EVOLUTION DE LA SANTE DES ENFANTS DANS LE MONDE AU COURS DE LA PERIODE 1990-2000

J.C. DILLON

Med Trop 2003 ; **63** : 407-412

RESUME • Les enquêtes menées par l'UNICEF dans 66 pays selon une méthodologie standardisée (enquêtes MICS) permettent d'apprécier l'évolution de la santé des enfants dans le monde au cours de la période 1990-2000. Les données concernant le taux de mortalité des moins de 5 ans, les indicateurs de malnutrition, l'état de la vaccination et l'évolution de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant font l'objet de ce rapport qui conclut sur les risques nouveaux auxquels sont exposés les enfants à l'aube du XXIe siècle : risques liés à la pauvreté, aux conflits armés et à la violence, à l'urbanisation et au sida.

MOTS-CLES • Enquêtes MICS - Taux de mortalité de l'enfant - Prévalence de la malnutrition - Vaccination - Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant - PCIME - Risques nouveaux pour la santé de l'enfant.

PROGRESS IN THE HEALTH STATUS OF CHILDREN IN THE WORLD DURING THE PERIOD 1990 to 2000

ABSTRACT • Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) conducted by UNICEF using standardized methods in 66 countries have provided data for evaluating the status of child health during the period between 1990 and 2000. This report presents findings on mortality in children less than 5 years of age, malnutrition indicators, immunization status and integrated management of childhood illness. It is concluded that children at the dawn of the 21st century are exposed to new risks related to poverty, war, violence, urbanization, and VIH/AIDS.

KEY WORDS • Multiple indicators cluster survey - Infant mortality rate - Prevalence of malnutrition - Immunization - Integrated management of childhood Illness - New risks for child health.

Plus de dix années se sont écoulées depuis le Sommet Mondial pour les Enfants et l'entrée en vigueur de la Convention relative aux droits de l'enfant. La récente Session Extraordinaire de l'Assemblée des Nations Unies consacrée au suivi du Sommet Mondial a été l'occasion pour les Organisations Internationales : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *United Nations Children's Fund* (UNICEF), de faire le bilan des actions entreprises au cours de la période 1990-2000, d'apprécier les progrès accomplis et de tirer les leçons des difficultés rencontrées.

Ce bilan repose sur les résultats d'enquêtes menées dans 66 pays selon la méthodologie standardisée d'enquêtes par grappe à indicateurs multiples (*Multiple Indicators Cluster Survey* ou MICS) (1). On dispose ainsi, et pour la première fois, de données permettant d'apprécier l'évolution de la santé des enfants dans le monde au cours de la décennie écoulée (2-4). Le nombre d'enfants de moins de 14 ans est estimé aujourd'hui à 1,9 milliard dont 90% vivent en Pays en Développement (PED).

Dans cette revue nous nous limiterons à détailler l'évolution des deux principaux indicateurs globaux de la santé de l'enfant que sont le taux de mortalité des moins de 5 ans et la prévalence de la malnutrition, ainsi que celle de deux indicateurs de la couverture santé : le taux de vaccinations, et le taux de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Toutefois, pour apprécier cette évolution, il est nécessaire de se replacer dans le contexte général économique et social qui a prévalu ces dix dernières années, tant les différences observées entre pays et grandes régions du globe tiennent avant tout aux conditions socio-économiques dans lesquelles les enfants sont placés.

LES TRANSFORMATIONS DANS LE MONDE DEPUIS 1990

Le monde a connu de profondes mutations au cours de ces 10 dernières années. Pour la première fois dans l'histoire, on compte dans le monde davantage de citadins que de ruraux.

Dans le Tiers-Monde, la fécondité demeure à un taux élevé, entraînant un accroissement démographique rapide et une jeunesse remarquable de la population dont les enfants et les adolescents représentent souvent plus de la moitié.

La mondialisation a créé de nouvelles formes d'inégalités et d'exclusion à la fois entre les nations et au sein des nations. La Banque Mondiale estime que 1,2 milliard de personnes - dont la moitié environ sont des enfants - doivent survivre avec moins d'un dollar par jour.

Selon une étude récente, un tiers seulement des 27 pays pauvres très endettés consacrent aux services sociaux de base des sommes plus importantes qu'au service de la dette… Ceci explique l'effondrement des systèmes de santé et d'éducation dans nombre de pays.

• *Travail de J.C.D., ex-Professeur de Nutrition Humaine à l'Institut National Agronomique Paris-Grignon (INAPG) et ex-Directeur de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Administrateur du Comité Français pour l'UNICEF, Paris, France.*

• *Correspondance : J.C. DILLON, 10 rue des Cèdres, 78860 Saint-Nom-La-Bretèche, France • E-mail : jcdillon@infonie.fr•*

Investir dans les services sociaux de base est d'autant plus difficile que l'on assiste à une diminution de l'aide au développement. En 1998, le montant de l'aide publique au développement était bien inférieur à celui de 1992, et ce sont les pays les plus pauvres qui ont été les plus touchés par cette réduction.

Le nombre croissant d'enfants touchés par les conflits armés et les catastrophes naturelles, ainsi que l'extension de la pandémie d'infection à VIH/sida, sont autant de facteurs qui expliquent que le bilan reste bien en deçà des objectifs fixés en 1990 lors du Sommet mondial pour les enfants (2). Les conflits qu'ont connus des pays comme l'Angola, le Burundi, le Kosovo, la République Démocratique du Congo, la Tchétchènie… se sont traduits par un lourd bilan en terme de victimes civiles et de déplacements des populations dont les enfants sont les premières victimes. La pandémie de sida, par ses effets sociaux et humains, constitue une crise mondiale, exacerbant les inégalités, compromettant les progrès déjà réalisés en matière de services sociaux et entraînant des conséquences tragiques pour les enfants.

L'Afrique, quant à elle, souffre à la fois de l'accumulation de la dette, de la détérioration des services de base, de la lenteur de la croissance économique et de l'extension des conflits.

C'est sur cette toile de fond qu'il faut évaluer la situation actuelle et les progrès accomplis au cours de la dernière décennie. Comme nous allons le voir, il est encourageant de constater qu'en dépit de toutes ces difficultés, de nombreux PED ont progressé dans le domaine de la Santé.

EVOLUTION DE LA SITUATION DES ENFANTS AU COURS DE LA PERIODE 1990-2000.

La situation des enfants et des adolescents s'est globalement améliorée dans le monde au cours de la décennie écoulée. Grâce aux enquêtes MICS (1) on dispose de données, ventilées par âge et par sexe, qui permettent une bonne appréciation de l'évolution de la situation.

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

A l'échelle mondiale, entre 1990 et 2000 le taux de mortalité des moins de 5 ans - probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire pour 1000 naissances vivantes - a baissé de 11 %, passant de 93 pour 1000 naissances vivantes à 83 pour 1000.

Ce déclin de la mortalité infanto-juvénile est le résultat des efforts entrepris dans de nombreux pays en terme de Santé Publique (5, 6). C'est ainsi qu'une soixantaine de pays sont parvenus à réduire d'un tiers le taux de mortalité des moins de 5 ans.

Toutefois, comme l'indique la figure 1, il reste encore beaucoup à faire: en Afrique subsaharienne, le taux de mortalité des moins de 5 ans est actuellement de 172 pour 1000, en Asie du Sud de 101 pour 1000, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord de 62 pour 1000.

Cette baisse de la mortalité infanto-juvénile cache le fait que les mortalités néonatale et périnatale sont restées

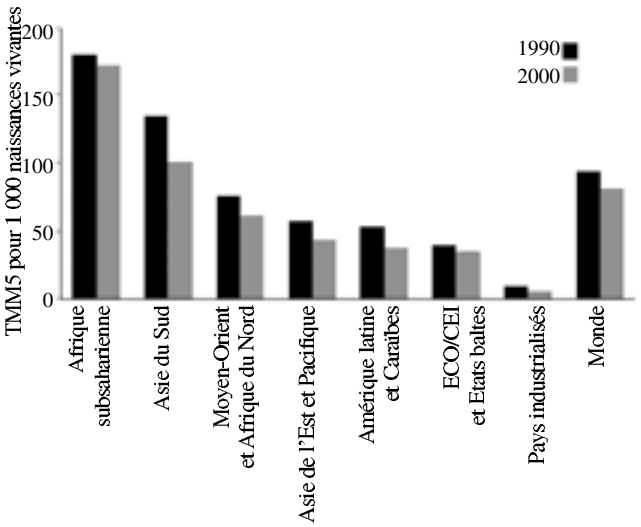

Figure 1 - Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2000 (5).

stables pendant cette période. On estime à 3 millions le nombre annuel de décès d'enfants de moins de un an. Les 2/3 de ces décès auraient lieu pendant la première semaine et seraient pour la plupart dus à des causes périnatales. Selon l'OMS, les causes les plus fréquentes de décès néonatal sont les infections (tétanos néonatal, méningite, septicémie, pneumonie, diarrhée) (42 %), les asphyxies à la naissance (25 %), 10 % sont dus à la prématurité et 10 % environ à des anomalies congénitales. C'est dire que la période néonatale demeure une période critique pour les enfants en PED (où les deux tiers d'entre eux naissent à domicile). Cette stabilité des taux de mortalité néonatale au cours du temps témoigne à l'évidence d'une prise en charge insuffisante de la pathologie obstétricale et néonatale.

Si l'on examine les causes de décès des 11,5 millions d'enfants décédés avant l'âge de 5 ans en PED (Fig. 2), on constate qu'en 1995 plus de 50 % des décès étaient liés à quatre maladies transmissibles : les affections respiratoires aiguës, les diarrhées, le paludisme et la rougeole (7).

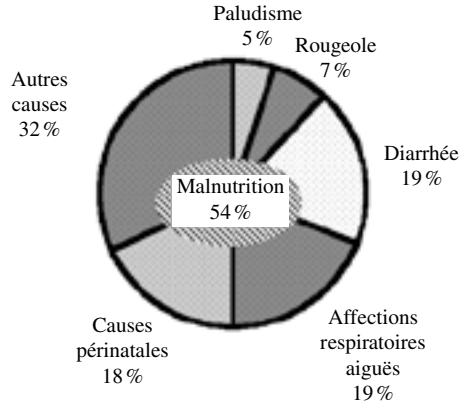

Figure 2 - Principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans dans l'ensemble des pays en développement en 1995 (d'après (19)).

Il existe des différences importantes entre régions du globe en ce qui concerne les causes de mortalité : en Asie du Sud-Est par exemple, deux décès d'enfants sur cinq sont liés aux affections respiratoires aiguës et à la diarrhée, alors qu'en Afrique le paludisme figure parmi les causes majeures de décès.

A quoi attribuer ce déclin de la mortalité infanto-juvénile observé entre les années 1990 et 2000 ? En premier lieu aux succès notables enregistrés en matière de lutte contre la diarrhée (8) et la rougeole (9). Le nombre de décès dus à la diarrhée a diminué de 50 %, en rapport avec un recours plus fréquent aux sels de réhydratation orale. La diarrhée demeure néanmoins la deuxième cause de décès chez l'enfant (8). Celle-ci ne se réduira que par une meilleure information des parents sur l'emploi des sels de réhydratation et le recours au Centre de santé lorsque la situation l'impose. L'accès à des sources d'eau potable et le développement de systèmes d'assainissement permettront également de réduire la fréquence des maladies diarrhéiques (5).

La prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA) a également été améliorée puisque le nombre de décès dus aux IRA chez les moins de 5 ans a diminué de 50 %. Les IRA demeurent pour autant la principale cause de décès chez l'enfant (2), soit que l'enfant ne soit pas conduit au Centre de santé, soit que les médicaments y fassent défaut.

Par ailleurs, les enquêtes révèlent que dans cette tranche d'âge la moitié des décès sont associés à la malnutrition (Fig. 2), ce qui conduit à porter une attention particulière aux problèmes de malnutrition infantile.

Malnutrition infantile

Les progrès accomplis ces dix dernières années en matière de lutte contre la malnutrition ont été limités si l'on en juge d'après le nombre de nouveau-nés de faible poids de naissance, le nombre de mères pratiquant l'allaitement maternel exclusif et le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale ou un retard de croissance.

• *Insuffisance pondérale à la naissance*

Le poids à la naissance est un bon indicateur non seulement de l'état nutritionnel de la mère, mais aussi des chances de survie de l'enfant et de son développement psychosocial.

La prévalence des enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2,5 kg avoisine 10 % dans 100 pays en développement, ce qui signifie que, chaque année, 11 millions de nouveau-nés en Asie du Sud et 3,6 millions en Afrique subsaharienne ont souffert d'une malnutrition au cours de la vie fœtale (10).

Ces enfants sont exposés à une surmortalité au cours des premiers mois de la vie : ils ont 40 fois plus de risque de mourir au cours du 1e mois que les enfants de poids normal. Ceux qui survivent présentent des perturbations de la fonction immunitaire qui les exposent aux infections (11). Si leur état de malnutrition se prolonge, ce qui est le cas pour la plupart d'entre eux, ils présenteront souvent des troubles du développement cognitif entraînant des difficultés d'apprentissage (12).

• *Allaitement maternel exclusif*

Les pratiques néfastes en matière d'allaitement constituent un des facteurs de risque majeurs de la petite enfance. Si l'allaitement maternel est largement pratiqué en PED, la moitié seulement des nourrissons sont nourris exclusivement au sein pendant 4 mois, 33 % en Afrique subsaharienne et 49 % en Asie du Sud. A noter que la recommandation prise lors de la 54e Assemblée Mondiale de l'OMS de Mai 2001 (13) étend la période d'allaitement exclusif aux 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Par ailleurs, on doit saluer les initiatives telles que le Code de Commercialisation des Substituts du lait maternel et l'initiative des « Hôpitaux amis des bébés » (14).

Enfin, il reste beaucoup à faire en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; le consensus auquel sont parvenus l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF, quant au choix éclairé des mères séropositives pour la décision d'allaitement, constitue une étape importante à cet égard (15).

• *Malnutrition chez les moins de 5 ans*

- Insuffisance pondérale

Au cours des 10 dernières années, la prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale (poids < moyenne -2 écarts-type du poids normal pour l'âge) a diminué de 32 à 28 % dans les PED (5). Le nombre d'enfants souffrant de sous-nutrition chronique est passé de 177 millions à 149 millions. Comme l'indique la figure 3, les progrès les plus notables ont été réalisés en Asie et en Amérique du Sud. Toutefois l'objectif du Sommet Mondial (1990), qui était de réduire de moitié les taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans, est loin d'être atteint (10).

En Afrique de l'Ouest et de l'Est, les prévalences sont inférieures à celles observées en Asie du Centre et du Sud (37 % et 36 % respectivement) mais la situation se dégrade. Ainsi, dans certains pays d'Afrique de l'Est, la prévalence d'enfants en insuffisance pondérale a augmenté de 5 % entre 1990 et 2000. En Afrique subsaharienne, le nombre d'enfants atteints de sous-nutrition chronique a augmenté de plus de 8 millions depuis 1990 (10).

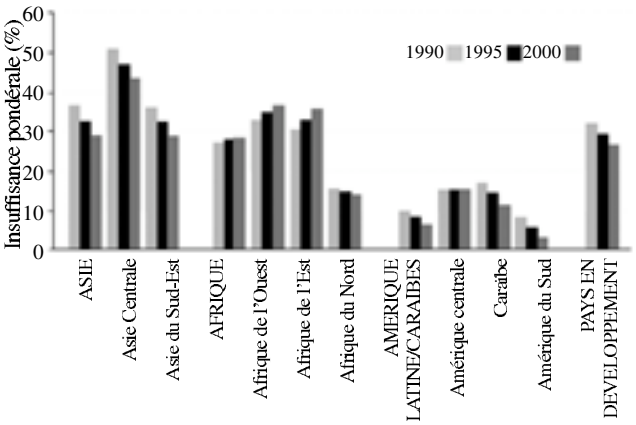

Figure 3 - Evolution de la malnutrition infantile dans les pays en voie de développement 1990-2000 (5).

- Retard de croissance

En 2000, on estime que 182 millions d'enfants d'âge préscolaire, soit 33 % des enfants de moins de 5 ans vivant en PED, sont affectés par un retard de croissance (taille < moyenne -2 écarts-type de la taille normale pour l'âge) traduisant une malnutrition chronique. En 1980, ce pourcentage se situait autour de 47 %. En dépit de cette avancée, la prévalence du retard de croissance demeure extrêmement élevée. Elle est maximale en Afrique de l'Est où elle atteint 48 % des enfants d'âge préscolaire. Elle est également élevée en Asie Centrale et en Asie du Sud (44 %) où vivent la moitié des enfants de la planète. Dans cette région, elle tend néanmoins à se réduire au rythme de 0,85 % par an. En Amérique latine, le retard de croissance est également fréquent chez les enfants d'âge scolaire : il se rencontre en moyenne chez plus du tiers des enfants scolarisés et jusqu'à 48 % au Pérou et 51 % au Guatemala (10).

• *Carences en micronutriments*

Les progrès accomplis ces 10 dernières années en matière de lutte contre les carences en micronutriments sont notables, du moins pour certains de ceux-ci.

Le pourcentage d'habitants des PED qui consomment du sel iodé est passé de 20 à 72 %, avec pour conséquence une réduction importante du crétinisme endémique (5). On peut ainsi espérer obtenir l'éradication totale des troubles dus à la carence en iode dans un avenir proche.

De même, la distribution de capsules de vitamine A aux jeunes enfants a progressé de manière remarquable. Entre 1996 et 1999, le nombre de pays comptant au moins 70 % de bénéficiaires d'apport de vitamine A est passé de 11 à 43 (5). On estime néanmoins que plus de 250 millions d'enfants d'âge préscolaire sont en état de carence vitaminique A infraclinique, ce qui les expose à un risque de surmortalité (10).

Quant à l'anémie par carence en fer - qui atteint environ 40 % des enfants d'âge préscolaire - on ne dispose pas actuellement de données suffisantes pour pouvoir analyser les tendances dans ce domaine, mais il ne semble pas que la situation se soit améliorée. A l'évidence, la carence en fer constitue un vaste problème de Santé Publique en PED, elle toucherait 3,5 milliards d'individus de tous âges dans le monde et mériterait une plus grande attention (10).

Evolution de la vaccination

La vaccination a été l'un des domaines où de réels progrès ont été accomplis depuis 1990, prévenant le décès d'environ 3 millions d'enfants chaque année (16). En 1999, 72 % des enfants avaient reçu 3 doses de DTCoq et la poliomyélite a été presque entièrement éliminée dans le monde. La couverture vaccinale contre la rougeole a progressé, sans toutefois dépasser 50 % en Afrique. Le nombre total de cas de rougeole déclarés dans le monde a diminué de près des deux tiers entre 1990 et 1999, tandis que le nombre de décès dus au tétanos néonatal a diminué de moitié durant la même période. La poliomyélite a été éliminée dans plus de 175 pays.

Pourtant, en dépit des progrès enregistrés, près d'un tiers des enfants dans le monde soit 34 millions échappent encore à la vaccination (17). En Afrique subsaharienne, moins de la moitié des enfants sont vaccinés. Un sérieux effort reste donc à accomplir pour réduire les inégalités dans l'accès à la vaccination et pour atteindre un taux de couverture vaccinal de 90 % .

La Banque Mondiale (18) affirmait en 1993 que le PEV complété par des vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune, ainsi que des suppléments de vitamine A (le « PEV plus »), constituait la plus rentable de toutes les mesures de santé actuelles. Pourtant ces vaccins ne sont pas disponibles dans nombre de pays.

Constituée en 1999, l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) est une vaste coalition de fondations philanthropiques (Fondation Bill Gates), de banques de développement (y compris la Banque Mondiale), des Organisations des Nations Unies (OMS, UNICEF)) et de Gouvernements, qui a pour objectif de soutenir l'immunisation et d'aider les pays à introduire de nouveaux vaccins sous-utilisés (fièvre jaune, hépatite B, *Haemophilus influenzae* type b...).

Evolution de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)

Dans les PED, 7 sur 10 décès d'enfants sont imputables à quatre maladies transmissibles : infections respiratoires aiguës, diarrhée, rougeole et paludisme, en association avec la malnutrition (Fig. 2). Chez l'enfant, trois épisodes infectieux sur quatre sont causés par l'une ou l'autre de ces quatre affections.

Pendant des décennies, les programmes de survie de l'enfant se sont adressés à des pathologies spécifiques, alors que pour l'Agent de Santé il est souvent difficile de faire chez un enfant le diagnostic précis de l'affection en cause, tant les symptômes se recoupent d'une pathologie à l'autre : une dyspnée par exemple peut être due à une infection pulmonaire, à une anémie sévère, à un paludisme à *Plasmodium falciparum* ou à une déshydratation par diarrhée. D'ailleurs, plusieurs affections peuvent coexister chez le même enfant.

Cette situation a conduit l'OMS et l'UNICEF à proposer en 1992 sous le nom de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) un ensemble d'interventions pour le traitement et la prévention intégrées de ces affections (19). La stratégie intégrée combine la prise en charge de la maladie, la vaccination, l'administration de vitamine A, et les soins maternels (y compris l'allaitement maternel exclusif). La PCIME insiste sur la nécessité d'une participation active de la famille et de la communauté (20) : ainsi la mère doit être rendue capable de reconnaître les premiers signes d'infection respiratoire aiguë, de présenter son enfant à temps à l'agent de santé et d'administrer correctement le traitement prescrit.

La PCIME nécessite donc une participation active du personnel de santé qui doit recevoir une formation adaptée. Face à un cas pédiatrique, l'Agent de Santé est invité à procéder par étapes : tout d'abord, évaluer et classer l'enfant selon que son état nécessite le transfert immédiat, un traitement médical spécifique au centre de santé ou la simple prise en charge à domicile. Si un traitement est nécessaire, il indique à la mère comment administrer les médicaments, traiter les infections locales à domicile, faire boire l'enfant en cas de diarrhée... Pour les enfants de moins de 2 ans et les enfants atteints de malnutrition, il doit porter une attention

particulière à l'alimentation et conseiller au mieux la mère. Dans tous les cas, l'agent de santé vérifie l'état vaccinal et la supplémentation en vitamine A.

Outre la formation des agents de santé, la PCIME vise à améliorer le système de santé en matière de disponibilité des médicaments, de planification et d'organisation du travail au niveau du Centre de santé.

Cette stratégie de prise en charge de la santé de l'enfant est actuellement en place, ou en passe d'être mise en place, dans 60 pays. Elle suscite indéniablement un vif succès dans les pays qui l'ont adopté au plan national (21,22).

LES RISQUES NOUVEAUX POUR LA SANTE DE L'ENFANT

A l'aube du XXIe siècle, l'humanité se heurte à de nouvelles et d'énormes difficultés (23). La pauvreté s'accentue dans le monde et l'écart entre les riches et les pauvres ne cesse de se creuser ; les conflits et la violence prolifèrent ; l'urbanisation galopante crée de nouveaux problèmes pour les enfants ; le VIH/sida se propage dangereusement et le nombre d'orphelins du sida ne cesse d'augmenter.

Risques liés à la pauvreté

Comme le rappelle la Banque Mondiale, plus de 1,2 milliard d'habitants de la planète - dont plus de 600 millions sont des enfants - survivent avec moins d'un dollar par jour. Ce sont les enfants qui sont les plus touchés par la pauvreté : des millions d'entre eux n'ont pas accès aux soins de santé primaires, à une alimentation suffisante et à l'eau potable (24).

De nombreux pays en développement n'investissent pas suffisamment dans les services sociaux de base, consacrant souvent plus de ressources au service de la dette extérieure qu'aux services sociaux de base, et dans certains cas, trois à cinq fois plus (23).

Risques liés aux conflits armés et autres types de violence

Depuis la seconde Guerre mondiale, 130 des 150 grands conflits ont eu pour théâtre le monde en développement (25). La guerre force des millions d'individus à quitter leur foyer, soit pour se réfugier hors de leur pays (27 millions en 1995), soit pour se déplacer dans leur propre pays (30 millions), et parmi eux 80% sont des femmes et des enfants. Depuis 1990, plus de 2 millions d'enfants ont été tués et plus de 6 millions ont été blessés ou mutilés lors de conflits armés. Chaque année plus de 10000 sont tués ou mutilés par les mines (26).

Par ailleurs la violence, les sévices et l'exploitation sont des phénomènes planétaires (27).

Environ 250 millions d'enfants âgés de 5 à 14 ans travaillent à temps plein ou à temps partiel rien qu'en PED. A l'échelle mondiale, un million d'enfants intègrent le marché du sexe chaque année (23).

Risques liés à l'urbanisation

La santé urbaine est l'un des challenges du XXIe siècle (28). Au cours des 50 dernières années, la population urbaine a doublé, et dans les PED elle a été multipliée par 5. L'urbanisation rapide et massive a eu des conséquences sur la santé de l'enfant : l'environnement urbain lui impose des conditions de vie extrêmement malsaines et dangereuses. La majorité des familles vivant dans un état de pauvreté extrême vivent à la périphérie des grandes villes des PED : l'urbanisation entraîne l'exclusion de la fraction la plus pauvre de la population. Durant des décennies, les mesures de santé publique ont été ciblées sur les zones rurales et il est nécessaire de repenser un système de soins adapté aux problèmes urbains.

L'urbanisation a des conséquences sociales importantes : hausse de la criminalité, usage de drogues, prostitution, multiplication des accidents ... Des bouleversements écologiques considérables dans certains centres urbains ont été observés : dégradation de l'environnement, pollution, non élimination des déchets industriels et domestiques (29).

Par ailleurs, la précarité de l'habitat : insalubrité, surpeuplement, et la mauvaise gestion de l'eau : canalisations et réseaux d'égouts en mauvais état, rendent encore la population plus vulnérable aux différents risques sanitaires qui découlent des dégradations de ses conditions de vie.

On estime à 150 millions le nombre d'enfants des rues et ce nombre augmente sans cesse avec le VIH/sida et la pauvreté urbaine (30,31). Il faut distinguer les enfants dans la rue des enfants des rues. Si les premiers ont encore un toit où se réfugier, les enfants des rues n'ont aucun foyer. Ils ont fui leur famille en raison de mauvais traitements ou de l'extrême pauvreté, d'autres sont orphelins ou ont été abandonnés. Les enfants des rues sont soumis à toutes sortes de violences, y compris sexuelles ; ils sont souvent drogués et souvent contraints à la prostitution pour survivre. A ce titre, les orphelins du sida, sont particulièrement vulnérables.

Risques liés au sida

C'est surtout en Afrique subsaharienne que la crise du sida a explosé au cours des 10 dernières années, puisque sur ce continent vivent 70% des personnes infectées dans le monde. Mais l'épidémie s'étend rapidement en Asie, en Europe de l'Est et dans la Région Caraïbe (32).

En 2000, on estimait que 500000 enfants de moins de 15 ans étaient décédés du sida dans le monde. Pour s'en tenir à l'Afrique, les projections indiquent qu'entre 2000 et 2005, la mortalité des moins de 5 ans due au sida sera de 17% en Côte d'Ivoire, de 50% en Afrique du Sud et de 64% au Botswana (Fig. 4) (5).

On s'attend à ce que le nombre d'enfants orphelins du sida, actuellement estimé à 12 millions, double d'ici 2010. Dans certains pays africains, plus de 10% des enfants de moins de 15 ans sont aujourd'hui orphelins.

Ces jeunes enfants, dont les parents sont morts du sida ou sont trop affectés pour leur assurer soins et protection, n'ont plus accès aux soins, à la nourriture, à l'école... et sont donc particulièrement vulnérables ; ils courent davantage de risques de devenir eux-mêmes séropositifs (33).

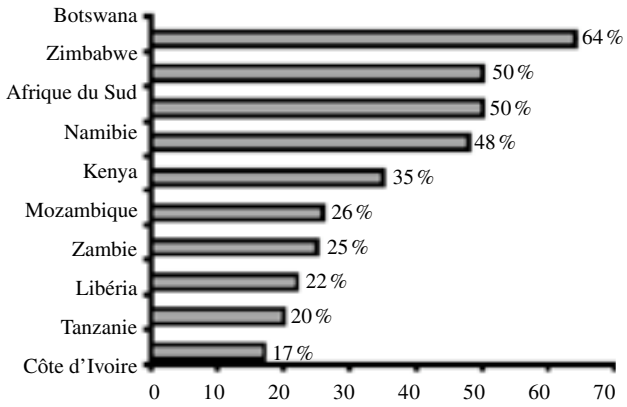

Figure 4 - Le sida et la mortalité infantile : projection, pour les années 2000 à 2005, de la mortalité due au sida chez les enfants de moins de 5 ans (5).

CONCLUSION

L'UNICEF résume ainsi la situation actuelle : « Grâce en grande partie aux programmes de vaccination et aux efforts soutenus des familles et des communautés, on évite chaque année le décès de 3 millions d'enfants. Dans les PED, le nombre d'enfants souffrant de malnutrition a été réduit de 28 millions. La poliomyélite a été éliminée dans plus de 175 pays et le tétanos néonatal dans 104 pays. Mais, malgré ces progrès, plus de 10 millions d'enfants meurent encore de maladies qui auraient généralement pu être évitées. Quelque 600 millions d'enfants vivent encore dans le dénuement ; plus de 100 millions - des filles pour la plupart- ne vont pas à l'école » (5).

Le recul de la mortalité observé dans les PED chez les moins de 5 ans est certes le résultat des efforts déployés au cours de la décennie dans les domaines curatif et préventif, il est aussi largement imputable aux mesures prises en matière d'assainissement, d'approvisionnement en eau, de logement, d'hygiène...

Ces progrès ne doivent toutefois pas faire oublier que nombre de pays parmi les moins avancés n'ont pas été en mesure d'assurer à leurs enfants le strict minimum en matière de nutrition, de vaccination, de PCIME, ni d'adapter leur système de santé aux problèmes des enfants des villes ... Face à la crise économique mondiale actuelle, l'avenir de ces enfants est plus que jamais source d'inquiétude ■

REFERENCES

1 - UNICEF Statistics. Multiple Indicators Cluster Survey. End-decade Indicators. UNICEF, New York, 2001.

2 - UNICEF - Progress Report on Follow-up to the World Summit for Children. UNICEF, New York, 2000.

3 - Organisation des Nations Unies - Rapport du Secrétaire Général A/S-27/3 « Nous les enfants : examen de fin de décennie de la suite donnée au Sommet mondial pour les enfants ». New York, ONU, Mai 2001.

44 - Organisation des Nations Unies - Comité préparatoire de la Session extraordinaire consacrée aux enfants « un monde digne des enfants «, version révisée du document, A/AC-256/CRP.6/Rev.3. New York, Juin 2001.

5 - UNICEF - La situation des enfants dans le monde 2002 : prendre l'initiative. UNICEF, New York, 2002, 103 p.

6 - UNICEF - Situation des enfants dans le monde 2003. New York, 2003.

7 - AHMAD O, LOPEZ AD, INOUE M - The decline in child mortality : a reappraisal. *Bull World Health Organ* 2000 ; **78** : 1175-1191.

8 - VICTORA CG, BRYCE J, FONTAINE O, MONASCH R - Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. *Bull World Health Organ* 2000 ; **78** : 1246-55.

9 - WHO - Strategies for reducing global measles mortality. *Wkly Epidemiol Rec* 2000 ; **75** : 411-416.

10 - ACC/SCN. Fourth Report on the World Nutrition Situation : Nutrition throughout the life cycle. New York, Jan 2000.

11 - KEUSCH G - Malnutrition, infection and immune function. In « SUSKIND R - The malnourished child». Nestle Nutrition Workshop Serie ed, Vol 19, New York, 1990, pp 37-59.

12 - POLLITT E, THOMSON C - Protein-caloric malnutrition and the behaviour : a view from psychology. - In «WURTMAN R, WURTMAN J - Nutrition and the brain».Raven Press ed, Vol 2, New York, 1977, pp 261-306.

13 - WHO - Infant and young child nutrition. Resolution WHA54.2 of the Fifty-fourth World Health Assembly, May 2001. WHO, Geneva, 2001.

14 - DILLON JC, IMBERT P - L'allaitement maternel dans les pays en développement : évolution et perspectives. *Med Trop* 2003 ; **63** : 400-406

15 - WHO - Consensus statement from the WHO/UNICEF Consultation on HIV Transmission and Breast Feeding. WHO, Geneva, Mai 1992.

16 - OMS, UNICEF -Vaccins et vaccination : la situation mondiale. OMS, Genève, 1996.

17 - WHO - State of the World's vaccines and Immunization Report. WHO, Genève, Nov 2002.

18 - WORLD BANK - World Development Report 1993 : Investing in health. Oxford University Press ed, 1993.

19 - Integrated management of childhood illness. A WHO/UNICEF initiative. *Bull World Health Organ* 1997 ; **75 Suppl 1** : 31 p.

20 - LAMBRECHTS T, BRYCE J, ORINDA V - Integrated management of childhood illness : a summary of first experiences. *Bull World Health Organ* 1999 ; **77** : 582-594.

21 - TULLOCH J - Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet* 1999 ; **354 Suppl 2** : 16S-20S.

22 - BRYCE J, LAMBRECHTS T - Santé de l'enfant dans les pays en voie de développement. *Arch Paediatr* 2001 ; **8 Suppl 2** : 369S-371S.

23 - UNICEF - Les nouveaux problèmes des enfants au XXIe siècle. Conseil d'Administration de l'UNICEF. Session annuelle 2000, New York, 2000.

24 - UNICEF - La lutte contre la pauvreté commence par les enfants. UNICEF ed, New York, 2000.

25 - PLUNKETT MC, SOUTHALL DP - War and children. *Arch Dis Child* 1998 ; **78** : 72-77.

26 - UNICEF - Les enfants dans la guerre. In « La Situation des enfants dans le monde «. UNICEF, New York, 1996.

27 - WHO - World report on violence and health. WHO, Geneva, 2002.

28 - GTZ - Urban health : particularities, challenges, experiences and lessons learnt. GTZ, Eschborn, Germany, 2001.

29 - SALEM G - La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal). KARTHALA et ORSTOM eds, Paris, 1998, 360 p.

30 - LALOR K - Street children : a comparative perspective. *Child Abuse and Neglect* 1999 ; **23** : 759-770.

31 - GRACEY M - Child health in an urbanizing world. *Acta Pediatr* 2002 ; **91** : 1-18.

32 - ONUSIDA - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida. ONUSIDA, Genève, 2002.

33 - ONUSIDA, UNICEF - Les orphelins du sida : réponses de la ligne de front en Afrique de l'Est et en Afrique Australe. UNICEF, New York, 1999.