois micronutriments en raison des besoins concurrentiels du fœtus en matière de croissance et de développement, ce qui peut à son tour entraver le plein potentiel de croissance de la mère et contribuer à mettre en danger la grossesse et à une mauvaise santé des enfants (Akseer et al., 2017).

159 Aujourd'hui, la surcharge pondérale et l'obésité touchent un adolescent sur trois dans le monde et sont particulièrement préoccupantes chez les filles. Accompagnée d'une baisse de l'activité physique, de la qualité et de la diversité de l'alimentation, la période de transition de l'adolescence à l'âge adulte est particulièrement associée à un risque accru de prise de poids excessive (Akseer et al., 2017). Bien que l'on signale qu'environ 15 % des filles et des jeunes femmes africaines sont également en surpoids ou obèses (Akseer et al., 2017), l'OMS indique que l'on ne dispose pas de données fiables sur cet indicateur pour la région Afrique (WHO, 2017). Selon le Rapport mondial sur la nutrition 2018 (Development Initiatives, 2018), en 2016, 17,8% des adolescents africains avaient un excès de poids et 5,2% étaient obèses. Cela correspond aux résultats globaux selon lesquels 17,5 % des adolescentes sont en surpoids et 5,6 % sont obèses (Development Initiatives, 2018).

160 Dans les situations de crise résultant de conflits, de fragilités, de violences et de changements environnementaux, il est encore plus urgent de traiter et de prévenir les multiples fardeaux de la malnutrition tout en renforçant la résistance de la nutrition à des crises souvent prolongées (Development Initiatives, 2018). S'attaquer à la dénutrition préconçue dans les milieux à faible revenu pourrait nécessiter des stratégies comportementales plus larges que la lutte contre la surnutrition dans les milieux à revenu élevé. Les ménages à faibles ressources ne peuvent pas simplement changer leur comportement si la nourriture n'est pas disponible, et les stratégies doivent donc combiner changement de comportement et accès à la nourriture (Barker et al., 2018). Des interventions à plusieurs niveaux visant à aborder la nutrition et le comportement en matière de santé avant la conception seront nécessaires pour aborder les déterminants sociaux et de santé plus larges, et donc la santé et la nutrition avant la conception (Barker et al., 2018). Comme pour tous les facteurs de risque préconçus, les possibilités d'action au niveau individuel sont limitées par les grossesses non planifiées, ce qui souligne à son tour l'importance d'une action de santé publique rentable pour réduire les comportements à risque, fournir des services de santé sexuelle et reproductive (SSRA) de qualité aux adolescents, avec un bénéfice supplémentaire pour les filles et les femmes dont les grossesses ne sont pas planifiées (Stephenson et al., 2018).

1.4.3. Santé et droits sexuels et reproductifs des adolescents

161 L'adolescence est une période de changement social, familial et émotionnel. L'adolescence est également une période de transition dans les dispositions et les pratiques en matière de santé (Cluver et al., 2016), car les adolescents peuvent passer de services pédiatriques à des services pour adolescents, passant d'une approche axée sur la prestation de soins à une adhésion autonome. Cette transition devrait être abordée par le biais de programmes de SSRA, en particulier dans les situations de conflit et d'urgence (Cluver et al., 2016), car l'amélioration de la SSRA, notamment la prévention des grossesses non désirées,

est essentielle à leur bien-être social et économique. Du point de vue du développement, la procréation à l'adolescence est associée à un niveau d'instruction inférieur chez les mères et peut perpétuer un cycle de pauvreté d'une génération à l'autre (Guttmacher Institute, 2018).

162 Étant donné que les grossesses d'adolescentes contribuent dans une large mesure aux taux de mortalité maternelle et infantile en Afrique et au risque accru de blessures à la naissance, comme la fistule obstétricale, et compte tenu de la rareté des données sur la santé reproductive des adolescentes africaines, il est urgent d'améliorer le suivi effectif de la SSRA (WHO, 2018). Si un problème n'est pas perceptible, il ne peut pas être résolu. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement, telles que la pré-éclampsie, la prématurité et l'insuffisance pondérale à la naissance (Azevedo et al., 2015), continuent d'entraîner des décès évitables et des problèmes de santé chez les adolescents des régions en développement (Guttmacher Institute, 2018). Les adolescentes sont également très sensibles aux IST, notamment le VIH (Starrs et al., 2018).

163 Il faut mettre davantage l'accent sur l'intervention avant la conception pour améliorer la SMNIA et réduire le fardeau croissant des maladies non transmissibles (Stephenson et al., 2018). Pour fournir aux adolescents et aux adolescentes les informations et les services dont ils ont besoin en matière de SDSR, il faut surmonter les obstacles sociaux, culturels, sanitaires et juridiques, et commencer par reconnaître qu'ils sont peut-être déjà sexuellement actifs ou pourraient l'être bientôt (Starrs et al., 2018).

1.4.4. Le VIH chez les adolescents

164 Les adolescents et les jeunes femmes sont physiologiquement plus susceptibles de contracter le VIH que les hommes et les femmes de plus de 25 ans (Starrs et al., 2018). Au niveau mondial, 260 000 adolescents âgés de 15 à 19 ans ont été nouvellement infectés par le VIH en 2016, ce qui représente 12% des 2,1 millions d'adolescents vivant avec le VIH. Environ 80% du total mondial est situé en Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe (OMS, 2018g). Le SIDA est actuellement la principale cause de mortalité chez les adolescents de 10 à 19 ans en Afrique (Cluver et al., 2016). En ce qui concerne le traitement, des études montrent que les adolescents sont le groupe d'âge le plus jeune, ce qui entraîne la morbidité, la mortalité, la résistance virale et la transmission du VIH (Cluver et al., 2016). Par rapport aux enfants et aux adultes, les adolescents vivant avec le VIH ont des niveaux de rétention plus faibles dans les soins, des taux de suppression virale plus faibles, des taux de mortalité plus élevés (OMS, 2018g) et des pertes élevées dans le suivi des programmes de traitement antirétroviral (Ronen et al., 2017). Ces disparités seraient à l'origine de l'observation alarmante selon laquelle, bien que le nombre global de décès liés au sida ait diminué de 24 % entre 2004 et 2011 dans le monde, il a augmenté de 50 % chez les adolescents pendant la même période (Ronen et al., 2017).

165 De nombreux obstacles sociaux, sexospécifiques, culturels et juridiques empêchent les adolescents d'obtenir des informations et des services de santé sexuelle et reproductive de qualité. Parmi les défis à relever, on peut citer l'accès insuffisant à des informations et des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive, l'insuffisance de l'enseignement secondaire et de l'éducation sexuelle globale, les normes sexospécifiques néfastes, notamment le mariage des enfants, les relations sexuelles intergénérationnelles (hommes âgés et jeunes femmes), l'incapacité à demander à leur partenaire d'utiliser le préservatif et le risque accru de violence dans les situations de conflit (Starrs et al., 2018). Dans de nombreux pays, les adolescents qui ne sont pas légalement considérés comme des adultes ont besoin du consentement de leurs parents pour obtenir des soins médicaux, notamment des tests de dépistage du VIH et des conseils. Les préjugés parmi les prestataires de soins peuvent également poser problème parce que certains peuvent refuser de servir des adolescentes ou des femmes non mariées même en l'absence d'interdictions légales ou administratives (Starrs et al., 2018).

166 Dans les régions en développement, la proportion d'adolescents âgés de 15 à 19 ans qui ont subi un test de dépistage du VIH n'est que de 12% pour les femmes et de 9% pour les hommes (Starrs et al., 2018). Les services intégrés de PTME dans les soins prénatals de routine offrent une occasion fondamentale d'identifier les jeunes femmes enceintes infectées par le VIH et de les relier aux soins et aux services de PTME (Ronen et al., 2017). Au cours d'une étude visant à analyser les lacunes dans la participation des adolescents aux soins prénatals et aux services de PTME au Kenya, il a été observé que plus de 70 % des adolescentes séropositives avaient été diagnostiquées pendant leur grossesse, ce qui souligne l'importance des opportunités de soins prénatals. Il a également été observé que les partenariats de soutien, dans le cadre desquels les femmes se sentent à l'aise de divulguer leur séropositivité, facilitent la participation aux soins prénatals chez les adolescentes (Ronen et al., 2017). Les résultats d'une étude réalisée en Afrique du Sud en 2016 pour examiner les associations entre les dispositions de protection sociale et l'adhésion, ont montré que l'offre « *cash plus care* » était associée à une réduction de la non-adhésion. L'offre d'au moins deux repas par jour, la participation à un groupe de soutien sur le VIH et des niveaux élevés de surveillance parentale peuvent faciliter l'observance du traitement antirétroviral chez les adolescents séropositifs. Les données ont montré que les combinaisons de dispositions de protection sociale sont associées à des réductions plus importantes de la non-adhésion que les seules dispositions individuelles (Cluver et al., 2016).

1.4.5. Fertilité des adolescentes

167 Les grossesses chez les adolescentes sont directement liées à l'insuffisance pondérale à la naissance et aux facteurs psychosociaux associés à un mauvais allaitement maternel et à la capacité de la mère de fournir une alimentation et des soins optimaux (WHO, 2017). Les grossesses à l'adolescence présentent un risque plus élevé de complications et de mortalité chez les mères et leurs enfants et constituent la deuxième cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans (Black et al., 2013). Les bébés nés de mères de moins de 20 ans courent 1,5 fois plus de risques de mourir au cours des 28 premiers jours que les bébés nés de mères dans la vingtaine ou la trentaine (UNICEF, 2016). Les risques associés à ces grossesses sont particulièrement prononcés : les adolescentes supportent 23% du fardeau global des maladies liées à la grossesse et à l'accouchement (Ronen et al., 2017).

168 Le taux de fécondité des adolescentes (TFA) est le nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans (ONU, 2015). La première naissance avant l'âge de 18 ans survient chez environ 35 % des filles africaines (Akseer et al., 2017). La prévalence de l'accouchement précoce est la plus élevée en Guinée, au Mali et au Niger, où environ 10 % des femmes ont accouché avant l'âge de 15 ans. Presque toutes les naissances d'adolescentes (90 %) ont lieu dans le cadre du mariage (Christian, Smith, 2018). Le taux moyen de natalité des adolescentes en Afrique est de 88 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans (Groupe de la Banque mondiale, 2017) et varie de 6 en Libye à 194 au Niger (Groupe de la Banque mondiale, 2017). La figure 15 (à la page 93) présente le taux de fécondité des adolescentes en Afrique, par pays, en 2016 (Groupe de la Banque mondiale, 2017).

1.4.6. Besoins et services en matière de contraception

169 Les taux de fécondité élevés et les mariages précoces dans les États membres africains sont particulièrement préoccupants et préfigurent un cercle vicieux perpétuel de grossesses précoces, entravant les processus de croissance normale (tels que la croissance osseuse linéaire, le développement maximal de la masse osseuse et la maturation du bassin et des canaux de naissance), entraînant de mauvaises issues maternelles et infantiles (Akseer et al., 2017).

170 Parmi les adolescentes qui ont besoin de contraception, celles qui sont sexuellement actives et ne veulent pas d'enfant pendant au moins 2 ans, 60% n'utilisent pas de méthode moderne dans le monde. Ce pourcentage augmente jusqu'à 78% en Afrique centrale (Starrs et al., 2018). Parmi les adolescents qui utilisent des contraceptifs dans les régions en développement, la plupart utilisent des préservatifs masculins (38%), suivis de la pilule contraceptive (27%) et des injectables (19%) [Starrs et al., 2018]. Les autres 62 % (7,5 millions) n'utilisent pas de méthode moderne ; ces adolescentes ont des besoins non satisfaits de contraception moderne. Peu d'adolescentes utilisent des méthodes réversibles à action prolongée, comme les implants et les DIU, qui ont des taux d'efficacité plus élevés (Starrs et al., 2018). Parmi les femmes de ce groupe d'âge, 87 % n'utilisent aucune méthode (Guttmacher Institute, 2018). Les jeunes femmes africaines invoquent souvent plusieurs raisons pour ne pas utiliser de contraceptifs, malgré leur volonté d'éviter une grossesse. Il s'agit notamment des préoccupations concernant les effets secondaires de la contraception, les rapports sexuels peu fréquents, le fait de ne pas être mariée, l'allaitement maternel ou de ne pas avoir repris ses règles après un accouchement et l'opposition à la contraception de la part de la femme, de son partenaire ou d'autrui (Guttmacher Institute, 2018).

171 Selon les estimations de 2017, le coût annuel de la fourniture de services contraceptifs à 4,6 millions de femmes âgées de 15 à 19 ans qui utilisent des contraceptifs modernes en Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe est de 58 millions de dollars (Guttmacher Institute, 2018). Cela représente en moyenne 13 dollars américains par utilisateur par année. L'élargissement et l'amélioration des services de contraception, qui comprendraient de meilleurs conseils et un meilleur suivi en matière de contraception, la disponibilité constante d'une gamme de contraceptifs modernes et des prestataires formés pour travailler avec les adolescents, pour les 12,1 millions de femmes qui en ont besoin, coûteraient 35 dollars par utilisateur et par an. (Guttmacher Institute, 2018). Pour répondre aux besoins des adolescentes en matière de contraception, il faut des politiques et des pratiques visant à mettre fin au mariage des enfants, à prévenir les abus sexuels et la coercition, à améliorer l'éducation des filles, à autonomiser les filles et les femmes et à fournir une éducation sexuelle complète et des services de contraception de qualité.

172 Accroître le niveau d'éducation des filles augmente leur capacité à prendre des décisions de manière autonome. Des études montrent que les adolescentes sexuellement actives qui vont à l'école sont plus susceptibles d'utiliser des contraceptifs que celles qui ne vont pas à l'école (Guttmacher Institute, 2018). Dans une étude systématique portant sur les interventions scolaires visant à améliorer l'utilisation des contraceptifs chez les adolescentes dans le monde, il a été constaté que 75 % des avortements non médicalisés, ainsi que d'autres causes de mortalité maternelle, pourraient être évités par un meilleur accès à la contraception moderne (Lopez et al., 2016). L'engagement des jeunes hommes dans les programmes de santé sexuelle et reproductive peut contribuer à susciter des attitudes plus équitables entre les hommes et les femmes (Guttmacher Institute, 2018). Dans un examen de 47 interventions de planification familiale qui ont touché les hommes, suffisamment de preuves ont été trouvées démontrant le désir des hommes d'obtenir de l'information et des services de planification familiale, ainsi que leur réaction positive aux programmes existants. Cela justifie d'autres programmes pour les hommes et les garçons dans les services de planification familiale et de contraception (Hardee et al., 2017).

Encadré 3 : Présentation de la santé sexuelle et reproductive des adolescents en période de crise

*Pour répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents vivant dans des situations de conflit ou d'urgence, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a appuyé trois interventions humanitaires, portant sur la violence fondée sur le genre, les grossesses non désirées, l'infection à VIH, le mariage précoce et forcé et autres risques. Ils signalent que des **espaces sûrs, des équipes médicales mobiles** et **l'engagement des jeunes** sont des moyens efficaces d'atteindre les filles déplacées, déracinées et affectées par la crise à un moment essentiel de leur jeune vie.*

Après de graves inondations au Malawi, des tentes spéciales ont été installées dans les camps de déplacés pour servir de « clubs de jeunes » pour les adolescents, filles et garçons. Ils ont offert des possibilités de loisirs ainsi qu'un accès convivial à l'information et aux services de SSR à 18 000 adolescents déplacés et ont réduit l'incidence des infections sexuellement transmissibles. Au Nigéria, les espaces sûrs étaient un point d'entrée pour l'information et les services de santé en matière de reproduction, notamment la planification familiale et les conseils psychosociaux pour les femmes et les filles fuyant l'insurrection de Boko Haram en raison de la violence fondée sur le genre. Ces lieux de rassemblement renforcent également la résilience en offrant aux femmes et aux filles l'occasion d'acquérir des compétences de subsistance et de s'engager avec d'autres pour reconstruire des réseaux communautaires. Pour les femmes et les filles somaliennes, les « camps communautaires de santé reproductive » mensuels sont au cœur du programme de SSR du FNUAP. Des campagnes de sensibilisation alertent les populations pastorales sur la date et le lieu de la prochaine clinique mobile. (Suite de la page 92)

173 Les approches les plus efficaces pour fournir des services de santé sexuelle et reproductive aux jeunes comprennent une combinaison de formation des agents de santé, d'amélioration des installations, visant à accueillir les adolescents et à protéger leur vie privée, et de diffusion de l'information dans les écoles, les communautés et les médias (Guttmacher Institute, 2018). L'encadré 4 présente les interventions utilisées par le FNUAP pour répondre aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive pendant les conflits et les situations d'urgence.

1.4.7. Mariage d'enfants

174 Dans les régions en développement, les adolescentes connaissent généralement le premier rapport sexuel, le mariage et la procréation en succession étroite (Starrs et al., 2018). Les parents marient souvent leurs jeunes filles pour préserver leur virginité pré-nuptiale et les protéger du harcèlement sexuel. Ils peuvent aussi le faire pour des raisons économiques, pour régler des dettes, former des alliances ou protéger l'honneur de la famille (Starrs et al., 2018). Partout dans le monde, les enfants mariés sont moins susceptibles que les femmes adultes de recevoir des soins médicaux adéquats pendant leur grossesse. Le manque de soins et le fait que les filles ne sont pas assez matures physiquement pour accoucher mettent en danger les mères et leurs bébés (UNICEF, 2016).

175 Malgré les efforts déployés à l'échelle mondiale pour mettre fin au mariage des enfants (avant l'âge de 18 ans), cette pratique reste courante dans les régions en développement. Selon les estimations, 7 % des filles des régions en développement se marient avant l'âge de 15 ans et 28 % avant l'âge de 18 ans (Starrs et al., 2018). Dans le monde, plus de 700 millions de femmes vivantes aujourd'hui ont été mariées quand elles étaient enfants et 17% d'entre elles vivent en Afrique (Girls Not Brides, 2019). La prévalence des mariages d'enfants diminue lentement sur le continent, mais reste supérieure à la moyenne mondiale. Le mariage des enfants est très répandu en Afrique de l'Ouest et centrale (42%) ainsi qu'en Afrique de l'Est et australe (36%) [Girls Not Brides, 2019]. Une étude sur les avantages de mettre fin au mariage des enfants a examiné ce que serait la fécondité totale si le mariage des enfants devait être éliminé (recherche

Encadré 3 : Présentation de la santé sexuelle et reproductive des adolescents en période de crise

(Suite de la page 91) Le programme a touché plus de 24 000 femmes en âge de procréer en deux ans, dont 4 800 adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les programmes de formation préparent une équipe de prestataires de services de santé et d'agents de santé communautaires, qui renforcent les capacités et l'autonomisation des filles et des femmes en leur fournissant des informations et des services de SSR culturellement adaptés, notamment la planification familiale. Les campagnes et services intégrés bénéficient aux adolescents vulnérables dévastés par la sécheresse, les inondations et les conflits dans l'une des plus grandes crises humanitaires du monde.

Au cours de l'intervention humanitaire qui a suivi la tempête tropicale Washi qui a touché les Philippines, les jeunes se sont révélés être des partenaires précieux en tant que premiers intervenants et volontaires de proximité. Le concept de l'engagement et de la participation des jeunes en tant que partenaires actifs et non en tant que bénéficiaires passifs de l'action humanitaire du FNUAP a été utilisé. Des jeunes bénévoles formés ont animé des séances de communication pour sensibiliser leurs pairs, communiquer et fournir de l'information sur la santé aux femmes enceintes. Ils ont également distribué des kits d'hygiène, collecté des données et mis en place des espaces adaptés aux femmes, puis introduit des espaces adaptés aux jeunes. Bien qu'il s'agisse d'un exemple non africain, ce concept pourrait être adapté pour répondre à un conflit ou à une situation d'urgence sur le continent. (FNUAP, 2016).

hypothétique en 2014) et la procréation retardée jusqu'après l'âge de 18 ans. Les avantages sociaux et économiques du report de la procréation ont été estimés pour 106 pays à 22 milliards de dollars en 2015 et à 566 milliards de dollars en 2030. L'augmentation rapide des bénéfices provient du fait que les effets des mariages d'enfants et des accouchements précoces sur la croissance démographique sont cumulatifs. Les prestations d'aide sociale reviendraient en grande partie aux personnes vivant dans la pauvreté parce qu'elles ont des taux élevés de mariages d'enfants et d'accouchements précoces (Starrs et al., 2018).

176 En mai 2014, l'Union africaine a lancé la toute première campagne visant à mettre fin au mariage des enfants en Afrique. Cela a été réitéré dans le document de politique générale de l'Agenda 2063, qui reconnaît le mariage des enfants comme un obstacle majeur à la prospérité régionale. Dans le cadre de l'article 51, il est stipulé que « *toutes les pratiques sociales néfastes (en particulier les mutilations génitales féminines et le mariage des enfants) seront éliminées et les obstacles à une santé et une éducation de qualité pour les femmes et les filles seront éliminés* ». (CUA, 2015, p. 8).

1.4.8. Mutilations génitales féminines

177 Le contrôle sexuel des filles et le mariage des enfants sont également liés par la pratique des mutilations génitales féminines ou de l'excision. Les mutilations génitales féminines sont la pratique consistant à exciser, piquer, enlever et parfois coudre les organes génitaux féminins externes pour des raisons non médicales. Les mutilations génitales féminines ou excision sont une norme sociale profondément enracinée. Les communautés pratiquent les mutilations génitales féminines ou l'excision en croyant qu'elles garantiront le mariage, la chasteté, la beauté ou l'honneur familial d'une fille, mais elles sont reconnues comme une pratique néfaste qui viole les droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux des filles et des femmes (Muteshi et al., 2016).

178 Les mutilations génitales féminines sont associées à une série de risques pour la santé qui ont des conséquences à court et à long terme. Les conséquences physiques plus prononcées comprennent des douleurs aiguës, des saignements, des chocs, des difficultés à uriner et à évacuer les selles et des infections ; les conséquences à long terme peuvent comprendre des douleurs chroniques, des infections, des problèmes obstétricaux, comme un travail prolongé et/ou une obstruction, des épisiotomies et des larmes périnéales, une hémorragie post-partum et la mort maternelle et fœtale (Muteshi et al., 2016). Selon les estimations, les mutilations génitales féminines ou l'excision entraînent un à deux décès périnataux supplémentaires pour 100 accouchements (Muteshi et al., 2016). Nonobstant les ramifications physiques, il a été démontré que les mutilations génitales féminines ou l'excision laissent une marque psychologique durable et peuvent nuire à la santé mentale des femmes (Muteshi et al., 2016).

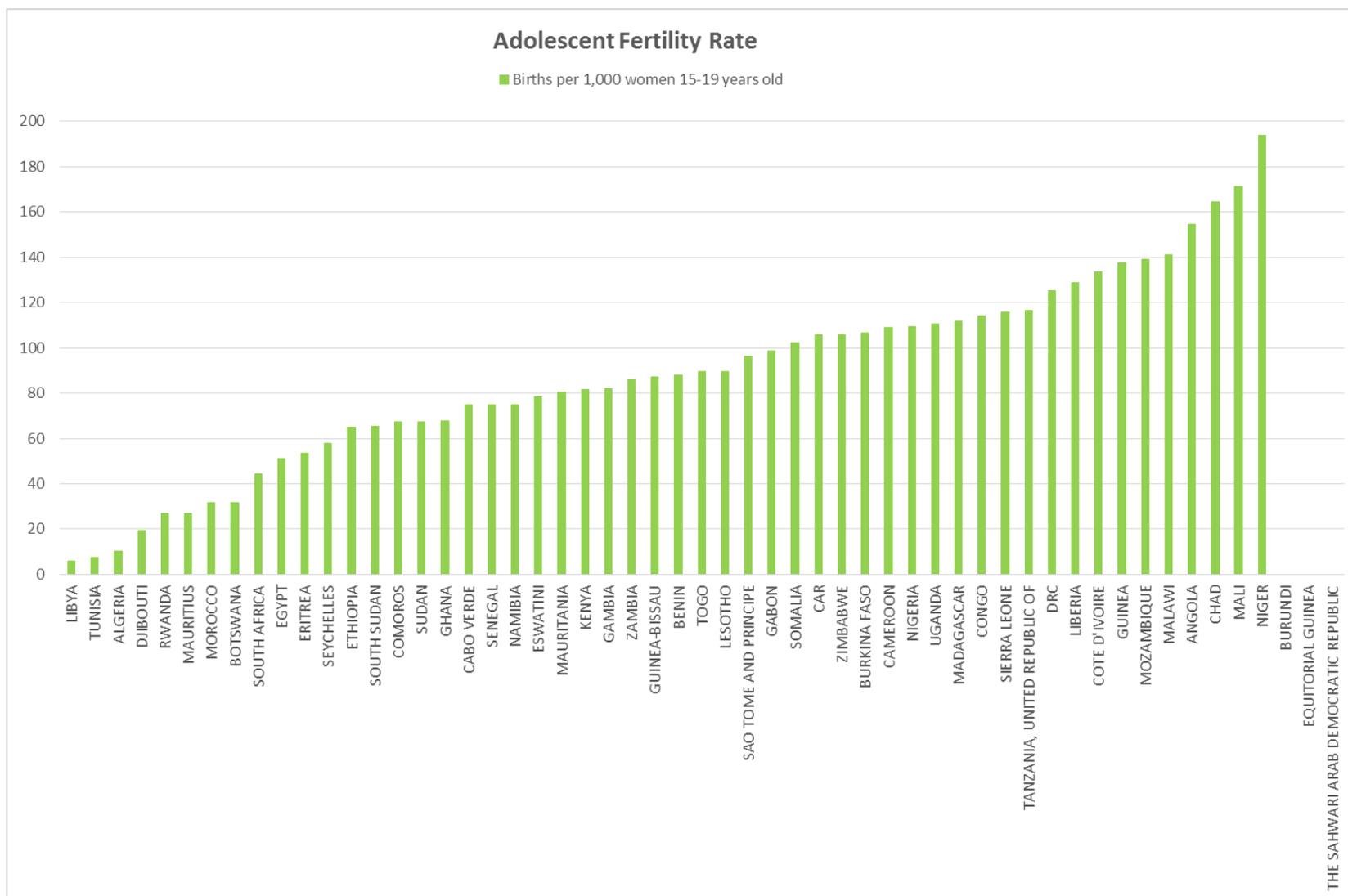


Figure 15: Les taux actuels de fécondité des adolescentes, par pays africain (Groupe de la Banque mondiale, 2017).

179 Les mutilations génitales féminines ont été documentées dans 30 pays, la plupart des cas étant signalés en Afrique. En raison de l'augmentation de la migration, un nombre croissant de filles et de femmes vivant en dehors de leur pays d'origine ont subi des mutilations génitales féminines. La prévalence des mutilations génitales féminines a été estimée à partir d'enquêtes nationales à grande échelle demandant aux femmes âgées de 15 à 49 ans si elles ont elles-mêmes ou si leurs filles ont été excisées (OMS, 2019c). En Somalie et au Mali, la prévalence est respectivement de 98 % et 89 %. Selon les estimations, 30 millions de filles de moins de 15 ans risquent de subir des mutilations génitales féminines au cours de la prochaine décennie (Muteshi et al., 2016). Le changement est lent, mais il se produit, et les taux mondiaux diminuent. Dans l'ensemble, une adolescente d'aujourd'hui est à environ un tiers moins susceptible d'être excisée qu'il y a 30 ans. Le Kenya et la Tanzanie ont vu les taux chuter à un tiers de leur niveau il y a trois décennies grâce à une combinaison d'activisme communautaire et de législation. En RCA, en Irak, au Libéria et au Nigeria, la prévalence a chuté de près de moitié. Les attitudes changent également, car des données récentes montrent que la majorité des habitants des pays où les mutilations génitales féminines sont pratiquées pensent qu'elles devraient cesser, mais continuent d'obliger leurs filles à subir l'intervention en raison de fortes pressions sociales (Muteshi et al., 2016).

180 En ce qui concerne les mutilations génitales féminines dans les situations de conflit, les activistes sierra-léonais ont relevé que convaincre les gens que cette tradition enracinée est erronée est un combat difficile dans un pays sortant d'une décennie de guerre civile. Cela pourrait être dû au fait que les gens aspirent à revenir aux valeurs traditionnelles et que 66 % de la population est analphabète (OMS, 2005). Des décennies de recherche sur les interventions liées à l'élimination des mutilations génitales féminines montrent que les interventions opportunes, participatives et réactives qui combinent les influences de l'éducation, de l'économie, de la politique, du droit, de la religion et des environnements sociaux seront mieux placées pour soutenir ces efforts. Les interventions doivent également être liées au renforcement des droits reproductifs et sexuels des femmes (Muteshi et al., 2016).

1.4.9. Mortalité des adolescents

181 Selon l'OMS, en 2015, les cinq principales causes mondiales de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans étaient les infections des voies respiratoires inférieures, les maladies diarrhéiques, les noyades, la méningite et les accidents de la route (Masquelier et al., 2018). Les décès chez les enfants plus âgés (5 à 9 ans) et les jeunes adolescents (10 à 14 ans) ont reçu peu d'attention (Masquelier et al., 2018). Alors que les données disponibles indiquent que le taux mondial de mortalité des adolescents est en baisse, l'Afrique en tant que région ne contribue pas à cette baisse, au contraire, le taux augmente (OMS, 2018). Au cours de la période 2011-2015, il y a eu 6,4 décès d'adolescents pour 100 habitants dans la Région africaine (OMS, 2018). Cela représente une augmentation du taux de mortalité des adolescents, qui est passé de 6,1 pour 100 habitants entre 2005 et 2010 à 5,6 pour la période 2000-2005. Les enfants âgés de 5 à 14 ans ne présentaient pas un taux de réduction des taux de mortalité comparable à celui observé chez les enfants de moins de 5 ans après l'introduction des OMD en 2000. Cette constatation suggère que les efforts visant à accélérer l'amélioration de la survie de l'enfant, dans le contexte des OMD, n'auraient peut-être pas été aussi bénéfiques pour les enfants plus âgés et les jeunes adolescents que pour les enfants de moins de 5 ans.

182 Au niveau mondial, 1 million d'enfants âgés de 5 à 14 ans sont morts en 2016, dont 55 % dans les régions d'Afrique centrale, de l'Est, de l'Ouest et australe, contre 36 % en 1990 (Masquelier et al., 2018). Les différences dans la résistance aux antimicrobiens varient d'un pays à l'autre, la résistance aux antimicrobiens en Côte d'Ivoire étant plus élevée qu'ailleurs dans la région (OMS, 2018).

183 Des interventions rentables et salvatrices sont disponibles pour la plupart des maladies infectieuses. L'intensification de ces interventions chez les enfants âgés de 5 à 14 ans est nécessaire pour accélérer la diminution de la mortalité (Masquelier et al., 2018). Il est également nécessaire de s'attaquer au fardeau croissant des préjudices à mesure que les enfants vieillissent, par le biais d'interventions de santé publique, afin d'assurer une amélioration soutenue de la mortalité. Un ensemble de services de santé a été suggéré comme étant efficaces et offerts par l'entremise du système scolaire. Les services pourraient inclure, entre autres, le déparasitage, la promotion de moustiquaires imprégnées d'insecticide, les programmes de repas scolaires et l'éducation à un mode de vie sain (Masquelier et al., 2018).

2. Recommandations pour promouvoir la SMNIA dans les contextes de conflit et d'urgence

184 Les pays sortant d'un conflit, en particulier les pays en développement, sont confrontés à des défis économiques et sociaux de taille : mortalité et morbidité élevées, stagnation économique, déplacements de population, fuite des personnes et des capitaux, destruction des infrastructures, etc. En outre, selon les estimations, 23 à 50 % des pays sortant d'un conflit connaissent une recrudescence des conflits (Kruk et al., 2010). En outre, on estime à 6,6 millions le nombre de personnes déplacées de force dans le monde à la fin de 2016, et le nombre de réfugiés retournant dans leur pays d'origine a fortement diminué - ce qui reflète le fait que beaucoup plus de réfugiés restent en exil et dans des situations prolongées que dans les décennies précédentes (Starrs et al., 2018). Comme souligné dans le Cadre de politique migratoire pour l'Afrique et le Plan d'action (2018-2030) [CUA, 2018b], les liens entre migration et préoccupations sanitaires sont notables, en particulier dans le contexte des maladies transmissibles telles que la grippe aviaire pandémique, le VIH et le sida, la tuberculose et Ebola. Les migrants sont particulièrement vulnérables en raison de leurs conditions de vulnérabilité prononcées, notamment leur accès limité aux services de santé, à la fois pendant et après les périodes de mobilité.

185 A travers l'analyse de la littérature compilée, cette section recommande des actions fondées sur des données probantes pour améliorer la situation de la SMNIA, en particulier en ce qui concerne les femmes et les enfants, les déplacés ou les personnes vivant dans des contextes humanitaires ou de conflit. Plusieurs documents politiques pertinents ont été utilisés. La Stratégie africaine de la santé 2016-2030 (CUA, 2016) a été l'un des documents dont on s'est inspiré pour préparer cette section. Le cadre de la politique sanitaire est fondé sur un certain nombre d'engagements et d'instruments régionaux et internationaux, dont l'Agenda 2063 : « *L'Afrique que nous voulons* », l'Agenda 2030 pour le développement durable, le Cadre stratégique continental pour la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation et son Plan d'action élargi de Maputo (2016-2030), la Stratégie régionale africaine de nutrition 2015-2025 et la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016-2030, fournissant les bases et un soutien pour ces recommandations et solutions. Le Cadre de politique migratoire pour l'Afrique et le Plan d'action (2018-2030) [CUA, 2018b] sera également utilisé pour guider les recommandations sur la SMNIA concernant les réfugiés, les rapatriés et les déplacés.

186 Bien qu'une perspective africaine soit nécessaire lorsque l'on recommande des actions relatives à la SMNIA pour le continent, les situations de conflit et les situations humanitaires peuvent nécessiter des recommandations modifiées. C'est pour cette raison que le Manuel du projet Sphère (Sphere Association, 2018) a guidé les recommandations sur la SMNIA. Visant à améliorer la qualité des interventions humanitaires et la responsabilisation des actions entreprises au cours des interventions (Sphere Association, 2018), l'engagement de l'Association Sphère en faveur d'interventions humanitaires fondées sur des principes et des droits repose sur un respect fondamental du droit des populations à participer pleinement aux

décisions concernant leur redressement (Sphere Association, 2018). Ceci s'harmonise avec la conviction de l'UA selon laquelle « *tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible* », comme stipulé dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (OUA, 1981, p. 6). Il est essentiel de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé pour assurer la santé optimale des Africains, en particulier dans les situations humanitaires et les situations de conflit, où cela peut être le plus difficile. Pour aborder les déterminants sociaux de la santé, il faut tenir compte du fait que les facteurs liés au mode de vie et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales d'une personne tout au long de son cycle de vie peuvent influencer sur son état de santé (Agyepong et al., 2017). Le cadre conceptuel de la CDSS de l'OMS illustre la manière dont les mécanismes sociaux, économiques et politiques influent sur l'équité en matière de santé et de bien-être (OMS, 2010). Dans les recommandations qui suivent, on se référera au cadre pour s'assurer que les mécanismes sociaux, économiques et politiques optimaux donnent lieu à un ensemble de positions socio-économiques qui façonnent positivement les déterminants spécifiques de l'état de santé d'une personne.

187 Alors que les chapitres précédents du rapport d'étape font allusion à des solutions qui abordent les questions relatives à la SMNIA pour les Africains, en particulier ceux qui vivent dans des contextes de conflit et humanitaires, la section suivante rassemblera ces solutions dans des approches plus larges et plus stratégiques, en s'appuyant sur les documents et cadres politiques mentionnés ci-dessus.

Recommandations

Un leadership engagé et une saine gouvernance sont essentiels à l'amélioration de la SMNIA.

188 Les résultats optimaux de la SMNIA ne seront atteints que s'il existe un engagement, une gérance, une responsabilité et une transparence de haut niveau dans le leadership et la gouvernance du secteur de la santé (CUA, 2016). Un leadership efficace et fort doit être assuré par une collaboration significative et transparente entre les différents démembrés du gouvernement travaillant en étroite collaboration avec les communautés, la société civile, les jeunes et le secteur privé pour réaliser des progrès en matière de SMNIA (OMS, 2018g). La libéralisation des lois ne garantit pas à elle seule l'accès aux soins de santé et l'évolution doit s'accompagner d'un changement d'environnement, comme des investissements dans la mise en place d'un cadre de prestataires formés, la garantie de soins sûrs et confidentiels, et la sensibilisation des femmes à leur droit à ces soins (Starrs et al., 2018).

189 Il faut reconnaître que le système de santé est l'un des visages de l'État ; il est donc recommandé que les décideurs et les responsables de la santé confrontés à la reconstruction post-conflit veillent à ce que la responsabilité des programmes de santé soit assumée par l'État aussi rapidement que possible et que le gouvernement reçoive des crédits de la population pour ces programmes (Kruk et al., 2010). Cela contribuera à promouvoir la cohésion sociale à court et à long terme. Les donateurs ont souvent adopté une stratégie qui substitue une agence internationale ou une ONG à l'État. Les contrats de services aux acteurs non étatiques peuvent produire des avantages à court terme, en termes d'amélioration de la prestation de services, mais l'établissement de systèmes durables de prestation de services à long terme est entravé (Witter, 2012). L'absence d'un cadre général de politique ou de coordination, tant entre les donateurs eux-mêmes que parmi les donateurs, les gouvernements et les acteurs non étatiques, pourrait contribuer à ce problème et devrait être évitée (Witter, 2012). Les leaders sont encouragés à soutenir la mise en œuvre des cadres internationaux et continentaux pertinents existants, tels que l'Agenda 2063, le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre opérationnelle du Cadre politique continental pour la santé

et les droits sexuels et reproductifs 2016-2030, la Stratégie régionale africaine de nutrition, la Stratégie africaine de santé 2016-2030, la Feuille de route de l'UA visant à tirer profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse 2016-2030, la Position africaine commune sur le Programme de développement post-2015, la Campagne visant à mettre fin au mariage des enfants en Afrique et le Cadre de politique migratoire pour l'Afrique et le Plan d'action et la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA).

Une amélioration durable de la performance du système de santé est recommandée.

190 Les données de base et essentielles sur l'état de santé des populations vulnérables sur la SMNIA font défaut. Sans ces informations aux niveaux national et infranational, ces populations passeront inaperçues et ne seront donc pas touchées par les progrès de la SMNIA, à moins d'un suivi cohérent et efficace. La surveillance spéciale des taux de retard de croissance et d'obésité chez les femmes, les enfants et les adolescents, des carences en micronutriments et des soins postnatals pour les nourrissons et les mères doit être améliorée pour que des progrès soient réalisés. Munis de ces données, les gouvernements et les partenaires au développement peuvent cibler des programmes visant à élargir les possibilités - par exemple, par le biais de transferts d'argent, de programmes visant la santé mentale des enfants et des femmes ou l'observance du traitement antirétroviral chez les adolescents (Barker et al., 2018).

191 Dans la phase aiguë d'une crise, il convient de donner la priorité à des évaluations rapides ciblées sur la santé et multisectorielles. La collecte en temps utile de données pertinentes de surveillance de la santé ne doit pas être écartée à la suite de crises ou dans des situations non urgentes (Association Sphère, 2018). Il est recommandé d'analyser la situation et d'évaluer les besoins en matière de santé des migrants à des fins de planification, avec la participation des plus vulnérables, notamment les femmes et les filles. Les initiatives de recherche et de collecte de données sur la relation entre la SMNIA, la migration et le renforcement de la coopération entre les pays et les agences concernées, y compris l'OMS, l'ONUSIDA, l'Organisation internationale pour les migrations, le FNUAP et l'Organisation internationale du travail (CUA, 2018b) sont essentielles pour planifier et gérer les systèmes de santé, collaborer entre secteurs, coordonner des actions multipartites, mobiliser des ressources et assurer la responsabilisation (OMS, 2015g). Il serait très utile de disposer d'un référentiel central de données de sources ouvertes sur les situations d'urgence humanitaire, où un ensemble d'indicateurs de base serait convenu et partagé. Le dépôt permettrait à tout utilisateur de soumettre ou d'explorer des données afin d'éclairer la prise de décision et de permettre des comparaisons entre les milieux et entre eux. On préconise l'utilisation et l'harmonisation des outils existants plutôt que le développement de nouveaux outils (Pyone et al., 2015). Les migrants devraient avoir accès aux systèmes et programmes nationaux de soins de santé en veillant à ce que les barrières culturelles et linguistiques ne les empêchent pas de chercher et/ou d'obtenir des soins, en particulier en ce qui concerne les grossesses, les maladies transmissibles telles que les infections sexuellement transmissibles (IST), la tuberculose, le VIH et les hépatites (CUA, 2018b).

Garantir un ensemble minimal de services de soins de santé pour les réfugiés et les personnes déplacées

192 Plusieurs sources recommandent la mise en œuvre d'un ensemble de mesures de base sur la SMNIA dans les situations de conflit ou humanitaires (CUA, 2018b ; Bornemisza et al, 2010 ; Kruk et al, 2010 ; OMS, 2015g ; Thompson, Kapila, 2018). Cet ensemble minimum de services devrait être à jour, fondé sur des données probantes, adapté au contexte, mais orienté au niveau international, et disponible pour aider à fixer les priorités, à gérer les fournitures sanitaires et à assurer la formation dans les situations de conflit et les situations humanitaires (Bornemisza et al., 2010 ; OMS, 2015g ; Stars et al., 2018). La Stratégie

mondiale de l'OMS pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) fournit une liste d'interventions efficaces (voir annexe 2), que les gouvernements ou les partenaires non gouvernementaux pourraient adapter en fonction du contexte de conflit ou d'urgence auquel ils sont confrontés [OMS, 2015g]. Les services qui nécessitent une plus grande attention comprennent les soins prénatals, intra-partum et post-partum, les services de SSR, en particulier pour les victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre, les services de santé mentale et de counselling et l'amélioration des pratiques de soins essentiels comme le soutien des pratiques optimales de la FIJC. Bien que ces services ne soient pas toujours considérés par tous les acteurs humanitaires comme un besoin urgent lorsqu'ils sont mis en place, le fait de ne pas intervenir peut avoir pour conséquence un nombre élevé de nouvelles infections à VIH, des grossesses non désirées chez les adolescentes (FNUAP, 2016) et des résultats nutritionnels moins bons, à long terme. La fourniture de cet ensemble de mesures est l'incarnation d'une approche fondée sur les droits en matière de soins de santé et repose sur le principe de l'équité horizontale (traitement égal pour des besoins égaux) (Bornemisza et al., 2010 ; AUC, 2016). Accroître l'accessibilité d'une population à cet ensemble de services en augmentant le nombre de cliniques mobiles pourrait remédier au manque de services rencontrés pendant les conflits et les situations d'urgence, et faire en sorte que les populations les plus vulnérables soient touchées, comme l'illustre l'encadré 3 (FNUAP, 2016). Les systèmes de santé nationaux doivent tenir compte des barrières culturelles et linguistiques potentielles, de la nécessité d'améliorer la capacité des ressources humaines, du manque potentiel de documentation sur les personnes déplacées et de l'accessibilité économique lorsqu'ils fournissent cet ensemble de services de santé de base (Brookings Institute, University of Bern, 2008 ; Pyone et al., 2015).

Utiliser le concept de la santé comme une passerelle pour la paix

193 Ce concept repose sur le principe que les préoccupations communes en matière de santé peuvent transcender les divisions politiques, économiques, sociales et ethniques. Le concept a été couronné de succès en El Salvador, dans l'ex-Yougoslavie, au Liban, en Ouganda et en Sierra Leone (Kruk et al., 2010). Les partisans soutiennent que les négociations sur la prestation des soins de santé cultivent des voies de communication informelles qui peuvent contribuer indirectement et directement au règlement pacifique du conflit (Thompson, Kapila, 2018).

194 Le renforcement de toutes les composantes du système de santé, tout en tenant compte d'importantes considérations d'équité s'adressant aux segments les plus vulnérables et marginalisés de la société, est non seulement nécessaire pour s'attaquer aux problèmes de santé aigus qui surviennent pendant les conflits, mais aussi aux problèmes durables à long terme, car le système de santé est un déterminant fondamental de la santé (OMS, 2010). Dans les pays sortant d'un conflit, où une grande partie de la population peut avoir besoin de services de santé et où les donateurs et les gouvernements subissent des pressions pour obtenir des résultats rapides, l'équité est souvent sacrifiée pour la rapidité (Kruk et al., 2010). La façon dont le gouvernement traite les iniquités en matière de santé et la façon dont il répartit l'ensemble des ressources en soins de santé donnent à la population un aperçu de ses valeurs et de ses priorités (Kruk et al., 2010). S'attaquer aux inégalités peut contribuer à réduire les tensions qui subsistent dans les pays sortant d'un conflit et, potentiellement, à accélérer la reprise. Des services de santé plus équitables peuvent également favoriser une meilleure cohésion sociale et un sentiment d'identité partagée (Kruk et al., 2010), ce qui peut réduire la probabilité de récurrence des conflits (Kruk et al., 2010).

Un financement équitable et durable de la santé est essentiel

195 Les systèmes de santé peuvent promouvoir l'équité de deux façons : par une prestation de services équitable et un financement juste. Les services de santé devraient être mis à la disposition des utilisateurs proportionnellement aux besoins, et le financement des services

de santé devrait être progressif et exiger à proportion moins de contributions de la part des personnes aux revenus les plus faibles (Kruk et al., 2010). De nombreuses personnes vivant dans des environnements affectés par le conflit ne peuvent pas avoir accès aux soins en raison d'obstacles financiers (Bornemisza et al., 2010). Bien que ce ne soit pas la seule condition pour obtenir des résultats, un financement durable et prévisible du secteur de la santé est l'un des piliers les plus essentiels de la mise en place de systèmes de santé viables et une mesure importante pour améliorer l'accès équitable aux services de SMNIA (CUA, 2016). Pour combler le déficit d'équité en santé, il faut une approche qui combine le financement intérieur, le soutien extérieur et des approches novatrices, ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources existantes (OMS, 2018g). Les États membres devraient élaborer des options pour un financement intérieur durable adapté à leur secteur de la santé et augmenter les dépenses publiques de santé par habitant (CUA, 2016). Le financement de la santé étant une responsabilité partagée qui exige une solidarité mondiale et un effort collectif, les partenaires au développement devraient accroître et harmoniser leur assistance financière et technique avec les priorités sanitaires nationales. En outre, les pays devraient mettre en place des mécanismes de responsabilisation pour l'utilisation efficace des ressources nationales et internationales.

196 Dans les pays touchés par des conflits et des situations d'urgence humanitaire, les dons en espèces peuvent être l'un des moyens les plus efficaces et les plus efficaces d'atteindre les ménages les plus pauvres (UNICEF, 2016). Les transferts monétaires ont donné aux familles les moyens de couvrir les besoins de base et les dépenses spécifiques des enfants et ont permis de s'attaquer avec succès à la pauvreté comme déterminant social de la santé dans les pays africains touchés par des conflits (Bornemisza et al., 2010 ; Agyepong et al., 2017). Au Kenya, le Programme de protection contre la faim a fourni des transferts monétaires aux ménages pauvres dans quatre comtés arides et semi-arides. En dépit d'une grave sécheresse, les ménages bénéficiaires de la subvention étaient 10 % moins susceptibles que les non-bénéficiaires de faire partie du dixième le plus pauvre de la population (UNICEF, 2016). Les transferts monétaires se sont également avérés avoir un certain impact sur le mariage et le travail des enfants, et donc sur les désavantages éducatifs que ces pratiques entraînent, car ils peuvent contribuer à atténuer certaines des pressions financières qui forcent les enfants à travailler ou à se marier et à quitter l'école (UNICEF, 2016 ; Barker et al., 2018). Les dépenses de santé devraient être réduites et la part des dépenses totales de santé qui est mise en commun dans les régimes nationaux d'assurance maladie devrait être augmentée (OMS, 2018g ; ASC, 2016).

197 La capacité des frais d'utilisation à collecter des sommes importantes dans les situations d'urgence complexes est très limitée, et plus le coût d'accès aux soins est élevé dans les situations d'urgence complexes, plus l'utilisation est faible (Witter, 2012). Le financement de la santé communautaire est une solution de rechange aux frais d'utilisation, car il augmente le niveau de protection financière dont jouissent les collectivités contre le coût financier de la maladie. Alors que les preuves sur le rôle potentiel de l'assurance santé communautaire dans les situations post-conflit sont extrêmement limitées, des études menées au Rwanda ont suggéré que l'assurance santé communautaire volontaire pourrait réformer les effets inéquitables des frais d'utilisation. De nombreux pays sortant d'un conflit, comme le Rwanda, le Burundi et la RDC, ont expérimenté le financement basé sur la performance (Witter, 2012). Au Burundi, le financement basé sur la performance a augmenté l'utilisation et la qualité des services maternels et infantiles, ainsi que les résultats nutritionnels des enfants (Bonfrer et al., 2014). Il était associé à une augmentation significative de la proportion de femmes accouchant dans les établissements, mais n'a eu aucun impact sur l'utilisation des soins prénatals, la vaccination des enfants et l'utilisation de contraceptifs (Bonfrer et al., 2014). Au Rwanda, le financement basé sur la performance a eu le plus grand impact sur les services qui avaient les taux de paiement les plus élevés et qui nécessitaient le moins d'efforts de la part du prestataire de services (Basinga et al., 2011). Comme l'illustre le chapitre sur la santé des adolescents, des études ont également mis en évidence l'impact positif des systèmes de

financement de la santé et de protection sociale sur l'adhésion des adolescents à la thérapie antirétrovirale. Il a été constaté que les combinaisons de dispositions de protection sociale étaient associées à une plus grande réduction de la non-adhésion au traitement que les seules dispositions individuelles (Cluver et al., 2016).

Les partenariats multisectoriels et les collaborations multi-pays sont essentiels.

198 Les interventions et les politiques en matière d'éducation, de nutrition, d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de protection sociale et de réduction de la pauvreté, de protection des enfants, de travail, de transport et d'énergie, représentent environ 50% des progrès dans les résultats de la SMNIA (OMS, 2018g). Une réponse humanitaire efficace exige une coordination et une collaboration étroites avec les autres secteurs, les autorités locales et les autres organismes d'intervention (Sphere Association, 2018).

199 En utilisant les approches « pangouvernementales » et « la santé dans toutes les politiques », l'action intersectorielle pour le progrès de la SMNIA devrait impliquer d'autres ministères, des niveaux de gouvernement et des acteurs non étatiques. Ceci devrait être fait d'une manière qui démontre une large gérance par les ministères de la santé envers toutes les actions propices et nécessaires pour la santé (CUA, 2016). Des collaborations multipays renforcées, telles que les Communautés économiques régionales (CER) de l'UA, peuvent fournir des approches et des solutions stratégiques transversales pour réaliser des économies d'échelle plus importantes. Des exemples existent déjà, tels que les succès de l'EAC et de la CEDEAO dans la normalisation des exigences d'inscription et de certification des travailleurs de la santé, et les cadres réglementaires des produits médicaux, entre autres (CUA, 2016). Le Cadre de politique migratoire pour l'Afrique recommande la création de bureaux de la santé et des affaires sociales au niveau des CER afin d'harmoniser les politiques migratoires et sanitaires et d'aborder les questions transfrontalières de santé entre les États membres respectifs (CUA, 2018b).

200 Une communication, un engagement et une collaboration ouverts entre les départements ministériels et les acteurs non gouvernementaux aident à améliorer les déterminants sociaux de la santé. Les interventions participatives et réactives qui combinent les influences de l'éducation, de l'économie, de la politique, du droit, de la religion et de l'environnement social, sont mieux placées pour informer les acteurs des efforts visant à améliorer les problèmes de santé des adolescents, tels que les mutilations génitales féminines (Muteshi et al., 2016). En Afrique de l'Ouest, le partenariat pour la défense de la SMNIA et des droits s'est avéré fructueux grâce aux progrès réalisés en matière de planification familiale et de contraception à travers le Partenariat de Ouagadougou (Institut Guttmacher, 2018b).

201 Dans les situations de catastrophe et de conflit, les organisations humanitaires peuvent être amenées à travailler en étroite collaboration avec toute une gamme de forces militaires, notamment les forces du gouvernement hôte, les groupes armés non étatiques et les soldats de la paix internationaux. La coopération avec les forces armées a un impact réel ou perçu sur la neutralité et l'indépendance opérationnelle d'une organisation humanitaire et doit donc être soigneusement examinée à l'avance (Sphere Association, 2018). Les documents d'orientation adoptés au niveau international devraient servir de base à tout accord de coordination entre l'action humanitaire et l'action militaire (Sphere Association, 2018).

Il est recommandé de donner la priorité aux ressources humaines dans le domaine de la santé.

202 Les systèmes de santé fonctionnels doivent être dotés d'un personnel de santé suffisamment formé et supervisé, équipé de toutes les fournitures et équipements nécessaires et soutenu par une chaîne de référence et un système d'information sanitaire solides à des

fins de suivi et de planification (Requejo, Bhutta, 2015). Lorsque les systèmes de santé et les agents de santé sont bien préparés aux situations d'urgence et capables d'anticiper les besoins sanitaires de la population, ils réagissent plus rapidement et plus efficacement en cas de crise (OMS, 2018g).

203 L'une des tâches les plus urgentes de la communauté internationale à la suite d'un conflit est de renforcer la capacité du gouvernement national émergent (Kruk et al., 2010). La reconstruction des systèmes de santé peut être l'occasion pour un nouveau gouvernement de développer ses compétences en matière de planification, de budgétisation, de gestion et de mise en œuvre de services sociaux complexes. Dans les situations de conflit et d'urgence, le transfert et le partage des tâches peuvent être effectués afin d'accroître la couverture des services de santé essentiels (Agyepong et al., 2017). Le développement d'un mécanisme continental pour réguler et mieux gérer la migration intra et extra-continentale des travailleurs de la santé doit être mis en place, comme le souligne la Stratégie africaine pour la santé de la Commission de l'UA (CUA, 2016).

204 Une expertise en gestion de la santé devrait être développée (CUA, 2016). Le renforcement des capacités de gestion du système de santé peut aider les nouveaux gouvernements à s'acquitter de leurs obligations envers la population, ce qui peut réduire la probabilité d'une reprise du conflit (Kruk et al., 2010 ; Bornemisza et al., 2010), et promouvoir le concept que le système de santé est un pont pour la paix (Kruk et al., 2010). Le renforcement des capacités devrait comprendre la mise en place de systèmes de collecte et d'analyse des données nécessaires à la planification d'une répartition équitable des services (Bornemisza et al., 2010). L'importance du maintien des salaires des employés du gouvernement fait partie intégrante du renforcement des capacités des fournisseurs de services gouvernementaux. Une rémunération adéquate est un élément essentiel du renforcement des capacités gouvernementales, de la promotion du respect et de la dignité, et des incitations financières supplémentaires sont des outils importants pour remédier aux inégalités dans la répartition du personnel de santé (Bornemisza et al., 2010).

205 Le renforcement des systèmes de santé apporte des avantages collatéraux. Les opportunités d'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux peuvent favoriser un développement socioéconomique plus large, améliorer l'égalité hommes-femmes et favoriser l'autonomisation des jeunes (OMS, 2018g). L'affectation du personnel de santé dans les zones mal desservies et le recrutement de jeunes issus de ces zones pour accéder à la profession de santé peuvent être une autre expression de l'engagement à corriger les inégalités, mais aussi à promouvoir le principe du dividende démographique, selon lequel la priorité accordée à l'investissement dans la jeunesse permet d'atteindre un développement durable et encourage une croissance économique inclusive (CUA, 2017).

Il est recommandé d'investir dans les adolescents et la jeunesse.

206 Investir dans la jeunesse n'est pas seulement plus équitable et moralement correct, c'est aussi une intervention économique pragmatique et intelligente avec un retour sur investissement élevé (CUA, 2016 ; CUA, 2017). Les jeunes en bonne santé sont mieux placés pour réaliser leur potentiel et saisir les occasions qui se présentent à mesure qu'ils grandissent et entrent sur le marché du travail. Le potentiel physique, mental et social acquis dans l'enfance peut se transformer en compétences, en comportements et en opportunités qui contribuent à améliorer la santé et le bien-être à l'adolescence et, plus tard, à rendre l'âge adulte plus productif. Les bons investissements et les bonnes opportunités peuvent consolider les acquis précoces ou offrir une seconde chance aux jeunes qui n'en ont pas profité pendant leur enfance. Les adolescents transfèrent également les potentiels et les risques pour la santé aux générations futures (OMS, 2018g).

- 207 L'engagement et la participation des adolescents et des jeunes, en particulier des femmes, dans les services de santé sexuelle et reproductive des adolescents est une stratégie qui autonomise et respecte les filles dans le cadre des interventions humanitaires (FNUAP, 2016). Ils peuvent agir comme premiers intervenants, agents de changement et volontaires. Les adolescents devraient être consultés et impliqués dans la planification, la distribution de kits sur la dignité, la collecte de données et la communication avec leurs pairs au sein de leurs communautés. Dans les situations de conflit et d'urgence en Afrique, comme le souligne l'encadré 4, les trois domaines d'intervention qui ont eu un impact sur les adolescentes sont la création d'espaces sûrs, la fourniture de services de santé par le biais de cliniques mobiles et les programmes de sensibilisation et de formation (FNUAP, 2016). Tous les États membres africains devraient s'efforcer d'appliquer ces interventions dans leur contexte, afin d'améliorer l'investissement dans la jeunesse et par conséquent dans les générations futures d'Africains.
- 208 Pour réussir un changement de comportement, la population cible doit s'engager à changer, maintenir sa motivation à produire le changement et être soutenue par des déterminants et des environnements qui facilitent le changement, tels que les prestataires de services, les communautés et les réseaux sociaux (Barker et al., 2018). En ce qui concerne les comportements préconçus sains, en particulier pendant l'adolescence, les interventions exigent souvent la participation de celles qui ne pensent pas à devenir enceintes dans un proche avenir et qui sont peu susceptibles d'utiliser les services de santé maternelle (Barker et al., 2018). Les interventions visant à améliorer les comportements liés à la santé chez les adolescents et les jeunes adultes pourraient par conséquent devoir être placées en dehors des services de santé maternelle et infantile et faire appel à des motivations non liées à la santé, comme l'image de soi. La création d'un mouvement social pourrait sensibiliser les gens à un comportement sain particulier au cours d'une période importante, comme la préconception, la création d'un environnement social favorable à la santé et au bien-être. Un mouvement social visant à optimiser la santé physique, l'état nutritionnel et les comportements psychosociaux pendant l'adolescence doit impliquer l'ensemble de la population et mobiliser la volonté politique et le leadership (Barker et al., 2018).
- 209 Avec des investissements appropriés, la dynamique démographique joue un rôle important pour faciliter une croissance élevée et inclusive et la réduction de la pauvreté (CUA, 2017). Lorsque les adolescents ont la possibilité de s'épanouir et de réaliser leurs aspirations, une plus grande productivité économique, des taux de fécondité plus faibles, la stabilité politique et la transmission des acquis aux autres générations sont réalisés. Grâce à des investissements stratégiques en faveur des adolescents et des jeunes, l'Afrique sera en mesure de récolter le dividende démographique et d'obtenir de meilleurs résultats économiques (CUA, 2016 ; CUA, 2017).

Il est recommandé de recentrer la prestation des services par l'engagement et l'autonomisation des communautés.

- 210 Une approche plus intégrée et holistique du continuum des soins de santé devrait être développée en impliquant les leaders et planificateurs communautaires et politiques, les organisations de la société civile, notamment les acteurs humanitaires, les dirigeants communautaires et confessionnels et les accoucheuses traditionnelles dans le dialogue et l'apprentissage et l'action participatifs (OMS, 2018g). L'engagement communautaire peut être renforcé grâce à l'amélioration de l'alphabétisation, du dialogue, de l'apprentissage et de l'action en matière de santé et à des stratégies d'engagement communautaire (OMS, 2018g). La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent demande que les femmes et les filles participent pleinement aux programmes de santé et que les hommes et les garçons y participent (OMS, 2018g). Leur participation active nécessiterait une meilleure prise de décisions concernant les politiques et programmes de santé qui affectent leur santé et leur bien-être (OMS, 2018g). Une attention particulière doit être accordée aux populations de réfugiés, de personnes déplacées et de rapatriés qui bénéficient des services de SMNIA

car leur participation à la conception des services est recommandée (Brookings Institute, Université de Berne, 2008).

211 Les femmes, les enfants et les adolescents sont potentiellement les agents les plus puissants pour améliorer leur propre santé et créer des sociétés prospères et durables. Ils peuvent également transmettre ce capital social et de santé aux générations futures (OMS, 2018g). Les actions d'engagement communautaire pourraient inclure le ciblage et la promotion des adolescents, des femmes et des enfants en tant qu'agents de changement. Il s'agit de promouvoir l'accès aux biens, services et informations essentiels, d'élargir les possibilités de participation socioéconomique et politique en fonction de l'âge, et de veiller à ce que ces activités soient financées dans les plans et budgets nationaux (OMS, 2018g). Comme nous l'avons souligné dans les chapitres précédents, une attention particulière devrait être accordée à l'amélioration des compétences et de la formation des accoucheuses qualifiées et des personnes qui peuvent aider et améliorer les capacités du personnel soignant, en particulier dans les situations de conflit et d'urgence.

212 La capacité et les stratégies des populations à survivre dans la dignité font partie intégrante de la conception et de l'approche de l'intervention humanitaire. Dans les situations de conflit et les situations humanitaires, la participation et l'autonomisation des communautés devraient permettre une représentation équilibrée des personnes vulnérables (Sphere Association, 2018). Lors de la conception des projets, dans la mesure du possible, les parties prenantes devraient tenir compte et respecter les pratiques culturelles, spirituelles et traditionnelles utiles considérées comme importantes par la population locale, de manière participative (Sphere Association, 2018). Les membres de la communauté pourraient s'intéresser à la disponibilité et au type d'aliments locaux, en particulier ceux qui sont riches en nutriments essentiels, pour compléter ceux qui manquent dans les produits d'aide alimentaire. Les agents de santé communautaires locaux ou les nutritionnistes travaillant dans les zones touchées peuvent fournir une assistance technique et renforcer l'autonomie des membres de la communauté.

213 Grâce à la diffusion publique de données et d'informations ventilées sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents, l'action collective visant à améliorer la santé publique sera encouragée (OMS, 2018g), l'anxiété sera réduite et la responsabilité et l'appropriation communautaires seront encouragées (Sphere Association, 2018). La promotion du dialogue entre les membres de la communauté peut également accroître l'égalité entre les hommes et les femmes et donc affecter la santé sexuelle et reproductive des hommes et des femmes, notamment la contraception (Hardee et al., 2017).

214 L'érosion des mécanismes de soutien social et des systèmes d'auto-assistance dans les situations de conflit et d'urgence peut conduire à des mécanismes d'adaptation négatifs et à une réduction des comportements de recherche d'aide (Sphere Association, 2018). Les populations locales devraient être aidées à identifier et, le cas échéant, à réactiver ou à mettre en place des réseaux de soutien et des groupes d'entraide. (Sphere Association, 2018). Grâce à la participation et à l'engagement de la communauté, il est recommandé que les initiatives d'entraide et les initiatives communautaires contribuent au bien-être psychologique et social en restaurant la dignité et un certain contrôle des populations touchées par la catastrophe.

L'innovation dans les soins de santé est recommandée.

215 L'utilisation des technologies mobiles pour soutenir la réalisation des objectifs de santé (mHealth) dispose du potentiel de transformer le visage de la prestation des services de santé dans le monde (OMS, 2011). Les outils innovants de mHealth fournissent des informations solides et sont une force pour le changement social, contre la désinformation et les stéréotypes et comportements négatifs qui circulent largement (Starrs et al., 2018). Dans les

contextes du développement et de l'aide humanitaire, l'innovation consiste à utiliser la technologie pour obtenir l'information de nouvelles façons, plus efficacement. Les outils de messagerie sociale permettent désormais d'obtenir des informations en temps réel auprès des populations touchées (UNICEF, 2016). L'apprentissage en ligne a le potentiel de soutenir le renforcement des capacités du personnel de santé dans différents contextes, par l'éducation des professionnels de la santé, la prestation de services de santé et la gouvernance, et peut permettre aux travailleurs de la santé de prendre directement en charge leur propre développement des compétences (Agyepong et al., 2017).

216 Les innovations technologiques améliorent non seulement la communication et la collaboration, mais offrent également de nouvelles façons de collecter des données (UNICEF, 2016). Des outils et des approches novateurs peuvent réduire considérablement les obstacles de gestion, géographiques et financiers qui s'opposent à l'amélioration de la santé dans diverses régions d'Afrique. Les données issues de la recherche et de l'innovation en santé doivent être collectées et analysées afin d'éclairer les politiques et la prise de décision à tous les niveaux du système de santé (CUA, 2016). Les innovations dans le domaine de la santé devraient couvrir le développement de nouveaux services (prévention et traitement), de nouvelles méthodes de travail et de nouvelles technologies pour améliorer la santé, réduire les maladies, améliorer la valeur des services (efficacité et rentabilité) et améliorer la couverture et la qualité (Agyepong et al., 2017). Des dispositions devraient être prises pour assurer la sécurité et la confidentialité des données et informations partagées dans ces contextes de santé mobile.

3. Conclusion

217 Les conflits et les déplacements sont des facteurs importants d'inégalité dans l'état de santé et l'accès aux services de santé (Bornemisza et al., 2010). Bien que des progrès aient été réalisés en ce qui concerne les questions relatives à la SMNIA, les objectifs en matière de mortalité et de nutrition ne seront pas atteints si l'accent n'est pas également mis sur les contextes humanitaires (UNSCN, 2014).

218 Des progrès en matière de mortalité et de santé maternelle et des enfants de moins de cinq ans ont été réalisés sur le continent. Un effort concerté doit être fait pour lutter contre la mortalité néonatale, qui continue d'affecter les nouveau-nés africains. Des services tels que l'amélioration de la qualité et de la quantité des accouchements assistés par du personnel qualifié, la prévention de l'IPN, en particulier les accouchements prématurés, l'identification des petits bébés et la fourniture d'un soutien supplémentaire pour l'alimentation, la chaleur et les soins peuvent grandement contribuer à réduire le taux de mortalité néonatale.

219 Il faut mettre davantage l'accent sur la période de l'adolescence. Leurs besoins directs en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé doivent être pris en compte pour que la santé optimale soit réalisée et que le développement de la génération actuelle et de la génération suivante ait lieu. L'amélioration de la surveillance des données de leurs indicateurs d'état nutritionnel est également encouragée. Pour les femmes et les enfants, en particulier ceux qui vivent dans des contextes de conflit et d'urgence, les services de santé mentale, les capacités d'adaptation et le soutien psychosocial doivent être prioritaires. Les États membres de l'UA devraient planifier et mettre en œuvre des possibilités d'engager et de recruter des adolescents, par le biais de programmes scolaires, sur des sujets qui pourraient les intéresser pendant leurs années scolaires et au-delà, tels que les options de planification familiale, l'information sur le VIH et les IST, les soins aux nourrissons, les habitudes alimentaires optimales et les programmes de compétences pratiques, pour améliorer la santé des adolescents et, par conséquent, les générations futures.

- 220 Le présent rapport de 2019 sur l'état de santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents a été limité aux données en ligne accessibles au public et à celles fournies par l'UA.
- 221 Pour que la vision d'une « *Afrique intégrée, prospère et pacifique, dirigée par ses propres citoyens et représentant une force dynamique sur la scène internationale* » (CUA, 2015 p. 1) se réalise, il faut optimiser le leadership engagé dans la résolution des problèmes qui affectent la SMNIA. Les gouvernements devront aborder leurs systèmes de santé sous un angle nouveau et intégré. De nouvelles stratégies, interventions et méthodes de travail, qui ont pu contribuer à la réalisation des progrès en matière de SMNIA pendant la période des OMD, devront être renouvelées et mises en œuvre, en particulier à la lumière des contextes de conflit et d'urgence actuels. Certaines nécessiteront l'optimisation du système de santé par l'innovation, la participation des membres de la communauté, des partenaires non gouvernementaux et d'autres parties prenantes concernées aux décisions sanitaires, et l'engagement réel des jeunes.

4. Bibliographie

Groupe de la Banque africaine de développement. (2018) Annuaire des statistiques africaines 2018. Tunis : Banque africaine de développement. Consulté le : 10/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.afdb.org/en/documents/document/african-statistical-yearbook-2018-101789/>

Commission de l'Union africaine. (2012) Étude sur le coût de la faim en Afrique. Addis-Abeba Commission de l'Union africaine. Consulté le : 15/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/The%20cost%20of%20hunger%20in%20Africa.pdf>

Commission de l'Union africaine. (2014) Position africaine commune sur le programme de développement post-2015. Addis-Abeba (Éthiopie) : Commission de l'Union africaine. Consulté le : 07/10/2018. Disponible à l'adresse : https://au.int/sites/default/files/documents/32848-doc-common_african_position.pdf

Commission de l'Union africaine. (2015). Agenda 2063. Addis-Abeba Commission de l'Union africaine. Consulté le : 30/07/2018. Disponible à l'adresse : https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063_popular_version_en.pdf

Commission de l'Union africaine. (2015b) Stratégie africaine de la santé 2016-2030. Addis-Abeba Commission de l'Union africaine. Consulté le 04/10/2018. Disponible à l'adresse : <https://au.int/en/documents/30357/africa-health-strategy-2016-2030>

Commission de l'Union africaine. (2015c) Stratégie régionale africaine de nutrition 2015-2025. Addis-Abeba Union africaine. Consulté le 04/10/2018. Disponible à l'adresse : https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-arns_english.pdf

Commission de l'Union africaine. (2015d) Plan d'action de Maputo pour l'opérationnalisation du cadre politique continental pour la santé et les droits sexuels et reproductifs 2016-2030. Addis-Abeba Commission de l'Union africaine. Consulté le : 21/11/2018. Disponible à l'adresse : https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-_revised_clean.pdf

Commission de l'Union africaine Département des affaires sociales. (2016) Stratégie africaine de la santé 2016-2030. Consulté le : 13/02/2019. Disponible à l'adresse : https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-africa_health_strategy.pdf

Commission de l'Union africaine Département des affaires sociales. (2018) Statistiques sanitaires africaines : Prévalence de la contraception. Consulté le 18/01/2019. Disponible à l'adresse :

<https://www.africanhealthstats.org/cms/?pagename=indicator&indicator=RMNCH3>

Commission de l'Union africaine Département des affaires sociales. (2018a) Statistiques sanitaires africaines : Taux de mortalité maternelle. Consulté le 18/01/2019. Disponible à l'adresse :

<https://www.africanhealthstats.org/cms/?pagename=indicator&indicator=RMNCH7>

Commission de l'Union africaine, Commission économique pour l'Afrique, Groupe de la Banque africaine de développement et Programme des Nations Unies pour le développement. (2016) MDGs to Agenda 2063/SDGs Transition Report 2016. Union africaine: Addis-Abeba. Consulté le : 23/11/2018. Disponible à l'adresse : https://au.int/sites/default/files/pages/32828-file-mdg-sdg_transition_report_summary_en_1.pdf

Agyepong, I.A., Sewankambo, N., Binagwaho, A., Coll-Seck, A.M., Corrah, T., Ezeh, A., Fekadu, A., Kilonzo, N., Lamptey, P., Masiye, F., Mayosi, B., Mboup, S., Muyembe, J.-J., Pate, M., Sidibe, M., Simons, B., Tlou, S., Gheorghe, A., Legido-Quigley, H., McManus, J., Ng, E., O'Leary, M., Enoch, J., Kassebaum, N., Piot, P. (2017) The path to longer and healthier lives for all Africans by 2030: the Lancet Commission on the future of health in sub-Saharan Africa. *Lancet* 390(10114):2803-2859. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31509-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31509-X) [Consulté le : 20/09/2017]

Akseer, N., Al-Gashm, S., Mehta, S., Mokdad, A., Bhutta, Z.A. (2017) Global and regional trends in the nutritional status of young people: a critical and neglected age group. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1393: 3–20. DOI: 10.1111/nyas.13336 [Accessed: 04/02/2019]

Alvarez, J.L., Gil, R., Hernández, V., Gil, A. (2009) Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa: an ecological study. *BMC Public Health* 9(462). DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-462> [Accessed: 26/11/2018]

Ali, M., Farron, M., Dilip, T.R., Folz, R. (2018) Évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services de planification familiale dans 10 pays africains. *Global Health: Science and Practice* 6(3): 1-11. DOI: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00041> [Accessed: 13/01/2019]

Azevedo, W.F., Diniz, M.B., Fonseca, E.S., Azevedo, L.M., Evangelista, C.B. (2015) Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein* (Sao Paulo) 13(4):618-26. DOI: 10.1590/S1679-45082015RW3127 [Accessed: 18/01/2019]

Barker, M., Dombrowski, S.U., Colbourn, T., Fall, C.D.H., Kriznik, N.M., Lawrence, W.T., Norris, S.A., Ngaiza, G., Patel, D., Skordis-Worrall, J., Sniehotta, F.F., Steegers-Theunissen, R., Vogel, C., Woods-Townsend, K., Stephenson, J. (2018) Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception. *Lancet* 391: 1853-64. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30313-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30313-1). [Consulté le: 05/02/2019]

Basinga, P., Gertler, P.J., Binagwaho, A., Soucat, A.L.B., Sturdy, J., Vermeersch, C.M.J. (2011) Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet* 377(9775):1421-1428. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60177-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60177-3) [Consulté le: 14/12/2018]

Black, R.E., Victora, C.G., Walker, S.P., Bhutta, Z., A., Christian, P., de Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., Uauy, R., Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013) Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 382(9890):427-451. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60937-X [Consulté le: 16/02/2015]

Bonfrer, I., Van de Poel, E., Van Doorslaer, E. (2014) The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and childcare in Burundi. *Social Science & Medicine* 123(1): 96-104. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.11.004 [Accessed: 13/12/2018]

Bornemisza, O., Kent Ranson, M., Poletti, T.M., Sondorp, E. (2010) Promoting health equity in conflict-affected fragile states. *Social Science & Medicine* 70(1): 80-88. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.09.032 [Accessed: 14/01/2019]

Bradley, T. (2017) Challenging ignorance: why reproductive rights matter so much in Africa. *African Identities* 15(2): 113-115. DOI: <https://doi.org/10.1080/14725843.2017.1299438> [Accessed: 10/01/2019]

Brault, M.A., Kennedy, S.B., Haley, C.A., Clarke, A.T., Duworko, M.C., Habimana, P., Vermund, S.H., Kipp, A.M., Mwinga, K. (2018) Factors influencing rapid progress in child health in post-conflict Liberia: a mixed methods country case study on progress in child survival, 2000–2013. *BMJ Open* 8(10):1-12. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021879 [Accessed: 13/03/2019]

Brookings Institute, Université de Berne. (2008) Protecting Internally Displaced Persons: A Manual for Law and Policymakers. Washington, D.C:Brookings Institute. Consulté le : 14/03/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.unhcr.org/50f955599.pdf>

Christian, P., Smith, E.R. (2018) Adolescent Undernutrition: Global Burden, Physiology, and Nutritional Risks. *Ann Nutr Metab* 72:316–328. DOI: <https://doi.org/10.1159/000488865> [Accessed: 18/02/2019]

Central Intelligence Agency [U.S]. (2018) Africa: Western Sahara. Washington, D.C: Central Intelligence Agency [U.S]. Consulté le : 11/03/2019. Disponible à l'adresse : https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/print_wi.html

Cluver, L. D., Toska, E., Orkin, F. M., Meinck, F., Hodes, R., Yakubovich, A. R., Sherr, L. (2016) Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? *AIDS Care* 28:sup2, 73-82, DOI: 10.1080/09540121.2016.1179008 [Accessed: 14/02/2019]

Cooper, R. (2018) Maternal, newborn and child health in emergency settings. K4D : Birmingham. Consulté le 19/01/2019. Disponible à l'adresse : https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Evidence_of_MNCH_programming_in_emergency_settings.pdf

Cortina, M.A., Sodha, A., Fazel, M., Ramchandani, P.G. (2012) Prevalence of Child Mental Health Problems in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 166(3):276–281. DOI:10.1001/archpediatrics.2011.592 [Accessed: 20/02/2019]

De Onis, M., Branca, F. 2016. Childhood stunting: a global perspective. *Maternal & Child Nutrition* 12(Suppl.1): 12-26. DOI: 10.1111/mcn.12231

De-Regil, L.M., Harding, K.B., Roche, M.L. (2016) Preconceptional Nutrition Interventions for Adolescent Girls and Adult Women: Global Guidelines and Gaps in Evidence and Policy with Emphasis on Micronutrients. *The Journal of Nutrition* 146: 1461-1470. DOI:10.3945/jn.115.223487 [Accessed: 08/12/2018]

Development Initiatives. (2018) 2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition. Bristol : Development Initiatives. Consulté le : 09/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://globalnutritionreport.org/reports/global-nutrition-report-2018/>

Emerson, J.A, Tol, W., Caulfield, L.E., Doocy, S. (2017) Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. *Food and Nutrition Bulletin* 38(3): 319-337. Consulté le 29/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0379572117714385>

English, R., Peer, N., Honikman, S., Tugendhaft, A., Hofman, K.J. (2017) 'First 1000 days' health interventions in low- and middle-income countries: alignment of South African policies with high-quality evidence. *Global Health Action* 10(1):1-20. DOI: 10.1080/16549716.2017.1340396

Fanzo, J. (2012) The Nutrition Challenge in Sub-Saharan Africa. New York : Programme des Nations Unies pour le Développement Consulté le : 16/02/2019. Disponible à l'adresse : <http://www.undp.org/content/dam/rba/docs/Working%20Papers/Nutrition%20Challenge.pdf>

Fellmeth, G., Rose-Clarke, K., Zhao, C., Buser, L.K., Zheng, Y., Massazza, A., Sonmez, H., Eder, B., Blewitt, A., Lertgrai, W., Orcutt, M., Ricci, K., Mohamed-Ahmed, O., Burns, R., Knipe, D., Hargreaves, S., Hesketh, T., Opondo, C., Devakumar, D. (2018) Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 392: 2567-2582. DOI:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32558-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32558-3) [Accessed: 16/01/2019]

Finlay, J.E., James E. (2017) Barriers to Contraceptive Use: Examination of Contraceptive Laws and Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. *J Contracept Stud* 2(2):1-10. DOI: 10.21767/2471-9749.100031 [Accessed: 16/01/2019]

Fleming, T.P., Watkins, A.J., Velazquez, M.A., Mathers, J.C., Prentice, A.M., Stephenson, J., Barker, M., Saffery, R., Yajnik, C.S., Eckert, J.J., Hanson, M.A., Forrester, T., Gluckman, P.D., Godfrey, K.M. (2018). Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *Lancet* 391 : 1842-1852. DOI : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30312-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30312-X) [Consulté le : 14/01/2019]

Geibel, R. (2012) Guide to Maternal, Newborn and Child Health and Nutrition in Emergencies. Monrovia : World Vision International. Consulté le : mardi 24 juillet 2018. Disponible à l'adresse : https://www.wvi.org/sites/default/files/MNCH%20in%20Emergencies%20Guide%20FINAL_1.pdf

Girls Not Brides: The Global Partnership to End Child Marriage ("Girls Not Brides"). (2019) Child Marriage. London : Girls Not Brides. Consulté le : 08/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.girlsnotbrides.org/region/sub-saharan-africa/>

Guttmacher Institute. (2018) Fact Sheet: Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents in Sub-Saharan Africa. New York : Guttmacher Institute. Consulté le : 06/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.guttmacher.org/factsheet/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents-sub-saharan-africa>

Guttmacher Institute. (2018b) Fact Sheet: Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health in the Ouagadougou Partnership Countries. New York : Guttmacher Institute. Consulté le : 21/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adding-it-up-contraception-mnh-ouagadougou-partnership.pdf>

Hardee, K., Croce-Galis, M., Gay, J. (2017) Are men well served by family planning programs? *Reproductive Health* 14(14):1-12. DOI: 10.1186/s12978-017-0278-5 [Accessed: 16/01/2019]

Harika, R., Faber, M., Samuel, F., Kimiywe, J., Mulugeta, A., Eilander, A. (2017) Micronutrient Status and Dietary Intake of Iron, Vitamin A, Iodine, Folate and Zinc in Women of Reproductive Age and Pregnant Women in Ethiopia, Kenya, Nigeria and South Africa: A Systematic Review of Data from 2005 to 2015. *Nutrients* 9(10):1096-1119. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu9101096> [Accessed: 15/10/2018]

Howard, S. (2014). Rape in war: How a US law prevents aid for safe abortions. *BMJ* 2: 23-26. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g5073> [Accessed: 15/01/2019]

Internal Displacement Monitoring Centre. (2018) GRID 2018: Global Report on Internal Displacement. IDMC, Norwegian Refugee Council: Genève. Consulté le 22/01/2019. Disponible à l'adresse : <http://www.internal-displacement.org/global-report/grid2018/>

Jonsson, U. (1992) "Nutrition and Ethics." Paper presented at meeting on Nutrition, Ethics, and Human Rights, Norwegian institute of Human Rights, Oslo, 9-11 July 1992.

Kapungu, C., Petroni, S. (2017) Understanding and Tackling the Gendered Drivers of Poor Adolescent Mental Health. Washington, DC: International Center for Research on Women. Consulté le: 23/02/2019. Disponible à l'adresse : https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/02/ICRW_Unicef_MentalHealth_WhitePaper_FINAL_June2017.pdf

Kelly, J.T., Betancourt, T.S., Mukwege, D., Lipton, R., van Rooyen, M.J. (2011) Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods study. *Conflict and Health* 5(25):1-8. DOI: 10.1186/1752-1505-5-25 [Accessed: 14/01/2019]

Knight, L., Yamin, A.E. (2015) "Without a mother": caregivers and community members' views about the impacts of maternal mortality on families in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reproductive Health* 12(Suppl 1):S5 DOI: www.reproductive-health-journal.com/content/12/S1/S5 [Accessed: 10/01/2019]

Kraehnert, K., Brück, T., Di Maio, M., Nisticò, R. (2018) The Effects of Conflict on Fertility: Evidence from the Genocide in Rwanda. *Démographie*. Consulté le : 30/01/2019. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/319106736_The_Effects_of_Conflict_on_Fertility_Evidence_from_the_Genocide_in_Rwanda

Kruk, M.E., Freedman, L.P., Anglin, G.A., Waldman, R.J. (2010) Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries A theoretical framework and research agenda. *Social Sciences and Medicine* 70(1):89-97. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.09.042

Laski, L. (2015) Realising the health and wellbeing of adolescents. *BMJ* 351(h4119):1-4. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4119> [Accessed: 19/02/2019]

Lawn, J., Mongi, P., Cousens, S. (2006) Africa's newborns— counting them and making them count. Genève. OMS. Consulté le : 13/02/2019. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsection_1.pdf

Lopez, L.M., Bernholm, A., Chen, M., Tolley, E.E. (2016) School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6: CD012249. DOI: 10.1002/14651858.CD012249 [Accessed: 12/02/2019]

Masquelier, B., Hug, L., Sharrow, D., You, D., Hogan, Hill, D.K., Liu, J., Pedersen, J., Alkema, L. (2018) Global, regional, and national mortality trends in older children and young adolescents (5–14 years) from 1990 to 2016: an analysis of empirical data. *Lancet Glob Health* 6: 1087-1099. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30353-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30353-X)

Miller, K.E., Rasmussen, A. (2010) War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine* 70(1):7–16. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.09.029 [Accessed: 18/12/2018]

Muteshi, J.K., Miller, S., Belizán, J.M. (2016) The ongoing violence against women: Female Genital Mutilation/Cutting. *Reproductive Health* 13(44): 1-4. DOI: 10.1186/s12978-016-0159-3 [Accessed: 11/01/2019]

Namasivayam, A., Arcos González, P., Castro Delgado, R., Chi, P.C. (2017) The Effect of Armed Conflict on the Utilization of Maternal Health Services in Uganda: A Population-based Study. *PLOS Currents Disasters*. 1 :1-22. DOI : 10.1371/currents.dis.557b987d6519d8c7c96f2006ed3c271a [Accessed: 16/12/2018]

Organisation de l'unité africaine. (1981) Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Nairobi : Organisation de l'unité africaine. Consulté le : 24/02/2019. Disponible à l'adresse : <http://www.humanrights.se/wp-content/uploads/2012/01/African-Charter-on-Human-and-Peoples-Rights.pdf>

Onubi, O.J., Marais, D., Aucott, L., Okonofua, F., Poobalan, A.S. (2015) Maternal obesity in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health* 38(3): 218-231. DOI: :10.1093/pubmed/fdv138 [Accessed: 29/01/2019]

Okigbo, C.C., Eke, A.C. (2015) Skilled Birth Attendance in Nigeria: A Function of Frequency and Content of Antenatal Care. *Afr J Reprod Health* 19[1]: 25-33. [Consulté le: 15/01/2019]

Orya, E., Adaji, S., Pyone, T., Wurie, H., van den Broek, N., Theobald, S. (2017) Strengthening close to, community provision of maternal health services in fragile settings: an exploration of the changing roles of TBAs in Sierra Leone and Somaliland. *BMC Health Services Research* 17(460): 1-13. DOI 10.1186/s12913-017-2400-3 [Consulté le: 14/10/2018]

Patton, G.C., Sawyer, S.M., Santelli, J.S., Ross, D.A., Afifi, R., Allen, N.B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A.H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., Waldfogel, J., Wickremarathne, D., Barroso, C., Bhutta, Z., Fatusi, A.O., Mattoo, A., Diers, J., Fang, J., Ferguson, J., Ssewamala, F., Viner, R.M. (2016) Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 387(10036):2423-2478. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1) [Accessed: 24/01/2019]

Peace Direct. (2017) Niger Conflict Profile. London: Peace Insight. Consulté le 30/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.peaceinsight.org/conflicts/niger/>

Peace Direct. (2017b) Somalia Conflict Profile. London : Peace Insight. Consulté le 30/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.peaceinsight.org/conflicts/somalia/>

Peace Direct. (2017c) Uganda: Peace and Conflict. London : Peace Insight. Consulté le : 09/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.peaceinsight.org/conflicts/uganda/>

Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S., Gillman, M.W. (2016) Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016 ; 4: 1025-36. DOI : [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30217-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30217-0) [Accessed: 23/11/2018]

Programme de technologie appropriée en santé (2017) Diarrhoeal Disease Solutions : WASH. Seattle : Programme de technologie appropriée en santé Consulté le: 04/03/2019. Disponible à l'adresse : <https://report.defeatdd.org/wash/>

Pyone, T., Adaji, S., Madaj, B., Woldetsadik, T., van den Broek, N. (2014) Changing the role of the traditional birth attendant in Somaliland. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 127(1):41-46. DOI:10.1016/j.ijgo.2014.04.009 [Accessed 13/01/2019]

Pyone, T., Dickinson, F., Kerr, R., Boschi-Pinto, C., Mathai, M., van den Broek, N. (2015) Data collection tools for maternal and child health in humanitarian emergencies: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 93:648-658. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.148429> [Consulté le: 03/03/2019]

ReBUILD. (2014) Working towards universal health coverage in post-conflict environments, ReBUILD briefing. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine. Consulté le 14/01/2019. Disponible à l'adresse: https://rebuildconsortium.com/media/1537/rebuild_briefing_3_june_17_uhc.pdf

Requejo J.H., Bhutta, Z.A. (2015) The post-2015 agenda: staying the course in maternal and child survival. *Arch Dis Child* 100(Suppl 1):s76–s81. DOI:10.1136/archdischild-2013-305737 [Accessed: 15/12/2018]

Rieder, M., Choonara, I. (2012) Armed conflict and child health. *Arch Dis Child* 97:59–62. DOI:10.1136/adsc.2009.178186 [Accessed: 18/01/2019]

Ronen, K., McGrath, C.J., Langat, A.C., Kinuthia, J., Omolo, D., Singa, B., Katana, A.K., Ng'Ang'A, L.W., John-Stewart, G. (2017) Gaps in Adolescent Engagement in Antenatal Care and Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Services in Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr* 74(1): 30-37. DOI:10.1097/QAI.0000000000001176 [Consulté le: 13/02/2019]

Sartorius, B.K.D., Sartorius, K. (2014) Global infant mortality trends and attributable determinants - an ecological study using data from 192 countries for the period 1990-2011. *Population Health Metrics* 12:29. DOI:10.1186/s12963-014-0029-6 [Accessed: 17/01/2019]

Sibley, L.M., Sipe, T.A., Barry, D. (2012) Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 15(8): CD005460. DOI:10.1002/14651858.CD005460.pub3 [Accessed: 13/01/2019]

Sphere Association. (2018) The Sphere Handbook. 4e Édition. Genève. Sphere Association. Consulté le : 16/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf>

Starrs, A.M., Ezeh, A.C., Barker, G. Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R., Coll-Seck, A.M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z.A., Say, L., Serour, G.I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., Ashford, L.S. (2018) Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet*: 91: 2642-92. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9) [Viewed 17/01/2019]

Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D.A.J.M., Hutchinson, J., Cade, J.E., Poston, L., Barrett, G., Crozier, S.R., Barker, M., Kumaran, K., Yajnik, C.S., Baird, J., Mishra, G.D. (2018) Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet* 391: 1830-41. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30311-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30311-8) [Accessed: 18/10/2018]

Stewart, R.C., Umar, E., Gleadow-Ware, S., Creed, F., Bristow, K. (2015) Perinatal distress and depression in Malawi: an exploratory qualitative study of stressors, supports and symptoms. *Arch Womens Ment Health* 18(2):177-185. DOI: 10.1007/s00737-014-0431-x. [Consulté le: 16/01/2019]

Thompson, R., Kapila, M. (2018) Healthcare in Conflict Settings: Leaving No One Behind. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health. Consulté le: 13/02/2019. Disponible à

l'adresse: <http://www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/11/IMPJ6078-WISH-2018-Conflict-181026.pdf> [Accessed: v14/01/2019]

United Nations. (2015) World Population Policies Database. Département des affaires économiques et sociales de l'ONU : New York. Consulté le 24/01/2019. Département des affaires économiques et sociales de l'ONU : https://esa.un.org/poppolicy/dataquery_report.aspx?Summary=0

United Nations. (2015b) Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. New York : United Nations. Consulté le : 17/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>

United Nations. (2017) The Sustainable Development Goals Report 2017. New York : United Nations. Consulté le : 17/11/2018. Disponible à l'adresse : <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/thesustainabledevelopmentgoalsreport2017.pdf>

United Nations. (2017a) Rapport des Nations Unies sur les migrations internationales 2017. Genève. United Nations. Consulté le: 04/01/2019. Disponible à l'adresse: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2014) Levels and Trends in Child Mortality Report 2014. Consulté le 12/01/2019. Disponible à l'adresse : https://www.unicef.org/media/files/Levels_and_Trends_in_Child_Mortality_2014.pdf

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2016) The State of the World's Children 2016: A Fair Chance For Every Child. New York: United Nations Children's Fund; June 2016. Disponible à l'adresse: https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2017) Levels and Trends in Child Mortality Report 2017. Consulté le : 12/01/2019. Disponible à l'adresse : https://www.unicef.org/publications/index_101071.html

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2017a) Generation 2030 Africa 2.0 : Prioritising investments in children to reap the demographic dividend. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le: 30/01/2019. Disponible à l'adresse : https://www.unicef.org/publications/index_101219.html

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2017b) WASH in the 2030 Agenda. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 04/03/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/resources/wash-2030-agenda/>.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018) Adolescent Health Coverage Database 2018. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 09/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/adolescent-health/>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018b) Adolescent Mental Health. New York : UNICEF. Consulté le 22/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/topic/adolescents/mental-health/>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018c) Child Mortality Report 2018. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 15/02/2019. Disponible à l'adresse :

<https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/09/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2018.pdf>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018d) Humanitarian Action for Children: Eastern and Southern Africa. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 14/01/2019. Available from: <https://www.unicef.org/appeals/esaro.html>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018e). Humanitarian Action for Children: West and Central Africa. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 14/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.unicef.org/appeals/wcaro.html>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018f) Infant and Young Child Feeding. United Nations Children's Fund: New York. Consulté le : 16/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018g) Maternal and newborn Health Fact sheet. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le 15/01/2019. Disponible à l'adresse : https://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018h) Micronutrients. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 16/02/2019. Disponible à l'adresse : https://www.unicef.org/nutrition/index_iodine.html

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018i) Prevalence of anaemia among children (% of children under 5). United Nations Children's Fund: New York. Consulté le: 16/02/2019. Disponible à l'adresse: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.ANM.CHLD.ZS>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018j) United Nations Children's Fund: Delivery Care. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le 15/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018k) UNICEF Data : Vaccination & Immunization Statistics. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 15/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018l) UNICEF Data : Malnutrition. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 14/02/2019. Disponible à l'adresse :

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2019) UNICEF Data : Data snapshot of migrant and displaced children in Africa. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 13/03/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/resources/data-snapshot-of-migrant-and-displaced-children-in-africa/>

Département des affaires économiques et sociales de l'ONU. (2015) World Population Prospects. United Nations: New York. Consulté le 24/01/2019. Disponible à l'adresse : https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf

Département des affaires économiques et sociales de l'ONU. (2015b) World Fertility Patterns 2015 – Data Booklet (ST/ESA/ SER.A/370). New York : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. Consulté le : 30/01/2019. Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2017). Global Trends : Forced Displacement 2017. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés : Genève. Consulté le 22/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.unhcr.org/5b27be547.pdf>

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2017a) UNHCR Public Health 2017 Annual Global Overview. Genève. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Consulté le : 03/03/2019. Disponible à l'adresse : http://twine.unhcr.org/ar2017/#_ga=2.63856109.319645443.1551643742-2031861430.1551643742

Fonds des Nations Unies pour la population. (2016). Adolescent Girls in Disaster & Conflict: Interventions for Improving Access to Sexual and Reproductive Health Services. New York : Fonds des Nations Unies pour la population. Consulté le 04/02/2019. Disponible à l'adresse : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Adolescent_Girls_in_Disaster_Conflict-Web.pdf

Fonds des Nations Unies pour la population. (2017) The Maternal Health Thematic Fund Annual Fund 2017 and Review of Phase II (2014 - 2017). New York. Disponible à l'adresse : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_EN_MHTF_AnnualReport2017.pdf

Fonds des Nations Unies pour la population. (2018) Humanitarian Action Overview 2018. New York: FNUAP. Consulté le 18/01/2019. Disponible à l'adresse : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_HumanitAction_18_20180124_ONLINE.pdf

Nations Unies Rwanda. (2019) Maternal Health. Kigali : Nations Unies Rwanda. Consulté le : 20/02/2019. Disponible à l'adresse : <http://www.rw.one.un.org/mdg/mdg5>

Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition (2014) Targets and Indicators for the Post-2015 Sustainable Development Goals: Accountability for the Measurement of Results in Nutrition. Consulté le : 15/02/2019. Disponible à l'adresse : http://www.unscn.org/files/Publications/FINAL_draft_2_17Dec_Post_2015_Measurements_and_Accountability_on_Results_for_Nutrition.pdf

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la santé, Groupe de la Banque mondiale. (2018) Niveaux et tendances de la malnutrition infantile : Estimations conjointes sur la malnutrition infantile UNICEF / OMS / Groupe de la Banque mondiale. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance Consulté le : 16/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/05/JME-2018-brochure-.pd>

Witter, S. (2012) Health financing in fragile and post-conflict states: What do we know and what are the gaps? *Social Science & Medicine* 75(12):2370-2377. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.012> [Consulté le : 13/12/2018]

Groupe de la Banque mondiale. (2010) Déterminants et conséquences d'une fécondité élevée : Un résumé des données probantes. Washington : Groupe de la Banque mondiale. Consulté le : 30/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1278599377733/Determinant62810PRINT.pdf>

Groupe de la Banque mondiale. (2017) Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19). New York : Groupe de la Banque mondiale. Consulté le : 22/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.worldbank.org/indicator/sp.ado.tfrt>

Groupe de la Banque mondiale. (2017b) Contraceptive prevalence, any methods (% of women ages 15-49). New York : Groupe de la Banque mondiale. Consulté le : 21/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS?view=chart>

Groupe de la Banque mondiale. (2017c) Unmet need for contraception (% of married women ages 15-49). New York : Groupe de la Banque mondiale. Consulté le : 21/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://data.worldbank.org/indicator/SP.UWT.TFRT?view=chart>

Organisation mondiale de la santé. (2000) The Management of Nutrition in Major Emergencies Viewed. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 04/03/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/page-files/MAM%2C%20SAM%2C%20and%20GAM.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2004) Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 23/10/2018. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_feedchildren_emergencies.pdf?ua=1.

Organisation mondiale de la santé. (2005) Fighting genital mutilation in Sierra Leone. Bulletin of the World Health Organization 83(11): 801-880. Consulté le: 17/01/2019. Disponible à l'adresse: <https://www.who.int/bulletin/volumes/83/11/news21105/en>

Organisation mondiale de la santé. (2010) Cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 23/02/2019. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

Organisation mondiale de la santé. (2011) mHealth New horizons for health through mobile technologies. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 23/02/2019. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2015) Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2015 : estimations de l'Organisation mondiale de la santé, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, du Fonds des Nations Unies pour la population, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 22/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

Organisation mondiale de la santé. (2017) Disponible à l'adresse. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Afrique. Consulté le : 08/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259477/9789290233916-eng.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la santé. (2018) Atlas des statistiques sanitaires africaines 2018 : Couverture sanitaire universelle et objectifs de développement durable dans la région africaine de l'OMS. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Afrique. Consulté le : 25/11/2018. Disponible à l'adresse : http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/Atlas%202018-eng_1.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2018a) Planification familiale/contraception. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le 18/01/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Organisation mondiale de la santé. (2018b) Santé des réfugiés et des migrants : Analyse de la situation régionale, pratiques, expériences, enseignements tirés et perspectives. Brazzaville : Organisation mondiale de la santé Région Afrique. Consulté le : 03/03/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/migrants/publications/AFRO-report.pdf?ua=1>

Organisation mondiale de la santé. (2018c). Global and regional Immunization Profile: African Region. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 15/02/2019. Disponible à l'adresse :

https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/ga_afrprofile.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la santé. (2018d) Health Topics: Immunisation. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 15/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/topics/immunization/en/>

Organisation mondiale de la santé. (2018e) Immunisation Coverage. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 15/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

Organisation mondiale de la santé. (2018f) Malnutrition Fact Sheet. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 13/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Organisation mondiale de la santé. (2018g). Survive, Thrive, Transform: Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030) 2018 monitoring report: status and strategic priorities. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 06/02/2019. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/EWECGSMonitoringReport2018_en.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2019) Global Health Observatory (GHO): Causes of Child Mortality. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 12/02/2019. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/gho/child_health/mortality/causes/en/

Organisation mondiale de la santé. (2019b) Nutrition : Breastfeeding. Genève. OMS. Consulté le : 11/02/2019. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/

Organisation mondiale de la santé. (2019a) Santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents. Organisation mondiale de la santé : Genève. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/en/ [Consulté le : 13/05/2019].

Organisation mondiale de la santé. (2019c) Santé sexuelle et reproductive : Mutilations génitales féminines. New York : Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 08/02/2019. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en>

Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2017) Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines. Genève. Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Consulté le : 03/03/2019. Disponible à l'adresse : <https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2018-01/JMP-2017-report-final.pdf>

Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Agence des États-Unis pour le développement international. (2015) Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policies and programmes: 5 Key Facts. Genève. Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Agence des États-Unis pour le développement international. Consulté le : 04/03/2019.

Disponible à l'adresse :
https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/washandnutrition-5-key-facts.pdf

Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Groupe de la Banque mondiale. (2018). Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Genève. Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse :
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale. (2008) Déterminants sociaux de la santé dans les pays en conflit : Un point de vue de la région de la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale. Consulté le : 13/03/2019. Disponible à l'adresse :
<http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa955.pdf>

Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies. (2015) Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies. Genève. Organisation mondiale de la santé. Consulté le : 11/01/2019. Disponible à l'adresse :
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

Worley, H. (2015) Rwanda's Success In Improving Maternal Health. Washington : Population Reference Bureau. Consulté le : 20/02/2019. Disponible à l'adresse :
<https://www.prb.org/rwanda-maternal-health/>

Yates, T., Allen, J., Leandre Joseph, M., Lantagne, D. (2017). WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme. Oxford : Oxfam GB. Consulté le : 04/03/2019. Disponible à l'adresse :
<http://fic.tufts.edu/assets/WASH-Systematic-Review.pdf>

Young, H., Marshak, A. (2018) Persistent Global Acute Malnutrition. Boston : The Feinstein International Center. Consulté le : 04/03/2019. Disponible à l'adresse :
http://fic.tufts.edu/assets/FIC-Publication-Persistent-Global-Acute-Malnutrition_web_2.26s.pdf

5. Annexes

5.1. Annexe 1

Ensembles de données sur la santé maternelle et infantile

	TMM 2000 (%)	TMM 2010 (%)	TMM 2015 (%)	Assistance qualifiée à l'accouchement (%)	DPT 3 (%)	Retard de croissance (%)	Émaciation (%)	Surcharge pondérale (%)	Début de l'allaitement maternel (%)	AME (%)	Alimentation minimale acceptable (%)	TMU5 (pour 1000 naissances)	TMN (pour 1000 naissances)
ALGÉRIE	170	147	140	95,2	95	11,7	4,1	12,4	35,7	25,4	...	25,4	18,8
ANGOLA	924	561	477	47,3	80	37,6	4,9	3,4	48,3	37,4	13,3	156,9	48,7
BÉNIN	572	446	405	80,5	70	34	5,3	1,7	44,1	41,4	13,5	99,5	29,3
Botswana	311	169	129	94,6	89	31,4	7,2	11,2	40	20,3	...	43,6	21,9
BURKINA FASO	547	417	371	80,9	105,3	32,9	7,6	1,2	41,6	50,1	3,1	88,6	26,7
BURUNDI	954	808	712	60,3	95	57,5	5,1	1,4	85	82,3	10,2	81,7	28,6
CABO VERDE	83	51	42	92	95,3	...	6,9 (1994)	...	72,7	59,6	...	17	7,6
CAMEROUN	750	676	596	64,7	85	31,7	5,2	6,7	31,2	28	16,5	87,9	25,7
RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	1200	909	882	53,8	47	40,7	8,3	1,8	43,5	33	8,8	130,1	42,6
TCHAD	1370	1040	856	40,1	92,7	39,9	13,3	2,8	23	0,1	5,7	133	34
COMORES	499	388	335	...	83	32,1	11,3	10,6	33,7	11,4	5,9	87,3	40,2
CONGO	653	509	442	93,6	90	21,2	8,2	5,9	25,3	32,9	...	45	18
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	874	794	693	80,4	80	42,6	8,1	4,4	51,9	47,3	8,4	98,3	30,1
CÔTE D'IVOIRE	671	717	645	57,4	100,8	29,6	6	1,5	36,6	23,5	4,6	96	38
DJIBOUTI	401	275	229	92,9	78	33,5	21,5	8,1	52	12,4	...	65,3	33,4
ÉGYPTÉ	63	40	33	91,5	94	22,3	9,5	15,7	27,1	39,5	23,3	19,6	6,6
GUINÉE ÉQUATORIALE	702	379	342	68	41	26,2	3,1	9,7	...	7,4	...	113	33
ÉRYTHRÉE	733	579	501	28,3	94	50,3	15,3	1,9	93,1	68,7	...	44,5	17,7
ESWATINI	586	436	389	88,3	90	25,5	2	9	48,3	63,8	38,1	61	14

ÉTHIOPIE	897	523	353	28	97,4	38,4	10	2,9	73,3	56,5	7,3	67	32
GABON	405	322	291	89,3	75	17,5	3,4	7,7	32,3	5,1	...	50,8	23,2
GAMBIE	887	753	706	57,1	96	25	11	3,2	51,5	46,8	8,3	68,9	29,9
GHANA	467	325	319	65,1	88,6	18,7	4,7	2,6	55,6	52,1	13,3	56	27,6
GUINÉE	976	720	679	67,2	63	31,3	8,1	4	33,9	35,2	3,7	88	20
GUINÉE-BISSAU	800	570	549	45,3	81,6	27,6	6	2,3	33,7	52,5	7,8	92,5	39,7
KENYA	759	605	510	62	88,3	26	4,2	4,1	62,2	61,4	...	52	22
LESOTHO	649	587	487	61,5	96	33,2	2,8	7,5	65,3	66,9	11,3	90,2	32,7
LIBERIA	1270	811	725	61,1	71,4	32,1	5,6	3,2	61,2	54,6	5,2	69,9	24,1
LIBYE	17	9	9	99	93,7	21	6,5	22,4	...	...	...	13	5,2
MADAGASCAR	536	436	353	44,3	73	49,2	15,2	6,2	65,8	41,9	...	49,6	19,7
MALAWI	890	629	634	89,8	93	42,4	2,8	4,6	76,2	59,4	8,1	64	21,8
MALI	834	630	587	59	77	38,5	13,5	1,9	53,2	37,3	3,4	122,9	39,4
MAURITANIE	813	723	602	...	89,8	22	14,8	1,3	61,8	41,1	14,3	107,9	41,8
MAURICE	40	59	53	99,7	96	...	15,7 (1995)	6,5	...	...	...	13	8
MAROC	221	153	121	73,6	99	14,9	2,3	10,7	26,8	27,8	...	30,4	...
MOZAMBIQUE	915	619	489	76,6	100, 6	43,1	6,1	7,8	69	41	13,3	85,6	28,4
NAMIBIE	352	319	265	81,4	88	23,1	7,1	4	71,2	48,3	12,5	45,4	15,9
NIGER	794	657	553	29,3	96	43	10,3	3,1	52,9	23,3	5,6	127	1,3
NIGERIA	1170	867	814	43	34,4	32,9	10,8	1,5	32,8	23,3	15,5	120	39
RWANDA	1020	381	290	90,7	99	37,9	1,7	7,9	80,5	86,9	18,1	50	14
RÉPUBLIQUE ARABE SAHRAOUIE DÉMOCRATIQUE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE	222	162	156	81,7	95	17,2	4	2,4	38,3	71,7	23	42,4	17,1
SÉNÉGAL	488	375	315	59	88,3	19,4	7,1	0,9	29,4	36,4	6,6	56	28
SEYCHELLES	...	...	...	...	99	7,9	4,3	10,2	...	...	...	14,6	9,1
SIERRA LEONE	2650	1630	1360	59,7	83	37,9	9,5	8,8	53,8	31,4	7	120,4	34,9
SOMALIE	1080	820	732	33	42	25,3	15	3	23,4	5,3	...	136,8	39,7
AFRIQUE DU SUD	85	154	138	91,2	69	23,9	2,5	13,3	61,1	31,6	...	40,5	11
SUD-SOUDAN	1310	876	789	23,8	41	31,1	24,3	5,8	50,5	44,5	...	97,7	58,7
SOUDAN	544	349	311	77,5	94	38,2	16,8	3	68,7	54,6	14,7	70,1	29,8
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE	842	514	398	48,9	97	34,4	3,5	3,7	51,3	59	8,7	48,7	18,8
TOGO	491	393	368	43,8	87	27,5	6,6	2	60,6	57,2	12,1	83	27
TUNISIE	84	67	62	92	98	10,2	3,3	14,2	39,9	8,5	...	14	10,2
OUGANDA	620	420	343	74,2	95	34,2	4,5	3,7	66,1	65,5	14,6	64	22
ZAMBIE	541	262	224	60	94	40	6,2	6,2	65,8	72	10,5	10,7	5,3
ZIMBABWE	590	446	443	78	83	27,6	3,3	5,6	57,6	47,1	8,1	69	29

Ensemble de données sur la santé sexuelle et reproductive et la santé des adolescents

	ISF (nombre moyen de naissances par femme au cours de la vie)	TPC (%)	Besoins non satisfaits en matière de contraception (%)	TFA (Naissances pour 1000 femmes de 15-19 ans)
ALGÉRIE	3,1	57	7	10
ANGOLA	6	14	38	154
BÉNIN	4,6	18	33,1	88
Botswana	2,3	53	9,6	32
BURKINA FASO	5,4	25	29,1	107
BURUNDI	5,5	29	29,7	...
CABO VERDE	2,3	19	16,7	75
CAMEROUN	4,6	34	18	109
RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	4,2	15	27	106
TCHAD	6,8	6	22,9	165
COMORES	4,4	19	32,3	67
CONGO	4,8	30	17,9	114
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	5,9	20	27,7	125
CÔTE D'IVOIRE	4,7	16	30,5	133
DJIBOUTI	3,1	19	...	19
ÉGYPTÉ	3,5	59	12,6	51
GUINÉE ÉQUATORIALE	5,1		33,8	
ÉRYTHRÉE	4,2	8	27,4	53
ESWATINI	3,4	66	15,2	79
ÉTHIOPIE	3,9	37	22,8	65
GABON	3,8	31	26,5	98
GAMBIE	5,8	9	24,9	82
GHANA	4,1	33	26,3	68
GUINÉE	4,7	9	27,6	137
GUINÉE-BISSAU	4,8	16	22,3	87
KENYA	3,9	62	15,6	82

LESOTHO	3,1	60	18,4	90
LIBERIA	4,5	31	31,1	129
LIBYE	2,6	42	27	6
MADAGASCAR	4,4	40	19	112
MALAWI	5,4	59	18,7	141
MALI	6,1	16	17,2	171
MAURITANIE	4,3	18	33,6	81
MAURICE	1,4	64	12,5	27
MAROC	2,2	67	10,9	32
MOZAMBIQUE	5,1	27	23,1	139
NAMIBIE	3,9	56	17,5	75
NIGER	7,2	19	21	194
NIGERIA	5,6	13	27,6	109
RWANDA	4,2	53	18,9	27
RÉPUBLIQUE ARABE SAHRAOUIE DÉMOCRATIQUE	3,8	N/A	N/A	N/A
SÃO TOMÉ-ET-PRINCIPE	3,4	41	33,7	96
SÉNÉGAL	5	25	23,6	75
SEYCHELLES	3,6	...	...	58

SIERRA LEONE	4,3	17	25	116
SOMALIE	6,4	15	...	102
AFRIQUE DU SUD	2,3	55	14,7	44
SUD-SOUDAN	7,5	...	26,3	65
SOUDAN	5,1	12	...	67
RÉPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE	5,1	38	22,1	117
TOGO	4,6	20	33,6	90
TUNISIE	2,3	63	7	8
OUGANDA	5,4	38	29,6	111
ZAMBIE	5,5	49	21,1	86
ZIMBABWE	4,7	67	10,4	106

5.2. Annexe 2

Interventions de santé fondées sur des données probantes pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (OMS, 2018g)

Âge/groupe cible	Interventions
<p>FEMMES (notamment les interventions avant la grossesse)</p>	<p>Informations, conseils et services pour une santé sexuelle et reproductive globale, notamment la contraception. Prévention, détection et traitement des maladies transmissibles et non transmissibles et des infections sexuellement transmissibles et de l'appareil génital, notamment le VIH, la tuberculose et la syphilis. Supplémentation en fer/acide folique (avant la grossesse). Dépistage et prise en charge du cancer du col de l'utérus et du sein. Avortement sans risque (là où la loi l'autorise), soins post-avortement. Prévention de la violence sexuelle et d'autres formes de violence fondée sur le genre et lutte contre ce phénomène. Détection et gestion des facteurs de risque avant la grossesse (nutrition, obésité, tabac, alcool, santé mentale, toxines environnementales) et des conditions génétiques.</p>
<p>GROSSESSE (soins prénatals)</p>	<p>Soins prénatals précoces et appropriés (quatre visites), notamment l'identification et la gestion de la violence fondée sur le genre. Détermination précise de l'âge gestationnel. Dépistage de la maladie maternelle. Dépistage des troubles hypertensifs. Supplémentation en fer et en acide folique. Vaccination contre le tétanos. Conseils en matière de planification familiale, d'accouchement et de préparation aux situations d'urgence. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, notamment au moyen d'antirétroviraux. Prévention et traitement du paludisme, notamment les moustiquaires imprégnées d'insecticide et le traitement préventif intermittent pendant la grossesse. Désaccoutumance au tabac Dépistage, prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles (syphilis et hépatite B). Identification et réponse à la violence du partenaire intime. Conseils diététiques pour un gain de poids sain et une nutrition adéquate. Détection des facteurs de risque et gestion des maladies génétiques. Prise en charge des maladies chroniques (p. ex. hypertension, diabète sucré préexistant). Prévention, dépistage et traitement du diabète gestationnel, de l'éclampsie et de la pré-éclampsie (notamment l'accouchement en temps utile). Prise en charge des complications obstétricales (rupture prématurée des membranes, macrosomie, etc.). Corticostéroïdes prénatals pour les femmes à risque d'accouchement à partir de 24-34 semaines de gestation lorsque les conditions appropriées sont réunies.</p>

	Gestion de la mauvaise présentation à terme.
NAISSANCE D'ENFANT	<p>Accouchement en établissement avec une accoucheuse qualifiée. Suivi de routine avec partographe avec soins opportuns et appropriés. Gestion active de la troisième phase du travail. Prise en charge du travail prolongé ou obstrué, notamment l'accouchement aux instruments et la césarienne. Césarienne pour les indications maternelles/fœtales. Induction du travail avec des indications médicales appropriées. Prise en charge de l'hémorragie post-partum. Prévention et prise en charge de l'éclampsie (notamment avec du sulfate de magnésium). Détection et prise en charge des femmes présentant ou risquant de présenter des infections (notamment l'utilisation prophylactique d'antibiotiques pour les césariennes). Dépistage du VIH (s'il n'a pas encore été testé) et prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Gestion hygiénique du cordon à la naissance, notamment l'utilisation de chlorhexidine le cas échéant.</p>
POSTNATAL (pour la mère)	<p>Soins dans l'établissement pendant au moins 24 heures après un accouchement vaginal sans complication. Promotion, protection et soutien de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois. Prise en charge de l'hémorragie post-partum. Prévention et prise en charge de l'éclampsie. Prévention et traitement de l'anémie maternelle. Détection et prise en charge de la septicémie post-partum. Conseils en planification familiale et contraceptifs. Examen post-partum de routine et dépistage du cancer du col de l'utérus dans le groupe d'âge approprié. Dépistage du VIH et initiation ou poursuite de la thérapie antirétrovirale. Identification de la violence conjugale et réaction à celle-ci. Détection précoce des morbidités maternelles (p. ex. fistule). Dépistage et prise en charge de la dépression post-partum. Conseils en matière de nutrition et de mode de vie, gestion du poids inter-partum. Contact postnatal avec un prestataire de soins de santé qualifié, à domicile ou dans l'établissement de santé, vers le troisième jour, le septième jour et à 6 semaines après la naissance.</p>
POSTNATAL (nouveau-né)	<p>Soins dans l'établissement pendant au moins 24 heures après un accouchement vaginal sans complication. Séchage immédiat et soins thermiques. Réanimation néonatale avec sac et masque. Début précoce de l'allaitement (dans la première heure). Soins hygiéniques du cordon et de la peau. Initiation d'une thérapie antirétrovirale prophylactique pour les bébés exposés au VIH. La mère kangourou s'occupe des petits bébés. Soutien supplémentaire pour l'allaitement des bébés de petite taille et prématurés avec du lait maternel. Antibiothérapie présomptive pour les nouveau-nés à risque d'infection bactérienne.</p>

	<p>Pression positive continue des voies respiratoires (PPC) pour la prise en charge des bébés atteints du syndrome de détresse respiratoire. Détection et prise en charge des cas d'infection bactérienne grave possible. Prise en charge des nouveau-nés atteints de jaunisse. Détection et gestion des maladies génétiques. Contact postnatal avec un prestataire de soins de santé qualifié, à domicile ou dans l'établissement de santé, vers le troisième jour, le septième jour et à 6 semaines après la naissance.</p>
<p>SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT</p>	<p>Allaitement maternel exclusif pendant 6 mois ; poursuite de l'allaitement et alimentation complémentaire à partir de 6 mois. Conseils diététiques pour la prévention de la dénutrition, de la surcharge pondérale et de l'obésité. Prise en charge et stimulation réceptives. Vaccination systématique (notamment les vaccins contre Haemophilus influenzae, le pneumocoque, le méningocoque et le rotavirus). Supplémentation périodique en vitamine A, le cas échéant. Supplémentation en fer, le cas échéant. Prévention et prise en charge des maladies infantiles, notamment le paludisme, la pneumonie, la méningite et la diarrhée. Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et traitement de l'émaciation. Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (allaitement maternel approprié, alimentation complémentaire et alimentation supplémentaire si nécessaire). Prise en charge complète des enfants infectés par le VIH ou exposés au VIH. Prise en charge des cas de méningite. Prévention et réponse à la maltraitance des enfants. Prévention des pratiques néfastes, notamment les mutilations génitales féminines. Soins aux enfants présentant des retards de développement. Traitement et réadaptation des enfants présentant des anomalies congénitales et des handicaps.</p>
<p>SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT</p>	<p>Vaccinations de routine (p. ex. papillomavirus humain, hépatite B, diphtérie-tétanos, rubéole, rougeole). Promotion d'un comportement sain (p. ex. nutrition, activité physique, interdiction de fumer, d'alcool ou de drogues). Prévention, détection et prise en charge de l'anémie, en particulier chez les adolescentes. Éducation sexuelle complète. Informations, conseils et services pour une santé sexuelle et reproductive globale, notamment la contraception. Soutien psychosocial et services connexes pour la santé mentale et le bien-être des adolescents. Prévention de la violence sexuelle et d'autres formes de violence fondée sur le genre et lutte contre ce phénomène. Prévention des pratiques préjudiciables telles que les mutilations génitales féminines et les mariages précoces et forcés, et lutte contre celles-ci. Prévention, détection et traitement des maladies transmissibles et non transmissibles et des infections sexuellement transmissibles et de l'appareil génital, notamment le VIH, la tuberculose et la syphilis. Circoncision masculine médicale volontaire dans les pays où l'épidémie de VIH est généralisée.</p>

	<p>Détection et gestion de la consommation de substances dangereuses et nocives.</p> <p>Formation des parents, le cas échéant, pour la gestion des troubles du comportement chez les adolescents.</p> <p>Évaluation et prise en charge des adolescents qui présentent des blessures non intentionnelles, notamment les blessures liées à l'alcool.</p> <p>Prévention du suicide et gestion des risques d'automutilation/suicide.</p>
<p>SITUATIONS HUMANITAIRES ET FRAGILES</p>	<p>Élaborer et utiliser une approche d'évaluation des risques sanitaires et humanitaires afin d'identifier les besoins prioritaires et de cibler les interventions.</p> <p>En cas d'urgence humanitaire, assurer le déploiement des interventions sanitaires essentielles (voir ci-dessus). Adapter, mettre en œuvre et coordonner l'utilisation de l'ensemble minimal de services initiaux.</p> <p>Porter une attention particulière aux interventions telles que :</p> <p>La prévention de la violence sexuelle et fondée sur le genre, les contraceptifs (contraceptifs d'urgence à action brève et à action prolongée), la prophylaxie post-exposition.</p> <p>Veiller à ce que les politiques et pratiques dans les situations d'urgence et les crises humanitaires favorisent, protègent et soutiennent l'allaitement maternel et d'autres interventions essentielles pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, en fonction du contexte et des besoins.</p>