



# **CADRE STRATÉGIQUE** POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DE L'ANÉMIE EN AFRIQUE

---

FÉVRIER. 2025

## **AVERTISSEMENT**

Tous droits réservés. La reproduction et/ou la diffusion des informations contenues dans ce document à des fins éducatives ou à d'autres fins non commerciales sont autorisées sans autorisation écrite préalable des détenteurs des droits d'auteur, à condition que la source soit pleinement mentionnée. La reproduction et la diffusion des informations contenues dans ce document à des fins de ventes ou commerciales sont interdites, sauf autorisation écrite préalable des détenteurs des droits d'auteur. Les demandes d'autorisation doivent être adressées à : -

Le Directeur, Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social, Siège de l'Union africaine, P.O. Box 3243, Roosevelt Street W21K19 Addis-Abeba, Éthiopie Tél. : +251 11 551 77 00 Fax : +251 11 551 78 44

© AUC

## Table des matières

Avant propos.....	v
Remerciements.....	vii
Contexte.....	1
Étiologie de l'anémie.....	1
Principales causes d'anémie en Afrique.....	3
Causes directes.....	3
Facteurs de risque intermédiaires et sous-jacents de l'anémie.....	5
Cadre stratégique pour la prévention et la gestion de l'anémie.....	6
Justification de l'élaboration du cadre stratégique.....	6
Le processus d'élaboration du cadre stratégique.....	6
But et objectif du cadre stratégique.....	7
Domaines de mesures prioritaires à prendre en compte.....	7
Domaine d'action 1 : Analyser les données sur les causes et les facteurs de risque de l'anémie pour une prise de décision efficace.....	9
Action Domaine d'action 2 : Prioriser les interventions préventives et thérapeutiques clés.....	11
Domaine d'action 3 : Améliorer les plateformes intégrées de prestation de services pour la prévention et le contrôle de l'anémie dans tous les secteurs.....	21
Domaine d'action 4 : Renforcer la gouvernance, le leadership, les partenariats, la communication et la coordination à tous les niveaux.....	23
Domaine d'action 5 : Améliorer la production et la diffusion de connaissances fondées sur des données probantes en matière de prévention et de contrôle de l'anémie.....	28
Suivi des progrès réalisés en matière de réduction de l'anémie en Afrique.....	30
La marche à suivre.....	34
Références.....	36
Annexes.....	43
<b>Annexe 1 : Causes directes de l'anémie et lacunes dans les données, par États membres de l'Union africaine (données issues de l'analyse du paysage, sauf indication contraire).....</b>	<b>43</b>
Annexe 2 : Principales causes d'anémie basées sur les années vécues avec un handicap (AVH) pour 100 000 habitants pour les femmes de tous âges dans les régions de l'UA, y compris les États membres.....	46

## Acronymes et abréviations

AF	Anémie ferriprive
AMS	Assemblée mondiale de la santé
AVH	Années vécues avec un handicap
CRE	Communautés économiques régionales
CUA	Commission de l'Union africaine
DHS	Enquête démographique et de santé
EGIM	Enquête par grappes à indicateurs multiples
G6PD	Glucose-6-phosphate déshydrogénase
GDQS	Score mondial relatif à la qualité de l'alimentation
HPP	Hémorragie post-partum
IFA	Suppléments de fer et d'acide folique
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
MTN	Maladies tropicales négligées
OMS	Organisation mondiale de la santé
PID	Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent
PMN	Poudres de micronutriments multiples
SAS	Stratégie africaine pour la santé
SP	Soin prénatal
SRAN	Stratégie régionale africaine pour la nutrition
TB	Tuberculose
TPI	Traitement préventif intermittent
TPIg	Traitement préventif intermittent pendant la grossesse
UA	Union Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Avant propos

La Commission de l'Union africaine (UA) reconnaît le besoin urgent d'accélérer les progrès dans le domaine de la réduction de l'anémie grâce à des approches multisectorielles fondées sur des données probantes qui s'alignent sur les objectifs de santé et de développement économique du continent. L'anémie impose de lourds fardeaux sociaux et économiques sur les communautés., d'où l'importance du thème de l'année 2022 de l'Union africaine (UA) sur la nutrition. La mise en œuvre de ce thème a permis l'élaboration du Cadre stratégique pour la prévention et la gestion de l'anémie en Afrique. Ce cadre stratégique sert d'outil essentiel pour l'élaboration de plans nationaux et de plans d'action visant à réduire l'anémie dans les États membres de l'UA.

La Stratégie régionale africaine pour la nutrition (SRAN) 2016-2025 vise à réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Toutefois, elle ne dispose pas d'une stratégie spécifique pour atteindre cet objectif. Les données actuelles montrent que l'intégration des interventions contre l'anémie dans des programmes particuliers à chaque maladie n'a pas suffisamment réduit la prévalence de l'anémie. Par conséquent, l'adoption d'une approche coordonnée, avec des mécanismes de responsabilisation solides et adaptés à l'anémie est indispensable. Le présent cadre stratégique comble cette lacune en abordant l'anémie comme un problème de santé publique qui exige une action simultanée adaptée aux contextes locaux, différente des cadres existants.

En cohérence avec la SRAN 2016-2025, la SRAN 2026-2035, vise également une réduction de 50 % de l'anémie chez les adolescentes et les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) d'ici 2035 en Afrique, conformément à l'aspiration 1 de l'Agenda 2063 de l'UA qui envisage des citoyens bien nourris et en bonne santé. En 2023, l'anémie touchait 38 % des femmes âgées de 15 à 49 ans, 44 % des femmes enceintes et 57 % des enfants âgés de 6 à 59 mois en Afrique, avec des taux plus élevés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Les variations de prévalence selon l'âge et le sexe soulignent la nécessité d'approches nuancées qui tiennent compte des causes de l'anémie en Afrique.

La Stratégie africaine de la Santé (SAS) 2016-2030 et la SRAN 2016-2025 mettent l'accent sur l'engagement de l'Union Africaine à améliorer les résultats en matière de nutrition et de santé dans les États membres, conformément aux aspirations de l'Agenda 2063. Ce cadre stratégique soutient l'objectif de la SAS de réduire la morbidité et la mortalité évitables dues aux maladies transmissibles et non transmissibles, contribuant ainsi aux progrès de la santé sur le continent. En outre, il s'aligne sur l'objectif mondial de nutrition fixé par l'Assemblée mondiale de la santé en 2012. Malgré les efforts des États membres seuls dix-sept (17) pays ont enregistré des progrès significatifs en 2021.

L'objectif principal du cadre stratégique est de proposer des actions bien déterminées, fondées sur des données probantes pour réduire la prévalence de l'anémie dans les États membres de l'UA. Il vise à guider l'élaboration de plans d'action nationaux personnalisés et chiffrés, dotés de cadres de suivi, d'évaluation solides et de mécanismes de responsabilisation. Les cinq domaines d'action prioritaires du cadre stratégique, soumis à l'examen des États membres de l'UA, sont les suivants :

1. L'analyse des données sur les causes et les facteurs de risque de l'anémie pour une prise de décision efficace.
2. La priorisation de interventions préventives et thérapeutiques clés.
3. L'amélioration des plateformes intégrées de prestation de services pour la prévention et le contrôle de l'anémie dans tous les secteurs.
4. Le renforcement de la gouvernance, du leadership, des partenariats, de la communication et de la coordination à tous les niveaux.
5. L'amélioration de production et de la diffusion de connaissances fondées sur des données probantes en matière de prévention et de contrôle de l'anémie.

Ce cadre stratégique a été élaboré selon un processus rigoureux, avec une analyse complète du paysage et des consultations avec les parties prenantes, y compris les États membres de l'UA, les Communautés Économiques Régionales (CERs) et les partenaires, et peaufiné avec l'expertise technique d'un Groupe consultatif technique composé de la Commission de l'Union Africaine, de Nutrition International et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La Commission de l'UA assurera la coordination des efforts, harmonisera les plans nationaux et soutiendra la mise en œuvre du cadre stratégique par le biais du renforcement des capacités, du partage des connaissances, du plaidoyer et des mécanismes de responsabilisation.

La collaboration avec l'Agence de Développement de l'Union Africaine-Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (AUDA-NEPAD), le Centre Africain de Contrôle et de Prévention des Maladies (CDC Afrique), les CERs et les États membres, est essentielle pour une mise en œuvre, un suivi et une évaluation réussis.

Pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif nutritionnel mondial en vue de la réduction de l'anémie, les États membres sont encouragés à adopter un ensemble d'indicateurs de base alignés sur le cadre conceptuel afin d'accélérer la réduction de l'anémie en Afrique. Ces indicateurs, bien que non exhaustifs, visent à guider les efforts nationaux de suivi et d'évaluation. En outre, les efforts visant à identifier et à diffuser les meilleures pratiques faciliteront l'intensification des interventions réussies et garantiront la responsabilisation en vue de l'atteinte des objectifs continentaux de réduction de l'anémie.

L'anémie demeure un problème persistant qui impacte négativement la santé des populations, avec des répercussions multiformes sur développement socio-économique du continent. Pour faire face à ce problème en Afrique, il faut une réponse multisectorielle globale, coordonnée et adaptée au contexte. Grâce à des efforts collectifs guidés par le présent cadre stratégique, nous pouvons atténuer efficacement l'impact de l'anémie et progresser vers une Afrique plus saine et plus prospère, l'Afrique que nous voulons.



**S.E. Amb. Minata Samate Cessouma**  
Commissaire à la Santé, aux Affaires humanitaires et au Développement social  
Commission de l'Union africaine

## Remerciements

La Commission de l'Union africaine (CUA), le Département de la santé, le développement social et des affaires humanitaires, souhaitent exprimer leur profonde gratitude à toutes les personnes et les organisations dont le dévouement et l'expertise ont joué un rôle crucial dans l'élaboration du Cadre stratégique pour la prévention et la gestion de l'anémie en Afrique.

Ce parcours a commencé par une analyse exhaustive du paysage de la prévalence de l'anémie et de ses déterminants sur le continent africain. Ce travail fondamental a été enrichi d'abord par un examen rigoureux et par des informations techniques provenant de consultations avec les États membres de l'Union africaine (UA), les communautés économiques régionales (CER) et les partenaires au développement. Nous adressons nos sincères remerciements à toutes les parties prenantes qui avec leurs précieuses contributions ont permis que le Cadre stratégique reflète des perspectives diverses et relève des défis importants.

La CUA est profondément reconnaissante au Groupe consultatif technique, composé de représentants estimés de la CUA – Gertrude Masautso Kara et Prisilla Wanjiru; Nutrition International (NI) – Daniel Lopez de Romana, Alison Mildon et Jacqueline Kung'u; et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – Lisa Rogers, Hannah Bekele et Mayur Mandalia. Leurs conseils et leur expertise ont été fondamentaux tout au long de l'élaboration du Cadre stratégique.

Enfin, nous remercions tout particulièrement Nutrition International pour le soutien financier qui a permis l'élaboration de ce Cadre stratégique.

Cet effort de collaboration souligne l'engagement commun qui vise à réduire l'anémie et à améliorer les résultats en matière de santé en Afrique. Ensemble, nous nous engageons à mettre en œuvre ce Cadre stratégique pour obtenir un impact durable et contribuer à la santé et au bien-être de nos communautés.

## Contexte

L'anémie est une maladie caractérisée par de faibles taux de globules rouges sains ou d'hémoglobine, la molécule des globules rouges responsable du transport de l'oxygène vers les tissus de l'organisme (1). Le faible apport en oxygène qui en résulte provoque de la fatigue, de la faiblesse et réduit de la capacité de travail dans tous les groupes d'âge (2). De plus, l'anémie pendant la grossesse augmente le risque d'issues défavorables de la grossesse, et l'anémie dans la petite enfance compromet le développement cognitif et moteur (3,4). L'anémie a donc des conséquences sanitaires, sociales et économiques importantes pour les individus, les ménages et les populations.

Le continent africain souffre en proportion élevée de la charge mondiale de l'anémie. En 2023, les données sur l'anémie montraient que 38 % des femmes de 15 à 49 ans, 44 % des femmes enceintes et 57 % des enfants de 6 à 59 mois étaient touchés (5). La prévalence de l'anémie varie entre les États membres et les sous-régions et au sein de ceux-ci, les taux les plus élevés se situant en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. La prévalence de l'anémie varie également selon l'âge et le sexe des individus, les taux étant plus élevés chez les enfants de 6 à 59 mois et les femmes, ce qui témoigne peut-être des différences d'étiologie qui peuvent exister entre les pays et au sein de ceux-ci. L'analyse des données du projet Global Burden of Disease (charge mondiale de morbidité) indique qu'en 2021, le nombre d'années vécues avec un handicap (AVH), une mesure qui reflète l'impact d'une maladie sur la qualité de vie avant qu'elle ne se résorbe ou n'entraîne la mort, en raison de l'anémie était élevé dans tous les États membres africains à l'exception de 10 états (6). Les AVH estimées dues à l'anémie sont les plus élevées en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale (1 540,8 et 962,6 respectivement), ce qui correspond à la charge plus élevée de l'anémie dans ces régions (6).

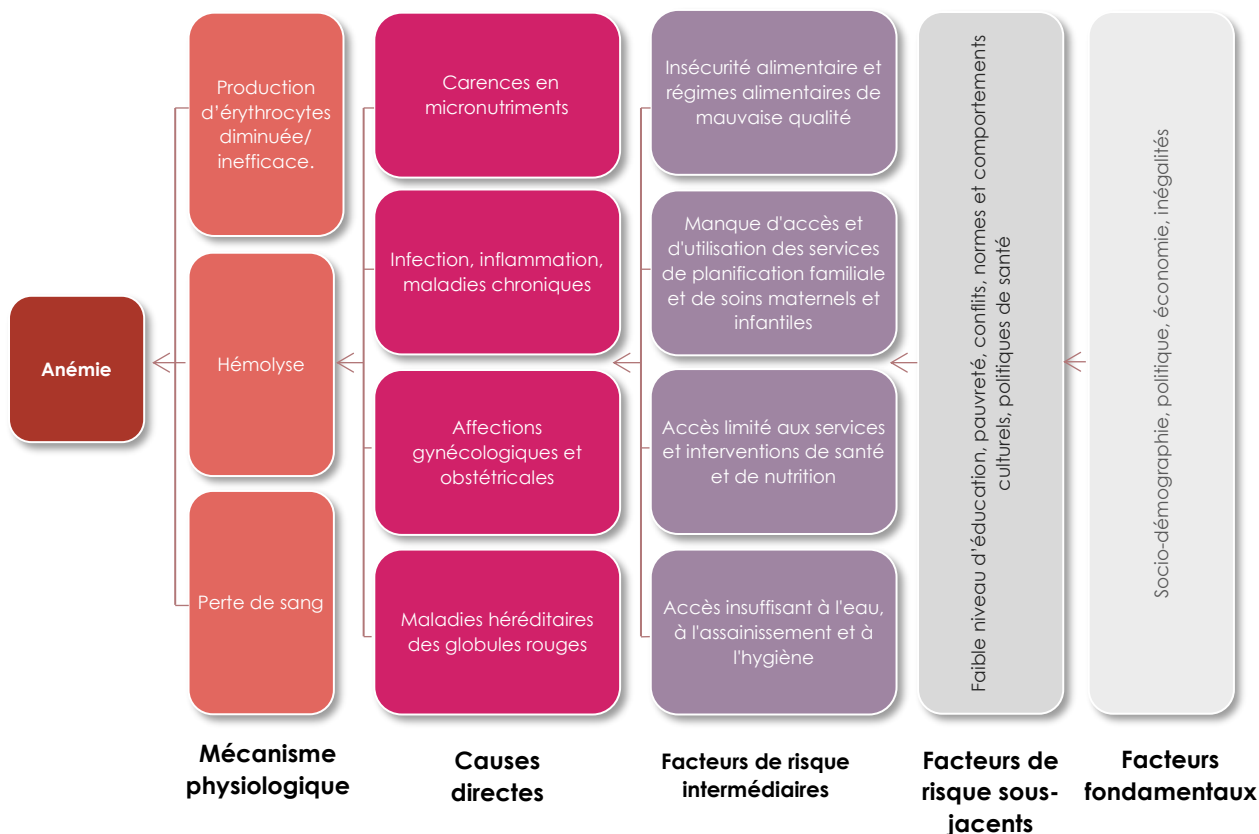
La Stratégie africaine de la santé (SAS) 2016-2030 et la Stratégie régionale africaine pour la nutrition (SRAN) 2016-2025 expriment l'engagement de l'Union africaine (UA) à améliorer l'état nutritionnel et sanitaire de la population des États membres de l'UA (7,8) conformément à l'Agenda 2063, « l'Afrique que nous voulons », qui appelle à *des individus en bonne santé et bien nourris*. L'objectif de la SAS est de réduire la morbidité et de mettre fin à la mortalité évitable due aux maladies transmissibles et non transmissibles et à d'autres affections. Cet objectif définit la mission continentale d'amélioration de la santé à laquelle ce Cadre stratégique cherche à contribuer. L'ARNS comprend un objectif de réduction de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) de 50 % par rapport aux niveaux de référence de 2012 d'ici 2025, s'alignant ainsi sur l'objectif nutritionnel mondial pour la réduction de l'anémie adopté par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) en 2012 (9). En 2021, tous les États membres de l'UA étaient en bonne voie pour atteindre l'ARNS et l'objectif mondial de nutrition visant à réduire l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans), 17 États membres ayant réalisé des progrès vers l'objectif et 36 États membres n'ayant montré aucun progrès vers l'objectif (10,11).

## Étiologie de l'anémie

L'un des principaux défis à relever pour réduire l'anémie est son étiologie complexe (Figure 1). Trois mécanismes physiologiques expliquent le développement de l'anémie : la production inefficace de globules rouges (érythrocytes), la destruction des globules rouges (hémolyse) et la perte de sang (12). Une variété de pathologies sont directement à l'origine d'un ou plusieurs de ces mécanismes, notamment les carences en micronutriments, les infections, l'inflammation et les maladies chroniques, les affections gynécologiques et obstétricales et les troubles héréditaires des globules rouges. Les facteurs de risque des causes directes de l'anémie comprennent l'insécurité alimentaire et les régimes alimentaires de mauvaise qualité, le manque d'accès et d'utilisation des services de planification

familiale et de soins maternels et infantiles, l'accès et l'utilisation limités des services et d'interventions de santé et de nutrition, et l'accès limité à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène. Les facteurs de risque sous-jacents comprennent la pauvreté, le niveau d'éducation peu élevé, les environnements insalubres et les inégalités entre les sexes. Les principales causes de l'anémie coexistent souvent au sein des individus et des populations. La carence en fer est largement reconnue comme étant la principale cause d'anémie à l'échelle mondiale. Toutefois, les interventions en fer peuvent s'avérer inefficaces pour réduire le fardeau de l'anémie si d'autres causes non liées, telles que l'infection, l'inflammation chronique et d'autres carences en micronutriments, ainsi que les raisons sous-jacentes de la carence en fer ne sont pas traitées (6). En raison des facteurs déterminants complexes et multicouches de l'anémie, une prévention et un contrôle efficaces nécessitent la mise en œuvre coordonnée d'un ensemble d'interventions multisectorielles et spécifiques au contexte. Cela s'aligne sur les approches stratégiques de la SAS 2016-2030, qui mettent l'accent sur le renforcement des systèmes de santé, l'intensification des interventions sanitaires, l'action intersectorielle impliquant les acteurs étatiques et non étatiques au-delà du secteur de la santé et les communautés autonomes (7).

Figure 1. Cadre conceptuel pour l'étiologie de l'anémie.



## Principales causes d'anémie en Afrique

Cette section fournit un résumé des causes directes de l'anémie sur le continent africain, tiré des conclusions de l'analyse du paysage qui a été menée pour éclairer le présent Cadre stratégique pour la prévention et la gestion de l'anémie en Afrique (5). Une brève discussion des causes sous-jacentes est également incluse; cependant, le Cadre stratégique se concentre principalement sur la lutte contre les causes directes. L'annexe 1 fournit la prévalence des causes directes de l'anémie au niveau national et met en évidence les lacunes qui existent dans les données, tandis que l'annexe 2 met en évidence les données de l'analyse de la charge mondiale de morbidité, illustrant que la carence en fer alimentaire semble être l'une des principales causes d'anémie chez les femmes dans toutes les régions d'Afrique.

### Causes directes

#### 1. Carences en micronutriments

Les données sur la prévalence des carences en micronutriments qui constituent des facteurs de risque d'anémie sont limitées, mais les données disponibles montrent de grandes variations entre les États membres et des taux extrêmement élevés dans certains contextes. En 2022, une analyse basée sur des enquêtes nationales représentatives de la population, qui ont recueilli des données sur les biomarqueurs des micronutriments, a estimé que 80 % des femmes non enceintes (soit 161 millions) et 64 % des enfants de 6 à 59 mois dans les États membres d'Afrique présentaient une carence en au moins un des trois micronutriments évalués (fer, zinc et folate) (13). En outre, les données disponibles jusqu'en juin 2023 sur la prévalence de l'anémie ferriprive (IDA), mesurée au cours des dix dernières années dans des échantillons représentatifs de la population, indiquent que la carence en fer peut être un facteur contribuant à l'anémie sur le continent : 29 à 39 % chez les enfants de moins de cinq ans (13 pays), 7 à 26 % chez les femmes enceintes (3 pays) et 2 à 28 % chez les femmes non enceintes (10 pays) (14). Les données de l'analyse de la charge mondiale de morbidité 2021 confirment que la carence en fer alimentaire est l'une des principales causes d'anémie chez les femmes en Afrique (6). Peu d'États membres ont collecté des données représentatives sur la prévalence des carences en zinc (6 pays), en folate (10 pays), en vitamine B12 (8 pays) ou en vitamine A (14 pays). Les principales raisons courantes des carences en micronutriments sont l'insécurité alimentaire et la diversité alimentaire limitée, qui entraînent un apport insuffisant en micronutriments, et des taux élevés d'infection et d'inflammation, qui inhibent à la fois l'absorption et l'utilisation des micronutriments et augmentent les pertes.

#### 2. Infection, inflammation et maladie chronique

Les infections particulièrement importantes pour leur contribution à l'anémie comprennent le paludisme, les géohelminthes, la schistosomiase, le VIH et la tuberculose. L'analyse de la charge mondiale de morbidité a révélé que le VIH était le deuxième plus grand contributeur aux années vécues avec un handicap (AVH) liées à l'anémie (après la carence en fer) en Afrique australe (6). Le continent africain représente plus des deux tiers (25,6 millions) des personnes vivant avec le VIH dans le monde et a accueilli environ 20 % des nouveaux cas de tuberculose en 2021 (2,5 millions) (15,16).

Dans les zones d'endémie, le paludisme est probablement la cause principale pour l'anémie, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans, car le continent abrite 95 % de la charge mondiale des cas de paludisme et 96 % des décès dus au paludisme (17). La charge des autres infections parasitaires est également élevée sur le continent. Ces infections passent parfois inaperçues et provoquent une anémie soit directement par perte de sang, soit indirectement par suppression de la moelle osseuse, inflammation, hypersplénisme, hémolyse ou anorexie. L'anémie est particulièrement fréquente chez les personnes infectées par *Schistosoma* ou des géohelminthes, y compris les infections par ankylostomes, qui contribuent de manière significative à l'anémie. Le trichocéphale (*Trichuris trichiura*) provoque également des pertes de sang intestinales, et les écoliers atteints de graves infections ont par conséquent une prévalence plus élevée à l'anémie (18).

### **3. Affections gynécologiques et obstétricales**

L'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans est fortement affectée par la perte de sang résultant de saignements menstruels abondants et d'hémorragies post-partum (HPP). Bien que les données sur les saignements menstruels abondants chez les femmes en Afrique soient rares, des études menées dans d'autres régions ont signalé une prévalence de 20 à 40 % (19 à 22). L'HPP survient chez environ 6 % des femmes qui accouchent dans le monde, avec des taux plus élevés, jusqu'à 10,5 %, signalés dans certains États membres d'Afrique (23,24). Ce taux plus élevé reflète plusieurs facteurs, notamment la prévalence élevée d'anémie préexistante chez les femmes enceintes, une pénurie de professionnels de santé et une lacune actuelle dans la mise en œuvre des directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la prise en charge de l'HPP (25,26). Les fibromes utérins, des tumeurs bénignes courantes qui peuvent affecter les femmes au début de la ménopause, ont été associés à des saignements utérins anormaux (27). À l'échelle mondiale, les fibromes utérins peuvent toucher jusqu'à 70 % des femmes en âge de procréer (27), 20 à 50 % des cas présentant des symptômes de saignements abondants (28), qui peuvent entraîner une anémie ferriprive. Sur le continent africain, la prévalence varie, allant de 1 800 à 15 600 cas pour 100 000 femmes (29).

### **4. Troubles héréditaires des globules rouges**

Les maladies héréditaires des globules rouges, qui touchent environ 5 % de la population mondiale, sont plus fréquentes sur le continent africain, où environ 18 % de la population est touchée (30). Cette prévalence plus élevée peut être liée à l'interaction entre ces troubles et l'endémicité du paludisme, car elles semblent offrir une certaine protection contre les infections paludiques (30). Les principales maladies héréditaires des globules rouges contribuant à la prévalence de l'anémie sur le continent sont la drépanocytose et le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) (31). Plus des deux tiers des 120 millions de personnes touchées par la drépanocytose dans le monde résident dans les États membres de l'UA (32). Le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) touche environ 400 millions de personnes (33), les taux de prévalence moyens les plus élevés ayant été signalés dans les pays africains (7,5 %), suivis des pays du Moyen-Orient (6 %). Des taux de prévalence supérieurs à 15 % ont été signalés pour la République du Libéria, la République de Côte d'Ivoire, la République du Ghana, la République fédérale du Nigéria, la République gabonaise, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie, la République du Mozambique

et la République de Madagascar, et des taux de prévalence supérieurs à 20 % ont été signalés pour la République centrafricaine et la République fédérale de Somalie (31).

### Facteurs de risque intermédiaires et sous-jacents de l'anémie

Les causes directes de l'anémie sont sous-jacentes à des facteurs environnementaux complexes, systémiques et sociopolitiques qui non seulement augmentent le risque, mais entravent également les progrès en matière de prévention et de contrôle de l'anémie. Il s'agit des facteurs de risque « intermédiaires » et « sous-jacents » mentionnés dans le cadre conceptuel de l'OMS pour l'étiologie de l'anémie (Figure 1). Les facteurs de risque intermédiaires critiques sur le continent africain sont liés à la stabilité et à l'efficacité des systèmes d'alimentation, de santé, d'eau, d'hygiène et d'assainissement.

- Insécurité alimentaire et mauvaise qualité des régimes alimentaires : en 2020, la prévalence de l'insécurité alimentaire modérée ou sévère en Afrique était de près de 60 %, compromettant la qualité de l'alimentation et l'état nutritionnel (34).
- Manque d'accès et d'utilisation des services de planification familiale, de soins maternels et infantiles : la couverture de quatre visites de soins prénatals ou plus variait de 24 à 87 % dans les États membres de l'UA entre 2015 et 2021, avec des chiffres similaires pour la proportion des besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes de contraception modernes en 2020 (35).
- Accès limité aux services et interventions de santé et de nutrition : en termes de services de santé essentiels, le continent africain obtient un score de 50/100 dans l'indice de couverture des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les États membres individuels obtenant un score compris entre 17 et 86 (36).
- Accès insuffisant à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène : L'accès à des services d'eau potable et d'assainissement gérés en toute sécurité est insuffisant pour plus de 60 % de la population du continent (37).

Ces défis systémiques sont influencés et plus aggravés par des facteurs de risque sous-jacents, tels que la pauvreté, l'inégalité des sexes et l'éducation. Certains États membres ont la plus forte proportion de chômeurs et de personnes sous-employées au monde, avec environ 433 millions de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour (38). L'inégalité des sexes, le manque d'autonomisation des femmes et les pratiques culturelles associées au mariage et à la grossesse précoces peuvent collectivement accroître le risque d'anémie (39). En outre, les conflits et les crises humanitaires sur le continent constituent des facteurs de risque sous-jacents d'anémie en raison du manque d'alimentation adéquate/de la famine, etc. Enfin, le changement climatique peut entraîner la propagation de maladies infectieuses qui provoquent l'anémie, des perturbations des services de santé et accroître l'insécurité alimentaire (40).

# Cadre stratégique pour la prévention et la gestion de l'anémie

## Justification de l'élaboration du cadre stratégique

L'UA reconnaît l'importance d'accélérer les progrès dans la réduction de l'anémie grâce à des approches multisectorielles fondées sur des données probantes visant à atteindre les objectifs du continent en matière d'amélioration de la santé et de développement économique.

La Stratégie régionale africaine pour la nutrition (SRAN) 2016-2025 comprend l'objectif de réduire l'anémie de 50 % chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), mais elle n'a pas été élaborée avec une sous-stratégie spécifique pour atteindre cet objectif. Un cadre stratégique spécifique pour l'anémie est donc nécessaire car l'anémie est un problème de santé publique transversal qui nécessite des actions simultanées pour s'attaquer aux principales causes dans chaque contexte local qui ne sont pas explicitement abordées dans d'autres cadres. En outre, les tendances des données montrent que l'inclusion d'interventions contre l'anémie dans des programmes distincts spécifiques à chaque maladie n'a pas été suffisante pour réduire le fardeau de l'anémie, et une nouvelle approche coordonnée avec des mécanismes de responsabilisation spécifiques à l'anémie est nécessaire.

Étant donné l'impact social et économique important que l'anémie a dans les sociétés, le thème de l'année 2022 de l'UA sur la nutrition a recommandé l'élaboration d'un cadre stratégique continental qui servira de base au renforcement des plans d'action nationaux pour la réduction de l'anémie dans les États membres. Dans le cadre du plan de travail du thème de l'année de l'UA sur la nutrition, l'OMS et Nutrition International se sont engagés à soutenir la CUA dans l'élaboration de ce cadre stratégique.

## Le processus d'élaboration du cadre stratégique

Le processus d'élaboration du Cadre stratégique a commencé par une analyse globale de la prévalence de l'anémie et de ses facteurs déterminants, ainsi que la situation au niveau des politiques et des programmes de lutte qui existent contre l'anémie sur le continent africain. Cette analyse a été suivie d'un examen rigoureux par des experts techniques dans le cadre de consultations avec diverses parties prenantes, notamment les États membres de l'UA, les Communautés économiques régionales (CER) et les partenaires au développement.

Le Cadre stratégique s'aligne sur le Cadre d'action global de l'OMS pour accélérer la réduction de l'anémie à l'échelle mondiale (41) et le contextualise. Il s'appuie sur l'orientation stratégique et les principes fondamentaux de la SAS 2016-2030, qui incluent l'importance du leadership gouvernemental, de l'action multisectorielle coordonnée, du renforcement des systèmes de santé et de la prise de décision fondée sur les données. Le Cadre stratégique harmonise les priorités pour s'attaquer aux causes directes de l'anémie dans les États membres. Bon nombre de ces priorités ont déjà été décrites dans d'autres cadres de l'UA, tels que la SRAN 2016-2025, le Plan d'action de Maputo 2016-2030 (Accès universel à des services complets de santé sexuelle et reproductive en Afrique), le Cadre stratégique 2016-2030 d'AIDS Watch Africa, le Cadre catalytique pour mettre fin au VIH, à la tuberculose et éliminer le paludisme d'ici 2030 et le Cadre continental pour le contrôle et l'élimination des maladies tropicales négligées en Afrique d'ici 2030.

L'ensemble du processus a été guidé par un groupe consultatif technique composé de représentants de la CUA, de Nutrition International, de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Le cadre stratégique a ensuite été présenté à la 14e réunion du Groupe de travail africain sur le développement de l'alimentation et de la nutrition (sigle en anglais ATFFND) et au cinquième Comité technique spécialisé de l'UA sur la santé, la nutrition, la population et le contrôle des drogues (CTC-SPLD) pour approbation.

## But et objectif du cadre stratégique

**But**  
Le but général du Cadre stratégique pour la prévention et la gestion de l'anémie en Afrique est de fournir des actions stratégiques, fondées sur des données probantes et réalisables pour réduire la prévalence de l'anémie dans les États membres de l'UA, ce qui contribuera à l'amélioration de la santé et du bien-être des mères, des enfants et de la population

**Objectif**  
Le Cadre stratégique pour la prévention et la gestion de l'anémie en Afrique vise à guider les États membres vers l'élaboration de plans d'action nationaux contextualisés et chiffrés pour la prévention et la gestion de l'anémie, accompagnés d'un cadre de suivi et d'évaluation et de mécanismes de responsabilisation pour les programmes de lutte contre l'anémie.

## Domaines de mesures prioritaires à prendre en compte

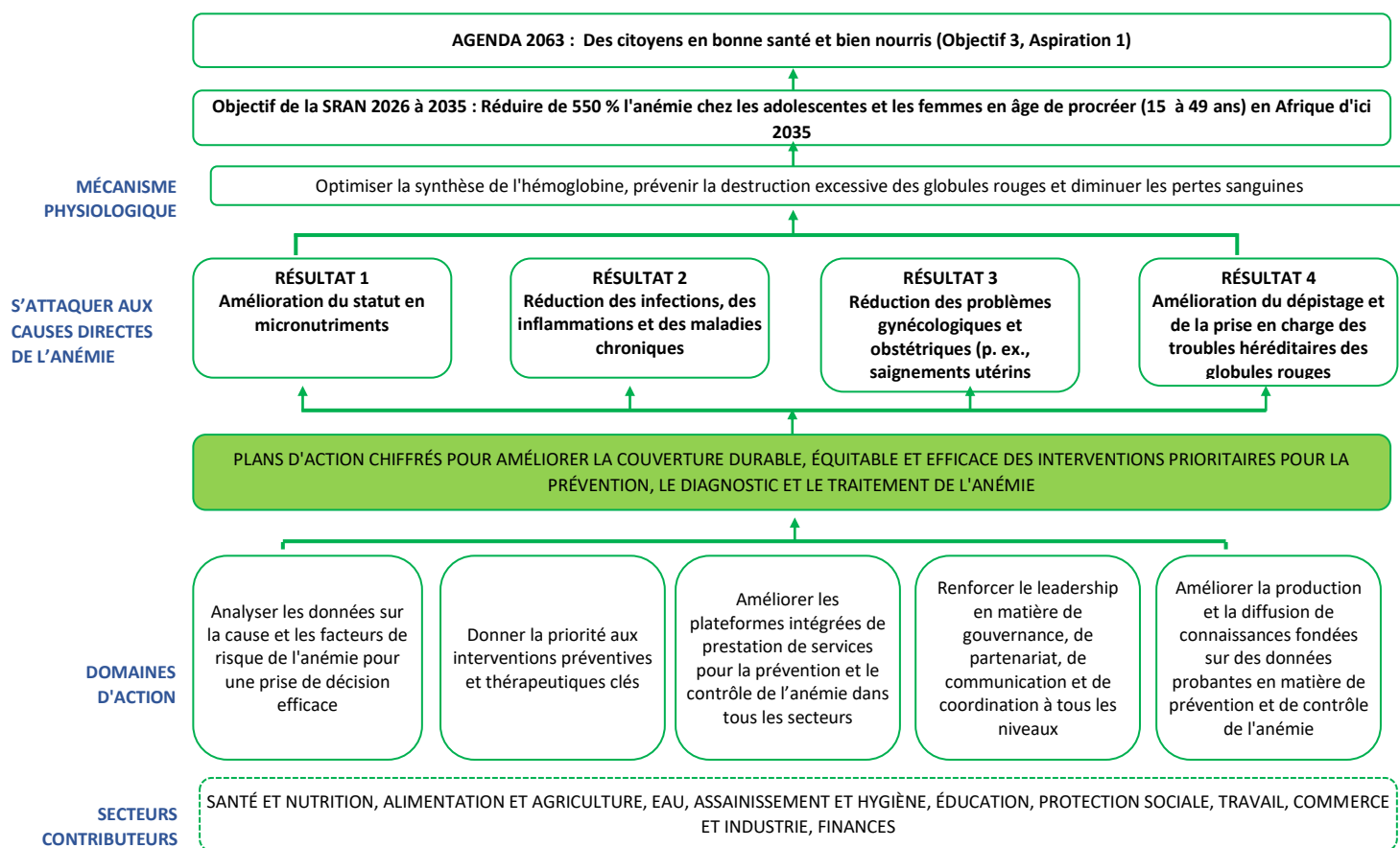
Historiquement, les efforts de lutte contre l'anémie se sont concentrés sur la réduction de la carence en fer, mais cette approche s'est avérée inadéquate compte tenu de l'étiologie multifactorielle de l'anémie. En outre, la mesure dans laquelle la carence en fer contribue à l'anémie varie selon les contextes, en fonction de la charge inflammatoire et infectieuse (40). Il est donc clairement nécessaire d'utiliser une approche multisectorielle fondée sur les données et adaptée à des contextes spécifiques afin de prévenir et de contrôler efficacement l'anémie.

Même si les interventions qui visent à s'attaquer aux causes directes de l'anémie soient principalement menées par les secteurs de la santé et de la nutrition, de l'alimentation et de l'agriculture, les interventions visant directement l'anémie s'appuient sur des actions menées sur d'autres secteurs pour s'attaquer aux facteurs déterminants intermédiaires et sous-jacents de l'anémie. Une coordination efficace et une collaboration multisectorielle sont donc nécessaires pour garantir que toutes les interventions prioritaires soient mises en œuvre simultanément, et travaillent en synergie dans chaque contexte.

**Ce cadre stratégique fournit des orientations pour aider les États membres de l'UA à établir ou à affiner les objectifs et les plans d'action nationaux, basés sur cinq domaines d'action prioritaires décrits dans la figure 2 ci-dessous.**

Conformément à la SRAN 2016-2025, à la SRAN suivante 2026-2035 et à l'Agenda 2063 de l'Union africaine visant à faire de l'Afrique une nation aspirant à des citoyens en bonne santé et bien nourris, ce cadre soutiendra l'objectif de parvenir à réduire l'anémie de 50 % chez les adolescentes et les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) en Afrique d'ici 2035.

Figure 2. Cadre de travail conceptuel pour accélérer la réduction de l'anémie en Afrique.



Adapté de : Accélérer la réduction de l'anémie : un cadre d'action global. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2023; et Efforts mondiaux de réduction de l'anémie chez les femmes en âge de procréer: impact, réalisation des objectifs et voie à suivre pour optimiser les efforts. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2020.

Les domaines stratégiques prioritaires sont les suivants :

1. Analyser les données sur les causes et les facteurs de risque de l'anémie pour une prise de décision efficace.
2. Prioriser les interventions préventives et thérapeutiques clés.
3. Améliorer les plateformes intégrées de prestation de services pour la prévention et le contrôle de l'anémie dans tous les secteurs.
4. Renforcer la gouvernance, le leadership, les partenariats, la communication et la coordination à tous les niveaux.
5. Améliorer la production et la diffusion de connaissances fondées sur des données probantes en matière de prévention et de contrôle de l'anémie.

Les domaines d'action ne sont pas de nature contraignante mais fournissent un menu d'interventions et d'actions que les États membres sont encouragés à adapter en fonction du contexte et des besoins.

Les trois premiers domaines d'action sont soutenus par les deux derniers domaines, qui sont considérés comme transversaux.

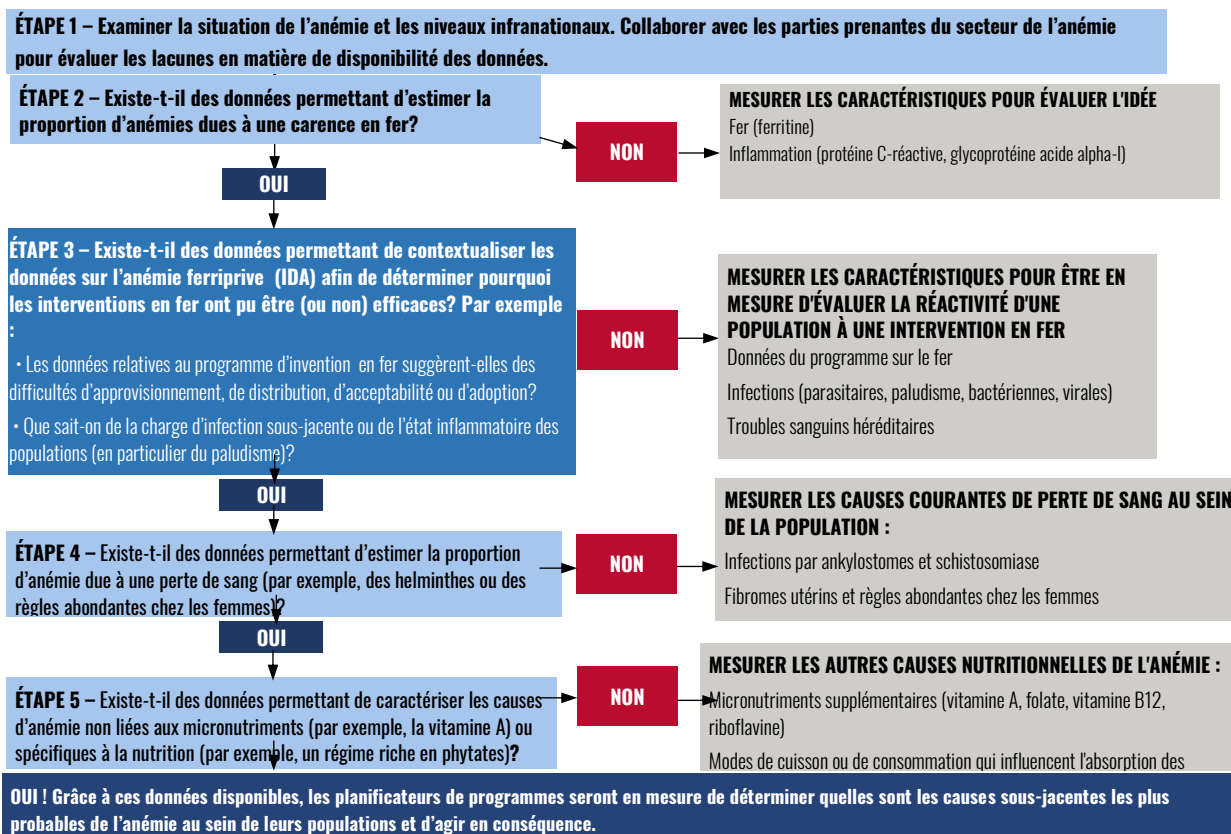
La figure 2 met également en évidence les secteurs concernés qui contribuent à la prévention et à la lutte contre l'anémie, en particulier les secteurs qui s'occupent de l'éducation; de la protection sociale; de l'eau, l'assainissement et l'hygiène (sigle en anglais WASH); du travail, du commerce et l'industrie; et des finances. Cette collaboration crée les conditions nécessaires pour parvenir à une couverture équitable, à promouvoir une utilisation élevée tout en garantissant l'efficacité des interventions en matière de santé et de nutrition.

### Domaine d'action 1 : Analyser les données sur les causes et les facteurs de risque de l'anémie pour une prise de décision efficace.

Une étape préliminaire afin d'aborder le problème de l'anémie consiste à comprendre ses différentes causes et ses facteurs de risque. Compte tenu de son étiologie complexe, de multiples sources de données sont nécessaires pour bien comprendre les causes et les facteurs de risque de l'anémie dans un pays particulier. Ces sources de données sont importantes pour déterminer les priorités en matière d'introduction, de renforcement et/ou de coordination des interventions en guise de réponse (42 à 44). Le processus de collecte et d'analyse des données peut donc être une tâche à la fois considérable et coûteuse, mais il est nécessaire de garantir la mise en œuvre d'actions efficaces. Il est recommandé d'utiliser les sources de données existantes, notamment les systèmes de suivi gouvernementaux et programmatiques et les enquêtes transversales telles que l'Enquête démographique et de santé (EDS), l'Enquête nationale sur le paludisme et l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (EGIM) comme décrit à la Figure 3.

Ces sources doivent être complétées par une compréhension des traditions et des pratiques locales qui peuvent influencer l'adoption et l'efficacité d'interventions spécifiques. Les enquêtes nationales sur les micronutriments, lorsqu'elles sont disponibles, constituent l'une des sources de données les plus riches sur la prévalence et les causes de l'anémie dans des pays particuliers. Au cours des dix dernières années, de telles enquêtes ont été menées dans au moins six États membres (Somalie, Sierra Leone, Sénégal, Malawi, Ghana et Gambie) (45–50). En outre, une étude sur l'étiologie de l'anémie a été menée en Éthiopie (51). Les résultats de ces enquêtes montrent que les principaux facteurs déterminants de l'anémie, et donc les interventions prioritaires pour y remédier, varient considérablement d'un pays à l'autre.

**Figure 3.** Cadre de travail dans la prise de décision pour recueillir les informations sur les causes sous-jacentes de l'anémie au niveau des populations.



Source : Williams AH, Brown KH, et al. (2023). Améliorer l'évaluation de l'anémie dans les milieux cliniques et de santé publique. J Nutr <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2023.05.032>.

Actions stratégiques suggérées pour recueillir et analyser les données sur les causes et les facteurs de risques de l’anémie comprennent :

### 1. Réaliser une analyse du paysage de la prévalence et des facteurs déterminants de l’anémie aux niveaux national et infranational en utilisant les sources de données existantes

Il est fortement recommandé que les parties prenantes représentant tous les secteurs et acteurs concernés soient impliqués dans le processus d’analyse du paysage, qui devrait inclure des informations pertinentes sur :

- La prévalence de l’anémie et des causes directes de l’anémie.
- La couverture, équité et qualité des plateformes de prestation de services et des principales interventions liées à l’anémie.
- L’État des programmes liés à la nutrition, à la lutte contre les maladies, à l’eau et à l’assainissement, à la santé reproductive, à l’agriculture et au conseil et à la gestion génétiques.
- Les stratégies et politiques existantes mises en œuvre en matière d’anémie.

2. **Réaliser une analyse des données de suivi et des politiques et directives afin d'identifier les possibilités d'intégration entre les secteurs et les plateformes.**
3. **Réaliser une analyse du coût des interventions et programmes existants.**

L'analyse du paysage de l'anémie en Afrique qui a guidé l'élaboration de ce cadre stratégique a été conçue pour fournir des informations qui peuvent être complétées par une analyse du paysage menée au niveau national, le cas échéant.

Il est également possible de se référer aux orientations de *l'outil d'analyse du paysage de l'anémie* élaboré par le programme SPRING (Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally) de l'USAID (52). SPRING a également documenté les expériences nationales de l'Ouganda et de la Sierra Leone dans la conduite d'une analyse du paysage de l'anémie et la manière d'utiliser les résultats pour élaborer un plan d'action multisectoriel de lutte contre l'anémie (53,54).

## Action Domaine d'action 2 : Prioriser les interventions préventives et thérapeutiques clés

Des données contextualisées sur la prévalence et les principales causes de l'anémie déterminent la sélection et la priorisation des interventions pour la prévention et le contrôle de l'anémie. Bien que de nombreuses interventions pertinentes soient déjà mises en œuvre dans le cadre de divers programmes sectoriels nationaux, il peut être nécessaire de reconnaître explicitement leur rôle dans le cadre du plan de contrôle de l'anémie. Cela pourrait signifier renforcer les mécanismes de prestation de services communautaires et institutionnels, notamment en orientant et en formant le personnel à tous les niveaux, en coordonnant la mise en œuvre avec d'autres interventions contre l'anémie et en élaborant un cadre intégré de suivi, d'évaluation et d'élaboration de rapports sur l'anémie. En outre, il convient de noter que, selon le contexte et les ressources, ces interventions peuvent être mises en œuvre par le biais de plateformes de santé communautaires ou institutionnelles, de lieux de travail, d'écoles, de programmes de protection sociale ou de plateformes de marché libre.

Il existe une gamme considérable d'interventions efficaces pour améliorer les concentrations d'hémoglobine et réduire la prévalence de l'anémie (60). Cette section décrit les principales interventions recommandées pour s'attaquer aux causes directes de l'anémie, avec des actions prioritaires à prendre en compte dans les plans d'action nationaux de lutte contre l'anémie. De plus amples détails sur les interventions spécifiques et des liens vers des documents d'orientation sont disponibles dans l'annexe Web de l'OMS du document *Accélérer la réduction de l'anémie : un cadre d'action complet et dans des revues récentes* (41,60–62).

### A. AMÉLIORER LE STATUT EN MICRONUTRIMENTS

L'amélioration du statut en micronutriments de la population est essentielle pour prévenir et contrôler l'anémie. Diverses interventions sont à envisager, en particulier la diversification alimentaire et l'enrichissement des aliments de base, ainsi que l'enrichissement au point d'utilisation et la supplémentation en micronutriments ciblant des groupes spécifiques qui sont à risque à cause d'apports alimentaires insuffisants.

## 1. Diversification alimentaire

La diversification alimentaire englobe une variété d'interventions visant à améliorer l'apport en aliments riches en micronutriments, guidées par des données et des connaissances sur les habitudes alimentaires, la sécurité alimentaire et les environnements alimentaires. La position commune africaine sur les systèmes alimentaires décrit la stratégie continentale pour renforcer les systèmes alimentaires, promouvoir la sécurité alimentaire, la nutrition et la prospérité économique.

**Selon le contexte, les plans d'action chiffrés peuvent inclure des interventions visant à améliorer la diversification alimentaire grâce à des améliorations équitables dans :**

- **La production et la conservation des aliments pour garantir l'accès à des aliments sains et nutritifs et à leur consommation.**
- **La promotion de la production et de la consommation d'aliments naturels et d'aliments autochtones.**
- **Les systèmes de distribution alimentaire, y compris le renforcement et l'exploitation des marchés alimentaires locaux.**
- **Le développement économique.**
- **Les programmes de protection sociale.**
- **L'éducation nutritionnelle et les interventions en matière de changement de comportement.**

Les objectifs, les cibles et les interventions doivent être précisés, mis en œuvre et suivis dans le cadre d'une approche coordonnée et multisectorielle, comme le souligne la position commune africaine sur les systèmes alimentaires (Point 63, p. 11) (63). Les cibles varieront en fonction des niveaux de référence.

## 2. Enrichissement des aliments de base

Il s'agit d'ajouter des micronutriments lors de la transformation d'aliments largement consommés par la population et offre un moyen d'augmenter l'apport en micronutriments sans nécessiter de changements dans les habitudes alimentaires, à condition que l'aliment enrichi soit largement consommé. Le processus d'enrichissement doit utiliser des niveaux appropriés de fer hautement biodisponible, soutenus par des systèmes de réglementation et de contrôle de la qualité solides (64).

En 2022, l'UA a adopté une déclaration visant à intensifier l'enrichissement et la biofortification des aliments en Afrique<sup>1</sup>. De nombreux États membres enrichissent déjà la farine de blé et/ou de maïs, mais la portée et le contrôle de la qualité devrait être étendue. Le véhicule d'enrichissement sélectionné doit être adapté à la consommation d'aliments de base de chaque pays et, dans certains cas, le choix du véhicule d'enrichissement peut devoir être reconsidéré en fonction des habitudes de consommation actuelles. Les objectifs d'enrichissement des plans d'action nationaux contre l'anémie varieront donc en fonction du stade de planification et de mise en œuvre et devraient être guidés par une analyse du paysage.

---

<sup>1</sup> [https://au.int/sites/default/files/decisions/41583-Assembly\\_AU\\_Dec\\_813-838\\_XXXV\\_E.pdf](https://au.int/sites/default/files/decisions/41583-Assembly_AU_Dec_813-838_XXXV_E.pdf)

Les États membres disposant de programmes d'enrichissement des céréales de base peuvent envisager d'inclure une ou plusieurs des actions suivantes dans leur plan national chiffré de lutte contre l'anémie :

- **Réaliser une évaluation du programme national de fortification en cours, en veillant à ce qu'il soit conforme aux normes et aux véhicules de fortification au niveau régional.**
- **Élargir la portée des céréales de base fortifiées correctement.**
- **Mettre en œuvre une législation rendant obligatoire la fortification des aliments de base.**
- **Améliorer la conformité aux normes réglementaires de fortification en faveur des meuniers.**
- **Renforcer les mécanismes de surveillance et d'application pour assurer la cohérence de la fortification des céréales de base tout au long de la chaîne d'approvisionnement.**
- **Étudier la faisabilité de la fortification d'une ou plusieurs céréales de base supplémentaires.**

Les États membres qui ne mettent pas actuellement en œuvre l'enrichissement des aliments de base peuvent envisager d'inclure une ou plusieurs des actions suivantes :

- **Réaliser une étude de faisabilité de la fortification.**
- **Élaborer une stratégie nationale de fortification garantissant l'alignement avec les normes et les véhicules de fortification aux niveaux continental et régional.**
- **Mener des campagnes de sensibilisation du public pour éduquer la population sur les avantages de la consommation de céréales de base enrichies.**

### 3. Supplémentation en micronutriments

La supplémentation en micronutriments implique la fourniture de micronutriments spécifiques, généralement sous forme de comprimés, à des groupes cibles présentant une prévalence ou un risque de carence plus élevé, notamment les femmes enceintes, les adolescentes et les femmes non enceintes âgées de 15 à 49 ans, ainsi que les enfants.

#### i. Femmes enceintes

La supplémentation quotidienne en fer et en acide folique (FAF) pour toutes les femmes enceintes est recommandée comme une intervention standard dans le cadre des programmes nationaux de consultation prénatales (CPN) (65). Cependant, il est difficile d'atteindre une couverture universelle et de garantir la consommation d'un traitement complet en FAF. Les enquêtes nationales telles que les EDS peuvent être analysées pour identifier les points faibles potentiels, notamment le moment de la première visite de la CPN, la couverture d'au moins quatre visites de la CPN, la réception de FAF par le biais de la CPN et la consommation de 90 ou 180 comprimés (66). Les recherches sur la mise en œuvre indiquent qu'il est nécessaire de renforcer les chaînes d'approvisionnement et les conseils en FAF pour améliorer la couverture de FAF (67).

Il est recommandé à tous les États membres d'examiner les données sur la couverture de l'IFA, y compris les données relatives aux obstacles et aux facteurs facilitant la fourniture de l'IFA, dans le cadre de l'analyse du paysage de l'anémie (domaine d'action 1). Sur la base des résultats, une ou

plusieurs des actions suivantes peuvent être incluses dans le plan national de lutte contre l'anémie, avec des objectifs et des activités de soutien adaptés au contexte :

- **Améliorer la couverture des soins prénatals et/ou la recherche de soins en temps opportun.**
- **Améliorer la couverture des FAF par les services de consultation prénatale.**
- **Améliorer la proportion de femmes enceintes prenant 180 comprimés contenant du fer.**
- **Mener des recherches sur la mise en œuvre pour comprendre les obstacles et les facilitateurs à la couverture et à l'observance des suppléments contenant du fer aux niveaux national et infranational.**
- **Mener des activités de plaidoyer et de sensibilisation aux politiques ciblant les décideurs politiques et les principales parties prenantes afin de donner la priorité à l'anémie en tant que problème de santé publique.**
- **Allouer des ressources à des interventions globales, notamment la supplémentation en FAF et les services de soins prénatals.**

La dernière mise à jour des lignes directrices de l'OMS sur les consultations prénatales (CPN) recommande la fourniture de suppléments en micronutriments multiples (SMM) aux femmes enceintes dans le cadre de recherches rigoureuses (65). Plusieurs pays progressent déjà et utilisent avec succès la recherche sur la mise en œuvre pour comprendre les obstacles et les facteurs favorisant l'offre, la demande et la distribution, et pour concevoir et tester des stratégies permettant de fournir efficacement des SMM dans leur contexte national. Par conséquent :

- **Si c'est réalisable, les pays sont encouragés à mener des recherches sur la mise en œuvre pour évaluer la distribution systématique de MMS dans le cadre de la norme de soins pendant la grossesse.**

## ii. Les adolescentes et les femmes non enceintes en âge de procréer

Une supplémentation en fer et en acide folique est recommandée pour les adolescentes menstruées et les femmes non enceintes, selon un calendrier basé sur la prévalence de l'anémie dans ce groupe cible. Une supplémentation quotidienne pendant trois mois consécutifs par année civile est recommandée lorsque la prévalence de l'anémie est de 40 % ou plus (68). Dans les environnements où la prévalence de l'anémie se situe entre 20 et 39 %, il est recommandé de fournir des suppléments hebdomadaires en fer et en acide folique (sigle en anglais WIFAS) selon un cycle rotatif de trois mois de prise suivi de trois mois de repos (69). La mise en œuvre de ces recommandations pose des problèmes, et peu d'États membres disposent de programmes de supplémentation préventive bien établis pour cette population cible, mais les plateformes de prestation potentielles comprennent les écoles, les programmes de santé communautaire et les lieux de travail (70).

En fonction de la prévalence de l'anémie et des programmes existants pour les adolescentes et les femmes en âge de procréer, les États membres peuvent envisager une ou plusieurs des mesures suivantes pour leurs plans nationaux chiffrés de lutte contre l'anémie :

- **Élaboration d'une stratégie de mise en œuvre visant à fournir une supplémentation préventive en fer aux adolescentes et aux femmes non enceintes âgées de 15 à 49 ans.**

- **Réalisation de recherches de mise en œuvre pour comprendre les obstacles et les facilitateurs de la mise en œuvre et du respect de la supplémentation en fer pour les adolescentes et les femmes non enceintes âgées de 15 à 49 ans aux niveaux national et infranational.**

### iii. Nourrissons, enfants d'âge préscolaire et scolaire

Une supplémentation quotidienne en fer pendant trois mois consécutifs par année civile est recommandée lorsque la prévalence de l'anémie chez les nourrissons et les jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois est de 40 % ou plus, la dose variant selon la tranche d'âge (71). Cependant, l'offre de suppléments de fer aux jeunes enfants peut présenter des défis importants en termes de mise en œuvre et de conformité. Il est essentiel de noter que dans les zones d'endémie palustre, les interventions fournissant un supplément de fer aux enfants ne doivent pas être mises en œuvre à moins que des mesures adéquates de surveillance, de prévention et de traitement du paludisme ne soient en place.

Dans les situations où la prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire (24 à 59 mois) ou d'âge scolaire (5 à 12 ans) est de 20 % ou plus, l'OMS recommande une supplémentation intermittente en fer comme intervention de santé publique chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire afin d'améliorer le statut en fer et de réduire le risque d'anémie (71). La recommandation indique que la fourniture de suppléments en fer de manière intermittente peut être intégrée aux programmes scolaires ou communautaires pour atteindre les populations cibles, en veillant à ce que les besoins nutritionnels quotidiens des enfants d'âge préscolaire ou scolaire soient satisfaits et non dépassés grâce à l'évaluation de l'état nutritionnel et de l'apport.

Comme il est indiqué dans le domaine d'action 1, la recommandation aux États membres de procéder à une analyse de la situation afin d'évaluer la prévalence de l'anémie et du paludisme chez les enfants, ainsi que l'état d'avancement des programmes de lutte contre ces maladies. Ces informations éclaireront l'examen d'une ou plusieurs des mesures suivantes dans le cadre de leur plan national chiffré de lutte contre l'anémie :

- **Étudier la faisabilité et l'acceptabilité de la mise en œuvre de la supplémentation en fer pour les enfants.**
- **Dans les zones d'endémie palustre, renforcer la couverture des interventions de prévention et de contrôle du paludisme pour les enfants.**
- **Renforcer la couverture des programmes existants de supplémentation en fer pour les enfants**

## 4. Fortification au point d'utilisation

Il s'agit d'une approche efficace pour améliorer l'apport en micronutriments des enfants, en particulier des jeunes enfants. L'utilisation de poudres de micronutriments multiples (PMN) pour l'enrichissement au point d'utilisation est recommandée pour réduire l'anémie chez les enfants de 6 à 23 mois et de 2 à 12 ans (72). Les PMN peuvent être distribués selon divers canaux, en particulier grâce aux programmes d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, les programmes de repas scolaires,

les services de santé infantile, les fournisseurs du secteur privé et les programmes d'alimentation d'urgence. Le choix des plateformes de distribution et des cibles de couverture les plus appropriées dépendra du contexte du pays.

Les mesures suggérées aux États membres disposant déjà de programmes de fortification au point d'utilisation comprennent :

- **Réaliser une évaluation des processus et/ou des recherches sur la mise en œuvre afin d'identifier les obstacles et les facilitateurs de la distribution et de l'utilisation des PMM.**
- **Élargir la couverture de l'enrichissement au point d'utilisation.**

Les mesures suggérées aux États membres en prenant compte des programmes de fortification au point d'utilisation au sein de leurs programmes d'action nationaux contre l'anémie :

- **Réalisation d'une étude de faisabilité sur l'acceptabilité et la distribution des PMN.**
- **Dans les zones d'endémie palustre, renforcement de la couverture des interventions de prévention et de contrôle du paludisme chez les enfants.**
- **Élaboration d'une stratégie nationale de fortification au point d'utilisation.**

## **5. Biofortification**

La biofortification englobe une variété de techniques de sélection et de culture visant à accroître la teneur en micronutriments des cultures vivrières de base et est actuellement mise en œuvre dans 38 pays africains. La Déclaration continentale de l'UA de 2022 visant à intensifier la fortification des aliments et la biofortification en Afrique recommande aux États membres d'inclure le financement de la biofortification dans les budgets consacrés à l'agriculture et à la sécurité alimentaire. En fonction de l'état de la biofortification et du contexte agricole, les actions à prendre en compte dans les programmes nationaux chiffrés de lutte contre l'anémie peuvent inclure :

- **La réalisation d'une étude pilote ou de faisabilité de culture(s) biofortifiée(s).**
- **L'élaboration, le renforcement et la mise en œuvre d'un cadre juridique sur la biofortification et l'assurance de sa conformité.**
- **L'établissement ou le renforcement des installations de sélection de culture(s) biofortifiée(s).**
- **L'élaboration d'une stratégie pour introduire et/ou étendre la biofortification.**
- **L'évaluation de l'efficacité et/ou de la mise en œuvre de la biofortification.**

## **6. Promotion d'un allaitement maternel optimal et d'une alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants**

Au cours des premiers mois de vie, le lait maternel fournit à l'enfant toute l'énergie et tous les nutriments dont il a besoin et continue de répondre à une partie importante de ses besoins nutritionnels après la deuxième moitié de sa première année. À l'âge de six mois, lorsque le lait maternel doit être complété

par des aliments, l'enfant doit recevoir une alimentation complémentaire appropriée car il s'agit d'une période critique en termes de risque de carences en micronutriments.

Les mesures suggérées aux États membres comprennent :

- **La promotion pour un allaitement maternel optimal et une alimentation complémentaire conformément aux dernières directives (73).**
- **L'exploration de l'utilisation de suppléments ou de produits alimentaires enrichis dans les contextes où les besoins en micronutriments d'un enfant ne peuvent être satisfaits (73).**

## **B. PRÉVENIR ET TRAITER LES INFECTIONS ET LES INFLAMMATIONS**

La priorité stratégique 2 de la SAS 2016-2030 vise à « *mettre fin au sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et à lutter contre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles émergentes et ré-émergentes* » (7). Bon nombre de ces maladies contribuent à la cause d'anémie, en particulier le paludisme, les helminthes et la schistosomiase (maladies tropicales négligées), ainsi que le VIH/sida et la tuberculose (TB) (Annexe 1). Dans les zones d'endémie, le paludisme est souvent l'une des principales causes d'anémie. Divers cadres, tels que le Cadre stratégique 2016-2030 de l'observatoire du sida en Afrique (AIDS Watch for Africa), le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030 et le Cadre continental pour l'élimination des maladies tropicales négligées d'ici 2030, définissent des orientations stratégiques pour accélérer les progrès dans l'élimination de ces maladies, ce qui réduira également considérablement l'anémie. La prévention et le traitement des maladies gastro-intestinales, des maladies rénales chroniques et l'atténuation de l'augmentation de l'obésité sont également pertinents pour réduire l'anémie liées aux infections et à l'inflammation.

### **1. Prévention et contrôle du paludisme**

Cela comprend l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide (PID) dans les zones de transmission active du paludisme (74). Ces activités sont essentielles dans de nombreuses stratégies nationales pour la lutte contre le paludisme, mais il peut être nécessaire de renforcer la couverture. Cela peut nécessiter des recherches pour comprendre les obstacles et les facilitateurs de la couverture et de l'adhésion; le renforcement des systèmes pour garantir l'efficacité des chaînes d'approvisionnement; et/ou de nouveaux efforts de communication sur le changement social et comportemental. En fonction des conclusions de l'analyse du paysage concernant l'état actuel du programme (domaine d'action 1), les États membres où la transmission du paludisme est active sont encouragés à renouveler leurs efforts pour atteindre les objectifs décrits dans le Cadre catalytique de l'UA pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme et dans le Cadre stratégique de l'observatoire du sida en Afrique.

Les mesures de prévention du paludisme dans le cadre des plans nationaux chiffrés de lutte contre l'anémie peuvent inclure :

- **Accroître la couverture des stratégies intégrées de lutte antivectorielle, notamment la distribution de larvicides et de moustiquaires imprégnées d'insecticide.**
- **Accroître la couverture des stratégies environnementales de lutte antivectorielle, notamment la pulvérisation intradomiciliaire et extérieure à effet rémanent.**
- **Mener des recherches pour comprendre les obstacles et les facilitateurs des stratégies de lutte antivectorielle.**
- **Élaborer une stratégie de communication sur le changement social et comportemental afin de promouvoir les mécanismes de prévention du paludisme.**

En outre, une chimioprophylaxie antipaludique est recommandée pour les groupes de population à haut risque (74) comme suit :

- Traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes (TPIg).
  - Chimioprophylaxie antipaludique perannuelle pour les enfants de moins de deux ans vivant dans des zones de transmission modérée à élevée du paludisme perannuel.
  - TPI pour les enfants d'âge scolaire vivant dans des zones de transmission saisonnière ou perannuelle du paludisme modérée à élevée.
  - TPI pendant la saison de transmission pour les enfants des groupes d'âge à haut risque de paludisme grave.
  - Chimioprévention après la sortie de l'hôpital pour les enfants admis à l'hôpital avec une anémie sévère et vivant dans des zones de transmission du paludisme de modérée à élevée.
- **Identifier les obstacles à la couverture universelle de la chimioprophylaxie antipaludique parmi les groupes vulnérables.**
  - **Augmenter la couverture de la chimioprophylaxie antipaludique chez les femmes enceintes et les enfants.**

Outre ces mesures axées sur la prévention et la lutte antivectorielle, le Cadre multisectoriel de lutte contre le paludisme souligne l'importance des facteurs déterminants sous-jacents du paludisme (75). L'élimination du paludisme nécessitera à la fois des interventions directes et des progrès dans le renforcement des systèmes plus vastes et des conditions socio-économiques, en particulier en s'attaquant aux inégalités.

## **2. Prévention et contrôle des helminthes et de la schistosomiase**

Il s'agit de mener des activités de lutte contre les vecteurs de la maladie pour prévenir la transmission. Une chimioprévention périodique est également recommandée pour réduire la charge de l'infection.

Concernant les ankylostomes et les autres géohelminthes, une chimioprévention est recommandée pour les groupes suivants à haut risque (76) :

- les enfants de 12 mois à 12 à 14 ans, les adolescentes non enceintes et les femmes en âge de procréer vivant dans des zones où la prévalence de l'infection est de 20 % ou plus.
- les femmes enceintes après le premier trimestre dans les milieux où la prévalence de l'infection est de 20 % ou plus et la prévalence de l'anémie est de 40 % ou plus chez les femmes enceintes.

La chimioprévention de la schistosomiase est recommandée dans les milieux où la prévalence de l'infection est de 10 % ou plus, et concerne toutes les personnes de 2 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes au cours du premier trimestre (77).

Il est recommandé aux États membres d'évaluer la prévalence de l'ankylostomiase et/ou de l'infection par la schistosomiase, l'état des programmes de lutte antivectorielle et la couverture de la chimioprévention (domaine d'action 1). Sur la base des résultats de l'analyse du paysage et du Cadre continental pour la lutte et l'élimination des maladies tropicales négligées en Afrique d'ici 2030, les États membres où les helminthes et/ou la schistosomiase sont endémiques peuvent envisager les mesures suivantes pour leurs programmes nationaux chiffrés de lutte contre l'anémie :

- **Accroître la couverture des stratégies environnementales de lutte antivectorielle.**
- **Mener des recherches pour comprendre les obstacles et les facilitateurs des stratégies de lutte antivectorielle et/ou de chimioprévention.**
- **Élaborer une stratégie de communication sur le changement social et comportemental pour promouvoir les mécanismes de prévention.**
- **Accroître la couverture de la chimioprévention des helminthes et/ou de la schistosomiase.**

### **3. VIH/SIDA**

Les objectifs de lutte contre le VIH/SIDA et les interventions prioritaires pour les atteindre sont définis dans le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030. Les États membres fortement touchés par le VIH sont encouragés à envisager d'intégrer les mêmes actions dans leurs programmes nationaux chiffrés de lutte contre l'anémie :

- **Accroître la couverture du traitement antirétroviral.**
- **Accroître la prévention des nouvelles infections chez les enfants.**
- **Améliorer l'accès aux services de prévention combinée parmi les populations prioritaires.**
- **Mettre en œuvre ou renforcer la protection sociale sensible au VIH.**

### **4. Tuberculose**

Les cibles et les stratégies de lutte contre la tuberculose sont définies dans le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030. Les États membres fortement touchés par la tuberculose sont encouragés à envisager d'intégrer ces actions dans leurs programmes nationaux chiffrés de lutte contre l'anémie :

- **Améliorer l'accès au diagnostic et au traitement de la tuberculose.**
- **Intégrer les activités de lutte contre le VIH et la tuberculose.**
- **Augmenter la couverture du traitement préventif et de la vaccination pour les groupes à haut risque.**

- **Renforcer les capacités de tests en laboratoire.**
- **Élaborer une stratégie de communication sur le changement social et comportemental afin de sensibiliser davantage à la tuberculose et au contrôle de l'infection.**

### **C. GESTION DES MALADIES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRIQUES**

Les interventions contre l'anémie chez les filles et les femmes en âge de procréer qui ont leurs règles visent à réduire les pertes sanguines dues aux saignements menstruels abondants, aux fibromes utérins et à l'hémorragie post-partum (HPP). L'utilisation de moyens de contraception modernes (hormonaux) réduit les pertes sanguines menstruelles et favorise l'espacement des naissances, réduisant ainsi le risque d'anémie. Cette approche protège les réserves nutritionnelles maternelles et réduit le risque de grossesses et d'accouchements indésirables. La prévention des grossesses précoces et des césariennes inutiles sont également des stratégies importantes pour réduire la prévalence de l'anémie chez les adolescentes et les femmes (78,79). La prise en charge des fibromes utérins est déterminée en tenant compte de la préservation de la fertilité et les options comprennent un traitement médical (par exemple, contraceptifs oraux, hormonothérapie et anti-inflammatoires non stéroïdiens), un traitement chirurgical (par exemple, hystérectomie et myomectomie) et un traitement non chirurgical (par exemple, ablation des fibromes).

L'objectif stratégique 2 de la SAS 2016-2030 exprime l'engagement de « *mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés et d'enfants et d'assurer un accès équitable à des services complets et intégrés en matière de santé sexuelle et reproductive, de santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente, y compris la planification familiale volontaire* » (7). En outre, le Plan d'action de Maputo pour 2016-2030 signale l'engagement des États membres à mettre en œuvre le Cadre continental pour la santé et les droits sexuels et reproductifs, notamment en élargissant l'utilisation des contraceptifs et en promulguant une législation visant à prévenir les mariages précoces (80). L'accélération de la réalisation de ces engagements permettra également d'améliorer la prévention et le contrôle de l'anémie. Les mesures suggérées pour les programmes nationaux chiffrés de lutte contre l'anémie comprennent :

- **Réviser et mettre à jour les politiques et directives nationales concernant l'accès à la contraception moderne et la prévention des grossesses précoces.**
- **Examiner et éliminer les obstacles à l'accès et à l'adoption volontaire de la contraception moderne.**
- **Réviser et mettre à jour les directives nationales/protocoles cliniques concernant la prise en charge de l'HPP avec des utérotoniques.**
- **Réviser et mettre à jour les directives nationales/protocoles cliniques concernant la prise en charge des fibromes utérins.**
- **Renforcer la formation des agents de santé concernant la contraception moderne et/ou la prise en charge de l'HPP avec des utérotoniques.**

Outre les interventions qui sont axées sur les filles et les femmes en période de menstruation, il est recommandé de retarder le clampage du cordon ombilical jusqu'à l'arrêt des pulsations, entre une et trois minutes après la naissance, pour réduire l'anémie infantile (81). Il est difficile d'évaluer la

couverture de cette intervention, mais elle devrait être incluse dans les programmes d'action nationaux de lutte contre l'anémie par le biais des actions suivantes :

- **Révision et mise à jour des directives nationales/protocoles cliniques concernant le moment du clampage du cordon ombilical.**
- **Renforcement de la formation des agents de santé concernant le clampage tardif du cordon ombilical.**
- **Suivi du clampage tardif du cordon ombilical dans les systèmes de collecte de données de santé de routine.**

#### **D. PRISE EN CHARGE DES MALADIES HÉRÉDITAIRES DES GLOBULES ROUGES**

La prise en charge des maladies génétiques du sang repose essentiellement sur une approche d'intervention ciblée qui commence par des tests génétiques pour identifier les personnes touchées par ces maladies. Des conseils et/ou un traitement actif qui sont basés sur la maladie, peuvent être nécessaires, en particulier la recommandation de transfusions sanguines pour la drépanocytose (82). Les États membres peuvent envisager les mesures suivantes dans le cadre de leurs programmes nationaux de lutte contre l'anémie :

- **Élaborer ou réexaminer et réviser, si nécessaire, une stratégie de prise en charge de la drépanocytose.**
- **Réviser et mettre à jour les directives nationales/protocoles cliniques concernant le dépistage, le conseil et la prise en charge des troubles sanguins génétiques.**
- **Renforcer la formation des agents de santé concernant le dépistage, le conseil et la prise en charge des troubles sanguins génétiques.**
- **Mettre en œuvre le dépistage néonatal des hémoglobinopathies.**
- **Élaborer une stratégie de communication sur le changement social et comportemental afin d'améliorer la sensibilisation de la communauté aux troubles sanguins génétiques et l'adoption des tests et conseils génétiques.**

Il est également important que les protocoles de traitement du paludisme soient adaptés aux populations où le déficit en G6PD est répandu, car les médicaments courants peuvent induire une anémie hémolytique chez les personnes affectées (60,74).

### **Domaine d'action 3 : Améliorer les plateformes intégrées de prestation de services pour la prévention et le contrôle de l'anémie dans tous les secteurs**

Il existe déjà de nombreuses interventions visant à lutter contre les principales causes de l'anémie qui font partie des programmes nationaux pour la santé, la nutrition et l'alimentation. Cependant, il existe souvent des possibilités de renforcer la couverture et la coordination afin de maximiser leur efficacité. Cela s'harmonise avec la SAS 2016-2030 qui se focalise sur la prestation de soins de santé primaires complets, intégrés et équitables. Les éléments clés du succès antérieur dans l'optimisation de la prestation de services dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs au niveau national comprennent la présence d'un défenseur de haut niveau pour l'anémie (par exemple le Premier ministre); des relations synergiques au sein des secteurs; et une connaissance claire, une coordination

et une responsabilisation des différents ministères et départements concernés. Il a été observé que les efforts visant à réduire l'anémie chez les femmes obtiennent de meilleurs résultats lorsque les programmes couvrent plusieurs secteurs à la fois (43).

L'élaboration de programmes intersectoriels peut inclure l'intégration d'interventions contre l'anémie dans les soins prénatals (par exemple, FAF ou MMS, déparasitage, IPTP et conseils sur l'espacement des naissances, la contraception moderne et le clampage tardif du cordon ombilical), les activités de sensibilisation communautaire (par exemple, la supplémentation en vitamine A et en fer, déparasitage et MII pour les enfants d'âge préscolaire, distribution de suppléments de fer ou de MNP aux enfants de 6 à 24 mois en conjonction avec des conseils sur l'ANJE à leurs soignants, et/ou FAF, déparasitage et MII pour les FAP), les programmes scolaires (par exemple, supplémentation hebdomadaire en fer et en acide folique (WIFAS), le déparasitage, la MII et les conseils sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) et repas sains pour les adolescentes) et les journées de santé infantile (par exemple, la supplémentation en vitamine A et en fer, la MII, le déparasitage, les conseils sur la prévention de l'anémie). Dans les zones d'endémie palustre, il est conseillé d'envisager d'intégrer des interventions qui traitent à la fois de l'anémie et du paludisme.

Il convient de souligner le rôle que les plateformes de santé communautaire pourraient jouer dans la réduction des taux d'anémie en fournissant et en surveillant de nombreuses interventions auprès de multiples groupes cibles. Il est encouragé de renforcer les programmes d'agents de santé communautaires et de les intégrer au système de santé général en fonction des besoins de santé de la population et des capacités du système de santé (83).

Même si le dépistage de l'anémie n'est pas toujours réalisable ou recommandé sur toutes les plateformes (84), il est conseillé que les acteurs des différentes plateformes sachent reconnaître les symptômes de l'anémie afin que les personnes puissent être orientées vers un service de santé approprié où le besoin d'une évaluation formelle peut être déterminée et un traitement prodigué, le cas échéant (65,82,85). Dans les régions d'endémie palustre, il est recommandé d'évaluer l'anémie lors du traitement du paludisme, si cela est possible de le faire.

Il est important d'examiner les données de couverture des interventions prioritaires aux niveaux national et infranational afin d'identifier l'existence des lacunes et des inégalités qui existent au sein de la prestation de services. Cela devrait inclure une analyse des disparités entre l'utilisation des plateformes de prestation de services et la couverture des interventions contre l'anémie fournies par ces plateformes. Par exemple, des disparités peuvent exister entre la proportion de femmes enceintes ayant accès à au moins quatre visites de soins prénatals et la proportion de femmes qui reçoivent un cycle complet de suppléments d'IFA (86).

Si les données de suivi le permettent, il est également important d'évaluer la couverture des combinaisons d'interventions délivrées à un même individu. Il s'agit d'un moyen très utile d'évaluer dans quelle mesure les interventions sont délivrées de manière synchrone au sein d'un ensemble de mesures à composantes multiples visant à lutter contre les diverses causes de l'anémie. Si ces données ne sont pas disponibles, des efforts peuvent être faits pour adapter les systèmes de suivi de

routine ou intégrer les données de suivi de différents secteurs afin d'améliorer le suivi de la mise en œuvre d'interventions complètes contre l'anémie.

En plus de l'identification des lacunes dans la prestation de services, il est souvent nécessaire de mener des recherches sur la mise en œuvre des processus ou de leurs évaluations pour comprendre les facteurs qui influencent la couverture et la qualité. Les défis courants concernent généralement les chaînes d'approvisionnement, les ressources humaines et financières et l'accessibilité à ces services. Cependant, les problèmes spécifiques peuvent varier en fonction du contexte et de l'intervention. Une fois que les principaux obstacles sont bien compris, il existe plusieurs stratégies qui peuvent être envisagées afin d'optimiser la couverture et la qualité. Il s'agit notamment de renforcer les plateformes de prestation existantes; de regrouper les interventions au moyen de plateformes de prestation partagées; d'intégrer les plateformes de prestation pour améliorer la couverture; d'améliorer les mécanismes de suivi, de coordination et de responsabilisation; et d'explorer des plateformes de prestation innovantes, telles que les lieux de travail (70).

Les États membres sont encouragés à envisager d'intégrer une ou plusieurs des actions suivantes liées à l'optimisation de la prestation de services dans les programmes nationaux de lutte contre l'anémie :

- **Renforcer la détection précoce de l'anémie en favorisant la sensibilisation aux symptômes de l'anémie sur différentes plateformes et l'orientation vers le service approprié dans lequel le besoin de tests d'anémie peut être déterminé et un traitement et un suivi peuvent être fournis, si nécessaire.**
- **Élargir la prestation de services au niveau communautaire en renforçant les programmes des agents de santé communautaires et leur intégration dans le système de santé.**
- **Élaborer un plan intégré de suivi et d'évaluation.**

#### Domaine d'action 4 : Renforcer la gouvernance, le leadership, les partenariats, la communication et la coordination à tous les niveaux

Les actions stratégiques visant à répondre au domaine d'action 4 comprennent les éléments suivants :

##### **1. Coordonner le leadership et la gouvernance en matière d'anémie aux niveaux national, régional et continental**

Les pays ont un rôle clé à jouer pour relever le défi de la réduction de l'anémie dans la population. Il convient donc d'encourager le leadership et l'appropriation au niveau national. L'appui des partenaires doit être complémentaire et les initiatives nationales et continentales doivent être coordonnées pour s'attaquer au problème de l'anémie. Les pays ont généralement mis en place les initiatives suivantes :

- Plans d'action multisectoriels nationaux et infranationaux sur la nutrition qui incluent l'anémie.
- Mécanismes de coordination pour la mise en œuvre multisectorielle des programmes.
- Groupes de travail techniques sur la nutrition, la santé maternelle, la santé infantile, le paludisme, les MTN, le VIH, etc.

**Les plans d'action multisectoriels nationaux et infranationaux sur la nutrition devraient intégrer les actions de lutte contre l'anémie dans tous les secteurs, plateformes, etc., lorsque cela est possible.**

**En s'appuyant sur ces initiatives existantes, les pays peuvent déterminer s'il est nécessaire de créer un groupe de travail dédié à la réduction de l'anémie aux niveaux national, régional et continental.** Une approche collaborative en matière de leadership et de gouvernance est essentielle pour la conception, la mise en œuvre et le suivi efficaces des programmes de prévention et de contrôle de l'anémie. Elle garantit que les parties prenantes concernées travaillent ensemble, optimisant ainsi les efforts de lutte contre l'anémie et ses causes sous-jacentes. Elle facilite également l'intégration des programmes de lutte contre l'anémie dans des stratégies plus larges de nutrition ou d'autres stratégies de santé et contribue à des réponses multisectorielles plus efficaces et mieux coordonnées.

Les initiatives de gouvernance et de leadership au niveau national devraient être coordonnées avec celles existant au niveau continental, telles que :

- Le Groupe de travail africain pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (sigle en anglais ATFFND)
- Le Groupe de travail sur la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI).
- L'AIDS Watch Africa.
- L'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme.
- Le Groupe de travail de l'Union africaine sur l'alimentation scolaire locale.

Enfin, le leadership et la gouvernance peuvent également être coordonnés avec des initiatives au niveau mondial, telles que :

- Le mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) : la plupart des États membres de l'UA y ont adhéré et ont élaboré des stratégies nutritionnelles multisectorielles.
- L'Alliance pour la lutte contre l'anémie : créée par l'UNICEF et l'OMS. Elle comprend des membres d'agences intergouvernementales, d'agences non gouvernementales, d'institutions universitaires et de fondations philanthropiques. L'une des tâches de l'Alliance est d'aider les États membres à mettre en œuvre des plans multisectoriels.
- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- L'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme
- Le Pacte mondial sur les maladies non transmissibles 2020-2030.

## **2. Renforcer les mécanismes de responsabilisation aux niveaux national, régional et continental**

Les mécanismes de responsabilisation favorisent une action plus forte et accélèrent les progrès dans la lutte contre l'anémie. Les cadres de responsabilisation sont des outils qui facilitent le suivi des engagements, des initiatives et des progrès à tous les niveaux de gouvernance, du niveau continental au niveau national. Ils peuvent renforcer l'engagement en faveur de la lutte contre l'anémie et contribuer à garantir que les efforts sont complets, bien coordonnés et transparents. Les mécanismes de responsabilisation peuvent être des moteurs clés de l'action et soutenir la mise en œuvre efficace des programmes de prévention et de contrôle de l'anémie. Ils peuvent contribuer à tenir les parties

prenantes et les dirigeants responsables de leurs engagements et de leurs actions dans la lutte contre l'anémie. **L'un de ces mécanismes de responsabilisation au niveau national consiste à élaborer et à mettre en œuvre des tableaux de bord nationaux et infranationaux incluant l'anémie.**

Les cadres de responsabilisation au niveau national devraient alimenter les cadres de responsabilisation au niveau continental liés à l'anémie, tels que :

- Le Tableau de bord continental pour la responsabilisation en matière de nutrition de l'Union africaine (CNAS).
- Le Tableau de bord pour la transformation de l'agriculture en Afrique (sigle en anglais AATS)
- Le Tableau de bord 2016-2030 de la SAS pour le paludisme, les MTN et la tuberculose
- Le Cadre régional de responsabilisation : Engagement ministériel sur l'éducation sexuelle complète et les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescentes et les jeunes en Afrique de l'Est et australe (ESA)

En outre, il existe des cadres de responsabilisation mondiaux liés à l'anémie qui peuvent servir de ressources :

- Le Cadre de responsabilisation en matière de nutrition du Rapport mondial sur la nutrition est une plateforme indépendante et complète permettant d'enregistrer les engagements nutritionnels SMART et de suivre les actions en matière de nutrition (87).
- Le Cadre d'action multisectoriel global : Le paludisme et le développement durable fournit des orientations et des exemples nationaux d'actions multisectorielles visant à accélérer les progrès dans la lutte contre le paludisme (75)

#### **4. Plaidoyer et communication sur l'anémie ciblant les différentes parties prenantes**

L'engagement stratégique des acteurs politiques et une communication efficace sur l'anémie nécessitent que les données soient traduites à la fois en éléments probants et en actions. Plusieurs initiatives existent pour soutenir la communication sur l'anémie à tous les niveaux.

- Les défenseurs de la nutrition du monde entier sont des personnes travaillant dans des agences gouvernementales, des ONG internationales et des organisations de la société civile locale. Leur objectif principal est de faciliter une communication efficace adaptée aux différentes parties prenantes, en promouvant la sensibilisation à la nutrition et à l'anémie.
- L'Alliance d'action contre l'anémie s'efforce de sensibiliser l'opinion à l'importance de s'attaquer d'urgence à la forte prévalence de l'anémie à l'échelle mondiale, en veillant à ce que les multiples causes et les facteurs de risque soient non seulement reconnus mais également traités.
- Des efforts de plaidoyer et de communication efficaces nécessitent une collaboration entre les différents secteurs et l'engagement de diverses parties prenantes. Cela est important pour créer des outils tels que des notes d'orientation, des plans d'action et des dossiers d'investissement. Étant donné que l'anémie est un problème complexe et transversal, le plaidoyer et la communication doivent concerner plusieurs secteurs, en particulier ceux de la santé, du développement, de l'agriculture et celui de l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

- L'efficacité des actions de plaidoyer et de communication doivent être fondées sur des données probantes et s'appuyer sur les structures existantes. Par exemple, les plateformes nationales d'information sur la nutrition (PNIN) aident les États membres à renforcer leurs systèmes d'information sur la nutrition et à améliorer l'analyse des données pour éclairer la prise de décision dans les différents secteurs.
- Les efforts de plaidoyer axés sur l'anémie doivent conduire à prioriser les actions de lutte contre l'anémie.
- L'UA a élaboré une stratégie régionale de plaidoyer et de communication pour l'Afrique afin de renouveler l'élan collectif pour accélérer l'action et compléter les actions stratégiques de la stratégie régionale africaine pour la nutrition (SRAN) 2016-2025 à travers des récits continentaux unificateurs en matière de nutrition.

Les actions spécifiques que les États membres pourraient envisager pour le plaidoyer et la communication sur l'anémie comprennent :

- Mettre en œuvre une campagne ciblée de sensibilisation du public sur l'anémie au niveau national et continental.
- Promouvoir l'utilisation du tableau de bord de la responsabilisation pour la nutrition comme outil de plaidoyer contre l'anémie.
- Mobiliser les organisations de la société civile (OSC) et/ou les médias comme source précieuse d'informations pour les populations.
- Organiser des événements de haut niveau pour produire un communiqué et un appel à l'action pour prévenir, gérer et contrôler l'anémie en Afrique.
- Sensibiliser à la santé, à l'hygiène et à la nutrition pour promouvoir l'utilisation d'espaces de jeu propres, d'installations sanitaires appropriées et de sources d'eau potable gérées en toute sécurité.

#### **4. Environnement favorable et volonté politique**

La volonté et le soutien politique sont essentiels pour mettre en œuvre efficacement les interventions contre l'anémie. Pour obtenir la volonté politique, il faut tenir compte du contexte politique et des intérêts des pays lors de la définition du problème de l'anémie. Pour plaider en faveur de la volonté politique, il faut présenter l'anémie comme un problème économique. Par exemple, le coût économique de l'anémie chez les enfants et les adolescents en Afrique subsaharienne seulement est de 30 milliards de dollars (88). En outre, selon la Banque mondiale, chaque dollar investi dans un ensemble d'interventions visant à lutter contre l'anémie est estimé à 12 dollars de retombées économiques (89).

Aux niveaux mondial, continental et national, des défenseurs influents jouent un rôle important dans la promotion des objectifs liés à la prévention et au contrôle de l'anémie. Ces défenseurs sont chargés de sensibiliser et de mobiliser le soutien des gouvernements, des organisations internationales, du secteur privé et du public sur la question de l'anémie. Leurs efforts sont essentiels pour créer et maintenir un engagement politique en faveur de la réduction de l'anémie. En matière de nutrition, la Déclaration de Malabo a approuvé le Champion de la nutrition de l'UA en 2014.

L'Initiative African Leaders for Nutrition (ALN) a été approuvée en 2018 et sert de plateforme d'engagement politique de haut niveau pour faire progresser la nutrition en Afrique. Ces dirigeants sont

des personnalités éminentes qui s'engagent à faire de la nutrition une priorité pour tous, partout dans le monde. L'initiative ALN s'efforce de susciter et de favoriser les progrès vers la réalisation des objectifs continentaux et mondiaux en matière de nutrition en renforçant l'engagement politique, en établissant des partenariats et en élargissant la base de données probantes grâce à des outils de plaidoyer en matière de nutrition qui encouragent la responsabilisation et accélèrent l'action et les investissements pour mettre fin à la malnutrition en Afrique.

Les actions spécifiques que les États membres pourraient envisager pour créer un environnement politique et propice à la réduction de l'anémie comprennent :

- Présenter l'anémie comme un problème économique pour susciter la volonté politique.
- Identifier et soutenir les défenseurs de la cause afin de sensibiliser et de maintenir l'engagement en faveur de la réduction de l'anémie.
- Mobiliser les plateformes politiques de haut niveau déjà engagées dans la réduction de la malnutrition.
- Encourager la décentralisation des services de santé liés à l'anémie, recommandée pour assurer une couverture plus large des interventions au sein des pays.

## **5. Collecte de fonds pour lutter contre l'anémie**

Les plans d'action multisectoriels nationaux et infranationaux chiffrés existants qui incluent la lutte contre l'anémie ne parviennent pas à lutter contre cette maladie de manière globale, car ces programmes dépendent du financement et de la mise en œuvre liés à d'autres domaines tels que la santé maternelle, la santé infantile et le paludisme. Les gouvernements africains se sont également engagés à allouer au moins 15 % de leur budget annuel au secteur de la santé et 10 % à l'agriculture, qui comprend la sécurité alimentaire et la nutrition.

La CUA travaille sur un Cadre politique multisectoriel de nutrition pour guider l'adoption d'une approche multisectorielle qui vise à débloquer les investissements dans le domaine de la nutrition et à accélérer la réalisation des objectifs continentaux et mondiaux en matière de nutrition; et sur un objectif de financement pour l'investissement dans la nutrition en Afrique pour soutenir et éclairer le plaidoyer politique de haut niveau en vue d'obtenir des ressources nationales et régionales pour le financement de la nutrition.

Les États membres pourraient envisager des mesures spécifiques pour renforcer la collecte de fonds pour la lutte contre l'anémie, en particulier :

- L'élaboration et l'évaluation des coûts des plans d'action nationaux de lutte contre l'anémie peuvent servir de catalyseur pour garantir des engagements financiers spécifiquement dédiés aux programmes de lutte contre l'anémie.
- La mise en place de mécanismes de financement innovants pour garantir le financement des initiatives de lutte contre l'anémie, qui peuvent inclure des accords de financement basés sur les performances et des accords de financement de contrepartie, comme par exemple ceux basés sur la mobilisation des ressources nationales.

## 6. Renforcement des capacités pour une action accélérée contre l'anémie

Le renforcement des capacités est une condition préalable essentielle pour atteindre les objectifs liés à la réduction de la prévalence de l'anémie.

Les États membres pourraient envisager des mesures spécifiques pour renforcer leurs capacités nationales, notamment :

- Réaliser une cartographie complète des capacités existantes pour la mise en œuvre de programmes multisectoriels et multipartites et établir et développer les capacités cartographiées.
- Renforcer les capacités nationales pour analyser la situation de l'anémie à tous les niveaux.
- Renforcer les capacités des organismes gouvernementaux et des acteurs non étatiques pour mener à bien les bonnes actions politiques multisectorielles et multipartites, y compris la planification, la budgétisation et la mise en œuvre de programmes multisectoriels de lutte contre l'anémie.

## 7. Promouvoir l'engagement et l'autonomisation de la société civile

Les organisations de la société civile (OSC) peuvent jouer un rôle essentiel dans la sensibilisation, la mobilisation des communautés et le suivi des engagements qui sont liés à la prévention et à la réduction de l'anémie (41). Il est recommandé que les OSC participent aux efforts de réduction de l'anémie. Les OSC peuvent contribuer en identifiant les besoins des communautés, en renforçant les capacités d'engagement civique, en plaidant en faveur d'engagements politiques, en éclairant la conception et l'évaluation des interventions, en garantissant des mécanismes de responsabilisation et des systèmes de surveillance pour suivre les impacts des politiques nutritionnelles et en utilisant les médias pour rendre compte des succès et des défis (90).

### Domaine d'action 5 : Améliorer la production et la diffusion de connaissances fondées sur des données probantes en matière de prévention et de contrôle de l'anémie

Le besoin de disposer de données et de recherches pour éclairer la prise de décision a été soulignée dans le Cadre stratégique, ainsi que dans la SAS 2016-2030, la SRAN 2016-2025 et d'autres cadres stratégiques de l'UA relatifs à l'anémie. Les plans d'action contextualisés contre l'anémie se basent sur des données actuelles concernant la prévalence et les principales causes de l'anémie aux niveaux national et infranational. Ces données constituent le fondement à la définition des cibles et des priorités d'intervention.

Si l'exercice d'analyse du paysage entraîne la nécessité de collecter davantage de données pour évaluer les causes et les facteurs de risque de l'anémie :

#### 1. Envisager de mener une enquête nationale sur l'étiologie de l'anémie, y compris l'évaluation des biomarqueurs des carences en micronutriments, de l'inflammation, des infections parasitaires et des maladies héréditaires des globules rouges.

Ceci est recommandé si : 1) l'analyse du paysage révèle qu'il n'y a pas suffisamment de données pour compléter l'algorithme de prise de décision (Figure 3); ou 2) cela fait au moins cinq ans qu'une enquête nationale sur les micronutriments ou l'étiologie de l'anémie n'a pas été menée.

Il s'agit d'une entreprise de grande envergure que de mener une enquête nationale complète sur l'étiologie de l'anémie, et cela nécessitera un engagement financier et un leadership de la part des gouvernements, l'engagement de partenaires nationaux et internationaux, une planification détaillée et l'allocation de ressources suffisantes.

Les indicateurs et méthodes recommandés pour déterminer l'étiologie de l'anémie ont été résumés par Garcia-Casal et al. (2023) (55). Des conseils détaillés pour la planification et la conduite de l'enquête sont disponibles dans le *Manuel et la boîte à outils de l'enquête sur les micronutriments*, qui comprend plusieurs modules et outils pratiques (56,57).

## **2. Si nécessaire et si possible, envisagez de mener une enquête sur la consommation alimentaire et les pratiques alimentaires.**

Cette enquête est recommandée afin de servir de compléments aux données sur la prévalence des carences en micronutriments et pour diriger le choix des interventions appropriées visant à améliorer les facteurs déterminants nutritionnels de l'anémie. Le Global Diet Quality Score (GDQS) est un outil validé pour évaluer l'adéquation des nutriments et les facteurs de risque nutritionnels au niveau de la population. Le GDQS peut être intégré dans des enquêtes transversales à grande échelle, et l'application téléphonique du GDQS permet une collecte de données à faible coût et en facilite l'analyse. Des informations détaillées sont disponibles dans la *boîte à outils du Global Diet Quality Score* (58). De plus amples renseignements et ressources pour mener des enquêtes alimentaires sont disponibles sur *Intake : Center for Dietary Assessment* (59).

Les données de suivi et les recherches sur la mise en œuvre sont également essentielles pour suivre les progrès et pour identifier, comprendre et combler les lacunes en matière de couverture, d'équité et de qualité des interventions. Pour atteindre ces objectifs, l'investissement dans le leadership, les capacités en ressources humaines, la coordination et les infrastructures est essentiel afin de faciliter la collecte, l'analyse, la communication et l'utilisation efficaces des données, avec de solides mesures en matière d'assurance de la qualité.

Il existe également des possibilités de développer et de tester des plateformes, des produits et des approches innovants en matière de prévention et de contrôle de l'anémie. Une grande partie de ces recherches sont déjà menées en Afrique, mais comme l'indique la Stratégie africaine de santé 2016-2030, « *il est nécessaire d'institutionnaliser des mécanismes pour définir, produire et utiliser la recherche africaine de manière à transformer le secteur de la santé ainsi que l'économie et la société africaines dans leur ensemble* » (p. 20) (7). L'engagement et l'allocation de ressources aux partenaires universitaires africains sont des mesures importantes pour atteindre cet objectif.

En outre, comme l'indique le Cadre d'action global de l'OMS, « *les informations sur l'efficacité des programmes intégrés et multisectoriels de lutte contre l'anémie sont limitées. La portée des interventions actuelles pouvant être insuffisante, des recherches sur la mise en œuvre seront utiles pour déterminer la meilleure façon d'augmenter cette portée ainsi que l'utilisation des établissements de santé* » (p. 13) (41).

Les mesures suggérées pour traiter le domaine d'action 5 comprennent :

- **Élaborer un programme de recherche sur l'anémie pour la production de données à diffuser à tous les niveaux du pays et à utiliser dans la conception et la mise en œuvre des politiques et des programmes. Le programme de recherche doit être guidé par les besoins contextuels.**
- **Mener des recherches sur la mise en œuvre pour comprendre les facteurs qui influencent la couverture, l'équité et la qualité des programmes et des interventions contre l'anémie.**
- **Mener des recherches spécifiques au contexte pour combler les lacunes en matière de données probantes et de recherches pour identifier les meilleures pratiques.**
- **Mener des évaluations pour améliorer les programmes.**
- **Faciliter la diffusion des connaissances parmi les universités, les instituts et les autres parties prenantes concernées.**

La CUA dans son rôle de guide pour l'harmonisation des plans nationaux avec les priorités et les cadres continentaux, devra :

- Faciliter la création d'une communauté de pratique à l'échelle de l'Afrique pour promouvoir les investissements dans la recherche et l'innovation.
- Soutenir la réalisation d'études approfondies pour la disponibilité de données récentes sur l'anémie dans tous les États membres.
- Soutenir les États membres dans l'élaboration d'un programme de recherche sur l'anémie pour la génération de données.

## Suivi des progrès réalisés en matière de réduction de l'anémie en Afrique

L'un des principaux défis que rencontre la lutte contre l'anémie est le manque de données de suivi et d'évaluation. Il est essentiel de disposer d'informations fiables et cohérentes au sein des pays et entre eux pour une prise de décision efficace et une mise en œuvre réussie des plans d'action nationaux chiffrés visant à réduire l'anémie au sein des populations. Pour suivre les progrès accomplis vers la cible nutritionnelle mondiale pour la réduction de l'anémie au niveau national, un ensemble d'indicateurs de base est proposé dans le tableau 1 pour guider les États membres dans l'élaboration ou la mise à jour des cadres de suivi et d'évaluation. Les indicateurs de base qui y sont suggérés sont alignés sur le Cadre conceptuel pour l'accélération de la réduction de l'anémie en Afrique (Figure 2) et ne sont pas censés être exhaustifs mais servent plutôt d'exemples d'indicateurs qui pourraient être inclus dans les cadres nationaux de suivi et d'évaluation. Des efforts complémentaires pour renforcer les capacités nationales de suivi et d'évaluation seront nécessaires.

Outre le suivi au niveau national, les efforts visant à identifier et à diffuser les meilleures pratiques et les enseignements tirés contribueront à intensifier les réponses efficaces et à garantir la responsabilisation pour la réalisation de l'objectif continental de réduction de l'anémie. La CUA, dans son rôle de facilitateur d'un système partagé de suivi et de responsabilisation entre les États membres, déterminera les indicateurs à sélectionner pour suivre les activités menées par les États membres dans les domaines d'action, en particulier pour le domaine d'action 1 (Analyser les données sur les causes et les facteurs de risque de l'anémie pour une prise de décision efficace), le domaine

d'action 4 (Renforcer la gouvernance, le leadership, les partenariats, la communication et la coordination à tous les niveaux) et le domaine d'action 5 (Améliorer la production et la diffusion de connaissances fondées sur des données probantes en matière de prévention et de contrôle de l'anémie).

**Tableau 1** : Indicateurs de base qui peuvent être envisagés pour l'inclusion dans les cadres nationaux de suivi et d'évaluation

Hiérarchie des objectifs		Indicateurs suggérés
<b>Impact</b>	Réduction de l'anémie chez les adolescentes et les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)	Prévalence de l'anémie chez les adolescentes et les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)
<b>Résultats</b>	Amélioration du statut en micronutriments	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de femmes en âge de procréer/femmes enceintes/enfants ayant un statut en fer suffisant (par exemple, ferritine sérique)</li> <li>- % de femmes en âge de procréer/femmes enceintes/enfants ayant un statut en folate suffisant (par exemple, folate sérique, folate érythrocytaire)</li> <li>- % de femmes en âge de procréer/femmes enceintes/enfants ayant un statut en vitamine B12 suffisant (par exemple, B12 sérique)</li> <li>- % de femmes en âge de procréer/femmes enceintes/enfants ayant un statut en vitamine A suffisant (par exemple, rétinol sérique)</li> </ul>
	Réduction des infections, des inflammations et des maladies chroniques	Incidence du paludisme (pour 1 000 personnes à risque) <ul style="list-style-type: none"> <li>- % d'enfants/femmes enceintes nécessitant une chimiothérapie préventive contre les helminthes</li> <li>- % de la population nécessitant une chimioprévention de la schistosomiase</li> <li>- Prévalence du VIH chez les adultes</li> <li>- Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes de la population par an)</li> </ul>
	Réductions des affections gynécologiques et obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévalence des hémorragies post-partum chez les femmes de 15 à 49 ans</li> <li>- Prévalence des pertes menstruelles abondantes chez les femmes de 15 à 49 ans</li> </ul>
	Amélioration du dépistage et de la prise en charge des hémoglobinopathies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de nouveau-nés identifiés comme porteurs drépanocytose (anémie falciforme)</li> <li>- % de nouveau-nés identifiés comme porteurs de thalassémie</li> <li>- % de personnes atteintes de drépanocytose traitées</li> <li>- % de personnes atteintes de thalassémie traitées</li> </ul>
<b>Processus/ indicateurs de résultats</b>	Amélioration du statut en micronutriments	<b>Diversification alimentaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de femmes de 15 à 49 ans atteignant la diversité alimentaire minimale</li> <li>- % de la population consommant des aliments riches en micronutriments</li> </ul>

		<p><b>Fortification</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de la population consommant des aliments adéquatement enrichis</li> </ul>
		<p><b>Supplémentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de femmes enceintes de 15 à 49 ans utilisant des suppléments de fer et d'acide folique à 90 %</li> <li>- % de femmes enceintes de 15 à 49 ans recevant des suppléments de multimicronutriments</li> <li>- % de filles et de femmes non enceintes ayant leurs règles recevant des suppléments de fer</li> <li>- % d'enfants de 6 à 24 mois recevant des suppléments de fer</li> </ul>
		<p><b>Fortification au point d'utilisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % d'enfants de 6 à 24 mois recevant des poudres de micronutriments</li> </ul>
		<p><b>Biofortification</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de la population consommant des aliments biofortifiés</li> </ul>
		<p><b>Promotion de l'allaitement maternel optimal et de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % d'enfants âgés de 6 à 24 mois atteignant le régime minimum acceptable</li> <li>- % de nourrissons de moins de 6 mois allaités exclusivement au sein</li> </ul>
	Réduction des infections, des inflammations et des maladies chroniques	<p><b>Paludisme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de ménages utilisant des MII/PII</li> <li>- % d'enfants bénéficiant d'une chimioprévention du paludisme</li> <li>- % de femmes enceintes bénéficiant d'une chimioprévention du paludisme</li> </ul>
		<p><b>Helminthes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % d'enfants bénéficiant d'une chimioprévention contre les helminthes</li> <li>- % de femmes enceintes bénéficiant d'une chimioprévention contre les helminthes</li> </ul>
		<p><b>Schistosomiase</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de population éligible bénéficiant d'une chimioprévention contre la schistosomiase</li> </ul>
		<p><b>VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de personnes affectées par le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR)</li> </ul>
		<p><b>Tuberculose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Succès du traitement de la tuberculose chez les nouveaux patients (% de nouveaux cas au cours d'une année ayant terminé avec succès le traitement)</li> </ul>

	Réduction des conditions gynécologiques et obstétricales	<p><b>Perte menstruelle importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de femmes de 15 à 49 ans recevant des contraceptifs modernes</li> </ul> <p><b>Hémorragie du post-partum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de femmes enceintes recevant des utérotoniques</li> </ul> <p><b>Clampage du cordon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de naissances avec clampage retardé du cordon</li> </ul> <p><b>Autres indicateurs à considérer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de naissances assistées par du personnel de santé qualifié</li> <li>- % de filles et de femmes recevant des conseils sur l'espacement des naissances et la planification familiale</li> <li>- % d'adolescentes recevant une éducation/des conseils sur la prévention des grossesses précoces</li> </ul>
	Amélioration du dépistage et de la gestion des maladies héréditaires des globules rouges	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de nouveau-nés dépistés pour les hémoglobinopathies</li> <li>- % de personnes atteintes d'une maladie héréditaire des globules rouges ayant accès aux installations de traitement</li> <li>- % de personnes atteintes de thalassémie ayant accès aux installations de traitement</li> </ul>
<b>Domaines d'action</b>	Analyse des données sur les causes et les facteurs de risque de l'anémie pour une prise de décision efficace	<p><b>Analyse du paysage (sources de données existantes/enquête nationale sur l'étiologie des micronutriments ou de l'anémie)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Données préalablement collectées sur l'anémie et ses déterminants systématiquement analysées et utilisées pour la prise de décision.</li> </ul>
	Priorisation des principales interventions préventives et thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % d'agents de santé formés</li> <li>- % personnel de santé qualifié</li> <li>- % de communautés avec des interventions prioritaires disponibles</li> </ul>
	Amélioration des plateformes de prestation de services intégrées pour la prévention et le contrôle de l'anémie dans tous les secteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus d'intégration à travers les politiques de suivi et d'évaluation qui sont menées</li> </ul>
	Renforcement de la gouvernance, du leadership, des partenariats, ainsi que l'ide a communication et la coordination à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de groupe de travail multisectoriel sur l'anémie</li> <li>- Mise en place de politiques liées à l'anémie et intégrées lorsque cela est possible</li> </ul>
	Amélioration de la génération et de la diffusion des connaissances fondées sur des données probantes sur la prévention et le contrôle de l'anémie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un programme de recherche sur l'anémie est élaboré.</li> <li>- Des recherches sur la mise en œuvre sont menées pour comprendre les facteurs influençant la couverture, l'équité et la qualité de la prestation des programmes contre l'anémie.</li> <li>- Enquête sur la consommation alimentaire/pratique alimentaire mise en œuvre</li> </ul>

## La marche à suivre

La CUA supervisera la coordination et l'harmonisation des plans nationaux et soutiendra la mise en œuvre du Cadre stratégique par le biais de mécanismes de renforcement des capacités, de partage des connaissances, de plaidoyer et de responsabilisation, en étroite collaboration avec l'Agence de développement de l'union africaine et le nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (l'AUDA-NEPAD), le CDC Afrique, les communautés économiques régionales et les États membres.

De plus, de multiples parties prenantes ont un rôle à jouer dans ce processus et dans le soutien à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation.

Commission de l'Union africaine	Diriger la diffusion du cadre stratégique; mobiliser des ressources; faciliter le plaidoyer, les consultations techniques et les dialogues politiques; guider l'harmonisation des plans nationaux avec les priorités et les cadres continentaux; faciliter un système partagé de suivi et de responsabilisation (tableau de bord).
Communautés économiques régionales (CER)	Appui technique et coordination aux États membres; plaider pour des ressources; surveiller et rendre compte des progrès.
États membres	Garantir un environnement législatif et politique favorable à la prévention et au contrôle de l'anémie; établir des mécanismes de coordination multisectoriels pour élaborer, mettre en œuvre et surveiller un plan d'action contre l'anémie; garantir des allocations budgétaires pour la coordination, la mise en œuvre des interventions et le suivi; rendre compte des progrès réalisés aux CER et à la CUA; participer aux plateformes techniques, politiques et de partage de données régionales et continentales.
Société civile	Engagement communautaire et engagements des citoyens; les organisations de la société civile mettent en œuvre, surveillent et plaident en faveur d'interventions contre l'anémie; les canaux médiatiques soutiennent la communication et le plaidoyer; le secteur privé apporte la technologie, le financement et les compétences.
Académie	Concevoir et diriger des recherches qui serviront à faire progresser des stratégies, des politiques et des interventions fondées sur des preuves, efficaces et réalisables pour la prévention et le contrôle de l'anémie en Afrique.
Partenaires de développement international	Fournir un soutien technique et financier aux États membres pour élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer des plans d'action multisectoriels contextualisés contre l'anémie qui s'harmonisent avec les objectifs et les cadres stratégiques de l'UA.

Le suivi, l'évaluation et la responsabilisation sont des éléments essentiels au succès de cette entreprise. Compte tenu de la nature complexe et multiforme de l'anémie, une collecte régulière de données dans chaque État membre est nécessaire pour suivre la prévalence de l'anémie, ses principales causes et les progrès des interventions. La mise en place de mécanismes de rapports aux niveaux national, régional et continental renforcera la responsabilité, améliorera l'efficacité et

facilitera l'apprentissage dans cet effort collectif visant à prévenir et contrôler l'anémie dans toute l'Afrique.

L'anémie est un problème persistant et transversal de santé et de développement dont l'étiologie est complexe. Le fardeau de l'anémie en Afrique peut être réduit, mais uniquement grâce aux efforts concertés d'une réponse multisectorielle globale, coordonnée et contextualisée.

## Références

1. WHO. Anaemia [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://www.who.int/health-topics/anaemia>
2. Haas, J.D., Brownlie, T. 4th. Iron deficiency and reduced work capacity: a critical review of the research to determine a causal relationship. *Journal of Nutrition*. 2001 Feb;131(2S-2):676S-688S.
3. Jung J, Rahman MdM, Rahman MdS, Swe KT, Islam MdR, Rahman MdO, et al. Effects of hemoglobin levels during pregnancy on adverse maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019;1450(1):69–82.
4. Larson LM, Kubes JN, Ramírez-Luzuriaga MJ, Khishen S, H. Shankar A, Prado EL. Effects of increased hemoglobin on child growth, development, and disease: a systematic review and meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019;1450(1):83–104.
5. Nutrition International, African Union, WHO. Landscape analysis of anaemia and its determinants in Africa. 2023.
6. GBD 2021 Anaemia Collaborators. Prevalence, years lived with disability, and trends in anaemia burden by severity and cause, 1990-2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Haematology*. 10(9):E713–34.
7. African Union. Africa Health Strategy 2016-2030 [Internet]. 2015. Available from: [https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-africa\\_health\\_strategy.pdf](https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-africa_health_strategy.pdf)
8. African Union. Africa Regional Nutrition Strategy 2015-2025 [Internet]. 2015. Disponible sur : [https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-arns\\_english.pdf](https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-arns_english.pdf)
9. WHO. Sixty-fifth World Health Assembly [Internet]. 2012. Disponible sur : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65-REC1/A65\\_REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf)
10. Global Nutrition Report. 2021 Global Nutrition Report: The state of global nutrition. Bristol, UK: Development Initiatives; 2021.
11. African Leaders for Nutrition Initiative. Continental Nutrition Accountability Scorecard. Scorecard. Disponible sur : <https://afdb-scorecard.invenus.dev/en/scorecard>
12. Chaparro CM, Suchdev PS. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci*. 2019 Aug;1450(1):15–31.
13. Stevens, Gretchen A., Beal, T., Mbuya, M.N.N., Luo, H., Neufeld, Lynnette M. Micronutrient deficiencies among preschool-aged children and women of reproductive age worldwide: A pooled analysis of individual-level data from population-representative surveys. *The Lancet Global Health*. 2022;10(11):e1590–9.
14. WHO. Vitamin and Mineral Information System (VMNIS) Micronutrients database [Internet]. [cited 2023 Jun 20]. Disponible sur : <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/databases/vitamin-and-mineral-nutrition-information-system>

15. WHO. Estimated number of people (all ages) living with HIV [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-number-of-people--living-with-hiv>
16. WHO. Global Health Observatory. 2023. Tuberculosis. Disponible sur : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/tuberculosis>
17. WHO. Malaria [Internet]. [cited 2023 Jun 23]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
18. Bates, I., McKew, S., Sarkinfada, F. Anaemia: A Useful Indicator of Neglected Disease Burden and Control. *PLOS Medicine*. 2007;4(8):e231.
19. Karlsson, T.S., Marions, L.B., Edlund, M.G. Heavy menstrual bleeding significantly affects quality of life. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2014;93(1):52–7.
20. Fraser, I.S., Mansour, D., Breymann, C., Hoffman, C., Mezzacasa, A., Petraglia, F. Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;128(3):196–200.
21. Kocaoz, S., Cirpan, R., Degirmencioglu, A.Z. The prevalence and impacts heavy menstrual bleeding on anaemia, fatigue and quality of life in women of reproductive age. *Pakistan Journal of Medical Science*. 2019 Apr;35(2):365–70.
22. Santos, I.S., Minten, G.C., Valle, N.C., Tuerlinckx, G.C., Silva, A.B., Pereira, G.A., et al. Menstrual bleeding patterns: A community-based cross-sectional study among women aged 18-45 years in Southern Brazil. *BMC Women's Health*. 2011;11(26).
23. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2008 Dec 1;22(6):999–1012.
24. Milman, N. Postpartum anaemia I: definition, prevalence, causes, and consequences. *Annals of Hematology*. 2011;90(11):1247–53.
25. Forbes G, Akter S, Miller S, Galadanci H, Qureshi Z, Fawcus S, et al. Factors influencing postpartum haemorrhage detection and management and the implementation of a new postpartum haemorrhage care bundle (E-MOTIVE) in Kenya, Nigeria, and South Africa. *Implement Sci*. 2023 Jan 11;18:1.
26. Mpemba, F., Kampo, S., Zhang, X. Towards 2015: post-partum haemorrhage in sub-Saharan Africa still on the rise. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(5–6):774–83.
27. Sefah N, Ndebele S, Prince L, Korasare E, Agleke M, Nkansah A, et al. Uterine fibroids — Causes, impact, treatment, and lens to the African perspective. *Front Pharmacol*. 2023 Jan 10;13:1045783.

28. Stewart E, Cookson C, Gandolfo R, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(10):1501–12.
29. Lou Z, Huang Y, Li S, Luo Z, Li C, Chu K, et al. Global, regional, and national time trends in incidence, prevalence, years lived with disability for uterine fibroids, 1990–2019: an age-period-cohort analysis for the global burden of disease 2019 study. *BMC Public Health*. 2023 May 19;23(1):916.
30. Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Ozaltin, E., Shankar, A.H., Subramanian, S.V. Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378(9809):2123–35.
31. Weatherall, D.J. The inherited diseases of hemoglobin are an emerging global health burden. *Blood*. 2010 Jun 3;115(22):4331–6.
32. WHO Africa [Internet]. 2022. African health ministers launch drive to curb sickle cell disease toll. Disponible sur : <https://www.afro.who.int/news/african-health-ministers-launch-drive-curb-sickle-cell-disease-toll>
33. Howes, R.E., Piel, F.B., Patil, A.P., Nyangiri, O.A., Gething, P.W., Dewi, M., et al. G6PD deficiency prevalence and estimates of affected populations in malaria endemic countries: a geostatistical model-based map. *PLOS Medicine*. 2012;9(11):e1001339.
34. Africa – Regional Overview of Food Security and Nutrition 2021 [Internet]. FAO; 2021 [cited 2024 Jul 3]. Disponible sur : <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb7496en>
35. WHO. Global Health Observatory. 2023. Maternal and reproductive health [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Disponible sur : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/maternal-and-reproductive-health>
36. WHO. Global Health Observatory. 2023. Coverage of essential health services [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Disponible sur : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>
37. WHO. Global Health Observatory. 2023. Water, sanitation and hygiene [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Disponible sur : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/water-sanitation-and-hygiene>
38. Nguyen MC, Wu H, Lakner C, Schoch M. March 2021 Update to the Multidimensional Poverty Measure: What's New [Internet]. World Bank; 2021 [cited 2024 Jun 17]. Disponible sur : <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/35390>
39. Atinmo T, Mirmiran P, Oyewole OE, Belahsen R, Serra-Majem L. Breaking the poverty/malnutrition cycle in Africa and the Middle East. *Nutr Rev*. 2009 May;67 Suppl 1:S40-46.
40. Hess S, Owais A, Jefferds M, Cahill A, Rogers L. Accelerating action to reduce anaemia: review of causes and risk factors and related data needs. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2023;1523:11–23.
41. WHO. Accelerating anaemia reduction A comprehensive framework for action [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>

42. Hess SY, Cahill A, Owais A, Rogers LM, Jefferds MED, Young MF. Accelerating action to reduce anemia: Review of causes and risk factors and related data needs. *Ann NY Acad Sci.* 2023;(1523):11–23.
43. WHO. Global anaemia reduction efforts among women of reproductive age: impact, achievement of targets and the way forward for optimizing efforts [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240012202>
44. Williams AM, Addo OY, Grosse SD, Kassebaum NJ, Rankin Z, Ballesteros KE, et al. Data needed to respond appropriately to anemia when it is a public health problem. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2019;1450(1):268–80.
45. Ministry of Health FGS, FMS, Somaliland, UNICEF, Brandpro, GroundWork. Somalia Micronutrient Survey 2019. 2020.
46. Ministry of Health and Sanitation (Sierra Leone), UNICEF, Helen Keller International, WHO. 2013 Sierra Leone Micronutrient Survey [Internet]. 2013. Disponible sur : [https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2016/03/SLMS-Report\\_FINAL\\_151203.pdf](https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2016/03/SLMS-Report_FINAL_151203.pdf)
47. Ministry of Health, Institut de Technologie Alimentaire (ITA), Nutrition International, Laboratoire de Recherche en Alimentation et Nutrition Humaine de l'Université Cheikh Anta Diop (LARNAH), Agence Nationale de la Statistiques et de la Demographie (ANSD), FAO, et al. Senegal National Nutrition Survey 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur : [https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2023/03/ENGLISH\\_Senegal-Micronutrient-Survey-2018\\_Report\\_230307\\_FINAL.pdf](https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2023/03/ENGLISH_Senegal-Micronutrient-Survey-2018_Report_230307_FINAL.pdf)
48. National Statistical Office, Community Health Services Unit, Centers for Disease Control and Prevention, Emory University. Malawi Micronutrient Survey 2015-16 [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR319/FR319.m.final.pdf>
49. University of Ghana, GroundWork, University of Wisconsin-Madison, KEMRI-Wellcome Trust, UNICEF. Ghana Micronutrient Survey 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur : [https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2018/06/UoG-GroundWork\\_2017-GHANA-MICRONUTRIENT-SURVEY\\_Final\\_180607.pdf](https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2018/06/UoG-GroundWork_2017-GHANA-MICRONUTRIENT-SURVEY_Final_180607.pdf)
50. National Nutrition Agency - Gambia, UNICEF, Gambia Bureau of Statistics, GroundWork. Gambia National Micronutrient Survey 2018 [Internet]. 2019. Disponible sur : [Disponible sur : Disponible sur : https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2019/03/GNMS2018-Final-Report\\_190325.pdf](https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2019/03/GNMS2018-Final-Report_190325.pdf)
51. Andersen CT, Tadesse AW, Bromage S, Fekadu H, Hemler EC, Passarelli S, et al. Anemia Etiology in Ethiopia: Assessment of Nutritional, Infectious Disease, and Other Risk Factors in a Population-Based Cross-Sectional Survey of Women, Men, and Children. *The Journal of Nutrition.* 2022 Feb;152(2):501–12.
52. SPRING. Understanding Anemia: Guidance for Conducting a Landscape Analysis [Internet]. Second Edition Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) projec. 2017;

53. SPRING. Multi-sectoral Anemia Efforts at the National Level in Uganda: Process Documentation Findings [Internet]. Second Edition Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) projec [Internet]. 2017; Disponible sur : [https://spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/reports/uganda\\_maps\\_report\\_2-1-18.pdf](https://spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/reports/uganda_maps_report_2-1-18.pdf)
54. SPRING. Multi-sectoral Anemia Efforts at the National Level in Sierra Leone: Process Documentation Findings [Internet]. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project. 2018;
55. Garcia-Casal MN, Dary O, Jefferds ME, Pasricha SR. Diagnosing anemia: Challenges selecting methods, addressing underlying causes, and implementing actions at the public health level. *Ann N Y Acad Sci.* 2023 Jun;1524(1):37–50.
56. Centers for Disease Control and Prevention, Nutrition International, UNICEF. Micronutrient Survey Manual & Toolkit [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 18]. Disponible sur : <https://mnsurvey.nutritionintl.org/>
57. WHO. Micronutrient survey manual [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 26]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240012691>
58. Intake. Global Diet Quality Score Toolkit. Washington, DC: Intake – Center for Dietary Assessment/FHI Solutions. 2022;
59. Intake. Innovations [Internet]. [cited 2024 Jul 3]. Disponible sur : <https://www.intake.org/index.php/innovations>
60. Lopez de Romaña D, Mildon A, Golan J, Jefferds MED, Arabi M. Review of intervention products for use in the prevention and control of anemia. *Ann N Y Acad Sci.* 2023;1529(1):42–60.
61. Da Silva Lopes K, Yamaji N, Rahman MdO, Suto M, Takemoto Y, Garcia-Casal MN, et al. Nutrition-specific interventions for preventing and controlling anaemia throughout the life cycle: an overview of systematic reviews. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2021 Sep 26 [cited 2024 Jun 14];2022(1). Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013092.pub2>
62. Moorthy D, Merrill R, Namaste S, Iannotti L. The Impact of Nutrition-Specific and Nutrition-Sensitive Interventions on Hemoglobin Concentrations and Anemia: A Meta-review of Systematic Reviews. *Advances in Nutrition.* 2020 Nov;11(6):1631–45.
63. African Union Development Agency. Africa Common Position on Food Systems: Regional submission to the UN food systems summit. 2021.
64. Osendarp SJM, Martinez H, Garrett GS, Neufeld LM, De-Regil LM, Vossenaar M, et al. Large-Scale Food Fortification and Biofortification in Low- and Middle-Income Countries: A Review of Programs, Trends, Challenges, and Evidence Gaps. *Food Nutr Bull.* 2018;39(2):315–31.
65. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. World Health Organization; 2016. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

66. Sununtnasuk C, D'Agostino A, Fiedler JL. Iron+folic acid distribution and consumption through antenatal care: identifying barriers across countries. *Public Health Nutr.* 2016 Mar;19(4):732–42.
67. Siekmans K, Roche M, Kung'u JK, Desrochers RE, De-Regil LM. Barriers and enablers for iron folic acid (IFA) supplementation in pregnant women. *Maternal & Child Nutrition.* 2018;14(S5):e12532.
68. WHO. Guideline: Daily iron supplementation in adult women and adolescent girls [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510196>
69. WHO. Guideline. Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women [Internet]. World Health Organization; 2011. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241502023>
70. Mildon A, Lopez De Romaña D, Jefferds MED, Rogers LM, Golan JM, Arabi M. Integrating and coordinating programs for the management of anemia across the life course. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2023 Jul;1525(1):160–72.
71. WHO. Guideline: daily iron supplementation in infants and children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2024 Jun 18]. 44 p. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/204712>
72. WHO. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by infants and young children aged 6-23 months and children 2-12 years. Geneva: World Health Organization; 2016.
73. WHO. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization; 2023.
74. WHO. WHO Guidelines for malaria. Geneva: World Health Organization; 2022.
75. UNDP. The Comprehensive Multisectoral Action Framework: Malaria and Sustainable Development [Internet]. United Nations Development Programme; 2022. Disponible sur : <https://www.undp.org/publications/comprehensive-multisectoral-action-framework-malaria-and-sustainable-development>
76. WHO. Preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups. Geneva: World Health Organization; 2017.
77. WHO. WHO guideline on control and elimination of human schistosomiasis [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041608>
78. WHO. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries [Internet]. World Health Organization; 2011. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/44691>

79. WHO. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. World Health Organization; 2018. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/275377>
80. African Union Commission. Maputo Plan of Action 2016-2030: Universal access to comprehensive sexual and reproductive health services in Africa. 2015.
81. World Health Organization. Early essential newborn care: clinical practice pocket guide, 2nd edition [Internet]. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2022. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/361145>
82. WHO, editor. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. 2 p.
83. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2024 Jun 17]. 112 p. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/275474>
84. WHO, Regional Office for Europe, European Observatory on Health System and Policies, Sagan A, McDaid D, Rajan S, Farrington J, et al. Screening: when is it appropriate and how can we get it right? [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/330810> Relation
85. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses [Internet]. 2nd ed. Pocketbook of hospital care for children. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2024 Jun 12]. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/81170>
86. Heidkamp RA, Wilson E, Menon P, Kuo H, Walton S, Gatica-Domínguez G, et al. How can we realise the full potential of health systems for nutrition? *BMJ*. 2020 Jan 26;16911.
87. Global Nutrition Report. The first global accountability framework for nutrition – Global Nutrition Report 2022 [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Disponible sur : <https://globalnutritionreport.org/reports/2022-global-nutrition-report/first-global-accountability-framework-for-nutrition/>
88. Nutrition International. Cost of Inaction Tool: What is the economic cost of stunting, anaemia, and low birthweight per year? [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 18]. Disponible sur : <https://www.nutritionintl.org/learning-resource/cost-inaction-tool/>
89. Walters D, Kakietek J, Eberwein JD, Shekar M. An Investment Framework for Meeting the Global Nutrition Target for Anemia.
90. Busse H, Covic N, Aakesson A, Jogo W. What Is the Role of Civil Society in Multisectoral Nutrition Governance Systems? A Multicountry Review. *Food Nutr Bull*. 2020;41(2):244–60.

## Annexes

### Annexe 1 : Causes directes de l'anémie et lacunes dans les données, par États membres de l'Union africaine (données issues de l'analyse du paysage, sauf indication contraire)

Pays	Région	Carence en fer (enfants < 5)	Carence en fer (FAP)	Paludisme (par 1000)	Helminthes (besoin de chimiothérapie préventive (PC))	Schistosomiasis (besoin de chimiothérapie préventive (PC))	Anémie falciforme (étab. Naissance : année)*	Carence en G6PD
République centrafricaine	Centrale	-	15,3	300 à 400	1 à 4.9M	1 à 4,9 M	1000	>7 à13%
République démocratique du Congo	Centrale	-	-	300 à 400	20-99.9M	>10M	40,000	>13 à20%
République démocratique de São Tomé et Príncipe	Centrale	-	-	1 à 50	<200K	<200K	40	-
République gabonaise	Centrale	-	-	200 à 300	<1M	<200K	1000	>7 à 13 %
République du Burundi	Centrale	-	-	200 à 300	<1M	<1 M	800	>7 à 13 %
République du Cameroun	Centrale	20,6	-	200 à 300	1-4.9M	5 à19,9 M	7500	>7 à 13 %
République du Tchad	Centrale	-	-	200 à 300	<1M	1 à 4,9 M	2400	>13 à 20 %
République de Guinée équatoriale	Centrale	-	-	200 à 300	<1M	<200K	450	>7 à 13 %
République du Congo	Centrale	-	10,0	200à 300	<1M	<1M	2000	>20%
République fédérale démocratique d'Éthiopie	Est	17,8	-	50 à 100	20 à 99.9M	>10M	130	≤7 %
République fédérale de Somalie	Est	42.9	-	50 à 100	1 à à 4.9M	1 à 4,9 M	20	≤7 %
République de Djibouti	Est	-	-	50 à 100	<200K	aucun	0	≤7 %
République du Kenya	Est	21,8	41.4	50 à 100	5 à 19.9M	1 à 4,9 M	5800	>7 à 13 %
République de Madagascar	Est	-	-	100 à 200	5 à 19.9M	>10M	4900	>13à20 %
République de Maurice	Est	-	-	aucun	aucun	aucun	0	-
République du Rwanda	Est	-	-	100-200	1 à 4.9M	1 à 4,9 M	770	≤7%
République des Seychelles	Est	-	-	aucun	aucun	non endémique	-	-
République du Soudan du Sud	Est	-	-	200 à 300	<1M	1 à 4,9 M	-	>13 à 20%
République du Soudan	Est	10,0	58.4	50 à 100	1 à 4.9M	5 à 19,9 M	5300	>13 à 20%
République de l'Ouganda	Est	-	-	200 à 300	5 à 19.9M	>10M	14,000	>13 à 20%
État d'Érythrée	Est	-	-	1 à 50	aucun	<1M	9	≤7%
Union des Comores	Est	-	-	1 à 50	<1M	non endémique	30	-

Pays	Région	Carence en fer (enfants < 5)	Carence en fer (FAP)	Paludisme (par 1000)	Helminthes (besoin de chimiothérapie préventive (PC))	Schistosomiasis (besoin de chimiothérapie préventive (PC))	Anémie falciforme (étab. Naissance : année)*	Carence en G6PD
République-Unie de Tanzanie	Est	-	-	100 à 200	20 à 99.9M	>10M	18,000	>13 à 20 %
République arabe d'Égypte	Nord	-	-	aucun	aucun	aucun	1100	-
République islamique de Mauritanie	Nord	-	-	1-50	aucun	<1M	500	>7 à 13 %
Royaume du Maroc	Nord	23,5	30,3	aucun	aucun	aucun	35	-
République algérienne démocratique et populaire	Nord	23,3	28,7	aucun	aucun	aucun	170	-
République de Tunisie	Nord	-	-	aucun	aucun	aucun	75	-
République arabe sahraouie démocratique	Nord	-	-	-	-	-	4	-
État de Libye	Nord	-	-	aucun	aucun	aucun	160	-
Royaume d'Eswatini	Sud	-	-	<1	<200K	<1M	4	>7 à 13 %
Royaume du Lesotho	Sud	-	-	aucun	<1M	non endémique	0	-
République d'Angola	Sud	-	-	100-200	5-19.9M	5 à 9.9M	9200	>13 à 20 %
République du Botswana	Sud	-	-	<1	<200K	1 à 4,9 M	4	≤7 %
République du Malawi	Sud	21,7	15,1	200 à 300	5 à 19,9 M	5 à 9.9M	2900	>20 %
République du Mozambique	Sud	-	-	300 à 400	5 à 19,9 M	>10M	2000	>20 %
République de Namibie	Sud	-	-	1 à 50	<1M	<200K	30	≤7 %
République d'Afrique du Sud	Sud	53,6	-	<1	5 à 19.9M	1 à 4,9 M	65	≤7 %
République de Zambie	Sud	-	-	100 à 200	1 à 4,9 M	1 à 4,9 M	10,700	>20%
République du Zimbabwe	Sud	-	-	50 à 100	<1M	1 à 4,9 M	450	>13 à 20 %
République fédérale du Nigéria	Occidentale	19,4	12,7	300 à 400	20-99.9M	>10 M	116,000	>13 à 20 %
République populaire du Burkina Faso	Occidentale	-	-	300 à 400	aucun	1 à 4,9 M	4700	>7 à 13 %
République du Bénin	Occidentale	-	-	300 à 400	1 à 4.9M	1 à 4,9 M	5700	>20%
République du Cap-Vert	Occidentale	-	-	aucun	<200K	aucun	15	-
République de Côte d'Ivoire	Occidentale	15,5	16,7	200v300	1 à 4,9 M	1 à 4,9 M	7500	>13 à 20 %
République du Ghana	Occidentale	21,5	13,7	100 à 200	aucun	>10M	6300	>13 à 20 %
République de Guinée	Occidentale	-	-	300 à 400	1 à 4,9 M	1 à 4,9 M	6300	>7 à 13 %
République de Guinée-Bissau	Occidentale	-	-	100 à 200	<1M	<200K	220	>7 à 13 %

Pays	Région	Carence en fer (enfants < 5)	Carence en fer (FAP)	Paludisme (par 1000)	Helminthes (besoin de chimiothérapie préventive (PC))	Schistosomiasis (besoin de chimiothérapie préventive (PC))	Anémie falciforme (étab. Naissance : année)*	Carence en G6PD
République du Libéria	Occidentale	25,7	-	300-400	<1 M	1 à 4,9 M	700	>7 à 13 %
République du Mali	Occidentale	-	-	300-400	aucun	5 à 9,9 M	4300	>7 à 13 %
République du Sénégal	Occidentale	56,3	42,3	50 à 100	1 à 4,9 M	1 à 4,9 M	3000	>13 à 20 %
République de Sierra Leone	Occidentale	5,2	8,3	300- à 400	1 à 4,9 M	1 à 4,9 M	3000	>7 à 13 %
République de Gambie	Occidentale	59,0	-	50 à 100	<200 K	<1 M	500	≤7 %
République du Niger	Occidentale	-	-	300 à 400	aucun	>10 M	8600	≤7 %
République togolaise	Occidentale	-	-	200à 300	1 à 4,9 M	1 à 4,9 M	2000	>20%
<b>Classification de l'importance :</b>								
Très faible ou aucun		<1 %		<1 ou aucun	aucun	aucun	<10	aucun
Faible		<10 %		1 à 50	<200,000	<200,000	10-100	≤7 %
Modéré		10 à 19 %		50 à 100	200 à 900,000	200 à 900,000	100 à 500	>7 à 13 %
Haut		20 à 39 %		100 à 200	1 à 4.9 million	1 à 4.9 million	500 à 2000	>13 à 20%
Très élevé		>40 %	>40 %	>200	>5 million	>5 million	>2000	>20 %
Aucune donnée		-	-	-	-	-	-	-

\*Piel, F. B., Hay, S. I., Gupta, S., Weatherall, D. J., & Williams, T. N. (2013). Fardeau mondial de la drépanocytose chez les enfants de moins de cinq ans, 2010-2050 : modélisation basée sur la démographie, la surmortalité et les interventions. *PLoS medicine*, 10(7), e1001484. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001484>

Annexe 2 : Principales causes d'anémie basées sur les années vécues avec un handicap (AVH) pour 100 000 habitants pour les femmes de tous âges dans les régions de l'UA, y compris les États membres.

Région GBD (Charge mondiale de la morbidité)	États membres de l'UA inclus dans la région subsaharienne	Principales causes d'anémie		
		1	2	3
<b>Afrique du Nord</b>	Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Soudan, Tunisie	Carence en fer alimentaire	Hémoglobinopathies et anémies hémolytiques	Autres maladies tropicales négligées
<b>Afrique centrale</b>	Angola, République centrafricaine, République du Congo, RD Congo, Guinée équatoriale, Gabon	Carence en fer alimentaire	Hémoglobinopathies et anémies hémolytiques	Paludisme
<b>Afrique de l'Est</b>	Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Mozambique, Rwanda, Somalie, Soudan du Sud, Ouganda, Tanzanie, Zambie	Carence en fer alimentaire	Hémoglobinopathies et anémies hémolytiques	Paludisme
	Maurice, Seychelles	Carence en fer alimentaire	Hémoglobinopathies et anémies hémolytiques	Maladie rénale chronique
<b>Afrique du sud</b>	Botswana, Eswatini, Lesotho, Namibie, Afrique du Sud, Zimbabwe	Carence en fer alimentaire	VIH/SIDA	Hémoglobinopathies et anémies hémolytiques
<b>Afrique de l'Ouest</b>	Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, São Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Togo	Carence en fer alimentaire	Hémoglobinopathies et anémies hémolytiques	Paludisme

Remarque : Maurice et les Seychelles sont incluses dans la région GBD de l'Asie du Sud-Est, et la République du Sahari n'est pas incluse dans l'analyse de la charge mondiale de la morbidité (GBD)

**Source** : Supplément à : GBD 2021 Anemia Collaborators. Prévalence, années vécues avec un handicap et tendances de la charge de l'anémie par gravité et cause, 1990-2021 : résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2021. *Lancet Haematol* 2023; publiés en ligne le 31 juillet. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(23\)00160-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(23)00160-6)

# CADRE STRATÉGIQUE POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DE L'ANÉMIE EN AFRIQUE

---

## **Donner aux pays africains les moyens de réduire l'anémie**

Ce cadre prépare le terrain pour la mise en œuvre coordonnée d'un ensemble d'interventions efficaces et durables, spécifiques au contexte et multisectorielles, permettant aux pays africains de réduire le fardeau de l'anémie grâce à la prévention, au diagnostic et à la gestion de toutes les formes d'anémie, ce qui améliorera la santé et le bien-être de tous les citoyens.