

Un, c'est déjà trop

Éliminer les décès d'enfants dus
à la pneumonie et à la diarrhée



Résumé analytique



L'enjeu est important. La pneumonie et la diarrhée sont chaque année responsables du décès évitable de 1,4 million de jeunes enfants, et menacent le développement durable des nations les plus pauvres au monde.

Mais nous disposons des connaissances et des moyens nécessaires pour améliorer la situation. Les décès d'enfants causés par une diarrhée ou une pneumonie sont dans une large mesure évitables – un seul décès, c'est déjà trop. Le fait que des enfants continuent de mourir de ces maladies est symptomatique de profondes inégalités.

Les enfants les plus jeunes et les plus pauvres sont les principales victimes de la pneumonie et de la diarrhée.

Les décès dus à la pneumonie et à la diarrhée affectent les couches les plus pauvres de la population de manière disproportionnée.

Soixante-deux pour cent des enfants de moins de 5 ans dans le monde vivent dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (tranche inférieure), lesquels totalisent cependant 90 % des décès dus à la pneumonie et à la diarrhée. Les pays les plus pauvres sont beaucoup plus affectés par cette mortalité : plus de 30 % des décès imputables à ces deux maladies se concentrent dans les pays à faible revenu, où vivent pourtant 15 % seulement des enfants de moins de 5 ans.

Le taux de mortalité imputable à la pneumonie et à la diarrhée affecte de manière disproportionnée les enfants les plus jeunes : environ 80 % des décès associés à la pneumonie et environ 70 % des décès associés à la diarrhée ont lieu au cours des deux premières années de vie¹.

Le nombre de décès attribuable à la pneumonie et à la diarrhée baisse, mais pas assez vite.

D'importants progrès ont déjà été réalisés depuis 2000 dans la réduction du taux de mortalité par pneumonie et par diarrhée : les décès dus à ces deux maladies ont chuté de près de moitié entre 2000 et 2015, passant de 2,9 millions à 1,4 million.

Les décès causés par la diarrhée ont chuté de manière significative depuis 2000, passant de 1,2 million à 526 000 en 2015, soit une baisse de 57 %. Les décès causés par la pneumonie ont diminué moins rapidement durant cette même période, passant de 1,7 million à 920 000. On constate en effet que le taux de mortalité lié à la pneumonie baisse de manière bien plus lente que celui lié à d'autres maladies fréquentes chez l'enfant, telles que le paludisme, la rougeole et le VIH².

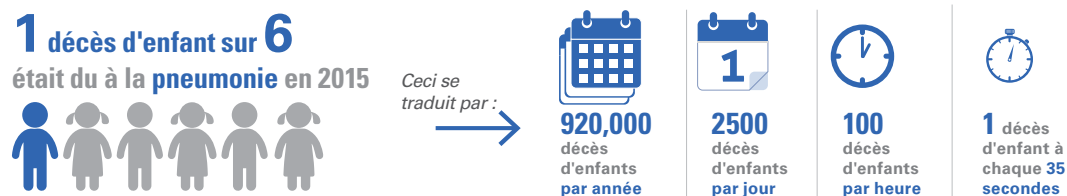
Nous pouvons prévenir la plupart des décès liés à la diarrhée et la pneumonie grâce à un ensemble d'interventions qui ont fait leurs preuves.

Les principes suivants sont énoncés dans le Plan d'Action Mondial Intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD).

Protéger les enfants par des bonnes pratiques de soins signifie :

- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie ;

Aucun enfant ne devrait mourir d'une pneumonie ou une diarrhée ; nous avons les capacités pour mettre fin aux décès évitables d'enfants dus à ces maladies



- Favoriser la poursuite de l’allaitement jusqu’à deux ans ou au-delà, parallèlement à une alimentation complémentaire adaptée ;
- Fournir une supplémentation en vitamine A.

Prévenir la pneumonie et la diarrhée implique les mesures suivantes :

- Administrer des vaccins, y compris contre la coqueluche, la rougeole, la bactérie *Haemophilus influenzae* type b (Hib), les pneumocoques et les rotavirus ;
- Promouvoir une bonne hygiène, notamment le lavage des mains au savon ;
- Assurer un approvisionnement en eau potable et des moyens d’assainissement ;
- Réduire la pollution de l’air à l’intérieur des habitations ;
- Prévenir l’infection à VIH ;
- Protéger les enfants infectés par le VIH et exposés au virus en leur administrant du cotrimoxazole.

Traiter la pneumonie et la diarrhée de manière efficace passe par les interventions suivantes :

- Encourager la demande de soins et la prise en charge des cas ;
- Assurer un diagnostic et un traitement pertinents et opportuns au niveau communautaire ;
- Garantir l’accès aux médicaments et produits – antibiotiques (comprimés dispersibles

d’amoxicilline) et oxygène pour la pneumonie ; solutions de réhydratation orales (SRO) à faible osmolarité et compléments de zinc pour la diarrhée ;

- Fournir une alimentation complémentaire nutritive et/ou du lait maternel.

Un nombre croissant de technologies et stratégies innovantes sont développées et renferment un réel potentiel d’accélération des progrès en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de la pneumonie et de la diarrhée.

Le nombre d’enfants de moins de 5 ans bénéficiant déjà d’interventions efficaces n’a jamais été aussi élevé – mais les progrès sont trop lents et il est toujours difficile d’assurer à tous les enfants qui en ont besoin l’accès aux interventions essentielles.

Allaitement maternel exclusif – Malgré les avantages de l’allaitement maternel exclusif en termes de survie et de santé à long terme, un peu plus de 40 % seulement des nourrissons âgés de 0 à 5 mois ont été exclusivement allaités au sein en 2015.

Alimentation complémentaire appropriée – À l’échelle mondiale, seul un enfant de moins de 5 ans sur six bénéficie d’une alimentation minimum acceptable.

Supplémentation en vitamine A – En 2014, près de 70 % des enfants des pays prioritaires étaient totalement protégés après avoir reçu deux suppléments en vitamine A à forte dose.

Vaccins – Le taux de couverture des vaccins anti-pneumococciques essentiels est en augmentation et les progrès en Afrique subsaharienne sont plus rapides que la moyenne mondiale. Cependant, malgré de récents progrès, seuls un peu plus de 60 % des enfants de la planète ont reçu les trois doses recommandées de vaccin anti-Hib et un peu plus de 30 %, le vaccin anti-pneumococcique conjugué en 2015.

Eau, assainissement et hygiène – Des mesures préventives destinées à améliorer l’accès à une eau potable propre, à l’assainissement et à l’hygiène se traduisent par une diminution des décès par diarrhée dans un certain nombre de pays.

Pollution de l’air – Près de la moitié des décès par pneumonie chez les enfants sont liés à la pollution de l’air³. Les effets de la pollution de l’air dans les habitations tuent davantage d’enfants à l’échelle mondiale que la pollution de l’air extérieur. En parallèle, environ deux milliards d’enfants vivent dans des zones où la pollution de l’air extérieur dépasse les limites des recommandations internationales.

Recours aux soins – Depuis 2000, le taux de recours aux soins pour des symptômes liés à la pneumonie a augmenté de 8 points de pourcentage seulement – de 55 % en 2000 à 63 % en 2015. Au sein des pays, il reste encore des disparités significatives entre les foyers les plus aisés et les foyers les plus pauvres en matière de recours aux soins pour des symptômes liés à la pneumonie, et ce, dans toutes les régions. D’importants progrès

1 décès d'enfant sur 10
était du à la **diarrhée** en 2015



Ceci se traduit par :



526,000
décès
d'enfants
par année



1400
décès
d'enfants
par jour



60
décès
d'enfants
par heure



1 décès
d'enfant à
chaque **60**
secondes

ont cependant été réalisés pour réduire l'écart dans le recours aux soins entre les zones urbaines et les zones rurales sur cette même période.

Traitement aux SRO et au zinc – Les taux de couverture des SRO sont toujours beaucoup trop faibles dans presque toutes les régions, indépendamment des revenus du foyer : seuls deux enfants sur dix dans le monde ont accès à ce traitement vital. Les écarts de couverture sont encore plus marqués entre les enfants les plus riches et les enfants les plus pauvres. L'équité entre les sexes dans l'usage des SRO varie considérablement d'une région à l'autre, l'écart le plus important étant constaté en Asie du Sud, où 56 % des garçons bénéficient d'un traitement, contre 49 % des filles. Au Bangladesh, malgré des taux de couverture élevés, ces valeurs s'élèvent respectivement à 81 % et 73 %. La couverture du traitement au zinc est également très faible dans toutes les régions.

Oxygénothérapie – Bien trop d'enfants meurent en raison de symptômes de pneumonie sévère non reconnus et de la non-disponibilité de l'oxygénothérapie.

Pour réduire les écarts de couverture, nous devons coordonner les efforts à tous les niveaux.

Les recommandations sont les suivantes :

- Mettre en œuvre les politiques et directives recommandées tenant compte des dernières preuves relatives à la prise en charge de la pneumonie et de la diarrhée, et affecter les fonds des donateurs et les financements nationaux de manière adéquate.
- Investir dans les services de santé de première ligne, dont la prise en charge communautaire de la pneumonie à l'aide de comprimés dispersibles

d'amoxicilline, afin d'atteindre les populations vulnérables et garantir une évaluation et un traitement rapides de ces maladies de l'enfance.

- Améliorer la collecte de données d'enquête dans les foyers, les systèmes d'information sanitaire et les systèmes d'état civil afin de mieux estimer la charge de la diarrhée et de la pneumonie et de suivre les traitements.
- Garantir l'accès aux produits de base, tels que l'oxygène médical et les comprimés dispersibles d'amoxicilline.
- Tirer parti des outils et innovations pour améliorer le taux de couverture dans les zones difficiles d'accès.

En matière de dépense publique de santé, la pneumonie et la diarrhée restent insuffisamment financés. Nous avons besoin d'investissements financiers ciblés plus importants pour mettre définitivement fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et par diarrhée.

La diarrhée et la pneumonie ont une incidence particulièrement élevée sur la mortalité et figurent parmi les maladies les moins coûteuses à soigner – pourtant, elles continuent de ne recevoir que peu d'attention et ne bénéficient que d'une part minime de l'investissement mondial pour la santé.

Entre 2003 à 2013, les décaissements pour ces deux maladies ont augmenté d'à peine plus de quatre points de pourcentage, de 7,3 % des versements pour la santé au titre de l'aide publique au développement et des contributions des donateurs privés (APD+) en 2003, à 11,6 % en 2013.

Les décaissements ont été plus élevés pour les pays à revenu faible, tandis que les pays à revenu

intermédiaire fortement peuplés représentant près de la moitié de la charge de morbidité ont reçu une plus faible part des versements. S'il est entendu que la pauvreté doit continuer d'être le principal critère d'aide au développement, il est cependant nécessaire d'augmenter le financement pour les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) fortement touchés par la diarrhée et la pneumonie, afin de garantir que les enfants les plus vulnérables bénéficient des interventions essentielles, où qu'ils vivent.

En agissant dès maintenant, nous avons la capacité de sauver de très nombreuses vies via une plus grande couverture des interventions les plus efficaces.

Si nous ne renforçons pas notre action, 24 millions d'enfants environ mourront de la pneumonie ou de la diarrhée d'ici à 2030. Mais si nous mettons en œuvre les interventions de protection, de prévention et de traitement adéquates que le reste du monde tient pour acquises, nous pourrions éviter la plupart de ces décès.



Il est vital de mettre fin plus rapidement aux décès dus à la pneumonie et à la diarrhée si l'on veut atteindre les **objectifs de développement durable**

Environ 12,7 millions de jeunes vies pourraient être sauvées si toutes ces interventions étaient progressivement mises à échelle entre 2016 et 2030 pour atteindre 90 % de couverture. Nous pourrions éviter 4,9 millions de décès dus à la pneumonie et 5,6 millions dus à la diarrhée⁴.

Il est vital de mettre fin plus rapidement aux décès par pneumonie et par diarrhée si l'on veut atteindre les objectifs de développement durable.

Des enfants en bonne santé sont le socle d'économies, de communautés et de nations prospères ; ils sont au cœur du développement durable. Mais si les gouvernements et leurs partenaires n'investissent pas davantage, deux des maladies de l'enfance parmi les plus faciles à éviter et à traiter viendront mettre en péril la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD), ces objectifs, plus particulièrement l'objectif 2 visant à éliminer les décès évitables chez les enfants.

Un financement ciblé destiné à déployer à grande échelle la mise en œuvre efficace des programmes dans les pays sera essentiel pour accomplir les progrès nécessaires à la réalisation des ODDs à l'horizon 2030.

Notes de fin

- 1 Fischer Walker, C., et al. *Global burden of childhood diarrhoea and pneumonia*. The Lancet, 2013 : p. 381.
- 2 Estimations de l'OMS et du groupe MCEE (Maternal and Child Epidemiology Estimation) sur les causes de mortalité en 2015. Voir : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_child_cod_2015/en/ (en anglais)
- 3 « La pollution de l'air pourrait causer entre 6 et 9 millions de décès prématurés et coûter 1 % du PIB d'ici 2060 », OCDE, <http://www.oecd.org/fr/env/la-pollution-de-l-air-pourrait-causer-entre-6-et-9-millions-de-deces-prematures-et-couter-1-du-pib-d-ici-2060.htm> (consulté le 12 juillet 2016).
- 4 D'après une analyse estimant l'incidence potentielle d'un déploiement à grande échelle de la couverture des interventions qui présentent un effet avéré sur la réduction du taux de mortalité par diarrhée et par pneumonie, selon quatre scénarios différents, pour les 75 pays de l'initiative Compte à rebours (pays affichant un taux de mortalité élevé). Cette analyse a étudié l'effet potentiel d'un déploiement progressif de chacun des trois volets d'intervention (« protection », « prévention » et « traitement ») de même que pour les trois volets combinés, en partant des niveaux de couverture de 2015 pour atteindre 90 % en 2030.