

‘La survie de l’enfant’

Ces dernières décennies, des progrès ont été accomplis dans le monde entier en matière de survie de l’enfant et, en 2006, le nombre total de décès d’enfants de moins de cinq ans est passé pour la première fois dans l’histoire récente au-dessous de la barre des 10 millions. Si le nombre de décès d’enfants diminue à l’échelle mondiale, il augmente depuis les années 1970 sur un continent – l’Afrique*. Actuellement, la moitié des décès d’enfants de moins de 5 ans se produit en Afrique subsaharienne, où l’on n’observe que 22 % des naissances enregistrées dans le monde. Ce déséquilibre est d’autant plus préoccupant que, depuis 1990, plusieurs pays de la région affichent une stagnation, voire une inversion des progrès en matière de survie de l’enfant. La pauvreté extrême, les conflits, le SIDA, l’insécurité alimentaire et les catastrophes naturelles, conjugués à la faiblesse des systèmes de santé, aux ressources limitées et aux problèmes de gouvernance, sont autant d’obstacles à la survie et à la santé des enfants et des mères, qui appellent d’urgence une action concertée. Faute de progrès rapides, le nombre d’enfants africains qui n’atteindront pas leur cinquième anniversaire risque de dépasser largement les quelque 5 millions d’enfants décédés en 2006.

Afin de souligner la nécessité pressante de placer l’Afrique et ses enfants au cœur du programme de développement international, l’UNICEF publie la première édition de *La Situation des enfants en Afrique*. Ce rapport et d’autres éditions régionales à venir complètent *La situation des enfants dans le monde 2008*, en réorientant sa perspective mondiale vers une vision régionale des tendances en matière de survie et de santé de l’enfant, et en décrivant des solutions envisageables – par le biais de programmes, de politiques et de partenariats – pour accélérer les progrès.

Ce rapport commence par un examen de la situation de la survie de l’enfant et des progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs du

Millénaire pour le développement relatifs à la santé, pour chacune des cinq principales sous-régions du continent : Afrique centrale, Afrique de l’Est, Afrique du Nord, Afrique australe et Afrique de l’Ouest. Si l’essentiel de ce rapport porte sur les pays d’Afrique au sud du Sahara, il présente également des études de cas et des analyses de l’Afrique du Nord.

Après avoir présenté cinq grandes priorités pour accélérer les progrès, ce rapport les étudie en détail, une par une, en regard de tableaux illustrant l’expérience africaine. Les priorités examinées, chapitre par chapitre, sont les suivantes :

- Apporter une attention privilégiée aux pays et aux communautés dans lesquels le fardeau de la mortalité infantile est le plus lourd.
- Mettre à profit un siècle d’expérience et d’enseignements.
- Fournir un continuum de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants en regroupant les prestations à garantir aux étapes critiques de leur cycle de vie.
- Renforcer les partenariats et les systèmes de santé communautaires, en privilégiant largement les résultats.
- Améliorer le cadre commun mis au point par les organismes internationaux en faveur de la survie maternelle et infantile, et renforcer les systèmes de santé nationaux pour obtenir des résultats.

APPORTER UNE ATTENTION PRIVILÉGIÉE AUX COMMUNAUTÉS ET AUX PAYS DANS LESQUELS LA MORTALITÉ INFANTILE EST LA PLUS ÉLEVÉE

Le Sahara divise le continent africain, tant sur le plan géographique qu’en ce qui concerne la survie de l’enfant. Si les 5 pays de la région de l’Afrique du Nord (Algérie, Égypte, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc et Tunisie) sont en passe d’atteindre le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement, seule une poignée de pays parmi les 48 pays situés au sud du Sahara

* Pour une définition de l’Afrique et de ses sous-régions, voir p. 6.

peut se targuer des mêmes résultats. Les faits sont éloquentes :

- **L’Afrique subsaharienne** n’a réussi à faire reculer la mortalité des moins de 5 ans que de 14 % entre 1990 et 2006. Pour atteindre l’OMD 4, il faudra qu’elle parvienne au taux annuel de réduction de 10,5 % pour la période allant de 2007 à 2015. Ce serait sans précédent.
- **Cette région** est la seule à avoir enregistré une augmentation du nombre de décès d’enfants au cours des dernières décennies.
- Des quatre sous-régions d’Afrique subsaharienne, **l’Afrique centrale** est celle qui a le moins progressé dans la réduction du nombre global de décès d’enfants depuis 1990. Son taux sous-régional de mortalité des moins de 5 ans est passé de 187 pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 193 décès pour 1000 naissances vivantes en 2006.
- **L’Afrique de l’Ouest**, partie d’un taux de base plus élevé – 215 décès pour 1000 naissances vivantes – a réussi à faire reculer de 15 % son taux de mortalité des moins de 5 ans, pour atteindre 183 décès pour 1000 naissances vivantes en 2006. Cette sous-région a néanmoins enregistré 2,1 millions de décès d’enfants, soit plus de 20 % du total mondial et 42 % du total africain.
- **L’Afrique de l’Est**, qui a enregistré des progrès constants, avec une réduction de 28 % du taux de mortalité des moins de 5 ans entre 1990 et 2006, compte encore 1,5 million de décès d’enfants, soit 30 % du total africain.
- **L’Afrique australe** a affiché une augmentation de 17 % du taux de mortalité des moins de 5 ans pendant la période considérée, en raison principalement de l’impact du SIDA. Toutefois, elle présente encore un nombre absolu de décès d’enfants nettement inférieur à celui des autres sous-régions, soit 8 % du total continental.
- Les pays de la **Corne de l’Afrique** – notamment l’Érythrée et l’Éthiopie – ont bien progressé en matière de survie de l’enfant, ce qui a permis au taux de mortalité des moins de 5 ans de cette sous-région de reculer de 39% depuis 1990. Des progrès plus rapides sont possibles à condition de résoudre les principaux problèmes, notamment l’état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans –

dont près de la moitié souffrent d’une insuffisance pondérale modérée ou sévère.

- Les pays du **Sahel** ont moins progressé, avec une diminution de 11 % seulement du taux de mortalité des moins de 5 ans depuis 1990. L’augmentation du taux d’allaitement exclusivement au sein (actuellement, seul un nourrisson sur 6 est exclusivement nourri au sein durant les 6 premiers mois), contribuerait à améliorer l’état nutritionnel des enfants et leurs chances de survie.

Outre des progrès insuffisants en matière de survie de l’enfant, l’Afrique subsaharienne est en retard par rapport aux autres OMD relatifs à la santé, à savoir :

- Elle progresse insuffisamment par rapport à l’élimination de la pauvreté extrême et de la faim (OMD 1).
- Elle présente des taux de mortalité maternelle (OMD 5) considérés comme très élevés.
- Il lui reste à enrayer la propagation du VIH/SIDA et à commencer à inverser la tendance actuelle (OMD 6).
- Elle n’a guère progressé pour assurer un environnement durable en améliorant l’accès à des systèmes améliorés d’approvisionnement en eau potable et d’assainissement (OMD 7).

En Afrique, un grand nombre de décès d’enfants pourraient être évités. Plus du tiers de ces décès sont dus à la dénutrition maternelle et infantile, et environ 30 % des enfants de moins de 5 ans de cette région souffrent d’une insuffisance pondérale modérée. Avec la flambée actuelle des prix mondiaux des denrées alimentaires, qui accentue le risque de pénuries alimentaires graves, l’état nutritionnel des enfants et des mères devient un problème encore plus pressant pour l’Afrique.

Les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires telles la pneumonie représentent environ 40 % des décès d’enfants en Afrique. Le paludisme, qui est responsable de 18 % des décès d’enfants de moins de 5 ans, est une autre tueuse d’enfants dans cette région, à l’instar du SIDA et, dans une moindre mesure, de la rougeole. Si des progrès ont été enregistrés depuis 1990 dans toute l’Afrique en ce qui concerne l’accès à des sources d’eau potable améliorées, il n’en va pas de

même de l'assainissement. En Afrique centrale et de l'Ouest, le nombre de personnes privées d'accès à des sources d'eau améliorées et à des services d'assainissement de base était plus élevé en 2004 qu'en 1990.

Les progrès insuffisants enregistrés en Afrique subsaharienne par rapport à plusieurs Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé soulèvent de graves préoccupations. On peut néanmoins s'attendre à une accélération des progrès au cours des années à venir, résultant de la progression notoire des résultats et des services en matière de santé, notamment :

- Les progrès rapides en matière de survie de l'enfant enregistrés dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne depuis 1990.
- La baisse remarquable de 91 % du nombre de décès d'enfants dus à la rougeole entre 2000 et 2006.
- Les progrès réalisés en matière de prévention et de traitement du paludisme.
- L'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral pour les mères et les enfants séropositifs.
- L'augmentation des taux d'allaitement exclusif au sein durant les 6 premiers mois.
- La distribution et l'utilisation accrues de suppléments en micronutriments.
- Un consensus grandissant quant au cadre et aux stratégies nécessaires pour accélérer les progrès.

Les défis que doit relever l'Afrique du Nord en matière de survie et de santé de l'enfant ne sont pas les mêmes que ceux de l'Afrique subsaharienne. L'Afrique du Nord dispose de fondements solides sur lesquels elle peut s'appuyer pour aller de l'avant – non seulement pour réaliser l'OMD 4 mais aussi pour aller au-delà, notamment en réduisant les inégalités socio-économiques d'accès aux soins de santé.

L'Afrique subsaharienne devra transformer radicalement ses systèmes de santé au cours des prochaines années, en privilégiant plusieurs domaines prioritaires, tels que l'établissement d'un continuum des soins de santé dans l'espace temporel et géographique, le renforcement des systèmes de santé grâce à des partenariats communautaires, et la mise en place de systèmes de santé axés sur les résultats.

GARANTIR UN CONTINUUM DE SOINS DANS L'ESPACE TEMPOREL ET GÉOGRAPHIQUE

Un continuum de soins regroupe des modules d'interventions sanitaires essentielles pour la mère, le nouveau-né et l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement, la période postnatale et néonatale, ainsi que l'enfance et l'adolescence – chaque intervention s'appuyant sur les succès de l'étape précédente. Le continuum se fonde sur deux dimensions : le temps et le lieu, intégrant les soins administrés à domicile, au sein de la communauté, de proximité et en établissement.

Une série d'interventions qui ont fait leurs preuves et qui permettraient d'éviter la plupart des décès de nouveau-nés a été définie : présence de soignants compétents pendant l'accouchement et soins aux nouveau-nés; soins aux nourrissons souffrant d'une insuffisance pondérale à la naissance; promotion de l'hygiène; prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et traitement pédiatrique; nutrition appropriée (y compris allaitement exclusif au sein au minimum pendant les 6 premiers mois); vaccination pour protéger l'enfant contre les 6 principales maladies évitables; thérapie de réhydratation orale et poursuite de l'allaitement pour combattre les maladies diarrhéiques; antibiotiques pour lutter contre la pneumonie; médicaments et moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir et traiter le paludisme.

Plusieurs programmes adoptant une approche intégrée pour créer un continuum de soins ont été mis en œuvre avec succès en Afrique, comme en témoignent les exemples présentés ci-après. La **Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant** est une initiative récente très prometteuse, qui s'est rapidement étendue en Afrique centrale et de l'Ouest. Elle privilégie trois stratégies de prestation de soins pour élargir la couverture des enfants, des nouveau-nés et des femmes enceintes, en les regroupant en une série d'interventions intégrées et d'un bon rapport coût-efficacité. Selon les données préliminaires recueillies par les équipes sanitaires de district du Ghana, cette approche intégrée – qui regroupe la vaccination, l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et les soins prénatals, a un impact

positif sur la couverture de la vaccination systématique et sur la mortalité des moins de 5 ans. Des moustiquaires imprégnées d'insecticide dont le coût est subventionné sont distribuées dans le cadre des activités vaccination Plus.

RENFORCER LES PARTENARIATS COMMUNAUTAIRES

Donner aux communautés et aux ménages africains les moyens de participer aux soins de santé et à l'alimentation des mères, des nouveau-nés et des enfants est une façon logique d'améliorer les soins, en particulier dans les pays et les communautés où les soins de santé primaire essentiels et les services relatifs à l'environnement font défaut. L'Afrique est riche en exemples de programmes communautaires dans le domaine de la santé et de l'alimentation des mères et des enfants.

- En **Angola**, le Ministère de la santé a défini un module essentiel de services de santé maternelle et infantile mis en œuvre à travers trois grands axes : le réseau de santé publique; les services de proximité et mobiles; et les activités communautaires. Un réseau d'agents de santé communautaire est en train d'être mis sur pied pour promouvoir ce module et fournir aux familles l'assistance de base dont elles ont besoin.
- Les initiatives communautaires en matière de nutrition lancées en **Éthiopie**, au **Malawi**, ainsi que dans le nord et le sud du **Soudan** entre 2001 et 2005 ont permis d'atteindre des taux de guérison de 78 % pour les enfants souffrant de dénutrition sévère et de ramener les taux de mortalité qui se situaient entre 20 et 39 % à seulement 4,3 %.
- Au **Ghana**, un programme de réforme ambitieux, lancé par le gouvernement au début des années 1990 dans le domaine de l'eau, a entraîné la progression spectaculaire d'un système qui ne parvenait pas à répondre aux besoins, notamment dans les zones rurales. La responsabilité de l'approvisionnement en eau a été transférée aux autorités locales et aux communautés rurales. Cette approche participative a permis d'élargir considérablement l'accès à l'eau, qui est passé de 55 % en 1990 à 75 % en 2004, et qui continue à s'améliorer.

- En 2000, le Gouvernement du **Niger** a commencé à établir 2000 postes de santé communautaire, qui non seulement fournissent des antibiotiques, des sels de réhydratation orale et d'autres éléments essentiels dans une panoplie sanitaire de base, mais font également de la prévention en administrant des micronutriments, en surveillant la croissance des enfants et en fournissant des moustiquaires imprégnées d'insecticide. En outre, les agents de santé communautaire assignés à ces postes donnent des informations et des conseils.
- Le **Togo** s'est servi de l'infrastructure et du personnel existants en matière de vaccination contre la rougeole pour offrir un module intégré d'interventions sanitaires. Ce module englobe le vaccin contre la rougeole, le vaccin antipoliomyélitique oral, une moustiquaire imprégnée d'insecticide et une pastille de mébendazole (un vermifuge) par enfant, et vise à atteindre 95 % des enfants.

Ces exemples illustrent l'ampleur des partenariats communautaires déjà en place mais il reste encore beaucoup à faire. Deux éléments clés peuvent aider à maintenir et appuyer de tels partenariats en Afrique : un soutien actif aux systèmes de santé provinciaux et de district, et l'intégration de programmes communautaires dans les politiques et les plans gouvernementaux.

DÉVELOPPER LES SYSTÈMES DE SANTÉ NATIONAUX POUR OBTENIR DES RÉSULTATS

Afin de compléter les mesures nécessaires au macro-niveau pour mettre en place un continuum de soins, et d'étayer le renforcement des partenariats communautaires, d'autres mesures doivent être prises pour renforcer les systèmes de santé nationaux en Afrique et, tout particulièrement, en Afrique subsaharienne.

L'approche du « développement des systèmes de santé pour obtenir des résultats » a pris une importance accrue depuis quelques années. Cette nouvelle approche conjugue les mérites des approches sélectives/verticales et des approches globales/horizontales. Elle privilégie l'expansion d'interventions et de pratiques à fort impact et ayant fait leurs preuves dans le domaine de la santé, de la nutrition, du VIH et du SIDA, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, et s'efforce

d'éliminer les goulets d'étranglement systémiques dans la prestation et l'utilisation des services de santé.

Le Cadre stratégique pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la survie de l'enfant en Afrique

La Situation des enfants en Afrique 2008 reprend le cadre stratégique préparé conjointement par l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale – à la demande de l'Union africaine – pour aider les pays africains et d'autres pays à réduire la mortalité maternelle et infantile. Ce cadre analyse les goulets d'étranglement qui restreignent l'intensification de mesures essentielles pour 16 pays, définit des stratégies pour surmonter ces obstacles, et préconise fortement l'utilisation des OMD liés à la santé et d'autres indicateurs comme critères pour les initiatives de renforcement des systèmes de santé. Ce cadre appelle à :

- Des données solides pour orienter les politiques et les programmes.
- Un changement pour regrouper les interventions axées sur des maladies spécifiques et sur la nutrition dans des modules d'interventions intégrées pour garantir un continuum de soins.
- L'intégration de la santé et de la nutrition de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans les processus de planification stratégique nationaux afin d'intensifier et de renforcer les systèmes de santé.
- La recherche de solutions à la crise des ressources humaines dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne, où on manque de plus de 850 000 agents de santé.
- Une amélioration de la qualité et des ressources financières suffisantes et prévisibles pour renforcer les systèmes de santé.
- Un engagement politique en faveur des approches qui privilégient le continuum de soins.
- Une harmonisation des programmes et des partenariats mondiaux pour la santé.

Ce cadre insiste sur la nécessité de réaligner les programmes en précisant les panoplies d'interventions nécessaires, en établissant des

repères et des cibles en matière de couverture et prestation, et en offrant un ensemble de services mis en œuvre à travers les trois grands axes suivants :

- **Des services familiaux et communautaires** – fournis régulièrement par des agents communautaires de la nutrition et de la santé, sous la surveillance ponctuelle de professionnels qualifiés.
- **Des services réguliers à la population** – fournis par un personnel sanitaire qualifié ou semi-qualifié, y compris des aides soignantes, des accoucheuses et d'autres personnels paramédicaux, dans des cliniques mobiles ou des centres de santé.
- **Des services cliniques individuels** – à savoir, des interventions qui requièrent la présence d'agents de santé hautement qualifiés, y compris des sages-femmes, des infirmières ou des médecins, disponibles en permanence.

L'amélioration de ces trois types de services pourrait, au fil du temps, avoir un effet spectaculaire sur la réduction de la mortalité infantile dans la région. Le cadre stratégique décrit une approche en trois phases, fondée sur un ensemble minimum, un ensemble élargi et un ensemble maximum de services. Sur cette base, les arguments en faveur des investissements pour la survie et la santé des enfants et des mères en Afrique subsaharienne sont à la fois abordables et réalisables, le coût de l'ensemble maximum d'interventions essentielles pour réduire d'environ 60 % les taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans étant estimé entre 12 et 15 dollars É.-U. par habitant, soit environ 2 500 dollars par vie sauvée.

S'UNIR POUR LA SURVIE DES ENFANTS EN AFRIQUE

Les progrès manifestes enregistrés en ce qui concerne la réduction de la mortalité infantile en Afrique du Nord au cours des dernières décennies, les avancées remarquables de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, l'élargissement rapide de quelques interventions préventives clés, et le cadre stratégique préparé conjointement par plusieurs organismes internationaux pour la survie de l'enfant en Afrique, permettent d'envisager la lutte contre la mortalité et les maladies sur le continent africain avec un certain optimisme. Mais

il faudra un sérieux coup de collier pour passer de l'optimisme à l'action et de la rhétorique à la réalité.

Il ne faut pas sous-estimer le défi que représente la survie de l'enfant en Afrique. En termes simples, l'Afrique subsaharienne doit relever un défi sans précédent pour atteindre l'OMD 4 d'ici à 2015 – réduire le taux de mortalité des moins de 5 ans de 61 % par rapport aux chiffres de 2006, à savoir, 160 décès pour 1000 naissances vivantes. Les perspectives s'annoncent particulièrement difficiles pour l'Afrique centrale et l'Afrique australe, deux régions où les taux globaux de mortalité des moins de 5 ans ont augmenté ces dernières années. Il s'agit pour ces deux sous-régions d'arrêter puis d'inverser la vague montante des décès des moins de 5 ans, en s'attaquant aux facteurs qui affectent l'instauration de conditions favorables – notamment les troubles civils en Afrique centrale et la pandémie de SIDA en Afrique australe. Faute d'améliorations rapides et durables dans ces domaines, les efforts déployés pour réduire la mortalité infantile en élargissant la couverture des soins préventifs et curatifs pour les enfants risquent d'être réduits à néant. Il incombe dorénavant à l'Afrique de l'Est (y compris Djibouti et le Soudan), et à l'Afrique de l'Ouest, de tirer parti des progrès modérés enregistrés depuis 1990 en matière de réduction de la mortalité infantile.

Une amélioration rapide de la survie de l'enfant n'est pas impossible en Afrique subsaharienne. Les Objectifs du Millénaire pour le développement n'ont pas été imaginés par un groupe d'utopistes mais sont le fruit des réflexions rigoureuses et des calculs précis d'éminents hommes et femmes politiques, spécialistes du développement, économistes et scientifiques, et représentent à

l'heure actuelle notre meilleur espoir d'accélérer les progrès du développement humain en Afrique. *La Situation des enfants en Afrique 2008* décrit les succès remportés sur le continent africain en matière de santé maternelle et infantile, rendus possibles par les effets conjugués d'un leadership engagé, de stratégies viables et d'une action concertée entre tous les acteurs.

L'amélioration de la survie et de la santé des mères et des enfants en Afrique appelle un effort accru pour intensifier les interventions essentielles de soins de santé primaire, créer un continuum durable de soins et établir des systèmes de santé axés sur les résultats. Des investissements d'envergure seront également nécessaires dans tous les secteurs du système de santé – de la communauté au foyer, des services de proximité aux établissements de santé, tout particulièrement dans les pays et les communautés qui ont pris le plus de retard. Pour réaliser les objectifs fixés, la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant doit devenir un impératif régional et être placée au cœur du programme de développement international pour l'Afrique aux plus hauts niveaux.

Il s'agit de sortir de notre léthargie, d'oublier les promesses non tenues du passé, et d'unir nos efforts en faveur de la survie des mères et des enfants. Les 147 millions d'enfants de moins de 5 ans qui vivent sur le continent africain comptent sur nous pour assurer leur santé et leur développement. Il est temps de s'approprier l'objectif de la santé et de la survie des mères et des enfants en Afrique, avec un regain d'énergie et une vision plus précise, dans le respect des principes de justice sociale et du caractère sacré de la vie.

Sous-régions et régions d'Afrique*

Afrique du Nord

Algérie; Égypte; Jamahiriya arabe libyenne; Maroc; Tunisie

Afrique centrale

Cameroun; Congo; Gabon; Guinée équatoriale; République centrafricaine, République démocratique du Congo; Sao Tomé-et-Principe, Tchad

Afrique de l'Est[‡]

Burundi; Comores; Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Kenya; Madagascar; Malawi; Maurice; Mozambique; Ouganda; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Seychelles; Somalie; Soudan

Afrique australe

Afrique du Sud; Angola; Botswana; Lesotho; Namibie; Swaziland; Zambie; Zimbabwe

Afrique de l'Ouest

Bénin; Burkina Faso; Cap-Vert; Côte d'Ivoire; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Libéria; Mali; Mauritanie; Niger; Nigéria; Sénégal; Sierra Leone; Togo

Corne de l'Afrique

Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Somalie

Sahel

Burkina Faso; Cap-Vert; Gambie; Guinée-Bissau; Mali; Mauritanie; Niger; Sénégal; Tchad

Afrique subsaharienne

Afrique du Sud; Angola; Bénin; Botswana; Burkina Faso; Burundi; Cameroun; Cap-Vert; Comores; Congo; Côte d'Ivoire; Érythrée; Éthiopie; Gabon; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Kenya; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Mali; Mauritanie; Maurice; Mozambique; Namibie; Niger; Nigéria; Ouganda; République centrafricaine; République démocratique du Congo; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Somalie; Swaziland; Tchad; Togo; Zambie; Zimbabwe

* Les classifications sous-régionales et régionales ont été compilées pour ce rapport particulier et peuvent ne pas être strictement conformes aux regroupements régionaux habituels de l'UNICEF.

[‡] Sous-région de l'UNICEF plus Djibouti et le Soudan.