

# Les enfants sont notre avenir : Maintenir l'attention sur la survie de l'enfant

Des décennies  
de progrès –  
ensemble, nous  
pouvons continuer  
sur notre lancée



Le cadre des objectifs de développement durable (ODD) (Nations Unies, 2023) met en avant la vision d'un monde équitable et juste où les droits de tous, y compris des femmes et des enfants, sont réalisés. Il comprend un programme ambitieux visant à atteindre la couverture santé universelle et des cibles mettant l'accent spécifiquement sur l'élimination des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants (cible 3.2 des ODD).<sup>1</sup> La stratégie mondiale Chaque femme, chaque enfant pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030) (stratégie mondiale) traduit le vaste programme des ODD en orientations concrètes sur la manière d'accélérer les progrès en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents grâce à une approche multisectorielle axée sur les pays (Chaque femme Chaque enfant, 2015; Kuruvilla et al., 2016). Le cadre des ODD et la Stratégie mondiale sont tous deux conformes à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (Nations Unies, 1989) adoptée en 1989, qui reconnaît les droits inaliénables des enfants (de survivre et de s'épanouir, d'être protégés contre les préjudices et d'être entendus) et la responsabilité des gouvernements de les faire respecter. Beaucoup a été fait depuis l'adoption de la Convention, mais il reste un travail important à accomplir pour donner à chaque enfant un départ sain dans la vie.

L'initiative Action pour la survie de l'enfant (Groupe de travail sur la santé de l'enfant, 2024) a été lancée en avril 2023 lors du 2e Forum mondial sur la pneumonie à Madrid, en Espagne. Elle vise à unir les partenaires – gouvernements, société civile et leaders traditionnels, institutions universitaires et partenaires au développement – dans l'effort d'atteindre la cible 3.2 des ODD et de créer un monde où les enfants, partout, peuvent recevoir les soins de santé et autres services essentiels dont ils ont besoin pour survivre et s'épanouir. L'initiative comprend un cadre de résultats avec un ensemble d'indicateurs de base pour améliorer la visibilité des progrès équitables en matière de survie de l'enfant (encadré 1).

Cette note technique fournit une évaluation des progrès réalisés par rapport à cet ensemble d'indicateurs et présente des pistes pour améliorer la survie de l'enfant. Elle est organisée en quatre sections : la section 1 examine les tendances de la mortalité infantile et les causes des décès d'enfants ; la section 2 donne un aperçu de la situation nutritionnelle des enfants ; la section 3 examine



la couverture de certaines interventions en matière de santé et de nutrition infantiles, en mettant l'accent sur les pays qui ne sont pas en voie d'atteindre l'ODD 3.2.1 ; la section 4 décrit comment des accélérations de la survie de l'enfant peuvent être obtenues grâce à une approche de soins de santé primaires et à un engagement renouvelé aux niveaux mondial et national en faveur de l'enfance.

## Section 1. Survie de l'enfant : des progrès remarquables mais inégaux

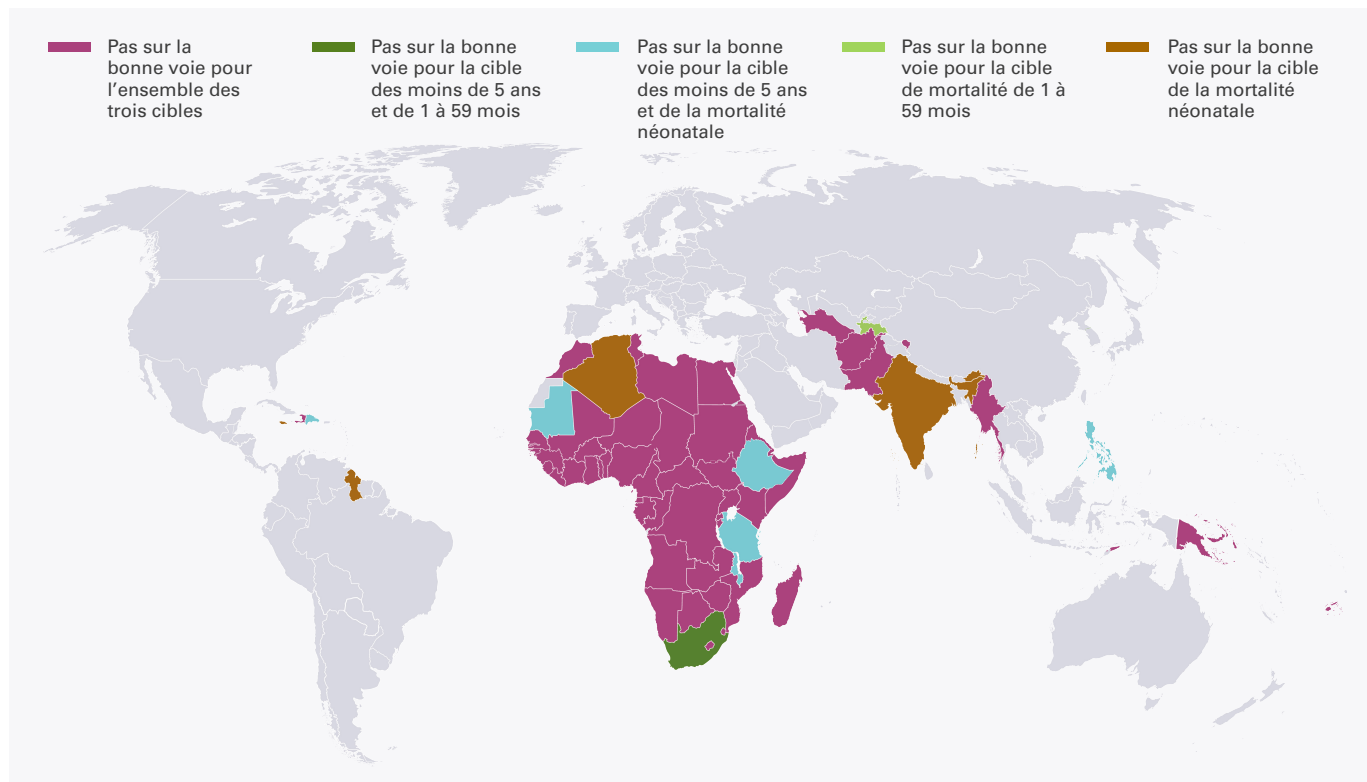
### 1.1 Niveaux et tendances de la mortalité infantile

Davantage d'enfants survivent jusqu'à leur cinquième anniversaire que jamais auparavant dans le monde, et la mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué de plus de moitié depuis 2000 (de 76 pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 37 pour 1 000 naissances vivantes en 2022) (Fonds des Nations Unies pour l'enfance et al., 2024). Toutefois, les progrès ont ralenti depuis le début de l'année 2015, et des millions d'enfants meurent encore chaque année de causes évitables et traitables pour la plupart.

Il y a de nombreuses réussites à célébrer. Des pays à revenus faible et intermédiaire aussi divers que le Bangladesh, l'Éthiopie, le Népal, le Pérou, le Rwanda et le Sénégal, par exemple, sont parvenus à réduire considérablement la mortalité infantile et néonatale au cours des deux dernières décennies grâce à une combinaison d'activités de renforcement des systèmes de santé et d'efforts ciblés pour atteindre les enfants défavorisés (Exemplars in Global Health, 2022). Toutefois, les dernières estimations mondiales montrent que 59 pays ne sont pas sur la bonne voie pour atteindre l'ODD 3.2.1, 64 ne sont pas en voie d'atteindre la cible 3.2.2, et 52 ne sont pas en voie d'atteindre la cible proposée pour les enfants âgés de 1 à 59 mois (Fonds des Nations Unies pour l'enfance et al., 2024).

Le lieu de naissance d'un enfant détermine encore largement s'il survivra à son enfance (figure 1). En 2022, 57 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont survenus en Afrique subsaharienne et 34 % en Asie du Sud. Les taux de mortalité sont également plus élevés dans les pays à faible revenu, où les enfants ont 13 fois plus de risques de mourir avant l'âge de cinq ans que les enfants nés dans les pays à revenu élevé. Les enfants qui vivent dans des pays fragiles et touchés par des conflits sont particulièrement vulnérables. Près de la moitié des

**FIGURE 1 LA MORTALITÉ INFANTILE EST DE PLUS EN PLUS CONCENTRÉE EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE ET EN ASIE DU SUD**



Remarque : Cette carte ne reflète pas une position sur le statut juridique d'un pays ou d'un territoire ou sur la délimitation de frontières

Source : Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UN IGME, 2024). Taux de mortalité des moins de cinq ans : Le taux de mortalité des moins de cinq ans est la probabilité qu'un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée meure avant d'atteindre l'âge de cinq ans, mesurée en termes de nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes. Taux de mortalité néonatale : Le taux de mortalité néonatale est la probabilité qu'un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée meure au cours des 28 premiers jours de vie, mesurée en termes de nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité de 1 à 59 mois : la probabilité qu'un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée et âgé de 28 jours meure avant d'atteindre l'âge de 5 ans, mesurée en termes de nombre de décès pour 1 000 enfants âgés de 28 jours.

décès d'enfants en 2022 sont survenus dans ces contextes (Fonds des Nations Unies pour l'enfance et al., 2024).

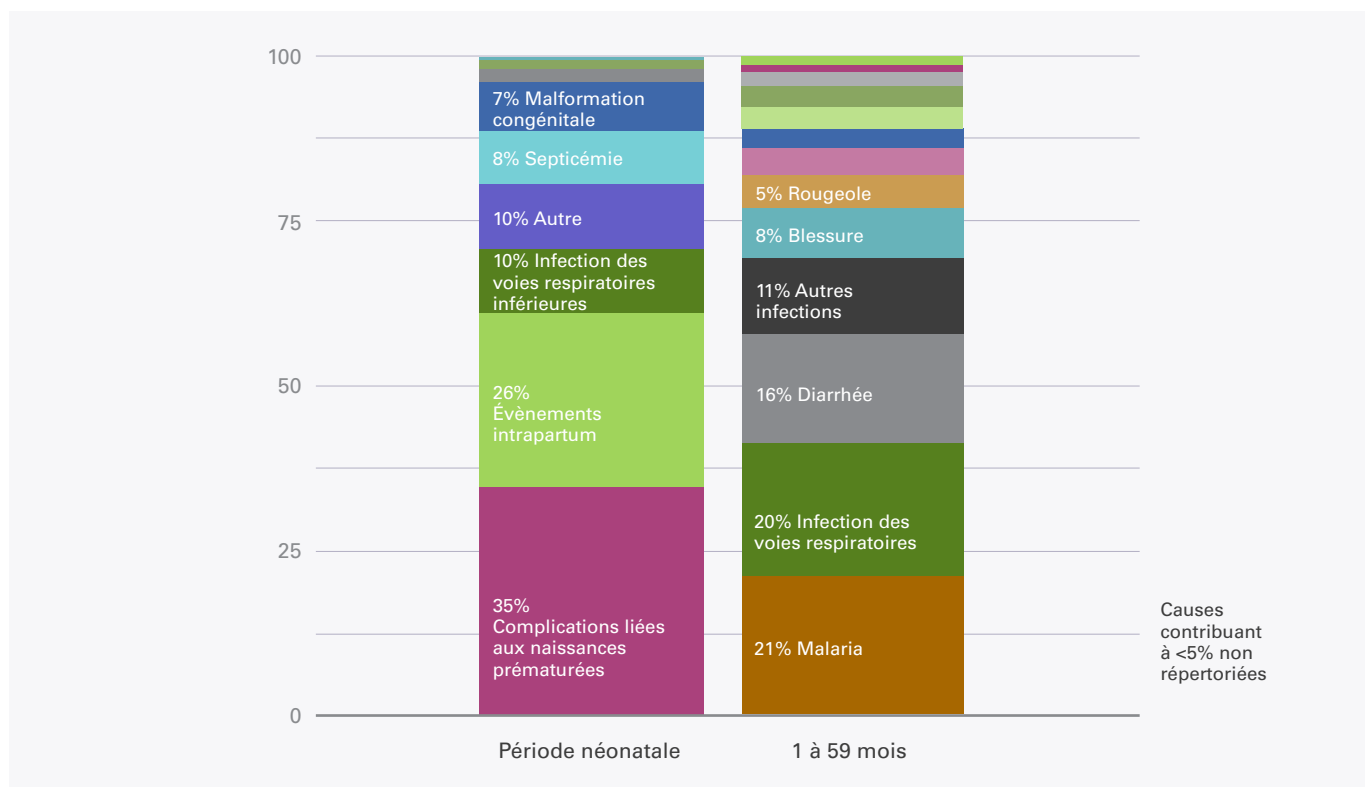
Au sein des pays, on observe des variations marquées des niveaux de mortalité infantile entre les régions infranationales, les zones urbaines et rurales, et en fonction de la richesse des ménages, ce qui témoigne du rôle essentiel des déterminants sociaux dans l'élaboration des perspectives de survie des enfants (Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile, 2023 ; Victora et al., 2020). Bien que les disparités en matière de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre les ménages les plus pauvres et les plus riches se soient atténuées, les enfants les plus pauvres de tous les pays sont toujours exposés à un risque de décès beaucoup plus élevé (Cha & Jin, 2019; Chao et al., 2018).

## 1.2 La plupart des décès d'enfants peuvent encore être évités ou traités par des interventions simples et rentables

Alors que les taux mondiaux de mortalité infantile ont diminué, la proportion de la mortalité infantile survenant au cours de la période néonatale a augmenté et représente aujourd'hui environ 47 % de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans (Fonds des



**FIGURE 2 CAUSES DES DÉCÈS D'ENFANTS DANS LA PÉRIODE DE 1 À 59 MOIS ET DANS LA PÉRIODE NÉONATALE, 2021**



Source : Les causes de décès des enfants sont disponibles à l'adresse <https://childmortality.org/causes-of-death/data>. Villavicencio F, Perin J, Eilerts-Spinelli et al., Global, regional, and national causes of death in children and adolescents younger than 20 years: an open data portal with estimates for 2000-21 (Causes mondiales, régionales et nationales de décès chez les enfants et les adolescents de moins de 20 ans : un portail de données ouvertes avec des estimations pour 2000-21). The Lancet Global Health; 12(1), E16-17. Doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00496-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00496-5).

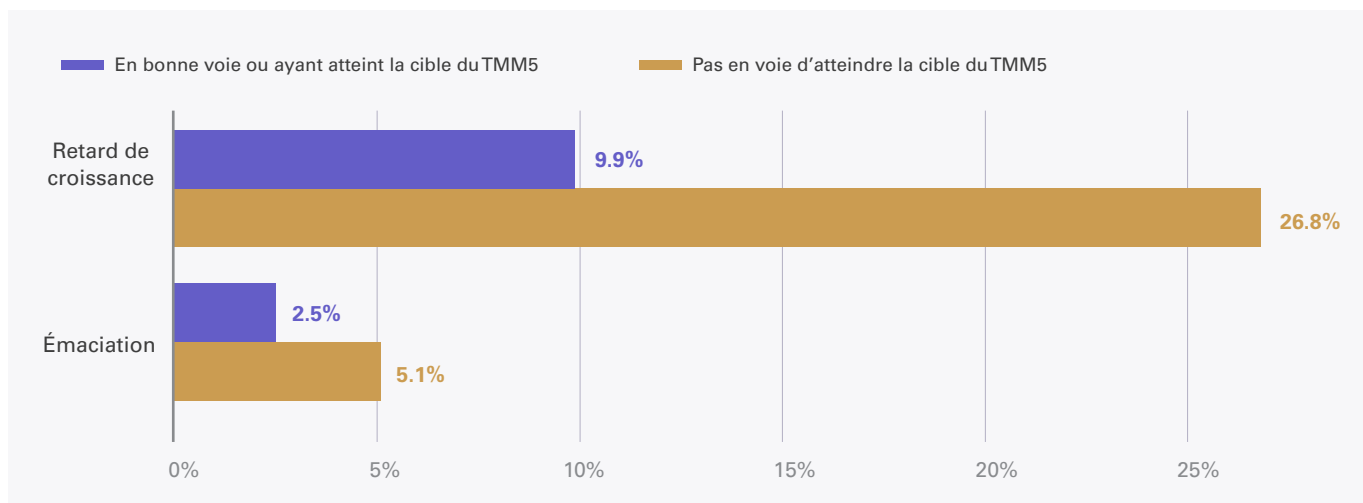
Nations Unies pour l'enfance et al., 2024). La figure 2 montre la répartition par cause des décès d'enfants dans les 59 pays qui ne sont pas en voie d'atteindre l'ODD 3.2.1. Chez les enfants âgés de 1 à 59 mois, les trois premières causes de décès sont le paludisme, les infections des voies respiratoires inférieures et la diarrhée – des pathologies associées à la pauvreté en raison des risques d'exposition plus élevés liés aux conditions de vie et de l'accès plus limité aux services de santé. Des interventions efficaces de promotion, de prévention et de traitement existent pour ces causes et d'autres causes infectieuses de décès d'enfants (par exemple, la rougeole, la tuberculose, la méningite, le VIH) dans le cadre des soins de santé primaires. Les principales causes de décès néonataux dans ces pays sont les complications liées aux naissances prématurées, les événements intrapartum et les anomalies congénitales. Ces trois affections sont étroitement liées à la santé maternelle et nécessitent souvent des niveaux de soins plus intensifs.

## Section 2. Situation nutritionnelle de l'enfant

### 2.1 L'amélioration de la survie de l'enfant passe par la lutte contre la mauvaise nutrition des enfants

Près de la moitié des décès d'enfants sont imputables à la dénutrition, qui compromet le système immunitaire des enfants, accroît leur vulnérabilité aux infections et retarde leur guérison (Lawn et al., 2023). La dénutrition infantile reflète souvent les cycles intergénérationnels de la pauvreté et se fonde sur l'insécurité alimentaire des ménages et l'accès limité aux soins de santé. Les femmes sous-alimentées pendant la grossesse sont plus susceptibles d'avoir un enfant présentant une insuffisance pondérale à la naissance (définie comme un poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes). Un bébé né avec un faible poids à la naissance commence sa vie avec un désavantage et un risque multiplié de retard

**FIGURE 3 PRÉVALENCE MÉDIANE (%) DU RETARD DE CROISSANCE ET DE L'ÉMACIATION DANS LES PAYS À REVENUS FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE DONT LES DONNÉES SONT DISPONIBLES ET QUI NE SONT PAS SUR LA BONNE VOIE, OU QUI SONT EN BONNE VOIE/ ONT ATTEINT LA CIBLE DE L'ODD 3.2.1**



Source : Retard de croissance : Base de données des estimations conjointes de l'UNICEF/OMS/Banque mondiale sur la malnutrition infantile, mai 2023. Les données sur les retards de croissance sont disponibles pour 74 pays en bonne voie/ayant atteint l'ODD 3.2.1 et pour 59 pays qui ne sont pas sur la bonne voie. Émaciation : les sources de données sont les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes par grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales de 2018 à 2023. Les données sont disponibles pour 38 pays en bonne voie/ayant atteint l'ODD 3.2.1 et 38 pays qui ne sont pas sur la bonne voie.

Définitions des indicateurs Retard de croissance : Prévalence du retard de croissance (taille par rapport à l'âge inférieure à moins 2 écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)) chez les enfants de moins de 5 ans. Prévalence de l'émaciation (poids par rapport à la taille inférieur à moins 2 écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)) chez les enfants de moins de 5 ans. Pays à revenus faible et intermédiaire (PRFI) : Selon la définition de la Banque mondiale, pour l'exercice 2024 en cours, les pays à revenus faible et intermédiaire (PRFI) sont ceux dont le RNB par habitant est compris entre 0 et 13 845 dollars, calculé selon la méthode Atlas de la Banque mondiale.

de croissance (défini comme un enfant trop petit pour son âge) (Fonds des Nations Unies pour l'enfance et al., 2023).

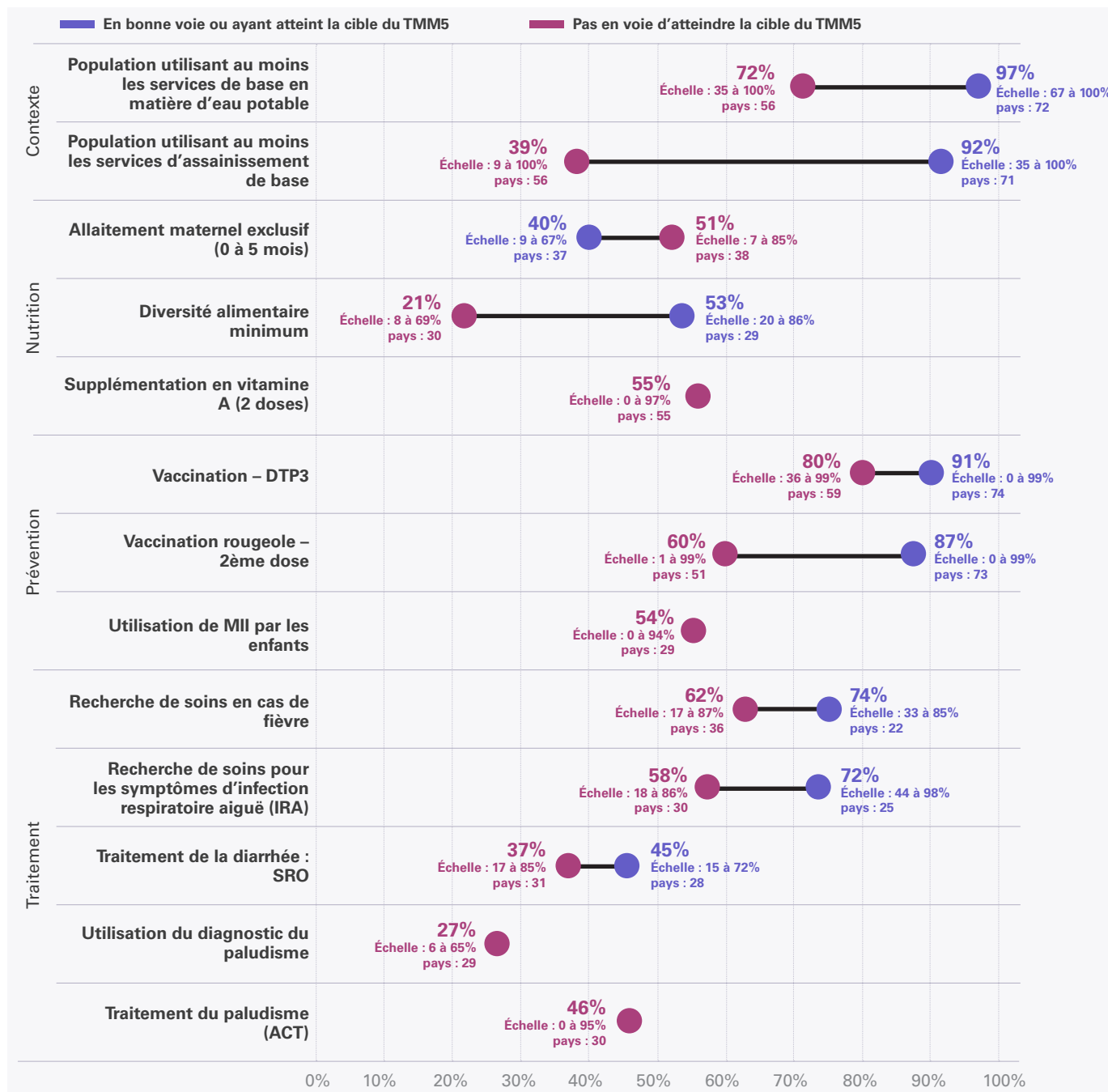
Bien que les taux de retard de croissance à l'échelle mondiale aient régulièrement diminué depuis 2000, cet état touchait environ 148 millions d'enfants (22,3 %) en 2022.<sup>2</sup> Environ 95 % de ces enfants vivent en Asie ou en Afrique (Fonds des Nations Unies pour l'enfance et al., 2023). La prévalence médiane des retards de croissance en 2022 pour les 59 pays qui ne sont pas en voie d'atteindre l'ODD 3.2.1 était de 26,8 %, et 26 de ces pays présentaient des niveaux de retard de croissance supérieurs à 30 % (considérés comme très élevés). En moyenne, les niveaux de retard de croissance sont plus de deux fois plus élevés dans les pays qui ne sont pas en

voie d'atteindre l'ODD 3.2.1 que dans les pays à revenus faible et intermédiaire qui sont sur la bonne voie/ont atteint la cible (figure 3).

L'émaciation (définie comme un enfant trop maigre pour sa hauteur/taille) est une affection qui met la vie en danger, surtout lorsqu'elle est grave. En 2022, environ 45 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient d'émaciation (Fonds des Nations Unies pour l'enfance et al., 2023). Plus des trois quarts de ces enfants vivaient en Asie et 22 % en Afrique. La prévalence médiane de l'émaciation dans les pays qui ne sont pas en voie d'atteindre l'ODD 3.2.1 était de 5,1 %, soit plus de deux fois le taux des pays à revenus faible et intermédiaire qui sont sur la bonne voie pour atteindre/ont atteint la cible (figure 3).



**FIGURE 4 NIVEAUX DE COUVERTURE MÉDIANS POUR LES INTERVENTIONS DE BASE DE CSA EN MATIÈRE DE NUTRITION, DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT ET D'INTERVENTIONS CONTEXTUELLES DANS LES PAYS À REVENUS FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE DONT LES DONNÉES SONT DISPONIBLES ET QUI NE SONT PAS SUR LA BONNE VOIE, PAR RAPPORT AUX PAYS EN BONNE VOIE/AYANT ATTEINT L'ODD 3.2.1 (POURCENTAGE)**



Source : Population utilisant au moins les services d'eau potable et d'assainissement de base, Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (données de 2022 publiées en 2023), estimations de la vaccination, Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale (données de 2022 publiées en 2023) ; vitamine A, bases de données mondiales de l'UNICEF (2023) basées sur des rapports administratifs (données de 2018–2023) ; tous les autres indicateurs, bases de données mondiales de l'UNICEF (2023 pour l'allaitement maternel exclusif, 2024 pour les indicateurs relatifs aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et aux traitements), basées sur des enquêtes démographiques et de santé, des enquêtes par grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales (données de 2018–2023).

Remarque : Les valeurs médianes de couverture ne sont pas indiquées pour les interventions pour lesquelles moins de 15 pays disposaient de données. Cela comprend la supplémentation en vitamine A, la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI), l'utilisation du diagnostic du paludisme et le traitement du paludisme (ACT) pour les pays en bonne voie/ayant atteint la cible de l'ODD 3.2.1. Le nombre de pays dont les données sont disponibles varie selon l'intervention, selon que les données proviennent d'un processus d'estimation global ou d'enquêtes auprès des ménages.

**Définitions des indicateurs** Accès à au moins une source d'eau de base : Proportion de la population qui utilise un service de base (eau potable provenant d'une source améliorée, à condition que le temps de collecte ne soit pas supérieur à 30 minutes pour un aller-retour, y compris les files d'attente) ou géré en toute sécurité (eau potable provenant d'une source améliorée accessible sur place, disponible en cas de besoin et exempt de contamination fécale et de contamination chimique prioritaire). Accès à au moins un système d'assainissement de base : Proportion de la population utilisant un service de base (installations améliorées non partagées avec d'autres ménages) ou géré en toute sécurité (installations améliorées non partagées avec d'autres ménages et où les excréments sont éliminés en toute sécurité sur place ou enlevés et traités hors site). Allaitement maternel exclusif : Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois nourris exclusivement au lait maternel. Couverture en vitamine A à deux doses : proportion d'enfants de 6 à 59 mois recevant deux suppléments de vitamine A à forte dose au cours d'une année civile (inférieure à la couverture du semestre 1 et du semestre 2). Diversité alimentaire minimale : Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments et des boissons appartenant à au moins cinq des huit groupes alimentaires définis au cours de la journée précédente. Utilisation de MII par les enfants - Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête. Deuxième dose de vaccin contre la rougeole - Pourcentage d'enfants ayant reçu deux doses de vaccin contenant la rougeole (MCV2) au cours d'une année donnée, conformément au calendrier recommandé au niveau national. Troisième dose de vaccin contenant le DTC : Pourcentage d'enfants d'un an ayant reçu trois doses du vaccin combiné diphtérie, anatoxine tétanique et coqueluche au cours d'une année donnée. Recherche de soins pour une IRA - Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes d'infection respiratoire aiguë pour lesquels des conseils ou un traitement ont été recherchés auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire de soins. Recherche de soins pour les enfants fébriles - Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre pour lesquels des conseils ou un traitement ont été demandés. Diagnostic du paludisme - Pourcentage d'enfants fébriles de moins de 5 ans ayant subi un test de dépistage du paludisme à l'aide d'une piqûre au doigt ou au talon. Traitement du paludisme (ACT) - Pourcentage d'enfants fébriles de moins de 5 ans recevant un ACT (médicament antipaludique de première intention), parmi ceux qui reçoivent des médicaments antipaludiques. Traitement de la diarrhée par SRO - Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête et qui ont reçu des sels de réhydratation orale (sachets de SRO ou liquides de SRO préconditionnés). PRII : Selon la définition de la Banque mondiale, pour l'année fiscale 2024, en cours, les pays à revenu faible et intermédiaire (PRII) sont ceux dont le RNB par habitant est compris entre 0 et 13 845 dollars, calculé selon la méthode Atlas de la Banque mondiale.

## Section 3.

### Niveaux et tendances de la couverture des interventions

#### 3.1 Des interventions efficaces sont disponibles, mais fournissons-nous des soins de qualité à tous les enfants ?

Les interventions connues pour prévenir et traiter avec succès les principales causes infectieuses de décès d'enfants au cours de la période de 1 à 59 mois et pour promouvoir une bonne nutrition infantile sont disponibles dans le cadre des soins de santé primaires. Toutefois, leur mise en œuvre et leur extension prennent souvent du retard dans les pays à forte mortalité infantile. La figure 4 montre les niveaux de couverture médians des interventions de base de CSA (encadré 1) dans les pays à revenus faible et intermédiaire dont les données sont disponibles et qui ne sont pas en voie d'atteindre l'ODD 3.2.1, par rapport à ceux qui sont en bonne voie/ont atteint la cible. Les pays qui ne sont pas sur la bonne voie sont loin d'atteindre la couverture universelle pour toutes les interventions, et la couverture est inférieure à 50 % pour cinq d'entre elles. Selon les dernières estimations, un nombre alarmant de 10 068 048 enfants vivant dans les 59 pays qui ne sont pas en voie d'atteindre l'ODD 3.2.1 ont reçu zéro-dose de vaccination en 2022. La figure 4 montre également que, à l'exception de l'allaitement maternel exclusif (une pratique ancrée dans les normes socioculturelles), les pays qui ne sont pas sur la bonne voie ont des niveaux de couverture inférieurs en moyenne pour toutes les interventions par rapport aux pays qui sont en bonne voie/ont atteint l'ODD 3.2.1.

## Section 4.

### Une voie à suivre pour les enfants

Le message est clair : Les pays et leurs partenaires doivent accroître leurs investissements dans les systèmes de soins de santé primaires afin de fournir des services essentiels à tous les enfants, de lutter contre les principales causes de mortalité infantile et de soutenir les soins attentifs. Ces investissements doivent mettre l'accent sur l'amélioration de l'intégration des services afin que les enfants bénéficient d'un ensemble cohérent de services de promotion de la santé, de prévention et de traitement. Les données probantes montrent que l'aide intérieure et extérieure à la santé des femmes, des enfants et des adolescents a été insuffisante pour soutenir les efforts des pays visant à consolider leurs systèmes de santé (Pitt et al., 2021). Il convient de remédier à cette tendance en améliorant le financement de la santé, notamment en alignant davantage les ressources des partenaires sur les priorités et les besoins des pays (Kruk et al., 2018).



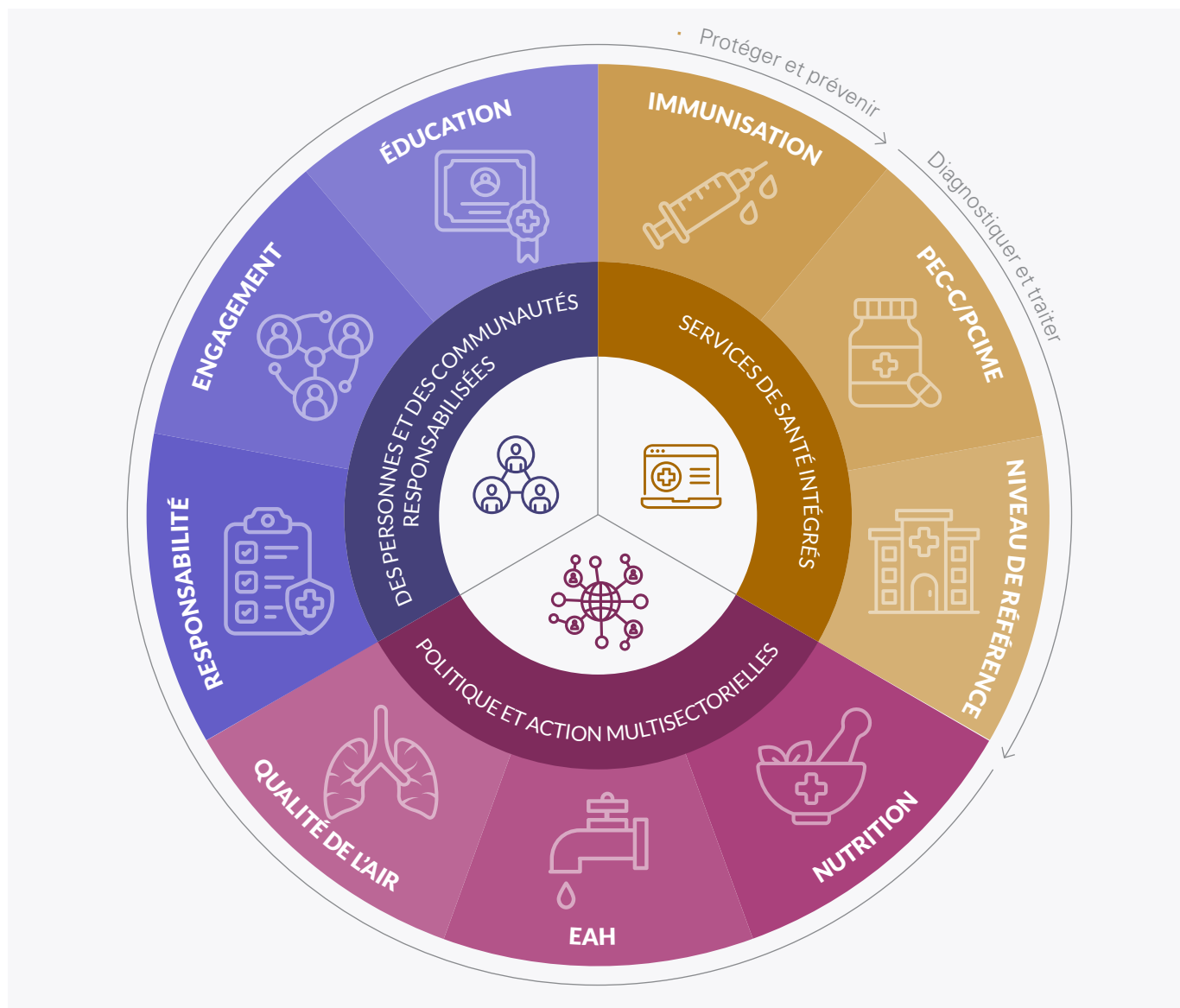
© UNICEF/U.S. CDC/Unique Identifier/Martin San Diego

Les stratégies clés pour la santé des enfants décrites ci-dessous intègrent les volets de la protection, de la prévention des maladies et du traitement efficace des maladies et des blessures infantiles. Elles ont été mises en œuvre à des degrés divers au cours des 30 dernières années. Les défis liés à leur mise à l'échelle suggèrent qu'une plus grande coordination entre les parties prenantes est nécessaire pour améliorer leur mise en œuvre et leur adaptation aux contextes locaux.

La stratégie de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIME), notamment sa composante relative à la gestion communautaire intégrée des cas (iCCM), représente une approche holistique des soins de santé primaires pour la survie de l'enfant. Elle a été introduite dans plus de 100 pays, mais sa mise en œuvre reste incomplète dans de nombreux pays, en particulier pour les activités de prévention et de renforcement des systèmes (Boschi-Pinto et al., 2018). Des efforts sont nécessaires pour améliorer le déploiement de la PCIME et de l'iCCM. Parallèlement à ces efforts, les activités visant à renforcer les réseaux de référence pour les services destinés à la mère et au nouveau-né, ainsi qu'aux enfants souffrant de maladies graves, de complications, de malnutrition ou de blessures, sont également essentielles pour réaliser des progrès durables et s'attaquer à des pathologies complexes qui nécessitent des systèmes de santé fonctionnels dotés d'agents de santé hautement qualifiés et d'un approvisionnement constant en médicaments et en produits pharmaceutiques. Un soutien accru aux prestataires de soins permettra également à un plus grand nombre d'enfants de bénéficier de soins adaptés et attentifs.

Le Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD) Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2013) est une stratégie alignée sur la PCIME/iCCM visant à améliorer les pratiques d'allaitement maternel et à fournir à tous les enfants des services de vaccination, une prise en charge efficace des cas de pneumonie et de diarrhée, et des services de nutrition. Le GAPPD souligne également l'importance

**FIGURE 5 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES POUR LES ENFANTS: LA ROUE DE LA SANTÉ DES ENFANTS**



des interventions environnementales qui améliorent les services d'eau et d'assainissement et la qualité de l'air intérieur et extérieur afin de réduire le risque pour les enfants de contracter, respectivement, des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires (Sharma Waddington et al., 2023 ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la santé, 2023 ; Organisation mondiale de la santé, 2018). Il a fixé une série d'objectifs ambitieux pour 2025, que le monde est loin d'avoir atteints.

Des déterminants sociaux plus larges, tels que le niveau d'éducation et la situation socio-économique des femmes, ont des répercussions considérables sur la survie de l'enfant. Les enfants de femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé, une plus grande autonomie pour prendre des décisions en matière de soins de santé, et qui vivent dans des sociétés où la parité hommes-femmes est plus importante en termes de perspectives économiques et de représentation politique, ont de meilleures chances d'atteindre leur

potentiel de développement que les autres enfants (Bagade et al., 2020 ; Ewerling et al., 2020). La baisse du nombre de mariages d'enfants, de grossesses précoces et de violences domestiques améliore également considérablement la survie des enfants (Section Données et analyses de l'UNICEF, 2023). Ces données probantes suggèrent que l'égalité de genre devrait être un objectif central des politiques et plans nationaux de santé.

Le faible déploiement de la PCIME/iCCM et d'autres interventions à base communautaire visant à soutenir la croissance et le développement de l'enfant, la lenteur des progrès dans la mise en œuvre des recommandations du GAPPD, la faiblesse persistante des réseaux de référence dans de nombreux pays et les données probantes sur les déterminants plus larges sont autant d'éléments qui indiquent que pour faire progresser la survie de l'enfant, il faut réformer le secteur de la santé et mener une action multisectorielle. L'élargissement de l'accès des ménages à l'eau potable



et aux services d'assainissement, la prise en compte des déterminants sociaux et économiques sous-jacents et l'amélioration des systèmes alimentaires sont autant d'actions que les gouvernements et leurs partenaires devraient privilégier. Le modèle de soins de santé primaires (Hone et al., 2018) repose sur trois piliers : 1) Des services de santé intégrés de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation, 2) Une action multisectorielle pour agir sur les déterminants de la santé, et 3) Des personnes, des familles et des communautés responsabilisées qui peuvent participer au développement des services, plaider en faveur de services de qualité et demander des comptes aux gouvernements à ce sujet, et optimiser leur propre santé et celle des autres en tant qu'aidants. La figure 5 présente une adaptation du modèle de soins de santé primaires à la santé et au bien-être des enfants, avec les volets de protection, de prévention, de diagnostic et de traitement.

## Chaque enfant a le droit de survivre et de s'épanouir, quel que soit l'endroit où il vit.

Les gouvernements et leurs partenaires doivent collaborer pour favoriser la mise en place de systèmes de soins de santé primaires solides, comme l'envisage la roue de la santé de l'enfant (figure 5), afin que tous les enfants aient accès aux services essentiels de santé, de nutrition et de services sociaux. Plus précisément, les gouvernements et les partenaires peuvent conjointement :

- Donner la priorité à la santé de l'enfant en l'inscrivant parmi les principaux points à l'ordre du jour et en allouant des ressources suffisantes pour soutenir des programmes complets de santé et de nutrition de l'enfant.
- Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des plans chiffrés pour la santé et la nutrition de l'enfant qui soutiennent les soins attentifs et comprennent des activités ciblées pour atteindre les enfants les plus vulnérables.
- Coordonner et harmoniser les stratégies de mise en œuvre entre les projets et les initiatives afin que les services de santé et de nutrition de l'enfant soient fournis dans le cadre d'un ensemble holistique. Il s'agit notamment de soutenir davantage l'adoption de la PCIME/iCCM, les programmes de traitement de la malnutrition aiguë et les services de suivi pour les enfants présentant un risque élevé.
- Renforcer les stratégies de prestation communautaires et les programmes des agents de santé communautaires afin d'accroître la disponibilité des services là où vivent les enfants et d'améliorer les connaissances des aidants et le

soutien qui leur est apporté.

- Investir dans des réseaux de référence afin que les soins soient disponibles en cas d'urgence et pour les enfants souffrant de pathologies complexes.
- Établir des partenariats efficaces pour une action multisectorielle entre les secteurs gouvernementaux et les acteurs locaux afin de s'attaquer aux déterminants de la santé des enfants tels que l'eau et l'assainissement, la pollution de l'air, la sécurité alimentaire et l'équité entre les genres.
- Faire participer les communautés et la société civile à la conception et à la hiérarchisation des approches visant à améliorer la santé de l'enfant, de manière à ce que les services soient adaptés aux besoins locaux.
- Mettre en place des mécanismes solides de collecte de données et des outils d'analyse pour assurer le suivi des indicateurs clés et des tendances en matière de santé infantile. Établir des rapports réguliers sur les progrès accomplis et diffuser les conclusions auprès des parties prenantes afin de permettre une prise de décision fondée sur des données probantes et d'ajuster les interventions.
- Créer des mécanismes de redevabilité, tels que des évaluations régulières des objectifs de performance, afin de s'assurer que toutes les parties prenantes contribuent activement à l'amélioration de la santé de l'enfant.

La communauté universitaire et de la recherche ainsi que les organisations de la société civile sont également essentielles à l'amélioration de la survie de l'enfant. Les institutions universitaires peuvent jouer un rôle clé dans les analyses indépendantes des progrès réalisés par les pays, en fournissant aux gouvernements les données probantes dont ils ont besoin pour réviser les politiques et les programmes, et aux organisations de la société civile les données qu'elles peuvent utiliser pour plaider en faveur des enfants et demander des comptes aux gouvernements sur leurs promesses. En outre, les organisations de la société civile peuvent contribuer à faire entendre la voix des enfants, de leurs familles et de leurs communautés lors de l'élaboration, de l'introduction et de l'intensification des programmes de santé infantile.

Grâce à une action collective accélérée et à des efforts unifiés, les cibles des ODD relatives à la survie de l'enfant peuvent être atteintes.

## ENCADRÉ 1 PLAN D'ACTION POUR LA SURVIE DE L'ENFANT : CADRE DES RÉSULTATS

Action pour la survie de l'enfant : un appel à tous les partenaires pour relever les défis qui ont entravé les progrès visant à éliminer les décès d'enfants évitables, en mettant l'accent sur les enfants âgés de 1 à 59 mois.

Le cadre de résultats pour la survie de l'enfant soutient le plaidoyer, la redevabilité et l'action en faveur de la survie de l'enfant. Il est conforme à la théorie du changement d'Action pour la survie de l'enfant et aux principes directeurs relatifs aux droits de l'enfant, à l'appropriation et au leadership du gouvernement, et aux soins de santé centrés sur la famille. Le cadre de résultats comprend deux composantes – l'une consiste en un ensemble limité d'indicateurs normalisés d'impact, de résultats et de facteurs contextuels qui permettent d'assurer un suivi mondial et inter-pays, et l'autre porte sur des étapes de mise en œuvre adaptables aux contextes des pays. La présente note technique met l'accent sur la première composante.

L'ensemble des indicateurs de base d'impact, de résultats et de facteurs contextuels a été sélectionné à l'issue d'un processus en plusieurs étapes impliquant une consultation approfondie de groupes d'experts. L'ensemble comprend cinq types d'indicateurs – les indicateurs d'impact, les indicateurs de résultats liés à la promotion, à la prévention et au traitement, ainsi que les facteurs contextuels. Le cadre de résultats comprend également des approches permettant de mesurer l'équité ainsi qu'un programme d'apprentissage. Des mesures complémentaires de la qualité des soins et des objectifs infranationaux pour les indicateurs de base sont en cours d'élaboration.

### TABLEAU INDICATEURS D'IMPACT, DE RÉSULTATS ET DE FACTEURS CONTEXTUELS DE CSA ET CIBLES DES ODD ASSOCIÉES

Indicateur	Cible des ODD associée
<b>Impact</b>	
<b>Mortalité des moins de cinq ans</b>	ODD 3.2 : Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans à un niveau aussi bas que 25 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2030 (indicateur 3.2.1)
<b>Mortalité des enfants âgés de 1 à 59 mois</b>	Cible mondiale proposée dérivée de l'ODD 3.2.1 et de l'ODD 3.2.2 : Réduire le taux de mortalité entre 1 et 59 mois à un niveau aussi bas que 13 décès pour 1 000 enfants âgés de 28 jours d'ici à 2030
<b>Prévalence de l'émaciation (modérée/sévère)</b>	ODD 2.2 : D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, notamment en atteignant d'ici à 2025 les objectifs convenus au niveau international en matière de retard de croissance et d'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes et des personnes âgées (indicateur 2.2.2)
<b>Prévalence du retard de croissance (modéré/sévère)</b>	ODD 2.2 : D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, notamment en atteignant d'ici à 2025 les objectifs convenus au niveau international en matière de retard de croissance et d'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes et des personnes âgées (indicateur 2.2.2)
<b>Résultat – Promouvoir</b>	
<b>Allaitement maternel exclusif (de 0 à 5 mois)</b>	Sans objet (S.O.) (L'objectif de l'Assemblée mondiale de la santé est le suivant : D'ici à 2025, au moins 50 % des nourrissons sont nourris exclusivement au sein au cours des six premiers mois)
<b>Diversité alimentaire minimum</b>	S.O.
<b>Supplémentation en vitamine A (2 doses)</b>	S.O.
<b>Résultat – Prévenir</b>	
<b>Moustiquaires imprégnées d'insecticide (moins de cinq ans)</b>	ODD 3.3 : D'ici à 2030, mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies d'origine hydrique et les autres maladies transmissibles (indicateur 3.3.3)

<b>Vaccination – trois doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche</b>	ODD 3.b. et 3.b.1 : Proportion de la population cible couverte par tous les vaccins inclus dans leur programme national
<b>Vaccination – couverture vaccinale contre la rougeole (deuxième dose)</b>	ODD 3.b. et 3.b.1 : Proportion de la population cible couverte par tous les vaccins inclus dans leur programme national
<b>Zéro-dose (nombre absolu)</b>	S.O. (L'objectif du Programme de vaccination 2030 est de réduire de 50 % d'ici 2030 le nombre d'enfants zéro-dose aux niveaux pays, régional et mondial)
<b>Résultat – Traiter</b>	
<b>Solution saline de réhydratation orale et zinc pour le traitement de la diarrhée</b>	3.8 Assurer la couverture santé universelle, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable pour tous (indicateur 3.8.1, inclus dans l'indice)
<b>Recherche de soins pour les symptômes d'une infection respiratoire aiguë</b>	3.8 Assurer la couverture santé universelle, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable pour tous (indicateur 3.8.1, inclus dans l'indice)
<b>Recherche de soins en cas de fièvre</b>	S.O.
<b>Utilisation du diagnostic du paludisme</b>	ODD 3.3 : D'ici à 2030, mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et lutter contre l'hépatite, les maladies d'origine hydrique et les autres maladies transmissibles (indicateur 3.3.3)
<b>Traitement du paludisme (ACT ou autre traitement de première intention conformément à la politique nationale)</b>	ODD 3.3 : D'ici à 2030, mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et lutter contre l'hépatite, les maladies d'origine hydrique et les autres maladies transmissibles (indicateur 3.3.3)
<b>Facteurs contextuels</b>	
<b>Population utilisant au moins les services de base en matière d'eau potable</b>	ODD 6.1 : D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à une eau potable salubre et abordable pour tous (indicateur 6.1.1)
<b>Population utilisant au moins des services d'assainissement de base</b>	ODD 6.2 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et équitables et mettre fin à la défécation à l'air libre, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes, des filles et des personnes en situation de vulnérabilité (indicateur 6.2.1)
<b>Population disposant au moins d'installations de base pour le lavage des mains à domicile</b>	ODD 6.2 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et équitables et mettre fin à la défécation à l'air libre, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes, des filles et des personnes en situation de vulnérabilité (indicateur 6.2.1)
<b>Échelle d'expérience de l'insécurité alimentaire</b>	ODD 2 : Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire et une meilleure nutrition et promouvoir l'agriculture durable
<b>Égalité de genre/ autonomisation des femmes</b>	ODD 5.1 : Mettre fin à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles partout dans le monde (indicateur 5.1.1)

## FIN DE L'ENCADRÉ

1. L'objectif 3 des ODD porte sur la santé et le bien-être. La cible 3.2 de l'ODD stipule : « D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus. »
2. Les objectifs connexes de l'Assemblée mondiale de la santé pour la nutrition mondiale 2025 sont les suivants : réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance et réduire l'émaciation chez l'enfant à moins de 5 % et la maintenir à ce niveau, de 40 % le nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance et réduire l'émaciation chez l'enfant à moins de 5 % et la maintenir à ce niveau.

## RÉFÉRENCES

- Bagade, T., Chojenta, C., Harris, M. L., Nepal, S., & Loxton, D. (2020). Does gender equality and availability of contraception influence maternal and child mortality? A systematic review. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(4), 244–253. <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2018-200184>
- Boschi-Pinto, C., Labadie, G., Dilip, T. R., Oliphant, N., Dalglis, S. L., Aboubaker, S., Agbodjan-Prince, O. A., Desta, T., Habimana, P., Butron-Riveros, B., Al-Raiby, J., Siddeeg, K., Kuttumuratova, A., Weber, M., Mehta, R., Raina, N., Daelmans, B., & Diaz, T. (2018). Global implementation survey of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): 20 years on. *BMJ Open*, 8(7), e019079. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019079>
- Cha, S., & Jin, Y. (2019). Have inequalities in all-cause and cause-specific child mortality between countries declined across the world? *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1102-3>
- Chao, F., You, D., Pedersen, J., Hug, L., & Alkema, L. (2018). National and regional under-5 mortality rate by economic status for low-income and middle-income countries: A systematic assessment. *The Lancet Global Health*, 6(5), e535–e547. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30059-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30059-7)
- Child Health Task Force. (2024). *Child Survival Action*. Child Health Task Force. <https://www.childhealthtaskforce.org/hubs/child-survival-action>
- Every Woman Every Child. (2015). *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' health (2016–2030)*. [https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/02/EWEC\\_globalstrategyreport\\_200915\\_FINAL\\_WEB.pdf](https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/02/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf)
- Ewerling, F., Raj, A., Victora, C. G., Hellwig, F., Coll, C. V., & Barros, A. J. (2020). SWPER Global: A survey-based women's empowerment index expanded from Africa to all low- and middle-income countries. *Journal of Global Health*, 10(2), 020343. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020343>
- Exemplars in Global Health. (2022, September). *Under-Five Mortality*. Exemplars in Global Health. <https://www.exemplars.health/topics/under-five-mortality>
- Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: What is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*, 392(10156), 1461–1472. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4)
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Kuruvilla, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C., Taylor, K., Fogstad, H., Gupta, G. R., Gilmore, K., Temmerman, M., Thomas, J., Rasanathan, K., Chaiban, T., Mohan, A., Gruending, A., Schweitzer, J., Dini, H. S., Borrazzo, J., Fassil, H., Gronseth, L., ... Costello, A. (2016). The <i>Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030)</i>: A roadmap based on evidence and country experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 398–400. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.170431>
- Lawn, J. E., Ohuma, E. O., Bradley, E., Idueta, L. S., Hazel, E., Okwaraji, Y. B., Erchick, D. J., Yargawa, J., Katz, J., Lee, A. C. C., Diaz, M., Salasibew, M., Requejo, J., Hayashi, C., Moller, A.-B., Borghi, E., Black, R. E., Blencowe, H., Ashorn, P., ... Prendergast, A. (2023). Small babies, big risks: Global estimates of prevalence and mortality for vulnerable newborns to accelerate change and improve counting. *The Lancet*, 401(10389), 1707–1719. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00522-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00522-6)
- Pitt, C., Bath, D., Binyaruka, P., Borghi, J., & Martinez-Alvarez, M. (2021). Falling aid for reproductive, maternal, newborn and child health in the lead-up to the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 6(6), e006089. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006089>
- Sharma Waddington, H., Masset, E., Bick, S., & Cairncross, S. (2023). Impact on childhood mortality of interventions to improve drinking water, sanitation, and hygiene (WASH) to households: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 20(4), e1004215. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004215>
- UNICEF Data and Analytics Section. (2023). *Is an End to Child Marriage within Reach? Latest trends and future prospects. 2023 update*. UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/is-an-end-to-child-marriage-within-reach/>
- United Nations. (1989). Convention on the Rights of the Child. *Treaty Series*, 1577, 3.
- United Nations. (2023). *Sustainable Development Goals*. United Nations - Department of Economic and Social Affairs: Sustainable Development. <https://sdgs.un.org/goals>
- United Nations Children's Fund & World Health Organization. (2023). *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2022: Special focus on gender*. <https://data.unicef.org/resources/jmp-report-2023/>
- United Nations Children's Fund, World Health Organization, & World Bank Group. (2023). *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. UNICEF and WHO. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023/>
- United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, & United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Population Division. (2024). *Levels and Trends Child Mortality—Report 2023: Estimates Developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. UNICEF. <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2024/03/UNIGME-2023-Child-Mortality-Report.pdf>
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. (2023). *Subnational Under-five and Neonatal Mortality Estimates, 2000–2021: Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME)*. UNICEF. [https://childmortality.org/wp-content/uploads/2023/10/UN-IGME\\_Subnational\\_U5MR\\_and\\_NMR\\_2000-2021-1.pdf](https://childmortality.org/wp-content/uploads/2023/10/UN-IGME_Subnational_U5MR_and_NMR_2000-2021-1.pdf)
- Victora, C. G., Barros, A. J. D., Blumenberg, C., Costa, J. C., Vildaletti, L. P., Wehrmeister, F. C., Masquelier, B., Hug, L., & You, D. (2020). Association between ethnicity and under-5 mortality: Analysis of data from demographic surveys from 36 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 8(3), e352–e361. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30025-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30025-5)
- World Health Organization. (2018). *Air pollution and child health: Prescribing clean air: Prescribing clean air. Summary*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275545/WHO-CED-PHE-18.01-eng.pdf?sequence=2>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2013). *Ending Preventable Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025: The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD)*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/79200/9789241505239\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/79200/9789241505239_eng.pdf?sequence=1)

Créé par le Groupe de travail sur la santé de l'enfant au nom de l'Initiative Action pour la survie de l'enfant

## Remerciements

Les organisations (personnes) suivantes ont apporté des contributions techniques et/ou revu le contenu de cette brochure.

Rédacteurs principaux : Jennifer Requejo (Compte à rebours 2030, Mécanisme de financement mondial pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents), Kate Gilroy (Accélérateur de connaissances MOMENTUM /JSI), Shane Khan (Consultant pour Action pour la survie de l'enfant)

Équipe de rédaction : Theresa Diaz (OMS), Kate Strong (OMS), Bernadette Daelmans (OMS), Anshu Banerjee (OMS), Tashrik Ahmed (UNICEF), Dee Wang (UNICEF), Khaing Soe (UNICEF), Dyness Kasungami-Matoba (JSI), Lara Vaz (Accélérateur de connaissances MOMENTUM / Population Reference Bureau ), Patricia Jodrey (USAID), William Weiss (USAID), Debra Jackson (LSHTM), Courage Matiza (Market Access Africa), John Borrazzo (MOMENTUM Leadership national et mondial/Save the Children), Anne Detjen (UNICEF), Suzanne Fuhrman (UNICEF)

Équipe chargée de la conception : Tashrik Ahmed (UNICEF), Dee Wang (UNICEF), Domestic Data Streamers

Nous tenons à remercier les équipes de l'UNICEF chargées des données et de l'analyse pour le soutien apporté aux bases de données utilisées et pour leur analyse, ainsi que Bob Black et Jamie Perrin de l'Université Johns Hopkins pour les données et les chiffres relatifs à la cause du décès de l'enfant. Nous tenons également à remercier le Groupe consultatif d'Action pour la survie de l'enfant et le Groupe des partenaires pour leur examen.

Nous tenons également à remercier Clarice Lee (Accélérateur de connaissances MOMENTUM/JSI) pour son soutien administratif et son aide pour les références.