

AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE
COMBATting CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES
(ACSI-CCCD)

ETAT D'AVANCEMENT DE LA SURVIE DE
L'ENFANT EN AFRIQUE

LE FORUM DE DAKAR, SÉNÉGAL

29 MARS - 2 AVRIL, 1993

RAPPORT



UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698-0421)



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office

CDC

Ce document a été appuyé par Bureau for Africa,
Office of Operation and New Initiatives (ONI)
et Office of Analysis, Research and Technical Support (ARTS),
United States Agency for International Development (A.I.D.) -
l'Agence Américaine pour le Développement International -
dans le cadre du projet Africa Child Survival Initiative -
Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD),
projet régional pour l'Afrique #698-0421, Washington, D.C.

Le Forum des cadres en santé publique sur l'état d'avancement
de la survie de l'enfant en Afrique a eu lieu à Dakar, Sénégal
le 29 mars au 2 avril 1993. Ce Forum a été possible grâce
au soutien financier de l'Agence Américaine pour le
Développement International (A.I.D.).

Edition traduite de l'anglais (version officielle),
mai 1993. La traduction française a été contrôlée
par Marie Reine Millet.

Ce document a été préparé par l'équipe du projet ACSI-CCCD
aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
et ne reflète pas nécessairement les idées et opinions des CDC
ou de l'USAID (l'Agence Américaine pour le Développement International).
Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que leurs auteurs.

La reproduction partielle ou intégrale de ce document
à des fins non-commerciales est autorisée avec mention de la source.

Des copies supplémentaires en anglais et en français sont disponibles à:

ACSI-CCCD Technical Coordinator
International Health Program Office
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgia 30333
Fax (404) 639-0277

TABLE DES MATIERES

ABBREVIATIONS	iii
RESUME EXECUTIF	v
ACCUEIL DES PARTICIPANTS	
Message du Directeur, USAID Sénégal	1
Remarks du Chargé d’Affaire, Ambassade Américaine, Sénégal	4
Message du Ministère de la Santé Publique et l’Action Sociale Sénégal	5
THEME DU JOUR	
Présentation générale de la santé des enfants en Afrique: problèmes, progrès, difficultés	
Gottlieb L. Monkosso, Directeur Régional, OMS/AFRO, Brazzaville	7
THEME DU JOUR	
La santé de l’enfants Africain: délibérations du Sommet mondial pour les enfants et les objectifs de l’an 2000,	
Terrell Hill, Senior Advisor for Health, UNICEF, New York	16
RESUME DE PLENIERE	
Santé de l’enfant en Afrique progrès et défis	19
Santé et survie de l’enfant en Afrique	20
Exploitation des données pour la définition des politiques, la planification, la mise en oeuvre et l’évaluation	22
Améliorations et maintien de la qualité des services de soins de santé primaires	24
THEME DU JOUR	
Intégration des soins à l’enfant malade, Jim Tulloch, WHO Geneva.	
	26
RESUME DE PLENIERE	
Diarrhée	29
Lutte contre les infections respiratoires aiguës	31
Paludisme	33
L’enfant malade	35
THEME DU JOUR	
Prévention et les objectifs de l’an 2000 pour les enfants: cinq problèmes fondamentaux, Walter Dowdle, Sous-Directeur, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Ga	
	38
RESUME DE PLENIERE	
Vaccination - partie I	45
Vaccination - partie II	47
L’épidémiologie en action	49
Initiative paludisme: un exemple de formulation de politiques et de planification	51
THEME DU JOUR	
La planification familiale en Afrique subsaharienne bilan sommaire, Latifou Salami, Consultant, INTRAH Regional Office for Francophone Africa, Lome, Togo	
	52

RESUME DE PLENIERE

Politiques appropriées et développement de programmes pour une maternité sans risque et un planning familial	55
Alimentation optimale du nourrisson	57
Prévention et lutte contre HIV/MST/TB - Partie I	59
Prévention et lutte contre HIV/MST/TB - Partie II	62

THEME DU JOUR

Etablissement communautaire des programmes de survie des enfants afin de réaliser les objectifs de l'ICAAC*, Rudolph Knippenberg, Conseiller Régional pour les Soins de Santé Primaires, UNICEF/WCARO, Abidjan, Côte d'Ivoire	65
--	----

RESUME DE PLENIERE

Associations dans la communauté	73
Financement des soins de santé primaires: développement de politique et stratégies de mise en oeuvre	74
Stratégies au niveau des districts pour atteindre la santé pour tous en Afrique d'ici l'an 2000	76
Perspectives	78

RAPPORTS DES L'ATELIERS

Rapport sur l'atelier de travail sur les stratégies de financement pour la perennité des services de santé et de survie des enfants en Afrique	80
Rapport de l'atelier sur les systèmes d'information sanitaire	84
Rapport de l'atelier de travail traitant de la prise en charge de l'enfant malade (IRA/maladies diarrhéiques/paludi	87
Rapport analytique de l'atelier PEV	90

ORATEURS ET TITRES DES ABSTRAITS	89
---	-----------

PARTICIPANTS	95
---------------------------	-----------

ABBREVIATIONS

ACSI	Action pour la Survie de l'Enfant en Afrique
AFRO	Bureau Régional pour l'Afrique (OMS, Brazzaville)
A.I.D	Agence pour le Développement International
ASV	Agent de Santé Villageois
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCCD	Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance
CDC	Centres de Lutte contre les Maladies et de la Prévention
CEIS	Système d'Information Informatisé du PEV
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CQ	Chloroquine
DTCoq	Diptérie, Tétanos, Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
EIS	Service d'Information Epidémiologique
EZ	Vaccin Antirougeoleux d'Edmonston Zagreb
ICAAC	Conférence Internationale sur l'Assistance aux Enfants Africains
IEC	Information, Education, Communication
IHPO	Bureau du Programme de Santé Internationale
INTRAH	Programme International de Formation
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
MQ	Méfloquine
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PPN	Petit Poids de Naissance
PRMP	Projet de Recherche de Mangochi sur le Paludisme
RCA	République Centrafricaine
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SSP	Soins de Santé Primaires
SRO	Sels de Réhydratation par Voie Orale
SSS	Solution Salée Sucrée
TB	Tuberculose
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TMN	Taux de Mortalité Néonatale
TNN	Tétanos Néonatal
TRO	Thérapie de Réhydratation par Voie Orale
TSS	Tests Sérologiques pour la Syphilis
UFC	Unité de Formation Continue
UFTD	Unité de Formation au Traitement de la Diarrhée
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
UTRO	Unité de Thérapie de Réhydratation Orale
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPO	Vaccin Antipolionyéritique Oral
WCARO	Bureau Régional pour l'Afrique Occidentale (UNICEF)

Résumé exécutif

I. INTRODUCTION

Le Forum, "Progrès de la Survie des Enfants en Afrique", s'est tenu à Dakar, au Sénégal, du 29 mars au 2 avril 1993. Le Forum a été précédé de quatre sessions d'atelier de travail du 25 au 27 mars. Ces ateliers de travail comprenaient un nombre limité de participants africains.

Le Forum et les ateliers de travail ont été subventionnés par le bureau africain de l'agence américaine pour le développement international (United States Agency for International Development) et organisés par les centres de contrôle et de prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention) (CDC), dans le cadre du projet d'initiative de survie des enfants en Afrique - Lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance (Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases) (ACSI-CCCD).

L'objectif du Forum était d'évaluer les progrès de l'Afrique dans le domaine de la survie des enfants, et d'examiner les leçons apprises au cours de plus de dix ans d'expérience de mise en oeuvre du projet ACSI-CCCD et d'autres programmes de survie des enfants en Afrique. De plus, la conférence a été organisée afin d'échanger les dernières informations techniques sur les interventions de survie des enfants, pour identifier les problèmes importants qui s'opposent aux efforts de survie des enfants au cours des années 90, et pour développer des recommandations clés pour la mise en oeuvre des programmes de survie des enfants en Afrique au cours des années 90.

Plus de 450 professionnels de la santé publique, parmi lesquels 85% étaient de nationalité africaine, ont assisté au Forum. Les participants représentaient 32 gouvernements africains et plus de 30 organisations internationales et régionales, parmi lesquelles l'OMS, l'UNICEF, l'A.I.D., le Corps de la Paix (Peace Corps), des organisations bénévoles privées et d'autres agences coopérant avec l'A.I.D. et travaillant en Afrique sub-saharienne.

Au cours du forum de cinq jours, 120 présentations ont été faites; dont plus de 80% par des africains. Les thèmes du Forum ont illustré toute la gamme d'initiatives de survie des enfants développées au cours des dix dernières

années: des deux chevaux de bataille que sont la vaccination et la thérapie de réhydratation orale (TRO), aux infections respiratoires aiguës (IRA), au paludisme, à la prise en charge de cas intégrée de l'enfant malade, au VIH/SIDA, aux maladies sexuellement transmissibles (MST), à la tuberculose (TB), à la maternité sans risque, à la nutrition et au planning familial.

De plus, des présentations ont également abordé plusieurs stratégies de soutien nécessaires pour l'administration des services élargis de survie des enfants, y compris l'utilisation des données, l'assurance de qualité, la formation, le financement des soins de santé et la participation communautaire.

II. GENERALITES - SURVIE DES ENFANTS EN AFRIQUE

Les efforts pour améliorer la survie des enfants en Afrique ont eu beaucoup de succès au cours des dix dernières années. Le taux de mortalité des nourrissons, à l'échelle du continent, est passé de 200/1000 à 101/1000 naissances vivantes en 1990, grâce à une utilisation de technologies abordables et d'une mobilisation d'un engagement politique par les gouvernements africains pour la survie des enfants. Cependant, en dépit d'améliorations globales, des données d'enquêtes démographiques et sanitaires provenant de 18 pays africains continuent à montrer des écarts importants entre les pays, au niveau des taux de mortalité infantile, allant de 50/1000 naissances vivantes au Botswana à plus de 300/1000 naissances vivantes au Niger. Dans quatorze pays, la tendance de la mortalité décline, et dans quatre pays (Niger, Nigéria, Zambie et Ouganda), la tendance reste stable ou augmente.

Sur approximativement quatre millions de décès qui ont lieu chaque année en Afrique chez les enfants âgés de moins de cinq ans, on estime que 30% à 50% sont attribués au paludisme et aux IRA, dont les symptômes cliniques se chevauchent fréquemment. Parmi les autres causes importantes de mortalité chez les moins de cinq ans figurent la rougeole, le tétanos des nouveaux-nés, la déshydratation et la malnutrition. Le VIH/SIDA et la tuberculose se présentent comme des maladies importantes qui auront un impact sur la survie des enfants au cours des années 90.

Les facteurs associés à une augmentation de la mortalité infantile comprennent un manque d'éducation de la mère, l'âge de la mère (inférieur à 18 ans ou supérieur à 39 ans), le nombre d'enfants nés de la même mère (supérieur à 5), et l'intervalle entre les naissances (inférieur à deux ans). La mortalité est plus élevée dans les zones rurales et parmi les pauvres du milieu urbain.

III. LECONS APPRISES AU COURS DE DIX ANS DE PROGRAMMES DE SURVIE DES ENFANTS

Les présentations du Forum ont mis en évidence de nombreuses leçons qui ont été apprises au cours de la mise en oeuvre des activités de survie des enfants en Afrique lors des dix dernières années. Parmi les principales leçons apprises dans le cadre de programmes majeurs figurent:

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)

L'épidémiologie des maladies ciblées par le PEV est différente dans les grandes zones urbaines; les efforts de lutte contre les maladies en milieu urbain nécessitent des politiques et des stratégies différentes.

Une infection VIH pédiatrique ne constitue pas une contre-indication au calendrier de vaccination régulier préconisé par l'OMS/PEV. L'OMS recommande que le BCG soit administré dès que possible après la naissance, et qu'il ne soit pas administré aux nourrissons atteints de SIDA clinique.

Bien que les campagnes de vaccination puissent être efficaces pour augmenter la couverture à court terme, les niveaux de vaccination diminueront si des systèmes d'administration de services viables et permanents, avec un centre fixe et des services périphériques, ne sont pas établis.

Les priorités du PEV s'élargissent pour inclure une surveillance de l'incidence des maladies, en plus de la surveillance des niveaux de couverture vaccinale. Une meilleure surveillance pourra aider les directeurs de programmes à concentrer les ressources et les activités des programmes et à développer des stratégies pour lutter contre la rougeole, éliminer le tétanos des nouveaux-nés et éradiquer la poliomyélite.

LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

Un allaitement exclusif entre la naissance et l'âge de 4-6 mois est l'une des stratégies les plus efficaces pour éviter la diarrhée. De plus, alors que la thérapie de réhydratation orale peut être efficacement utilisée à domicile pour traiter/prévenir la déshydratation, l'utilisation communautaire de la thérapie de réhydratation orale n'a pas atteint les objectifs espérés, et elle n'est souvent pas compatible avec la culture et les croyances des communautés en ce qui concerne la maladie et le traitement. Des recherches ethnographiques et sociologiques sont utiles pour développer des politiques et des stratégies de mise en oeuvre de programmes appropriés pour les maladies diarrhéiques et pour d'autres programmes de survie des enfants.

La diarrhée persistante et la shigella résistant aux médicaments sont également des causes majeures de morbidité et de mortalité dues à la diarrhée. Une prise en charge nutritionnelle pourra être nécessaire pour soigner la malnutrition qui y est associée.

IRA ET PALUDISME

Les enfants malades ont fréquemment de multiples problèmes cliniques qui se chevauchent, et ils nécessitent une procédure globale d'évaluation, diagnostic et traitement. Pour être efficaces, les programmes de prise en charge de cas nécessitent des systèmes logistiques viables qui assurent un approvisionnement adéquat de médicaments et d'autres ressources.

Des fonds renouvelables pour médicaments constituent une option possible pour assurer que les médicaments adéquats et d'autres ressources sont disponibles.

Dans de nombreux endroits, la chloroquine n'est plus efficace en tant qu'antipaludéen de premier choix, et son efficacité antipaludéenne devrait être régulièrement évaluée. D'autres thérapies devraient être adoptées suivant les besoins.

MALADIES EN PROGRESSION

Les enfants infectés par le VIH sont hospitalisés plus souvent pour une malnutrition et des IRA que les enfants qui ne sont pas atteints par le VIH. Les enfants admis présentant ces pathologies devraient être soumis à un dépistage d'infection VIH.

La tuberculose a augmenté considérablement en Afrique. On estime que l'infection VIH peut être tenue pour responsable de 20% de cette augmentation. La plupart des cas peuvent être traités par les stratégies existantes de lutte contre la tuberculose, qui sont basées sur un diagnostic et un traitement des cas, et qui sont appropriées, abordables et efficaces pour l'Afrique. Actuellement, les efforts de lutte contre la tuberculose souffrent d'une faible adhésion et de ressources limitées.

Traiter les MST est l'une des méthodes les plus rentables qui soit disponible pour éviter la transmission du VIH. De plus, la syphilis congénitale, un facteur de mortalité et de faible poids de naissance, peut être évitée de manière efficace au moyen de programmes cliniques prénataux qui fournissent un diagnostic et un traitement des MST.

FINANCEMENT DE L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTE

Faire une contribution en espèces ou en nature, en échange de services de santé, n'est pas quelque chose de nouveau pour la majeure partie de l'Afrique; les gens sont disposés à payer pour des services de santé.

Les frais imposés pour des programmes de services peuvent être efficaces lorsque les revenus recueillis sont conservés au niveau local. Cependant, une supervision intensive et une formation sont nécessaires pour assurer une gestion et une utilisation locales efficaces de ces revenus.

IV. RECOMMANDATIONS POUR LES PROGRAMMES DE SURVIE DES ENFANTS AU COURS DES ANNEES 90

Les présentations de la conférence ont compris des recommandations pour assurer que des services de soins de santé primaires de qualité restent largement disponibles en Afrique au cours des dix prochaines années. Ces recommandations sont regroupées sous cinq domaines principaux d'activité.

A ENTRETENIR ET ETENDRE LES REALISATIONS ACTUELLES

Le personnel des ministères de la santé et leurs partenaires d'assistance technique devraient assurer que les progrès considérables, réalisés dans le domaine de la survie des

enfants au cours des dix dernières années, seront entretenus et étendus au cours des années 90. En tant que programme principal de soins de santé primaires dans de nombreux pays africains, les gouvernements nationaux et les bailleurs de fonds devraient donner priorité au maintien de programmes de vaccination solides, qui peuvent fournir des niveaux élevés de protection et peuvent servir de véhicules pour mettre en oeuvre de nouvelles interventions, telles que des services de planning familial et des efforts accrus de surveillance des maladies. De plus, des programmes de vaccination solides sont nécessaires pour administrer de nouveaux vaccins, tels que des vaccins contre le paludisme et le SIDA lorsque ceux-ci deviendront disponibles.

B. AMELIORER L'INTEGRATION DES PROGRAMMES DE SURVIE DES ENFANTS

Augmenter l'intégration des programmes de survie des enfants représentera une stratégie importante pour améliorer leur efficacité et leur rendement au cours des années 90. Le personnel des Ministères de la Santé et les partenaires d'assistance technique devraient travailler ensemble pour améliorer l'intégration des programmes de soins de santé primaires et pour assurer que des ressources adéquates sont disponibles pour mettre en oeuvre des programmes plus intégrés. Augmenter le niveau d'intégration devrait également permettre aux programmes nationaux d'utiliser de façon optimale des ressources peu abondantes.

Au cours des années 90, l'intégration portera sur deux larges domaines. Premièrement, les directeurs doivent accélérer la mise en oeuvre des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques, le paludisme, la tuberculose et les IRA. Cependant, ils doivent le faire dans le contexte d'efforts plus globaux conçus pour améliorer la prise en charge de cas d'enfants malades. L'initiative OMS/UNICEF pour améliorer la prise en charge de cas d'enfant malade représente un effort global important pour standardiser et coordonner les éléments de cette prise en charge de cas qui sont communs aux interventions individuelles de prise en charge de cas. Bien que des lacunes techniques et de mise en oeuvre existent au sein de l'initiative soutenue par l'OMS/UNICEF, elle devrait servir de catalyseur pour les efforts visant à améliorer l'intégration.

Deuxièmement, les directeurs doivent également s'efforcer d'intégrer l'administration d'autres services

de soins de santé primaires à haute priorité dans des systèmes d'administration qui existent déjà pour certains services de soins de santé primaires. Dans de nombreux pays, le PEV est souvent le programme principal d'administration de services en termes de formation du personnel, de soutien logistique et de couverture de population. Le problème consistera à incorporer des services supplémentaires, tels que le planning familial, au sein du réseau d'administration de services qui fournit déjà des vaccinations. Les premiers résultats d'un projet pilote au Burundi, subventionné par ACSI-CCCD, suggèrent que des services de planning familial peuvent être intégrés dans les services d'administration de vaccinations sans diminuer la couverture ou l'acceptabilité des services de vaccination. Cet effort pilote devrait être pris en compte comme modèle pour des tentatives similaires destinées à intégrer de nouveaux services au sein des programmes de vaccination.

C. DECENTRALISER LA RESPONSABILITE POUR LA MISE EN OEUVRE ET LA DIRECTION DES PROGRAMMES

Décentraliser la responsabilité pour la mise en œuvre et la direction des programmes au niveau des districts représentera une composante clé de la stratégie globale pour administrer plus efficacement des programmes intégrés de survie des enfants au cours des années 90. Une décentralisation effective imposera que les ministères de la santé et leurs partenaires d'assistance technique fournissent des directeurs, au niveau des districts, avec les compétences nécessaires pour planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer les programmes de survie des enfants. Par conséquent, les efforts de formation doivent être concentrés sur un renforcement, au niveau du district, de l'aptitude à :

- Développer et gérer des systèmes d'informations de santé qui fournissent des données de qualité, et de les utiliser pour définir des politiques et surveiller et évaluer les programmes de soins de santé primaires.
- Superviser le personnel et mettre en œuvre des approches efficaces pour une formation continue.
- Gérer des programmes au niveau des districts.

- Surveiller régulièrement la sensibilité aux antipaludéens et aux antibiotiques.
- Développer, selon les besoins, une mise en œuvre de programmes et des stratégies de lutte contre les maladies spécifiques au milieu urbain.

D. DEVELOPPER DES PARTENARIATS EFFECTIFS A TOUS LES NIVEAUX

Des efforts pour décentraliser la responsabilité de la mise en œuvre et la direction des programmes de survie des enfants et pour intégrer les programmes d'administration de services exigeront le développement de nouveaux partenariats à tous les niveaux du système de santé, y compris au niveau des communautés, des centres de soins, des districts, des pays et au niveau international.

Par exemple, au niveau national, des politiques de santé avec des objectifs clairement définis devraient servir de base à une amélioration de la collaboration au sein du système de santé. A l'avenir, les partenaires d'assistance technique et les gouvernements nationaux devraient convenir de travailler ensemble sur les problèmes de santé que des pays individuels ont identifiés comme étant des priorités élevées. Les gouvernements et leurs partenaires devraient alors développer des politiques nationales de santé avec des objectifs clairement définis, distribuer ces politiques aux membres du personnel de santé du niveau des districts et du niveau des communautés, et fournir le soutien technique et logistique nécessaire pour atteindre les buts et les objectifs des politiques.

Au niveau des communautés, des partenariats effectifs seront particulièrement importants pour la mise en œuvre de systèmes de recouvrement des coûts en Afrique. L'expérience, à ce jour, montre que, lorsque les communautés participent activement à la mise en œuvre et à la gestion de frais imposés pour des programmes de services, et lorsque les communautés conservent une majorité des fonds recueillis, les procédures connaissent un meilleur succès. De plus, les communautés doivent être des partenaires à part entière dans la mise en œuvre de programmes de prise en charge de cas, qui se baseront dans une large mesure sur une reconnaissance et un traitement des enfants malades par les communautés. Bâtir des partenariats communautaires constituera une

tâche primordiale des directeurs au niveau des districts, qui auront, suite aux efforts de décentralisation de la direction des programmes, une responsabilité plus importante pour travailler avec les communautés et adapter et mettre en oeuvre les programmes de survie des enfants.

E. EFFECTUER LES RECHERCHES APPLIQUEES NECESSAIRES

Une mise en oeuvre de programmes efficaces de survie des enfants, au cours des années 90, imposera que des problèmes techniques et opérationnels, qui existent actuellement, soient résolus. Par conséquent, les gouvernements nationaux et les partenaires internationaux d'assistance technique doivent assurer que les recherches appliquées nécessaires pour résoudre des problèmes clés, à la fois sur le plan technique et sur le plan opérationnel, seront effectuées. Les domaines prioritaires nécessitant des recherches comprennent:

Le rôle des groupes d'importance traditionnelle et socio-culturelle dans les activités de prévention et de lutte contre le SIDA

L'effet de frais imposés à l'utilisateur sur les taux d'utilisation dans le secteur public et le secteur privé

Prophylaxie optimale contre le paludisme et stratégies de prévention

Stratégies de prévention basées au sein des communautés et traitement antibiotique peu coûteux pour la dysenterie

Méthodes acceptables, sur le plan culturel, pour traiter la diarrhée et la déshydratation à domicile.

CONCLUSIONS

Les participants des Ministères de la Santé africains et des nombreuses organisations représentées à la conférence ont tous convenu que la réunion avait parfaitement réussi à souligner les réalisations antérieures dans le domaine de la survie des enfants, à décrire des perspectives et à fournir aux pays des recommandations pratiques pour améliorer les programmes de survie des enfants au cours des années 90. Les délégués africains ont exprimé leur inquiétude vis-à-vis des problèmes politiques, sociaux et économiques auxquels l'Afrique fait face. Ils ont noté que la paix et une stabilité politique sont des conditions nécessaires pour aborder efficacement les problèmes de la survie des enfants au cours des années 90. La démocratisation amène les gouvernements africains à devenir de plus en plus responsables de la santé de leurs enfants, et on assiste à une prise de conscience croissante du fait que l'avenir des enfants africains ne peut pas être sacrifié pour répondre aux besoins d'aujourd'hui. Cette volonté politique, combinée à des politiques et des objectifs de santé clairement définis à l'échelle nationale, servira de base à une collaboration accrue entre les membres du personnel de santé du secteur public et du secteur privé, les communautés et leurs gouvernements, et entre les gouvernements et les bailleurs de fonds. Les stratégies éprouvées de survie des enfants peuvent être rendues plus efficaces et rentables en améliorant les politiques, en décentralisant la responsabilité pour la mise en oeuvre des programmes, en développant les compétences de gestion au niveau périphérique et en intégrant les services des programmes de survie des enfants. Cependant, des questions ont été soulevées en ce qui concerne les ressources financières et humaines nécessaires pour intégrer et renforcer les programmes de survie des enfants. Il a été demandé aux bailleurs de fonds de poursuivre leur soutien aux programmes de survie des enfants et de travailler avec les pays africains pour développer et mettre en oeuvre des programmes appropriés de survie des enfants.

Message de Julius E. Coles, Directeur, USAID/Sénégal

L'Agence américaine pour le développement international est fière de parrainer ce Forum sur l'état d'avancement de la survie des enfants en Afrique. C'est une incroyable réunion de professionnels de la santé publique comprenant plus de 350 africains et 100 internationaux. Le fait que plus de 250 résumés aient été soumis provenant de 35 pays africains est la preuve incontestable du progrès réalisé et de l'engagement continu pour la santé et le développement de l'enfant africain.

Je crois que l'histoire de la survie de l'enfant en Afrique aujourd'hui est une histoire qui est faite de grands succès et de grands défis. L'amélioration de la santé de l'enfant africain dans les années 80 a été remarquable, grâce en partie, à un partenariat original entre les ministères de la santé africains, les organisations internationales et les bailleurs de fonds tels que l'OMS, l'UNICEF, et l'A.I.D. qui ont conjointement reconnu la survie de l'enfant comme étant une priorité. Tous méritent d'être chaleureusement félicités pour leurs actions considérables réalisées dans les années 1980.

En 1981, le bureau Afrique de l'A.I.D. a commencé l'initiative de survie de l'enfant en Afrique, intitulée projet de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance. Pendant plus de douze ans, ce projet a constitué l'un des principaux programmes de l'A.I.D. pour le soutien à la survie de l'enfant en Afrique. Il a été exécuté par les Centers for Disease Control and Prevention (centres de lutte et de prévention des maladies) dans treize pays. La principale stratégie a été de mettre l'accent sur le renforcement des systèmes de santé et les interventions contre les principales causes de mortalité infantile telles que les maladies qui peuvent être évitées par la vaccination, la diarrhée et le paludisme. D'autre part, le projet a soutenu de nombreuses activités au niveau régional en Afrique, notamment l'organisation de six conférences comme celle-ci, le financement d'importants projets de recherche opérationnelle et des activités de formation au niveau régional de l'OMS.

Ces efforts concertés ont eu un important impact en une période de temps brève.

La couverture vaccinale avec le DTCoq3 a été de 57%

en 1991, ce qui démontre que plus de la moitié des enfants africains sont vus au moins trois fois pendant leur première année de vie par des agents de santé. Pour la première fois, le nombre de cas de rougeole et de décès évités en Afrique a été supérieur au nombre de cas et décès survenus. Il est aussi établi que la qualité des programmes de vaccination s'est notablement améliorée.

L'accès au traitement de la diarrhée par les SRO dans les centres de soins a été de 57% en 1991 contre 22% en 1985.

Une importante étude du paludisme pendant la grossesse, financée par le projet ACSI-CCCD au Malawi, a apporté des réponses à d'importantes questions biologiques et de programmes d'un grand intérêt pour les pays africains. En plus, le Malawi a utilisé les résultats de cette étude pour changer son médicament de premier choix pour la prévention et le traitement du paludisme chez les femmes enceintes.

Tout en affirmant ces succès, nous reconnaissons que notre tâche dans le domaine de la survie de l'enfant n'est pas terminée. Les Etats-Unis continuent à accorder une grande importance à la prévention de la mortalité du nourrisson et de l'enfant et à l'amélioration de la situation de l'enfant africain. Ceci reste pour l'A.I.D. une préoccupation essentielle tant au niveau humanitaire que du développement.

Nous pensons que les progrès des pays en voie de développement dépendent en grande partie de la santé, de l'éducation et de la productivité de leurs futures générations. En 1991, le bureau Afrique de l'A.I.D. a soutenu des activités de santé et de survie de l'enfant dans 39 pays. En 1992, l'USAID a engagé 400 millions de dollars pour des programmes de survie de l'enfant, de santé, de nutrition, d'éducation, de planning familial et concernant le sida en Afrique sub saharienne.

Dans les années 90, l'A.I.D. s'attachera à relever quatre défis majeurs:

le premier consistera à soutenir les importants progrès réalisés dans le domaine de la survie de l'enfant ces dernières années. Nous devons protéger les acquis tout

en continuant à ajuster les activités des programmes réussis pour maintenir leur efficacité. Le bureau Afrique de l'A.I.D. est préoccupé par des signes récents que les acquis durement obtenus dans la couverture vaccinale seraient en train de commencer à se perdre. Le bureau Afrique s'est engagé à travailler avec ses partenaires pour déterminer les raisons de la stabilisation ou de la baisse des taux de couverture vaccinale et pour identifier les ressources et approches nécessaires pour renverser la tendance. Les programmes de vaccination doivent rester solides afin d'assurer des taux élevés de protection et continuer de permettre la mise en oeuvre de nouveaux programmes tels que le planning familial et la surveillance des maladies. Des programmes de vaccination solides seront nécessaires pour administrer de nouveaux vaccins, notamment contre le paludisme et le sida, lorsqu'ils seront disponibles.

Outre le maintien des acquis, l'A.I.D. soutiendra dans les années 90, une stratégie pour renforcer les systèmes de santé et résoudre les nouveaux problèmes qui affectent gravement les nourrissons et les enfants. Les données épidémiologiques prouvent que la rapide croissance démographique, la malnutrition, les MST et le sida sont les principaux problèmes des programmes de santé et de survie de l'enfant des années 90. Le deuxième défi important de survie de l'enfant des années 90 sera d'intégrer ces nombreuses interventions - essentiellement verticales - de survie de l'enfant dans le cadre d'un système de soins de santé primaires renforcé. La réussite de cette entreprise est importante car elle contribuera non seulement à la survie de l'enfant, mais aussi à la mise en place de systèmes d'administration de soins de santé efficaces, efficaces et durables.

Pour relever ce second défi, l'assistance technique de l'A.I.D. au cours des années 90 soutiendra les politiques et compétences nécessaires à la mise en oeuvre de programmes intégrés et à la promotion des soins de santé primaires. Ces programmes intégrés demanderont de meilleures compétences techniques et de gestion en matière de formulation et de planification des politiques ainsi que de meilleures stratégies de formation, supervision et formation continue nécessaires pour assurer la qualité.

Le troisième défi majeur consistera à identifier des stratégies de résolution des nouveaux problèmes prioritaires de santé. Nous devons élaborer des stratégies de solution à la pression démographique et d'éducation

des populations sur le VIH/sida et sa prévention. Nous devons également élaborer des stratégies de changement des comportements nécessaires dans la lutte à long terme contre le sida. Il est difficile de changer les comportements et le processus nécessitera des efforts et une patience de longue haleine.

Le quatrième défi sera de trouver des ressources pour soutenir les programmes de santé prioritaires à leur niveau actuel. Ceci pourrait inclure une augmentation du rôle du secteur privé, le soutien à l'initiative de Bamako, et la promotion de fonds renouvelables pour l'achat de médicaments. Les bailleurs de fonds devront soigneusement coordonner leur assistance pour préserver les acquis et appuyer l'élaboration de politiques et stratégies nationales de soutien aux interventions nouvelles et en cours.

Au moment où les ressources se font rares et les besoins importants, le renforcement des acquis de survie de l'enfant représente un bon investissement et une politique sage. Il est important pour nous d'utiliser les preuves de nos acquis afin de défendre vigoureusement la survie de l'enfant. L'augmentation de cette défense à tous les niveaux dans nos pays et auprès de la communauté des bailleurs de fonds est nécessaire et représente un autre défi auquel nous faisons face aujourd'hui. Notre engagement commun aux objectifs du sommet mondial pour les enfants représente une base solide pour cette action de défense qui devra tenter de mobiliser des fonds suffisants pour les programmes de santé publique et de survie de l'enfant dans nos pays respectifs.

Nous devons nous rappeler qu'une bonne information sanitaire est une condition préalable à la défense de la santé. Les Etats-Unis travailleront avec les professionnels africains de la santé pour améliorer l'accès à l'information sanitaire et assurer une formation appropriée en épidémiologie, en surveillance des maladies, en informatique et en exploitation de données.

Au cours des années 90, l'A.I.D. élargira la notion de survie de l'enfant en y intégrant celui de développement de l'enfant. Nous atteindrons cet objectif en complétant nos activités de survie de l'enfant par des programmes de développement et de protection de l'enfant ainsi que de santé et d'éducation de la mère. Ces deux programmes seront axés sur les soins donnés dès la petite enfance, l'éducation de base, les soins aux enfants en situation économique difficile, l'accès des femmes au planning

familial, et la santé, nutrition et éducation des femmes.

Les programmes de survie de l'enfant constituent un moyen efficace et efficient de réaliser un impact durable sur la santé et la productivité en Afrique. Ils aideront à renforcer les capacités nationales de promotion de la santé en mobilisant les secteurs publiques et privés pour répondre aux besoins de santé prioritaires et en façonnant les systèmes de santé de manière à pouvoir relever les défis futurs. Les efforts visant à consolider et maintenir les programmes actuels et à intégrer de nouvelles interventions doivent être poursuivis avec la même intensité que les efforts qui avaient été déployés pour établir les premiers programmes de survie de l'enfant. Enfin, nous devons avoir la volonté d'adapter nos

programmes aux besoins et situations de survie de l'enfant en perpétuel changement.

Au cours de cette semaine, tâchons tous d'apprendre autant que possible les uns des autres, le but de ce forum est de nous permettre d'apprendre et d'échanger des expériences de survie de l'enfant. J'espère que nous partirons d'ici avec une santé renouvelée. Je puis vous affirmer que l'A.I.D. est à l'écoute de vos priorités pour une meilleure santé de l'enfant en Afrique dans les années 90. Le bureau Afrique de l'A.I.D. utilisera les leçons tirées ici pour poursuivre son oeuvre en tant que partenaire sûr de l'Afrique dans ses efforts pour assurer la survie et la santé de ses citoyens, particulièrement les enfants.

**Remarks de l'Honorable Robert Kott,
Chargé d'affaire
Ambassade Americaine**

J'ai le plaisir de vous accueillir à Dakar au Sénégal pour participer au forum de l'initiative pour la survie de l'enfant en Afrique - lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance (ACSI-CCCD).

Comme vous le savez presque tous, l'année budgétaire 1981 a marqué le lancement du projet du bureau africain de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance (CCCD). Depuis son démarrage, le projet s'est intéressé à la prise de mesures spécifiques et fructueuses, susceptibles d'être facilement mises en œuvre et qui ciblent des maladies précises de l'enfance. Conscient des importantes implications sentimentales et financières liées aux très forts taux de mortalité infantile et juvénile enregistrés dans les pays en voie de développement, le congrès américain a créé, au titre de l'année budgétaire 1985, un crédit destiné à l'aide aux pays étrangers pour le programme intitulé la survie de l'enfant. Dès sa création, ledit programme est devenu un élément essentiel de la stratégie globale du gouvernement des Etats-Unis pour la croissance et le développement économiques en Afrique.

De grands progrès ont, depuis été réalisés partout dans le monde en ce qui concerne les programmes de survie de l'enfant. La conférence va faire le point sur les réalisations dans les domaines des politiques, des programmes et des projets. Ces réalisations ont aussi été relevées pour ce qui est des enfants qui bénéficient présentement des effets salvateurs des programmes de vaccination, de rehydratation par voie orale, de prévention et de traitement du paludisme, et d'une meilleure nutrition. Des résultats

ont été obtenus concernant le planning familial et les programmes de lutte contre le tétanos créés au profit des femmes. Grâce à ces efforts, dans le monde entier les familles sont mieux armées pour protéger la santé et la vie de leurs enfants.

Nous avons la conviction que la présente conférence sur la survie de l'enfant ne doit pas être un événement isolé, mais plutôt constituer le début d'un processus continu. Les leçons tirées lors de la conférence doivent être rapportées dans chaque pays représenté ici, en vue d'activités de suivi pendant la fin de la décennie 90. L'ampleur de la tâche qui nous attend et des responsabilités qui nous incombent le commande si nous voulons réduire encore plus la mortalité infantile et juvénile.

Le grand nombre de participants réuni ici pour la conférence, issus de tous les secteurs de la vie - hauts fonctionnaires, représentants d'ONG, d'organisations communautaires, d'organisations féminines, d'universités et les participants provenant de pays africains vont contribuer à rendre vivants et animés les débats consacrés aux importantes questions soumises à la conférence. Les conclusions de ce forum seront essentielles aux efforts devant être consentis en vue d'assurer la survie de l'enfant en Afrique.

La mission diplomatique des Etats-Unis au Sénégal vous souhaite à nouveau la bienvenue et vous invite à partager l'expérience professionnelle que vous avez acquise dans ce domaine privilégié du développement.

Assane Diop, Ministre Ministère de la Santé Publique et l'Action Sociale

Un peuple - Un but - Une foi

Le 25 Novembre 1992, dans cette salle, sous la présidence de son excellence, le président Abdou Diouf et en présence de certains chefs d'états africains, se tenait la conférence internationale sur l'assistance à l'enfant africain.

Lors de cette réunion, organisée sous l'égide de l'organisation de l'unité africaine OUA, dans le cadre du suivi du sommet mondial sur l'enfant, nous avons entendu un cri d'alarme des jeunes représentants des pays africains attirant ainsi l'attention de la communauté internationale sur leur sort. Afin d'assurer la survie des enfants, ces objectifs pour l'an 2000 ont été réévalués:

- Réduire d'un tiers la mortalité infantile;
- Réduire de moitié le taux de mortalité maternelle, la malnutrition grave ou modérée chez les enfants âgés de moins de 5 ans;
- Assurer à tous un approvisionnement en eau potable et des systèmes adéquates d'évacuation des excréments;
- Universaliser l'éducation élémentaire et faire en sorte qu'au moins 80% des enfants en âge scolaire achèvent le cycle d'enseignement primaire;
- Améliorer la protection des enfants vivant dans des circonstances particulièrement difficiles;
- Ramener le taux d'analphabétisation des adultes à la moitié de ce qu'il était en 1990, l'accent devant être mis sur l'alphabetisation des femmes.

Les dangers qui menacent et la détresse qui les frappe sont plus importants en Afrique que dans aucun autre continent. Sur près de 13 millions d'enfants qui meurent chaque année dans le monde, un tiers d'entre eux sont africains alors qu'ils représentent seulement un peu plus

de 10% de l'ensemble de la population infantile mondiale. Ce taux est hélas en constante progression, en dépit des progrès soutenus réalisés par l'Afrique dans la lutte contre la mortalité infantile.

Il reste donc beaucoup à faire pour réaliser les objectifs du sommet mondial sur l'enfant. Il nous incombe à tous de répondre à l'impératif moral d'accélérer les progrès en faveur des soins de santé pour les enfants en Afrique. Sans ce progrès et avec la situation économique de plus en plus critique, le monde dans son ensemble devra vivre tôt ou tard la détresse de toute une génération qui n'aura pas été secourue au moment où elle en avait le plus besoin.

Afin de mobiliser les ressources techniques et financières pour atteindre ces objectifs, il sera nécessaire de redistribuer les ressources actuelles au profit des programmes des soins de santé prioritaires et d'affecter les nouvelles ressources, sans préjudice, qu'elles soient d'origine nationale, y compris des institutions de crédit publique; ou d'organisations externes ONG, des communautés ou d'assistance étrangère.

Nous sommes conscients de l'interdépendance des pays du monde et reconnaissons que les solutions au sous-développement de l'Afrique ainsi que les mesures spécifiques visant à résoudre en particulier les problèmes de l'enfant africain, nécessitent des changements fondamentaux dans la politique des gouvernements africains et un engagement renouvelé de la part de la communauté internationale.

Mais c'est aux pays africains qu'incombe la tâche principale. Ils doivent indiquer par leur programmes d'action nationaux et autres initiatives du secteur social, qu'ils sont résolus à faire les choix nécessaires pour réformer le système de soins de santé, dans l'intérêt de l'équité, de la rentabilité et d'une pleine participation des collectivités et des ménages.

A l'aube du 21ème siècle, l'Afrique doit maintenant bâtir les fondements d'un modèle plus dynamique et plus durable de son développement futur. Dans ce contexte,

le forum de l'état d'avancement de la survie des enfants en Afrique vient à point nommé.

Cette opportunité privilégiée d'échanger des expériences respectives de nos états nous permettra d'évaluer objectivement les causes de succès et d'échecs des programmes en cours dans nos pays afin de formuler des recommandations aux responsables concernant les moyens d'améliorer la survie de l'enfant. Bien que le taux de mortalité infantile diminue dans la plupart des pays développés en Afrique il est toujours très élevé, malgré les possibilités de prévention et de traitement qui existent à présent. Ce taux élevé de mortalité infantile est dû principalement à des maladies qui peuvent être évitées telles que le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires. Presque toujours, la malnutrition constitue le facteur déterminant. De plus, les résultats de plusieurs études montrent que la mortalité est proportionnelle au rapprochement des grossesses multiples et à l'âge de la mère.

Au Sénégal, la mortalité infantile a baissé ces 10 dernières années, passant de 116 à 84,6 pour 1000. Cette diminution est due en partie à l'amélioration des services de base de soins de santé, à un taux de couverture vaccinal satisfaisant (80% et plus par antigène), à la lutte combinée contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires, et à un grand nombre de programmes. Ces programmes devraient être aussi prioritaires que ceux qui les ont précédés et qui visent à réduire les facteurs déterminants préjudiciables à la santé et à la survie de l'enfant: le programme de prévention de la mortalité maternelle, celui du planning familial et celui de lutte contre la malnutrition. Néanmoins, les programmes précédents qui devraient contribuer de façon significative à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, tardent à donner des résultats à cause de la tendance pronataliste de la population et du contexte socio-économique difficile.

Excellence, monsieur l'ambassadeur, monsieur le directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, monsieur le

représentant de l'UNICEF à Dakar, monsieur le directeur de l'USAID à Dakar, chers invités et participants, mesdames et messieurs: la survie de l'enfant africain est un défi lancé à tous les gouvernements des pays de la région subsaharienne. Et même si les chiffres de la mortalité infantile sont en baisse, ils cachent encore la réalité. En effet, plusieurs exemples à travers le monde montrent que d'une part la définition même de mortalité infantile est sujette à différentes interprétations, et d'autre part les statistiques recueillies dans les conditions des pays en développement ne sont pas souvent suffisamment fiables.

En outre, d'autres problèmes surviennent ou persistent, qui risquent de compromettre les progrès constatés ces dernières années. Ces difficultés sont d'ordre économique (poids de la dette et les aléas climatiques), d'ordre politique (la transition démocratique avec les perturbations sociales et les guerres ethniques engendrées). Ceux qui en souffrent le plus sont les enfants. L'épidémie du SIDA amplifie leur détresse. En effet, 90% des cas pédiatriques d'infection au VIH sont africains. A cela il faut ajouter les orphelins du SIDA exposés à une mortalité précoce.

Vous aurez constaté qu'en dépit des progrès considérables que nous avons accompli, des défis majeurs doivent encore être relevés. Ces défis font appel à une solidarité nationale et internationale plus poussée. Aussi, sans préjuger des recommandations qui seront issues de nos travaux, je crois qu'il est devenu plus impérieux que jamais de développer et de renforcer des approches multisectorielles intégrées, qui distribuent intelligemment de maigres ressources et qui sont centrées autour des communautés.

En vous renouvelant ma reconnaissance pour l'honneur et la confiance faits à mon pays pour l'organisation de cette importante rencontre et en souhaitant plein succès à vos travaux, je déclare ouvert le "Forum des professionnels de la santé sur l'état d'avancement de la survie des enfants en Afrique"

Présentation générale de la santé des enfants en Afrique: problèmes, progrès, difficultés

Gottlieb L. Monekosso, Directeur Régional
OMS/AFRO
Brazzaville

Introduction

C'est réellement un grand plaisir d'être capable d'assister à ce forum important sur la survie des enfants, ici dans cette magnifique ville de Dakar. Monsieur le Ministre de la Santé du Sénégal, j'aimerais saisir cette occasion pour présenter mes félicitations les plus sincères à Son Excellence, le Président Abdou Diouf, pour sa brillante réélection. Nous espérons qu'il poursuivra ses actions dédiées à la lutte pour établir une justice sociale et des meilleures conditions de vie pour tous les peuples d'Afrique. J'aimerais me joindre aux orateurs qui m'ont précédé pour exprimer notre sincère gratitude au Gouvernement et au peuple du Sénégal pour leur accueil chaleureux et leur hospitalité toujours généreuse.

J'aimerais ensuite remercier tout particulièrement les organisateurs de ce meeting de m'avoir donné cette opportunité d'aborder devant ce forum un problème sur lequel repose l'avenir de notre continent. Je suis particulièrement satisfait du fait que notre Bureau Régional à Brazzaville ait, en cette occasion, été très étroitement lié aux préparatifs de ce meeting, dans un esprit de collaboration sincère qui caractérise notre relation depuis le début du Projet au milieu des années 80. Le fait d'étendre la participation à ce forum au-delà des pays qui participent au Projet ACSI-CCCD devrait aider à stimuler l'accélération des activités de survie des enfants à travers la Région.

Ce forum fournit une occasion supplémentaire d'examiner les progrès réalisés dans le domaine de la survie des enfants en Afrique.

Ayant lieu quelques mois après la Conférence Internationale sur l'assistance à l'enfant africain, organisée par l'OUA et l'UNICEF dans cette même ville, ce forum devrait fournir une stimulation supplémentaire pour la mise en oeuvre des Programmes nationaux d'action sur le Sommet mondial pour les enfants. Compte tenu du choix de sujets pour le programme du meeting, ainsi que de la qualité des orateurs et des participants, je ne doute aucunement que le forum contribuera à une meilleure compréhension des principales difficultés qu'il nous faudra surmonter au cours de notre collaboration pour atteindre les objectifs de la survie des enfants d'ici l'an 2000.

Ma présentation portera principalement sur la situation de santé actuelle de l'enfant africain; elle présentera un exposé rapide des progrès réalisés jusqu'à présent pour améliorer la survie de l'enfant africain; elle explorera des approches pour surmonter certains des principaux obstacles; et elle offrira la perspective de certaines associations futures, y compris le rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Maladies qui menacent la vie et leurs incidences sur l'enfance

LES MALADIES MORTELLES ET LEUR INCIDENCE SUR L'ENFANCE

1. MORTALITE PERINATALE ET NEONATALE

- 50% de la mortalité infantile et 30% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans survient dans les premiers mois de la vie.

2. MALADIES GIARRHEIQUES

- 5 accès de diarrhée par an par enfant de moins de 5 ans
- 800,000 morts parmi les enfants de moins de 5 ans.

3. INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES (IRA)

- 2 à 8 accès d'IRA par an par enfant de moins de 5 ans.
- 1.6 million d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année

La récession économique prolongée et grave qui affecte la Région, à laquelle s'ajoutent d'importants troubles civils et des catastrophes naturelles, parmi lesquelles le SIDA, a commencé à imposer une stagnation, et même une régression, après les progrès initiaux.

En dépit d'une rareté relative de données fiables basées au sein des communautés, les causes principales de mortalité des nourrissons et des jeunes enfants en Afrique sont maintenant bien connues, et elles comprennent:

Les causes périnatales et néonatales sont estimées comme étant responsables de pratiquement 50% de la mortalité des nourrissons et 30% de la mortalité des moins de 5 ans en Afrique. La condition et le statut hautement insatisfaisants des femmes dans la Région, illustrés par un faible niveau d'alphabétisation, des opportunités économiques peu favorables, une mauvaise nutrition et des taux élevés de fécondité non contrôlée, dans un milieu à couverture insatisfaisante par des services de santé efficaces, en particulier des soins prénataux et d'accouchement, contribuent tous à ce taux inacceptable de décès des nourrissons.

Cependant, le nouveau-né a, jusqu'à présent, été pratiquement complètement laissé en-dehors de la Révolution de Survie des Enfants, et cela en dépit de la disponibilité d'une technologie appropriée et abordable pour éviter ou traiter les causes les plus courantes de mortalité périnatale ou néonatale qui subsistent: poids de naissance insuffisant, maladies infectieuses (y compris le tétanos des nouveaux-nés), mort apparente du nouveau-né, avec ou sans traumatisme d'accouchement, hypothermie et hypoglycémie.

Les séquelles graves d'une asphyxie périnatale, d'un traumatisme, d'une maladie infectieuse, d'une jaunisse et d'une hypothermie, sur les nouveaux-nés qui survivent, bien qu'elles ne soient pas quantifiées pour l'Afrique, doivent constituer un fardeau important d'handicaps physiques et

intellectuels à vie dans la Région.

Les maladies diarrhéiques sont une des causes principales de mortalité et de morbidité infantiles. Un enfant africain peut avoir jusqu'à cinq accès diarrhéiques par an. Le taux de mortalité chez les moins de cinq ans, dûs à la diarrhée, varie de 11 à 60 pour 1000, ce qui représente, d'après des estimations, 800.000 morts chaque année. Ces maladies jouent également un rôle important pour la malnutrition, et elles sont le plus prononcées chez les sous-nourris. Le problème est particulièrement complexe, étant donné que les maladies diarrhéiques sont associées à une mauvaise hygiène personnelle, à une hygiène alimentaire insuffisante ou inadéquate, à de mauvaises conditions socio-économiques et à une ignorance générale de la gravité de ces maladies parmi la population affectée.

Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) sont responsables, d'après des estimations, de plus d'un quart du total des accès de maladie et de décès parmi les enfants des pays en voie de développement. Dans de nombreuses parties de la Région, les IRA sont nettement la cause principale de mortalité chez les moins de cinq ans. Bien que l'on assiste à une augmentation généralisée de la prise de

conscience du fait que les IRA constituent un problème, c'est seulement récemment qu'un engagement sérieux a été pris pour leur accorder la priorité qu'elles méritent. Les enfants âgés de moins de cinq ans peuvent avoir de deux à huit accès d'IRA au cours d'une année. Les

4. LE PALUDISME

- 90% de l'incidence mondiale annuelle provient de l'Afrique.
- Un million de morts par an
- Perte économique de US \$ 1.8 billion

5. MALADIES QUI PEUVENT ETRE EVITEES PAR LA VACCINATION

- 15 pour 1000 naissances vivantes cas de tétanos du nouveau-né dans les zones rurales
- Un demi million de morts par la rougeole chaque année
- Plus de 50,000 cas d'enfants handicapés par la poliomyélite

6. MALNUTRITION

- 12% des nouveaux-nés ont un poids de naissance bas.
- 50% des enfants en période préscolaire sont affectés d'une malnutrition protéino-calorique.

7. MORTALITE MATERNELLE

- 1000 à 2000 par 100,000 naissances vivantes cas de mortalité maternelle dans certaines régions
- Pas de signe de réduction

8. INFECTIONS VIH/SIDA

- Beaucoup de femmes en âge de procréer sont infectées (taux de séropositivité: 2 - 30%).
- Un tiers des enfants nés de femmes infectées par le VIH seront infectés.
- La transmission par le lait maternel met en danger les bases pour le soin et le développement de l'enfant

9. MALNUTRITION

- 12% des poids de naissance bas sont dûs à une malnutrition maternelle.
- Une déficience en micronutriments est la seconde cause de désordres nutritionnels en Afrique.

conditions de pauvreté, résultant en un environnement domestique surpeuplé, pollué ou autrement insalubre, contribuent à perpétuer les IRA au sein d'un groupe important de sujets susceptibles déjà affaiblis par une résistance amoindrie suite à une malnutrition et à des accès répétés de diverses infections.

Le paludisme reste un problème grave de santé publique en Afrique, où le nombre annuel de cas représente plus de 90% du nombre de cas dans le monde. Le paludisme est l'une des causes principales de mortalité des nourrissons. Même lorsque le paludisme n'est pas mortel, il a un effet considérable sur l'état de santé des enfants africains, étant donné qu'il augmente leur vulnérabilité à d'autres maladies et qu'il entrave leur développement. Au cours des dix dernières années, l'épidémiologie du paludisme a changé dans de nombreuses régions d'Afrique. Un *P. falciparum* résistant à la chloroquine s'est répandu pratiquement dans toute la Région. Le paludisme est apparu dans certaines régions qui à l'origine n'étaient pas affectées par le paludisme, à cause de l'introduction de nouvelles technologies agricoles (par exemple, culture du riz par irrigation). Dans d'autres régions où l'incidence du paludisme était relativement faible, de graves épidémies ont eu lieu, accompagnées d'une mortalité élevée. Cela a été observé à haute altitude (à Madagascar, au Burundi, au Rwanda, au Zaïre, au Zimbabwe, en Ethiopie) ou au bord des déserts (Botswana, Namibie). Une virulence accrue et des taux de létalité élevés, qui ne sont pas pris en compte par la résistance aux médicaments, sont de plus en plus souvent signalés dans la Région.

Les maladies qui peuvent être évitées à l'aide d'un vaccin constituent toujours des causes importantes de morbidité, mortalité et invalidité. Le tétanos des nouveaux-nés reste la cause principale de décès des nouveaux-nés, en raison de son taux de létalité et de son incidence élevés. Dans les zones rurales, l'incidence du tétanos des nouveaux-nés peut être largement au-dessus de 15/1000 naissances vivantes. La rougeole est responsable de plus d'un demi-million de morts par an, en dépit de tous les efforts pour vacciner les jeunes enfants. Plusieurs épidémies sont signalées chaque année à travers la région, et les taux de létalité dans certaines zones rurales ont atteint 20 à 50%. La poliomyélite continue à estropier plus de 50.000 enfants par an. Bien qu'une réduction considérable ait été notée dans certains pays, plusieurs autres pays continuent à signaler une prévalence élevée de cette maladie qui peut

être évitée. Pour les enfants âgés de moins de cinq ans, la prévalence peut encore atteindre 8 pour 1000.

Malnutrition Les carences nutritives sont l'élément largement prédominant de la condition nutritive des enfants de la Région. Une des causes principales est l'insécurité alimentaire: dans 12 des pays de la Région, 30% de la population est considérée comme étant dans une situation d'insécurité alimentaire. La disponibilité de nourriture est faible, ne dépassant pas en moyenne 2,200 Kcal par personne et par jour. Un africain sur trois n'a pas un apport alimentaire adéquat, et cette proportion, en valeur absolue, a diminué de 27% au cours des dix dernières années.

La sous-nutrition est endémique sur le continent africain. La pauvreté est la cause fondamentale de la sous-nutrition. La malnutrition maternelle résulte en un faible poids de naissance: 12% des nouveaux-nés ont un faible poids de naissance, ce qui représente presque deux fois la valeur observée dans les pays industrialisés. Une malnutrition protéino-calorique affecte plus de 50% des enfants en âge préscolaire, et on estime que 50% des décès sont dus à une malnutrition protéino-calorique.

Par ordre d'importance, une carence de micro-constituants alimentaires est la deuxième cause de troubles nutritifs en Afrique. Les principaux micro-constituants alimentaires concernés sont l'iode, la vitamine A et le fer, ce qui n'exclut pas les autres micro-constituants alimentaires tels que la vitamine C et la thiamine.

Mortalité maternelle. Il a depuis longtemps été reconnu que la santé et la survie du nourrisson sont inextricablement liées à la santé de la mère. Cela a été réaffirmé de façon répétée par diverses études, parmi lesquelles figurent celle de Greenwood et al. en Gambie, montrant que pas un seul enfant né vivant et associé à un décès maternel n'a survécu plus d'une semaine. De même, à partir d'une étude réalisée dans le District de Kawale du Kenya, sur toutes les naissances vivantes accompagnées de décès maternels, seulement 27% survécurent au-delà du stade de nourrisson.

Par conséquent, des services offrant des soins prénataux et d'accouchement adéquats, et préconisant un espacement des naissances, ont une contribution importante à apporter à toute initiative de survie des enfants en Afrique; cependant, la mortalité maternelle

en Afrique reste la plus élevée au monde, et rien n'indique une diminution rapide. En fait, il y a de nombreuses indications qui suggèrent que la situation est bien pire que ce que l'on croyait jusqu'à présent, certaines zones connaissant des taux de mortalité maternelle de 1000 à 2000 pour 100.000 naissances vivantes, et plus.

Dans la Région, l'infection VIH/SIDA est essentiellement une maladie sexuellement transmissible. Le taux d'infection chez les femmes en âge d'avoir des enfants a explosé, à la fois dans les zones rurales et urbaines de la Région, les taux de séropositivité s'échelonnant de 2 à 30%, et des taux de 2 à 23% ayant déjà été signalés chez les mères en phase prénatale.

On estime en outre qu'un tiers des enfants nés de femmes infectées par le VIH seront eux-mêmes infectés, et peu d'entre eux vivront jusqu'à leur cinquième anniversaire. Les deux tiers non infectés qui restent semblent être condamnés à un orphelinage rapide et certain, leurs parents succombant tous deux au SIDA. Les taux de transmission de la mère à l'enfant qui ont été signalés pour l'Afrique ont encore une fois été généralement plus élevés que dans d'autres Régions.

Toute la base des soins et le développement des enfants en Afrique. Bien que l'impact négatif du SIDA sur le développement socio-économique soit déjà relativement évident, son influence sur la croissance de la population, et en particulier sur la mortalité des nourrissons, reste ouverte au débat, même si certaines projections estiment que le SIDA pourrait augmenter jusqu'à 30% les taux actuels de mortalité des moins de cinq ans en Afrique.

La crise de la santé

Les pays africains sont entrés dans la dernière décennie de ce siècle aux prises avec une crise de santé qui va en s'aggravant, et qui est reconnue à la fois comme une conséquence et un facteur des crises économiques, sociales et politiques actuelles de l'Afrique. Aux problèmes d'environnement, de comportement et de population s'ajoute une détérioration de la situation des revenus, de l'alimentation et des déficits immunitaires.

Les années 80 ont été accompagnées d'un retour d'urgences sanitaires à travers tout le continent, suite à une famine résultant de la sécheresse, à une infestation par les locustes, et à des crises apparemment interminables de conflits civils et de guerres. Des épidémies de

maladies qui avaient été auparavant raisonnablement bien contrôlées, telles que le choléra, la fièvre jaune et la méningite, ont resurgi en force, et des foyers de maladie du sommeil, et même de peste, atteignent à nouveau des proportions épidémiques dans certaines parties du continent. Ces problèmes de santé, qui s'ajoutent à la pandémie maintenant complètement déclarée de SIDA, constituent d'importantes contraintes supplémentaires sur les services de santé, qui étaient déjà eux-mêmes très malades.

On estime que le revenu par personne, pour l'Afrique subsaharienne, a diminué de plus de 25% au cours des dix dernières années, et cela, couplé à des taux d'augmentation rapide de la population ainsi qu'à des mesures d'ajustement économique et structurel adoptées par de nombreux pays de la Région, a provoqué des niveaux accrus de pauvreté et de dépression sociale dans la majeure partie de la Région.

Bien que l'impact de la crise économique n'ait pas été uniforme pour tous les pays, les dépenses publiques pour la santé, dans les pays les plus pauvres, ont subi une diminution atteignant 60% à 70% en termes réels. Les secteurs sociaux ont jusqu'à présent supporté l'énorme majorité de ces réductions, le pourcentage du PNB qui est dépensé pour la santé étant maintenant inférieur à ce qu'il était pendant les années 60. Le taux annuel moyen de croissance des dépenses publiques par personne pour la santé, qui était de 3,2% à la fin des années 70, est tombé à 1,9% à la pointe de la crise économique.

Même dans ces circonstances difficiles, le débit de ressources a continué à favoriser les institutions au niveau central, devenant progressivement plus faible à mesure que l'on approche du niveau opérationnel ou du niveau des districts. Ceci a résulté en une détérioration du moral du personnel, en une diminution de la couverture du service et de la qualité des soins, en de fréquentes ruptures de stocks pour les fournitures essentielles de base, en une isolation et un manque de supervision du personnel périphérique, et en une dégradation de l'infrastructure existante de santé physique,

L'Afrique connaît le taux le plus élevé au monde de croissance de population et une détérioration générale de la plupart des systèmes et indicateurs de santé au fur et à mesure que des formes nouvelles et plus virulentes des principales maladies endémiques gagnent du terrain. Nous avons décrit ailleurs les éléments principaux de ce

qui peut seulement être appelé la Crise de la Santé en Afrique, y compris des propositions pour sa résolution.

Interventions pour la survie des enfants

Technologies:

Les interventions de Santé Publique pour combattre les principales causes de mortalité des nourrissons se sont avérées efficaces et abordables. En général, elles sont bien acceptées par les membres du personnel de santé et par les bénéficiaires. Le calendrier de vaccination PEV propose un programme complet d'antigènes qui protégeront l'enfant avant que les maladies ne l'atteignent. Une prise en charge de cas correcte constitue l'élément fondamental pour éviter la mort en cas de diarrhée, de paludisme et d'infections respiratoires aiguës. A l'inverse, une série de mesures préventives doivent être recommandées aux mères des enfants, afin de réduire la morbidité. Surveillance de la croissance, allaitement, planning familial et soins prénataux sont les principales technologies de santé qui servent à organiser des interventions pour une amélioration du développement et de la survie des enfants.

Engagement au niveau politique le plus élevé

En plusieurs occasions, les responsables politiques au niveau des pays et la communauté internationale d'aide technique et financière ont déclaré leur engagement solennel envers la protection des groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants et les femmes enceintes. Diverses résolutions ont été adoptées, y compris celles demandant l'accélération du PEV; la proclamation de 1986 en tant qu'Année de Vaccination de l'Afrique; l'éradication globale de la poliomyélite et l'élimination du tétanos des nouveau-nés. D'autres encore portent sur la Santé des Femmes, la Maternité sans Risque et la Santé du Nouveau-Né. Le Sommet de l'OUA a approuvé la "déclaration de la santé comme fondation pour le

développement" lors de sa 23ème session ordinaire en 1993, et il a réaffirmé un engagement total concernant les objectifs du Sommet Mondial 1990 pour les Enfants.

En principe, cette tâche ne devrait pas être trop difficile. Au cours de cette semaine, nous avons une autre opportunité de rentrer un peu plus dans les détails et

d'examiner les leçons qui ont été tirées lors d'expériences passées dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance. Cependant, il devrait être clair que nous devons supporter le rôle dévastateur continu de l'infection VIH, qui réduira les progrès réalisés jusqu'à présent dans le domaine de la survie des enfants.

Progrès réalisés

Profils de mortalité des nourrissons

Les taux de mortalité des nourrissons étaient en déclin dans toutes les régions du monde, y compris l'Afrique, entre les années 1950 et la fin des années 1980. Les estimations ont chuté de près de la moitié (47%), c'est-à-dire d'une valeur estimée moyenne de 191/1000 au début des années 50 à 101/1000 à la fin des années 80. Cependant, les taux de mortalité des nourrissons en Afrique sont 30% plus élevés que les estimations globales, et sept fois plus élevés que les taux dans les régions plus développées.

Maternité sans risque et soins du nouveau-né

Comme cela a déjà été indiqué, la plupart des progrès au niveau de la Survie de l'Enfant Africain ont été un résultat des améliorations de la survie après la période néonatale. La réduction rapide des taux de mortalité des nourrissons et des moins de cinq ans reste un objectif prioritaire, non seulement pour l'OMS et l'UNICEF, mais pour tous les pays et les partenaires internationaux de développement.

La décision d'augmenter les mesures pour améliorer la santé du nouveau-né, en tant que partie intégrante d'une Maternité sans Risque, a été adoptée par l'Assemblée de

PROGRES REALISES POUR LA SURVIE DE L'ENFANT

1. EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE

- Réduction du taux de mortalité infantile de 191/1000 au début des années cinquante à 101/1000 vers la fin des années quatre-vingt.

2. PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

- Les programmes élargis systématiques ont atteint plus des deux tiers des enfants africains.

- La couverture vaccinale a augmenté de moins de 20% en 1985 à 57% en 1992 pour DCTog3.

- 9 pays ont reporté une "incidence nulle" de la polio ces dernières années et 5 autres ont signalé une réduction marquée de l'incidence de la polio.

3. LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

- Le taux d'accessibilité aux SRO a augmenté de 22% en 1985 à 80% en 1992 et l'utilisation de TRO de 8% à 55%

Santé Mondiale. Cela constitue déjà une stratégie importante au sein du programme actuel régional à moyen terme AFRO pour la Santé maternelle et infantile/Planning Familial.

Programme Elargi de Vaccination

Le PEV a été lancé au cours de la deuxième moitié des années 70. La plupart des programmes nationaux de vaccination utilisaient l'organisation des systèmes d'administration de services de la campagne d'éradication de la variole. Les vaccins contre le BCG et la rougeole étaient les deux antigènes utilisés au cours des premières campagnes PEV. A la fin des années 70 et au début des années 80, on pouvait observer le développement d'une approche systématique pour l'administration des antigènes PEV, prenant en compte le fait que certains d'entre eux nécessitent plusieurs doses pour assurer une protection optimale.

Plus de dix ans après l'introduction du PEV, plusieurs leçons ont été tirées, et les aspects positifs et négatifs suivants méritent notre attention:

La formation au PEV a fourni une opportunité excellente pour les directeurs de programme à différents niveaux, et pour les membres du personnel de santé des niveaux périphériques, d'acquérir certaines compétences de base dans le domaine de la gestion de programme. Fixer des objectifs, surveiller les progrès et évaluer les résultats obtenus sont les domaines principaux de la gestion de programme qui ont permis d'assurer l'expansion du programme. Cette conception de la formation explique en partie pourquoi, dans de nombreux pays, le PEV a servi de point de départ pour le développement du système global de Soins de santé primaires.

L'engagement de gouvernements et d'agences donatrices à soutenir les programmes nationaux de vaccination a donné un élan pour apporter des changements nécessaires au niveau des systèmes nationaux d'administration des soins de santé, en particulier en ce qui concerne les soins préventifs et la participation communautaire. Par conséquent, un support externe a contribué à des niveaux plus élevés d'engagement politique national et, en même temps, a augmenté la motivation des membres du personnel de santé. Cependant, le support externe et les déclarations d'engagement faites en haut lieu ont souvent semblé être en contradiction avec les ressources limitées allouées au sein des budgets de santé nationaux pour

subventionner ces activités de prévention et de promotion de la santé. Les conséquences de cette forme de contradictions commencent à se faire sentir, alors que la lassitude des bailleurs de fonds commence à être manifeste et que les programmes nationaux sombrent.

L'Année de Vaccination de l'Afrique, commençant en 1986 dans le cadre du programme d'action pour la mise en oeuvre du système de développement de la santé en Afrique, s'est transformé en une entreprise de grande envergure, qui s'est poursuivie jusqu'en 1989 et a donné lieu à un bond prodigieux dans le domaine du développement global de la santé dans la Région.

Ayant réalisé que des programmes de vaccination systématique ont atteint plus des deux tiers des enfants africains, les Etats Membres ont adopté en 1988 et 1989 des résolutions visant à l'élimination du tétanos des nouveaux-nés, l'éradication de la polio et la lutte contre la rougeole. En dépit de la stabilisation observée au niveau des estimations de couverture vaccinale régionale, des progrès appréciables sont réalisés dans approximativement un tiers des pays. Ils commencent à lancer des stratégies spécifiques d'éradication et d'élimination, y compris une surveillance vigoureuse des maladies ciblées et une vaccination des groupes et districts exposés à des risques plus élevés.

-Bien que la situation économique ne s'améliore pas, les Etats Membres ont décidé de réserver des fonds nationaux pour subventionner le PEV, y compris l'achat, en totalité ou en partie, des vaccins nécessaires au programme. La communauté internationale devrait encourager cette initiative et fournir, comme par le passé, le support technique et les moyens logistiques qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs du programme.

Lutte contre les maladies diarrhéiques

Etant donné le rôle dévastateur des maladies diarrhéiques sur la mortalité infantile, la prise de conscience de l'efficacité de la Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) pour le traitement d'une déshydratation diarrhéique fournit un espoir réel pour les soins de santé primaires, étant donné le coût et le niveau de technologie nécessaire pour les autres stratégies.

Cependant, cette intervention de santé publique n'a pas été aussi facile à mettre en oeuvre que cela avait été espéré. En dépit d'une planification soignée et d'une

formation des directeurs de programme, les sachets de Solution de Réhydratation Orale (SRO) ne sont pas encore facilement disponibles dans la plupart des centres de soins; les membres du personnel de santé font preuve d'une lenteur désespérante pour adopter les nouvelles pratiques pour soigner les enfants atteints de diarrhée; les croyances et les pratiques de la population restent profondément enracinées dans de nombreux pays, résultant en une relative inefficacité de nos stratégies sociales de marketing pour la prévention de la diarrhée et la prise en charge des cas.

Néanmoins, au cours des dix dernières années, on estime que l'accès à la SRO, dans la Région, a augmenté de 22% en 1985 à 60% en 1992. En même temps, les estimations concernant l'utilisation de TRO ont augmenté, de 8% à 55% en 1992. Le programme a défini des indicateurs de progrès et a quantifié ses objectifs pour 1995, étant donné l'objectif An 2000 de réduire de moitié la mortalité due à la diarrhée et de réduire d'un quart la morbidité due à la diarrhée.

Lutte contre le paludisme

Le long intervalle qui s'est écoulé entre le moment de la réalisation de l'échec du programme global d'éradication du paludisme et l'adoption d'une approche programmatique pour combattre le paludisme a résulté en plusieurs milliers d'enfants mourant de complications du paludisme. Les stratégies de lutte contre le paludisme de l'OMS, telles qu'elles ont été définies par la Conférence de Brazzaville en 1991 et celle d'Amsterdam en 1992, reposent sur des médicaments antipaludéens en tant qu'élément fondamental de la stratégie de réduction de la mortalité due au paludisme.

Des stratégies pour réduire le contact entre les hommes et les moustiques, y compris l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, font également l'objet de recherches, et sont recommandées. Des mesures pour limiter la transmission, y compris une vaporisation résiduelle d'insecticides, sont nécessaires dans les zones d'épidémie et dans quelques autres zones où des ressources sont disponibles et les mesures s'avèrent être rentables.

Une chimioprophylaxie sélective de groupes à haut risque, une surveillance des maladies et une détection rapide des situations épidémiques constituent d'autres

composantes du programme régional.

Nutrition

La première ligne de défense contre la sous-nutrition est l'allaitement. Par conséquent, de gros efforts sont déployés pour encourager cette pratique, et également pour la protéger, en contrôlant la commercialisation de produits de substitution pour le lait maternel et d'aliments pour nourrissons, et en expliquant les pratiques correctes d'alimentation des nourrissons. La moitié des pays ont déjà adopté, ou sont sur le point d'adopter un code d'allaitement, et autant ont développé un programme de production d'aliments de sevrage. L'Initiative des Hôpitaux Accueillants pour les Bébés, lancée en 1991, conjointement par l'OMS et l'UNICEF, est destinée à servir de catalyseur pour promouvoir l'allaitement.

L'élimination pratiquement totale des carences en Vitamine A et en iode, en tant que problèmes de santé publique, constitue un objectif nutritionnel important pour l'An 2000, un objectif d'autant plus justifié que les mesures de lutte sont techniquement simples, relativement peu coûteuses et susceptibles d'être mises en oeuvre par l'intermédiaire de structures basées au sein des communautés.

Surmonter les obstacles principaux

Contraintes structurelles, économiques et sociales

Les contraintes structurelles pour obtenir un impact sur les communautés seront surmontées par une décentralisation du pouvoir et des responsabilités, du niveau central au niveau local, en passant par le niveau intermédiaire. Une décentralisation des programmes de survie des enfants ne peut être possible que si le niveau intermédiaire et le niveau local sont bien organisés et peuvent absorber la nouvelle activité.

Il est important d'assurer l'intégration des programmes au niveau local, afin de ne fournir qu'un ensemble de soins de santé, constitué de services promotionnels, préventifs et curatifs. Le processus d'intégration exige une collaboration entre plusieurs directeurs de programmes au niveau central, qui devraient veiller à ce que les composantes de leurs programmes deviennent un programme unique (l'ensemble de soins de santé du district) au niveau local.

Des circonstances économiques nationales défavorables, résultant en de très faibles budgets de santé et un manque d'argent, sont sévèrement ressenties par les services de santé. Normalement, les autorités sanitaires, en de telles circonstances, devraient 1) assurer une allocation équitable aux domaines prioritaires du budget de santé; 2) trouver des alternatives pour financer les activités sanitaires des communautés et 3) établir, par l'intermédiaire d'un dialogue national, des mécanismes permanents pour financer les soins médicaux.

-Les contraintes sociales à surmonter pour obtenir la santé pour tous comprennent l'apathie et le fatalisme qui accompagnent la pauvreté, le manque de besoins fondamentaux ayant trait à la santé et l'absence de mécanismes nationaux pour la promotion de la santé. Ces obstacles pourraient être surmontés par la promotion d'une mobilisation sociale pour la santé, fournissant des besoins fondamentaux ayant trait à la santé, et établissant un mécanisme pour l'éducation de santé publique.

Perspectives

Accélération des programmes

Parmi les nombreux problèmes qui nous attendent, le plus crucial est peut-être celui qui consiste à accélérer le taux annuel de réduction de la mortalité des nourrissons et des enfants. Bien que le taux global de mortalité des nourrissons, dans la Région, ait chuté de 30% au cours des trente dernières années, le taux annuel moyen de réduction plafonne à un modeste 1%, alors qu'un taux de réduction soutenu de 5% à 8% est nécessaire pour atteindre les objectifs de l'an 2000.

Une approche possible (adoptée par le Meeting annuel de 1992 des directeurs régionaux pour l'Afrique de l'OMS et de l'UNICEF) consiste à entreprendre un programme pour la revitalisation immédiate des services de santé existants, grâce à une intégration étroite de tous les principaux programmes de survie des enfants pour l'administration de l'ensemble le plus efficace et le plus rentable d'interventions pour la survie des enfants basées au sein des communautés.

Les composantes spécifiques d'un tel programme comprendront une expansion et une consolidation des réalisations déjà obtenues dans des domaines tels que le PEV et d'autres interventions de lutte contre des

maladies contagieuses; des soins de maternité intégrés, comprenant des soins du nouveau-né; une formation intégrée au niveau des districts; un développement et une institutionnalisation de systèmes d'informations de gestion appropriés pour une amélioration des performances des programmes; et une application du concept élargi de l'Initiative de Bamako pour assurer une participation communautaire significative et un financement équitable des services de santé.

Maintien des progrès réalisés

Au niveau des pays, partager le fardeau des interventions de santé pour les enfants, entre le peuple, le gouvernement et des agences externes, devrait rester un thème central des politiques nationales de santé. Les gens devraient avoir le droit et le devoir de participer à des activités sanitaires, les gouvernements devraient considérer comme une responsabilité de premier ordre de permettre aux gens d'être en bonne santé et de le rester; alors que les partenaires externes devraient aider les gens et leurs gouvernements à atteindre leurs objectifs de santé.

Au niveau international, l'engagement et la coordination des bailleurs de fonds sont des éléments fondamentaux en ce qui concerne les subventions nécessaires pour mettre en oeuvre des plans d'action nationaux destinés à atteindre les objectifs de survie des enfants des années 90. Le PEV s'est avéré être un bon exemple de programme qui mérite l'attention des bailleurs de fonds et des gouvernements. Les inquiétudes actuelles, causées par la diminution ou la stabilisation de la couverture, doivent être abordées correctement par la communauté internationale. Alors que les pays devraient faire tout leur possible pour trouver le budget nécessaire pour les activités de vaccination à long terme, les partenaires internationaux devraient éviter de retirer soudainement leur soutien. Au contraire, ils devraient s'assurer que les résultats accomplis jusque là sont maintenus, sinon cela pourrait nuire à nos efforts futurs de mobilisation sociale.

Direction décentralisée des programmes de survie des enfants au niveau des districts

De nombreux pays africains ont l'expérience de la mise en oeuvre du Système de développement africain, également connu sous le nom de Scénario africain à trois phases, qui met l'accent sur une approche orientée vers

les districts pour la planification de programme, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation. Afin d'atteindre les buts et objectifs des années 90, la mise en oeuvre de divers programmes pour la survie des enfants devrait être accélérée. La manière la plus efficace de garantir que les communautés qui sont le plus dans le besoin ne sont pas laissées à l'écart, et reçoivent effectivement une subvention adéquate, consiste à évaluer la situation dans chaque district et à fournir des ressources en fonction des besoins.

Intégration des activités de survie des enfants

Il est probable que les ressources resteront rares dans le futur. Par conséquent, en toute circonstance, augmenter le rendement, lors de l'usage des ressources, devrait être la première priorité. En développant ou en révisant des stratégies de programmes, notre souci devrait être d'obtenir l'impact maximum avec des ressources limitées. Nous attendons impatiemment le nouveau développement des Directives pour mettre en oeuvre "l'Approche de l'enfant malade", que l'OMS et l'UNICEF soutiennent avec l'entière collaboration de nombreuses autres agences, y compris USAID. Il est probable que des progrès considérables seront réalisés une fois que la planification, la formation, la supervision, l'éducation sanitaire, le support logistique et d'autres composantes du programme seront entreprises conjointement par les programmes actuels à orientation verticale.

Rôle de l'OMS

Coopération technique avec les Etats membres pour renforcer la mise en oeuvre du système de développement de la santé en Afrique. Des équipes de pays de l'OMS, dont le personnel sera constitué de responsables de programmes nationaux, fourniront une assistance au ministère de la santé pour promouvoir des initiatives de santé au sein des communautés; pour assurer l'administration d'un ensemble de services de soins de santé au niveau des districts. Elles aideront les districts à faire face aux problèmes tels que l'élimination du

tétanos des nouveaux-nés, l'éradication de la poliomyélite et du filaire de Médine, la pandémie du SIDA ou les principales catastrophes écologiques, etc.

L'OMS devrait continuer à encourager l'élaboration de politiques nationales saines en ce qui concerne les interventions de développement et de survie des enfants. Cela comprend plus d'efforts pour sensibiliser les principaux dirigeants politiques de notre continent et pour fournir l'assistance nécessaire à l'augmentation de l'aptitude nationale à gérer des programmes et des activités de soins de santé primaires.

Finalement, l'OMS aimerait continuer à travailler vers une participation accrue de la Communauté pour la mise en oeuvre des activités de santé. Compte tenu de la solidarité traditionnelle en Afrique, nous sommes sûrs que le succès d'une initiative de santé quelconque ne sera atteint que si l'on bénéficie de la participation entière des gens eux-mêmes.

Conclusions

En conclusion, en dépit d'une certaine amélioration obtenue au cours des années 80 dans le domaine de la survie des enfants, la situation de l'Enfant Africain peut se dégrader au cours des années 90, compte tenu de la grave situation politique et économique dans laquelle se trouve la Région et le rôle dévastateur de l'épidémie de VIH/SIDA. Des réactions urgentes et des solutions durables sont nécessaires pour répondre à la crise de la santé. Toutes deux offrent l'avantage de faire participer les communautés à la gestion des activités de santé. Ayant retenu les leçons de notre expérience au cours des dix dernières années, accélérons la mise en oeuvre des divers programmes de survie des enfants, en particulier le PEV, la lutte contre les maladies diarrhéiques, le paludisme et les IRA, et cela de façon intégrée.

Je suis persuadé que cet auditoire nous fournira des idées supplémentaires afin que nos efforts conjoints atteignent les objectifs du Sommet pour les enfants.

La santé de l'enfant Africain: délibérations du Sommet mondial pour les enfants et les objectifs de l'an 2000

Terrell Hill, Senior Advisor for Health,
UNICEF, New York, USA

Je voudrais remercier l'USAID, ainsi que les CDC pour avoir donné à L'UNICEF l'occasion de participer à cette grande et importante rencontre des professionnels de la santé en Afrique.

L'Afrique a toujours été une priorité toute particulière pour l'UNICEF. Chaque année, ce depuis 7 ans (et nous espérons dans un futur proche), l'UNICEF va consacrer davantage de ressources financières et humaines à l'Afrique. Dans cette même salle, il y a de cela quatre mois, Monsieur Grant avait conduit une très importante délégation UNICEF pour participer la Conférence internationale sur l'enfant africain, où la plupart des chefs d'état d'Afrique sub-saharienne ainsi que des directeurs et représentants de bailleurs de fonds ont identifié les besoins des enfants africains ainsi que les ressources nécessaires pour les satisfaire.

On m'a demandé de faire une présentation sur le Sommet mondial de l'enfant. Je voudrais dire, de manière catégorique, que le succès enregistré dans la survie de l'enfant au cours des 10 dernières années a inspiré Le Sommet mondial sur l'enfant. Le Sommet mondial sur l'enfant s'est tenu au mois de septembre 1990 où plus de 131 pays étaient représentés. C'était alors, le plus grand sommet jamais tenu. Revenons-en maintenant au début des années 80, on constate un graphe en forme de gâteau représentant les principales maladies menaçant la vie des enfants: la diarrhée, les IRA, les maladies contre lesquelles il est possible de vacciner, et dans cette partie du monde, le paludisme. Et c'est à cette époque que les gouvernements de la région, l'UNICEF, l'OMS, l'USAID, et le projet CCCD ont commencé à mettre l'accent sur la thérapie de réhydratation par voie orale, les maladies diarrhéiques et la vaccination. Le directeur de l'USAID avait appelé la thérapie de réhydratation par voie orale et la vaccination les "bi-moteurs", les deux programmes les plus importants pour la survie de l'enfant pour lesquelles nous devons avancer et qui doivent constituer la base de nos efforts pour assurer la survie de l'enfant dans le monde. Les efforts ont commencé il y a

longtemps en 1985 au Burkina Faso, le gouvernement de ce pays a lancé une campagne de vaccination baptisée "Opération Commando". En 1986 au Sénégal, le Président Diouf avait lancé une campagne inédite de vaccination qui a été suivie en 1987 par l'année africaine de vaccination. Durant cette année, nous avons appris à développer nos systèmes de soins de santé; nous avons même appris à installer des chaînes de froid sur des dos des chameaux. Nous avons appris à développer la mobilisation sociale et progressé dans le domaine de la collaboration multi-sectorielle de la santé, une perspective qui était dans les travaux de Alma Ata, mais jamais mise en pratique. Et en 1990, l'objectif global de 80% de vaccination universelle de l'enfant a été atteint. Et si je me rappelle bien, environ vingt pays du continent africain ont réalisé leurs objectifs en 1990. Grâce à cette confiance, l'orientation des objectifs, la capacité de mobiliser les chefs religieux, les enseignants, les gouvernements locaux ou de district, les enfants ont été emmenés afin d'être vaccinés. Cette expérience montre que nous pouvons augmenter notre agenda.

Et c'est sur cette base que les dirigeants au niveau mondial, réunis aux Nations-Unies à New-York, ont décidé la tenue du Sommet mondial sur l'enfant. Ce sommet n'est plus aujourd'hui le plus grand sommet du monde, car il a été éclipsé par le Sommet mondial de la terre de Rio. Cela a montré qu'il existe des plusieurs questions autour desquelles les dirigeants du monde peuvent se réunir et s'entendre. (La politique fiscale n'en fait certainement pas partie!) Mais! l'environnement a connu un succès à Rio, et les problèmes de l'enfant ont clairement prévalu à New York. Le Sommet mondial sur l'enfant a été, basé sur les réussites du secteur de la santé, constitue un contrat politique et social scellé avec les enfants du monde. Il a fait l'unanimité sur une nouvelle éthique: les enfants passent en toute première priorité. Les enfants doivent avoir la priorité au bon ou au mauvais moment sachant qu'ils ne peuvent pas attendre. Ils ne peuvent pas attendre la fin de la récession, que les prix des matières premières augmentent, que les guerres s'arrêtent. Selon cette éthique, les enfants ont la priorité lors de l'établissement des objectifs.

Fixer des objectifs n'est pas quelque chose de nouveau. Des objectifs ont été fixés dans les années 60 et 70, des objectifs généraux dans les années 80. Mais ce Sommet mondial sur l'enfant a introduit sept objectifs majeurs pour les enfants, qui sont, comme nous le voyons ici: la réduction de la mortalité infantile des moins de 5 ans d'un tiers, la réduction de la mortalité maternelle de moitié, de la malnutrition, l'accès universel à l'eau potable et à l'hygiène, l'éducation élémentaire à 80% pour les enfants, et la réduction de moitié du taux d'analphabétisme chez les femmes. Ces 7 objectifs sont supportés par 26 objectifs principaux dont PEV, CDD (lutte contre les maladies diarrhéiques) et IRA.

L'autre élément clef de ce Sommet mondial sur l'enfant était l'engagement qui a été fait par les gouvernements du monde de créer des plans d'action nationaux. Les chefs d'états sont partis en faisant la promesse d'élaborer des plans d'action nationaux. Plus de cent pays l'ont fait - y compris le Japon, les Etats-Unis et la plupart des pays d'Europe de l'Ouest. Evidemment, le but du Sommet mondial sur l'enfant n'était pas d'exposer les problèmes des enfants du monde en voie de développement; c'était réellement un sommet global ayant eu un impact considérable, sur la manière dont les enfants sont traités de part le monde. Les plans nationaux initiés par le sommet servent de référence aux pays pour savoir comment adapter les objectifs globaux au contexte de leurs priorités nationales.

Et le troisième élément fondamental de ce Sommet mondial sur l'enfant était l'engagement de contrôler. Lors de précédentes décennies, les objectifs une fois fixés étaient relatés sur papier sous forme de déclarations: généralement ils étaient oubliés jusqu'à expiration de la date fixée. Les chefs d'état ont accepté la proposition de faire un bilan après 5 ans avec le secrétaire général de l'ONU. Je voudrais vous montrer comment les objectifs du Sommet mondial sur l'enfant sont surveillés au Mexique. Le président Salinas est un des six chefs d'états qui se sont engagés au Sommet mondial sur l'enfant. Tous les six mois, le président Salinas examine avec son cabinet les progrès réalisés pour atteindre chaque objectif, à Mexico. Il a invité le directeur général de l'UNICEF et plus récemment le directeur général de l'OMS à assister avec son cabinet à ces réunions biennales. Après ces réunions, se tient une conférence de presse à Mexico où les ministres décrivent au peuple mexicain les résultats obtenus et les projets pour les 6 mois qui viennent. Un tel système de surveillance serait

utile dans beaucoup de pays d'Afrique, rendant les chefs d'état vraiment responsables devant leur peuple.

Après n'avoir eu que quelques objectifs fixés pour 1990, en particulier la vaccination universelle de l'enfant, l'augmentation à 27 objectifs pour l'an 200 a étonné de nombreux gouvernements. Plusieurs pays ainsi que l'UNICEF et l'OMS essayent d'organiser un groupe d'objectifs à 5 ans. Vous vous souvenez peut-être que de nombreux chefs d'état qui se tenaient si fièrement sur la photo que je vous ai montré il y a peu, ne sont plus chefs d'état. En fait près de la moitié n'y sont plus. Ce que les hommes politiques aiment faire est de fixer des objectifs, souvent à long terme, dont ils ne seront sans doute pas responsables. Donc, ce sont des étapes sont très importantes - pour évaluer notre progrès, pour peut-être changer de stratégie, ou accélérer nos actions et abandonner ce qui ne marche pas et essayer encore.

Le second événement lié au Sommet mondial sur l'enfant et son succès est la ratification de la convention sur les droits de l'enfant. Cette convention, adoptée par l'assemblée générale en 1989, a été la seule à être ratifiée aussi rapidement dans toute l'histoire de l'ère moderne. Au total, cent pays ont déjà ratifié cette convention. Je pourrais ajouter qu'un pays important qui a ratifié cette convention, il y a juste de cela quelques mois, a été poursuivi en justice peu après la ratification par un groupe d'enfants pour ne pas administrer les services nécessaires. La Convention sur les droits de l'enfant nous aide aussi à mettre l'accent sur un sujet très important dans certaines régions du monde, et encore plus en Afrique: les besoins particuliers de l'enfant de sexe féminin. La condition de l'enfant de sexe féminin est caractérisé par la discrimination, étant la dernière à qui l'on demande quelque chose et la première au travail.

Le succès en matière de santé depuis Alma Ata jusqu'au Sommet mondial sur l'enfant a développé un avance importante dans le domaine de l'éducation. A [Jon Son?] en Thaïlande en 1990, s'est tenue une importante conférence sur l'éducation, qui serait l'équivalente de la conférence l'Alma Ata en matière de santé, où les priorités concernant l'éducation ont été soulignées et les stratégies pour atteindre les objectifs dans le secteur de l'éducation suivent de très près celles de la santé. L'éducation est importante pour nous, car il y a une corrélation très étroite entre le taux d'alphabétisation des femmes et la survie de l'enfant. Nous, ceux du secteur santé, devons supporter les progrès réalisés vis

à vis de l'alphabétisation et l'éducation des femmes, en particulier l'éducation des petites filles.

Quels sont les défis auxquels nous sommes confrontés à l'avenir? Le Docteur Monekosso les a mis en exergue de manière extrêmement claire et par conséquent j'essayerai d'être bref. Nos sentiments à l'UNICEF est que l'information pour l'action, la surveillance et l'épidémiologie est un facteur clef pour la vaccination. Mais je vous concède que l'information pour l'action, dans le contexte du Sommet mondial sur l'enfant est aussi importante que le paludisme, que la lutte contre les maladies diarrhéiques, les IRA, et le SIDA, que cela ne l'est dans le domaine de la vaccination. L'une de nos plus importantes priorités pour les années 90 sera de renforcer la surveillance et obtenir l'information pour l'action pour ceux qui administrent les services, garder les actions liés à la collecte de données qui seront utilisées par le secteur de santé, mais également par les puissances politiques au niveau national, du district, de la province. Ces données sont essentielles à la surveillance des objectifs du Sommet mondial sur l'enfant.

Des décalages se sont produits concernant la couverture vaccinale en Afrique. Certains pays qui évoluaient très bien jusqu'en 1990 ont régressé selon les données de 1991. Nous devons utiliser le système que nous possédons, et aller de l'avant comme il sera décrit lors de ce meeting, en déterminant comment traiter un enfant malade et comment renforcer nos mesures sanitaires préventives. Nous devons utiliser les succès antérieurs pour conserver l'élan politique. De nouveau, nous devons garantir des vaccins aux enfants africains. Les ministres de la santé en Afrique ont inspiré l'UNICEF. Ils ont déclaré que les pays africains, en dépit de la situation économique difficile, ont pris l'engagement de commencer à être auto-suffisants en matière de vaccins.

L'UNICEF a pris l'engagement de leur fournir assistance dans tous les domaines: continuer à fournir gratuitement les vaccins nécessaires, mais également aider les pays à commencer à acheter leurs propres vaccins par l'intermédiaire de ce que nous appelons l'initiative d'indépendance du vaccin, qui permet aux pays d'acheter des vaccins en monnaies locales. L'UNICEF accepte la monnaie locale pour les vaccins et l'utilise pour des frais locaux. Ce programme a permis la création d'un fond spécial qui a permis l'obtention et l'administration des vaccins avant paiement, grâce à une subvention de l'USAID.

En plus de la priorité de la vaccination, l'UNICEF s'est engagé dans la lutte contre les maladies diarrhéiques, et la prévention du paludisme et le traitement dans le contexte de l'enfant malade. Nous pouvons voir que toute l'Afrique n'est pas la même. Une part est capable de répondre à des interventions et des vaccinations pour une maladie spécifique, d'autres parts doivent renforcer leurs programmes, d'autres doivent se battre pour acquérir les systèmes sur place de manière à être plus indépendant vis à vis des campagnes ou des équipes mobiles, et à avoir des programmes de vaccination plus rentables. L'éradication de la poliomyélite est possible dans certaines parties de l'Afrique même maintenant. Nous soulignons ceci car nous sommes sûr que l'Afrique ne sera pas toujours à la traîne; l'Afrique peut gagner. Bien que nous ayons les capacités d'avancer, un écart subsiste entre où nous devons être dans le futur et où nous sommes actuellement. Docteur Monekosso vient juste de décrire de nombreuses contraintes du progrès, mais également les défis auxquels nous faisons face. Nos chefs politiques se sont engagés au progrès lors du Sommet mondial de l'enfant et plus récemment lors de la conférence internationale de l'enfant africain dans cette même pièce. Travaillons dans ce but.

Santé de l'enfant en Afrique progrès et défis

CO-PRESIDENTS:

Deogracias Baramkamfitye, OMS/AFRO, Brazzaville;
James Shepperd, A.I.D. Washington

ORATEURS:

- 1) Gottlieb Monekosso OMS/AFRO, Brazzaville;
- 2) Terrell Hill, UNICEF, New York

Résumé des principaux sujets de la session

L'avenir de l'Afrique dépend de la survie des enfants.

Cependant, la santé est en état de crise, une situation qui est aggravée par des urgences sanitaires répétées, des PNB en déclin, une diminution des dépenses publiques pour la santé, et une augmentation de l'allocation des ressources aux institutions centrales. La mortalité infantile élevée est à la fois une conséquence et un facteur des crises économiques, sociales et politiques actuelles de l'Afrique.

On estime que, chaque année, 4 millions d'enfants africains meurent avant leur cinquième anniversaire. Ces décès résultent de toute une gamme de risques socio-économiques, liés au comportement ou dûs à des maladies, qui affectent les mères et les enfants. Les causes principales de mortalité des nourrissons et des enfants sont les conditions périnatales et néonatales, le tétanos des nouveaux-nés, la pneumonie, la diarrhée, la rougeole et la malnutrition.

Résumé des leçons tirées

Le World Summit for Children (Sommet mondial pour les enfants) représente un engagement global envers les enfants du monde, un contrat politique et social avec les enfants du monde. Plus de 100 pays ont mis au point des plans d'action nationaux. Il est important de surveiller régulièrement les objectifs, comme par exemple au Mexique, au moyen de revues ministérielles bisannuelles des progrès nationaux vers les objectifs.

A l'aide de stratégies techniques abordables et d'un

engagement politique déterminé, des progrès sont cependant accomplis, comme cela est mis en évidence par: 1) une diminution de la mortalité des nourrissons (191 en 1950-1955, par rapport à 101 en 1985-1990), 2) une augmentation de la couverture du DTCoq3, de 20% en 1985 à 57% en 1992, et 3) une augmentation de l'accès à une thérapie de réhydratation orale (22% en 1985, par rapport à 60% en 1992).

La disponibilité de données correctes et opportunes est fondamentale pour une gestion efficace: identification des problèmes, planification, mise en oeuvre, surveillance et évaluation.

Recommandations concernant les directions à prendre

Maintenir et étendre les résultats obtenus par certains programmes, par exemple, PEV, ainsi que l'engagement politique mobilisé en faveur de la survie des enfants).

Accélérer la mise en oeuvre d'autres interventions, telles que la thérapie de réhydratation orale, une meilleure prise en charge de cas de certaines maladies contagieuses telles que les IRA et le paludisme, en particulier au moyen d'une introduction d'une prise en charge intégrée de l'enfant malade.

Augmenter et maintenir un support technique et financier par des partenaires d'assistance technique bilatérale et internationale.

Améliorer la coordination des supports externes.

Décentraliser la gestion au niveau des districts et des communautés.

Augmenter la compétitivité du système de santé pour apporter un soutien au service et au moral du personnel de santé.

Utiliser un "langage économique" (par exemple coût-efficacité) pour préconiser une allocation de ressources vers le secteur de santé.

Santé et survie de l'enfant en Afrique

CO-PRESIDENTS:

Olu Babaniyi, CCCD, Nigéria;
Ronald Waldman, OMS, Genève

ORATEURS:

1) George Bicego (DHS, USA); 2) Gora Mboup (DHS, USA)

Résumé des principaux sujets de la session

Il n'y a pas de mesure unique de la survie des enfants, et de nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont des mesures imprécises de la survie de leurs enfants. Des informations de ce type peuvent être obtenues par l'intermédiaire des Demographic and Health Surveys (enquêtes démographiques et sanitaires) (DHS), qui fournissent une perspective à grande échelle sur la mortalité récente et actuelle. En plus des mesures de niveau de mortalité infantile et des profils en fonction de l'âge, les données des DHS fournissent des informations sur les tendances de la mortalité infantile et sur les facteurs de risque de décès. A ce jour, 20 pays d'Afrique subsaharienne ont eu des DHS, et les résultats de 18 de ces enquêtes sont disponibles. Des informations sur la mortalité néonatale et postnéonatale des nourrissons, sur la mortalité infantile et sur la mortalité des moins de 5 ans sont actuellement disponibles pour ces pays, et elles ont été examinées au cours de cette session.

Parmi les 18 pays, 10 se trouvent en Afrique de l'ouest, et 8 à l'est et au sud de l'Afrique. En général, la mortalité est plus faible pour les pays de l'est et du sud de l'Afrique, pris globalement, que pour les pays de l'ouest de l'Afrique. Il y a jusqu'à une différence d'un facteur six dans la gamme des mortalités infantiles, le Botswana ayant un niveau de 50/1000 au bas de la gamme et le Niger, avec 300/1000, ayant le niveau le plus élevé des pays dans lesquels une enquête a été réalisée. En général, les pays de l'ouest de l'Afrique ont un rapport mortalité des nourrissons sur mortalité des enfants plus faible que dans les pays de l'est et du sud de l'Afrique. Cependant, il y a des irrégularités dans ce schéma d'un pays à un autre, et il n'est pas encore possible de fournir une explication satisfaisante des différences. 6 des 8 pays de l'ouest de l'Afrique affichent des diminutions de la mortalité, les 2 autres (Niger et Nigéria) ayant une tendance à la hausse. Les pays de l'est et du sud de

l'Afrique ont un profil mixte; au moins deux pays affichent une tendance d'augmentation de la mortalité. Ces profils sont difficiles à interpréter avec le rôle du SIDA, la stagnation économique et les conflits politiques qui compliquent la situation. En général, le profil global est une diminution de la mortalité moyenne, les diminutions les plus importantes ayant lieu dans la tranche d'âge 1-4 ans.

Le facteur de risque le plus persistant qui ait été identifié pour la mortalité infantile est l'éducation de la mère, le risque de mortalité étant environ 3 fois supérieur pour les mères moins éduquées. Un risque de mortalité accru est associé à un intervalle entre les naissances de moins de 24 mois, à des mères très jeunes (<18 ans) ou plus âgées (>39 ans), ainsi qu'à des naissances de mères ayant déjà plus de 5 enfants. En général, une mortalité plus élevée est associée à une fécondité plus élevée. Une valeur élevée de la proportion (sexe masculin:sexe féminin) a été identifiée uniquement pour la mortalité néonatale. Le risque de mortalité est régulièrement plus élevé dans les strates rurales que dans les strates urbaines. Le risque de décès est respectivement de 20%, 35% et 50% plus élevé pour la tranche correspondant à la période néonatale, postnéonatale et infantile; la mortalité est plus élevée en milieu pauvre urbain que dans tout autre secteur.

Les taux de fécondité totaux (TFT) s'échelonnent de 5 à 7,8 parmi les pays dans lesquels une enquête a été réalisée. Des déclin du TFT ont été identifiés dans 3 des pays qui ont été étudiés dans l'est et le sud de l'Afrique; aucune diminution, à l'exception de diminutions insignifiantes sur le plan statistique, n'a été observée en ce qui concerne les pays de l'Afrique de l'ouest. La prévalence de moyens de contraception varie considérablement d'un pays à un autre: en général, les méthodes modernes de contraception sont beaucoup moins utilisées dans les pays de l'Afrique de l'ouest (borne supérieure de 3%) que dans les pays de l'Afrique de l'est (borne supérieure de 37%). Cependant, il y a une variabilité importante entre les types de contraceptifs modernes qui sont utilisés, et dans les pays de l'Afrique de l'ouest, les méthodes traditionnelles de contraception restent beaucoup plus employées. En général, il y a un besoin élevé de moyens modernes de contraception, si on se base sur les nombres désirés de naissances et les espacements désirés entre les naissances; ces besoins

élevés en moyens de contraception sont satisfaits dans de nombreux pays de l'Afrique de l'est et du sud, mais pas en Afrique de l'ouest.

Résumé des leçons tirées

Les DHS suivent la tradition de World Fertility Surveys (enquêtes de fécondité du monde), fournissant des informations sur les niveaux nationaux de fécondité et de mortalité, ainsi que sur les profils et les tendances. Pour de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les DHS constituent une source importante d'informations fiables sur la survie des enfants. Bien que beaucoup des facteurs de risque de mortalité identifiés au cours des DHS soient connus à partir d'autres études, le fait qu'il existe une association constante entre les mêmes facteurs de risque et une augmentation de la mortalité, d'un pays à un autre et d'une région à une autre, souligne clairement le besoin d'apporter une attention à ces facteurs de risque communs. Compte tenu des objectifs du Sommet mondial sur l'enfant pour l'an 2000, les DHS constituent un moyen important de rassembler des informations pour surveiller les progrès vers un grand nombre de ces objectifs. Pour de nombreux pays, les DHS peuvent continuer à être la méthode principale pour mesurer la réalisation de certains objectifs à la fin du siècle.

Recommandations concernant les directions à prendre

Les DHS jouent un rôle important en fournissant une perspective nationale, régionale et internationale sur les niveaux, les profils et les tendances de la survie des enfants. Récemment, il a été porté plus d'attention au rôle possible de DHS étendus, au sein de pays plus grands, pour permettre de mesurer les différences régionales liées aux caractéristiques des populations. Jusqu'à ce que des systèmes fiables de registre d'état civil soient développés, le rôle des enquêtes continuera à être important. Le coût relativement élevé des DHS limite le potentiel d'une expansion à grande échelle de leur envergure et de leur fréquence, mais avec des modifications appropriées, elles constitueront probablement l'un des moyens les plus importants pour surveiller les objectifs du Sommet mondial sur l'enfant au cours de la prochaine décennie. Un problème qui mérite plus ample considération est le rôle de l'homme vis-à-vis de la santé concernant la reproduction et la mortalité de la mère et de l'enfant. Beaucoup de données sur de nombreuses variables sont recueillies au cours des DHS, et les demandes de tabulations, de rapports et d'ensembles de données indiquent que ces données ne sont pas utilisées dans toute la mesure du possible au niveau national, régional et international.

Exploitation des données pour la définition des politiques, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation

CO-PRESIDENTS:

Ronald J. Waldman, OMS;
Shiva Muragasampillay, Ministère de la Santé Publique du Zimbabwe.

ORATEURS:

1) Okey Nwanyanwu (représentant Peter Kazembe; Ministère de la Santé Publique du Malawi); 2) Antoine Kaboré, OMS/AFRO, Brazzaville; 3) Paul Arthur, Ministère de la Santé Publique du Ghana et London School of Hygiene and Tropical Medicine; 4) Gaston Djomand, Projet RETROCI, Côte d'Ivoire, et J. Nyamongo, National Laboratory Services, Kenya; 5) Michael Miggade, Université de Makerere, Ouganda; 6) Dayle Donaldson, Université de Harvard, Etats-Unis (représentant le Julia Walsh).

Résumé des principaux sujets de la session

La session a permis d'établir que les données sont effectivement utilisées par les ministères chargés de la santé en vue de définir la politique en matière de santé et de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer les stratégies relative aux programmes de santé publique. Les six communications ont donné des éclaircissements sur différents types de décisions de principe prises afin de résoudre un certain nombre de problèmes majeurs liés à la survie de l'enfant. Ces décisions avaient été basées sur des données d'ordre sanitaire livrées par différentes sources, collectées puis analysées à l'aide de diverses méthodes. Le session s'est penchée sur les problèmes de santé et sur les méthodes de règlement des problèmes par l'exploitation des données, à savoir:

Paludisme - exploitation de données sentinelles sur la résistance *in vivo* (enquêtes périodiques et recherches spécifiques), données relatives à la mortalité des patients hospitalisés et autres données afin de définir une politique nationale de prise en charge des cas;

Diarrhée - exploitation de données quantitatives concernant les familles et destinées à préparer les programmes, données qui seront complétées par des données qualitatives dans le but de contrôler et d'évaluer les programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques dans le cadre de la revue des programmes;

Carence en vitamine A - exploitation de données recueillies à la suite d'études transversales et longitudinales et réalisation, sur le terrain, dans des zones géographiques et des pays différents, d'essais de grande envergure afin de définir les politiques relatives aux programmes (interventions, systèmes de fourniture);

Transfusions sanguines et transmission du VIH - exploitation des données collectées au cours d'études menées dans plusieurs centres afin de déterminer les conditions dans lesquelles les transfusions doivent se faire si on veut sauver des vies et définir les méthodes de dépistage systématique permettant de prévenir la transmission du VIH;

Nutrition - exploitation des données des EDS en vue de faciliter la finalisation des politiques et des stratégies nationales d'alimentation et de nutrition en Ouganda,

Et exploitation des données afin d'évaluer les succès de l'assistance hors-projet fournie par un bailleur de fonds international à titre d'incitation à une redéfinition des politiques dans le sens d'une prise en compte de la priorité que représentent les soins de santé primaires.

Résumé des leçons tirées

Les enseignements ci-après ont été retenus:

Les responsables, quelle que soit la place qu'ils occupent dans le système sanitaire (des responsables au niveau national aux agents sanitaires des dispensaires en passant par les responsables aux niveaux des provinces et des districts), doivent se sentir responsables de l'exploitation des données et investis d'une charge importante dans l'identification des besoins d'information.

Pour être viables, les systèmes d'information sanitaire doivent fournir des données utiles aux agents de santé et aux responsables au niveau local ainsi qu'à ceux qui se trouvent aux niveaux régional et national.

Il convient de mettre en place des systèmes d'information sanitaire cohérents en commençant par la collecte et l'exploitation des données au niveau périphérique avant

que l'information ne soit délivrée au centre. Le flux et l'exploitation des données doivent aller dans les deux sens - de la périphérie aux bureaux centraux, et des bureaux centraux à la périphérie.

les ministères chargés de la santé ont reconnu que la supervision est un élément important des systèmes de santé, susceptible en tant que tel, de fournir des données de première importance pour améliorer la prise en charge des cas et l'efficacité des programmes tout en garantissant la qualité des données recueillies par le système. Cependant, les activités liées à la supervision, y compris celles de la formation en matière de supervision ainsi que celles concernant la mise en oeuvre d'activités de supervision suivies, reçoivent rarement l'attention qu'elles méritent. Il serait opportun que les mécanismes et les responsabilités du financement et de la mise en oeuvre des programmes de supervision en cours soient identifiés.

les problèmes de santé ont souvent plusieurs causes. Lorsque les données appropriées ont été collectées et analysées afin d'identifier les différents problèmes (qu'ils soient de nature politique, sociale, culturelle, économique, démographique ou relatifs à la morbidité et la mortalité) il devient possible d'identifier des solutions multi-sectorielles qui seront intégrées dans des plans d'action. Les systèmes d'information sanitaire doivent comprendre des données provenant de diverses sources fournissant des données qualitatives et quantitatives utiles à la prise de décision.

les ministères de la santé peuvent développer des relations fructueuses avec les centres académiques de telle sorte que la communauté des chercheurs puisse fournir les informations nécessaires à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques;

les gouvernements peuvent, grâce à la présentation d'informations hautement utiles et convaincantes, être amenés à prendre conscience de la nécessité de s'intéresser à la question du sang non contaminé, d'élaborer et de mettre en oeuvre des programmes visant à permettre l'utilisation d'un sang ayant fait l'objet d'un dépistage;

le changement du processus de prise de décision requiert de créer un environnement où les responsables évaluent l'importance des données et peuvent prendre des décisions basées sur ces données.

les décisions de politiques basées sur les meilleures données disponibles sont un bon départ mais ensuite, c'est la mise en oeuvre de ces décisions qui représente le véritable défi.

Recommandations concernant les directions à prendre

Entreprendre, à tous les niveaux du système de santé, des activités et initiatives afin:

- de combler le fossé qui sépare les individus et les institutions chargés de l'exploitation des données de ceux chargés de fournir les données concernant la santé;
- de renforcer l'aptitude des utilisateurs de données à identifier activement les besoins d'information et puis de comprendre comment utiliser ces données; et
- de renforcer l'aptitude des producteurs de données à se concentrer sur la fourniture de données essentielles de qualité.
- attirer l'attention sur la nécessité d'une utilisation efficace des données, à tous les niveaux du système sanitaire afin:
- d'élaborer des décisions relatives à la politique et aux programmes,
- de mettre en oeuvre ces décisions. Viser à produire des données de qualité qui se traduiront par des décisions de principe ayant fait l'objet d'une mise en oeuvre et d'une évaluation, ce qui permettra l'élaboration de programmes de prévention et de contrôle plus performants, une meilleure prise en charge des cas et une amélioration de la survie des enfants.

Améliorations et maintien de la qualité des services de soins de santé primaires

CO-PRESIDENTS:

David Nicholas, Quality Assurance Project, USA;
Jennifer Bryce, CDC, Atlanta

ORATEURS:

1) David Nicholas, (Quality Assurance Project, USA);
2) Rose Macauley (REACH, USA); 3) Mounir Touré
(Ministère de la santé et de l'action sociale, Sénégal);
4) Peter Gokir (Jos State Ministère de la santé, Nigéria);
5) Munkatu Mpese (Ministère de la santé, Zaïre); 6) Lucille
Imboua Coulibaly (Hôpital universitaire de Treichville,
Côte d'Ivoire).

Résumé des principaux sujets de la session

La garantie de la qualité est définie en tant que série d'activités menées afin de fixer des normes et de veiller au contrôle et à l'amélioration des prestations en vue d'assurer que les soins de santé soient aussi efficaces et sûrs que possible. Cette garantie de la qualité comprend deux aspects majeurs: l'évaluation de la qualité et l'amélioration de la qualité.

L'évaluation de la qualité requiert la définition de normes et leur communication aux agents de santé. Le contrôle de la qualité des services peut, par conséquent, être basé sur lesdites normes puis effectué par les superviseurs ou par les agents de santé eux-mêmes. Les exemples présentés au cours de la session comprenaient des évaluations du travail des agents de santé réalisées dans les centres de santé, aussi bien au Nigéria que dans d'autres pays. La supervision peut jouer un rôle important en ce qui concerne l'évaluation de la qualité, toutefois, les résultats des recherches menées au Sénégal laissent à penser que seuls quelques superviseurs font effectivement des visites pour contrôler le travail des agents de santé.

L'amélioration de la qualité des services implique:

- L'identification des problèmes et leur classement par ordre de priorité;
- Une claire définition des difficultés;

- L'identification des personnes devant contribuer à la résolution des problèmes;
- L'examen des causes desdits problèmes;
- Le choix et la définition d'une solution;
- La mise en oeuvre de ladite solution et l'évaluation des résultats.

Les systèmes d'amélioration de la qualité présentés et examinés pendant la session concernent, notamment; la mise en oeuvre, au Nigéria, d'un système d'éducation continue associant l'organisation de séminaires de formation et la supervision afin d'induire des changements dans le travail des agents de santé et l'exécution des tâches de supervision; une méthode visant l'institutionnalisation, au Zaïre, de recherches opérationnelles servant de cadre à la prise d'un certain nombre d'initiatives destinées à résoudre les problèmes et l'amélioration de la fourniture et de la qualité des services; et l'exploitation, au niveau du centre de santé, des données relatives au rythme normal d'accueil des patients dans une unité de traitement des affections diarrhéiques de Côte d'Ivoire, ce qui a permis d'identifier les besoins en services supplémentaires, de choisir les candidats à la formation et de définir les besoins en matière de recherche opérationnelle.

Les méthodes de gestion de la qualité insistent, dans leur ensemble, sur les besoins du patient, sur l'importance du processus de prestation des services plutôt que sur le travailleur pris isolément, sur le rôle des données dans le contrôle de la qualité, l'identification des problèmes et leur règlement ainsi que sur les avantages du travail d'équipe pour l'amélioration des services. Les résultats fournis à l'occasion de la présente session donnent à penser que ces principes sont valables à tous les niveaux du système de santé et peuvent entraîner une amélioration significative de la qualité des services de soins de santé primaires.

Résumé des leçons tirées

Les méthodes d'évaluation de la qualité des services de SSP existent, elles sont réalistes et adaptées au contexte

africain. Des études ponctuelles sur les communautés et les centres de santé, ainsi que sur les groupes cibles, peuvent fournir des données utiles à l'élaboration des programmes, mais il est mieux indiqué d'exploiter les activités régulières des programmes (la supervision par exemple) pour effectuer une évaluation de la qualité.

La supervision va, selon toute vraisemblance, devenir un moyen privilégié d'évaluation et d'amélioration de la qualité mais il convient également d'améliorer les compétences et les techniques en matière de supervision.

La promotion de systèmes d'éducation continue capables d'évaluer les besoins actuels et de fournir la formation, le suivi et la supervision nécessaires représente une stratégie d'avenir pour l'amélioration de la qualité.

La disponibilité et l'exploitation des données sont un élément essentiel de la garantie de la qualité, la qualité des programmes peut être améliorée grâce à l'exploitation systématique des données, à tous les niveaux du système sanitaire.

Les démarches prévoyant un suivi, une supervision et une bonne prise en charge sur le terrain en vue de garantir la disponibilité des médicaments et des matériels ont plus de chances d'aboutir à un service de meilleure qualité que ces séminaires discrets et se tenant "à titre exceptionnel".

Recommandations concernant les directions à prendre

De nouvelles applications des méthodes de garantie de la qualité devraient être systématiquement définies et testées sur le terrain.

Les premières indications laissent entrevoir qu'il serait opportun d'élargir les activités de formation afin d'y intégrer la supervision proprement dite, le suivi et l'adoption d'une approche plus globale de la question de l'éducation continue des agents de santé.

Un soutien accru devrait être fourni aux stratégies ayant pour objet d'accroître, pour un service de meilleure qualité, la collecte et l'exploitation des données au niveau de la périphérie et des centres de santé.

Intégration des soins à l'enfant malade

Jim Tulloch, OMS, Genève

La pneumonie, la diarrhée, la rougeole, le paludisme et la malnutrition sont responsables de 4 décès sur 5 chez les enfants âgés de moins de 5 ans dans les pays en voie de développement. Chaque année en Afrique, 1,5 million d'enfants meurent d'infections respiratoires aiguës, 800.000 autres meurent de diarrhée et 1/2 million meurent de la rougeole. Un million de décès sont attribués au paludisme, principalement chez les enfants, et 50% des enfants d'âge préscolaire souffrent d'une malnutrition protéino-calorique.

Pendant les années 80, les problèmes afférents à ces maladies ont été abordés à un niveau global, et souvent à un niveau national, par des programmes de lutte contre une maladie unique. Cette approche "verticale", comme elle est généralement appelée, s'est étendue sur le terrain dans les activités de formation, de communication et d'évaluation et, dans une moindre mesure, dans les systèmes d'information et l'approvisionnement des médicaments. Au cours des dernières années, il y a eu une pression de plus en plus importante pour chercher une approche plus efficace. Le projet CCCD de l'USAID, le sponsor de cette conférence, a été parmi les premiers à suggérer, à un niveau international, une approche intégrée pour les maladies infantiles.

A peu près au même moment, des résultats de recherches ont été publiés, portant sur la façon dont les principales maladies des enfants peuvent être inextricablement liées. Des recherches menées avec des subventions du CDC, de l'OMS et du MRC en Gambie, ont montré que le paludisme et la pneumonie partagent souvent de nombreuses caractéristiques cliniques communes. Un chevauchement au niveau de l'approche de traitement a également été défini. Récemment, nos collègues du programme élargi de vaccination PEV, ont également porté un intérêt plus marqué au traitement de cas de rougeole. Ils reconnaissent que même avec des niveaux élevés de couverture vaccinale, certains enfants contracteront la rougeole et certains d'entre eux mourront s'ils ne sont pas traités de façon adéquate pour une diarrhée ou une pneumonie. De plus, il existe un sentiment croissant qu'il est urgent d'être plus actif et plus concentré sur les conseils nutritionnels, afin de réduire la mortalité due aux maladies infantiles

infectieuses, en particulier, mais pas uniquement, la diarrhée.

Pour toutes ces raisons, l'OMS et l'UNICEF ont entamé des travaux de développement d'une approche intégrée à la prise en charge de cas pour l'enfant malade, se concentrant sur la diarrhée, les IRA, la rougeole, le paludisme et la malnutrition, mais prenant également en compte les problèmes associés des yeux et des oreilles et l'anémie. Bien que de nombreux agents de santé pratiquent les soins intégrés, dans la plupart des pays la tâche délicate qu'est l'"intégration" est maintenant laissée à l'agent de santé seul. Il ou elle doit apporter à la fois les connaissances et les compétences, souvent acquises dans des cours de formation spécifiques à une maladie, au moment où il faut traiter le patient.

Une approche complètement intégrée, fonctionnerait sur le principe d'une collaboration entre les programmes au niveau de l'usage des directives intégrées et des documents de formation. Une telle approche ne devrait pas être limitée à la formation mais devrait également bénéficier de supervision, surveillance, évaluation, et logistiques.

Il n'est pas important que cela soit considéré comme nouveau et enthousiasmant ou que cela soit considéré comme une simple remise à niveau avec ce qui se fait déjà dans de nombreux endroits, nous croyons que cela peut être plus efficace et que cela peut améliorer la qualité des soins.

Ce que nous aimerions partager avec vous aujourd'hui n'est pas un ensemble de directives qui sont complètement au point et prêtes à l'emploi. Ceci est le début d'un processus de développement, au cours duquel nous avons besoin de votre aide. La manière d'aborder le traitement de cas de diarrhée et d'IRA, par le passé, a consisté à définir d'abord, en termes les plus simples possibles, ce qui constitue l'approche minimale effective pour un traitement qui soit faisable dans les conditions prédominantes. Pour en faciliter l'emploi, ceci a été exprimé sur des tableaux de traitement de cas, qui servent de supports visuels de formation et de référence. Autour de ceux-ci, des modules de formation ont été bâtis et, par la suite, une large gamme d'outils de programmes a été développée.

Avec le traitement intégré des maladies infantiles, nous procédons de la même façon pour développer d'abord un cours de formation pour les membres du personnel de santé dans les centres de soins de premier niveau. Un tableau de traitement de cas qui formera la base technique de ce cours couvrira l'évaluation de l'enfant et la classification de la maladie. Un deuxième tableau résume les instructions de traitement et le troisième fournit des détails sur les conseils que l'on doit donner à la mère (ou à une autre personne responsable de l'enfant), et sur la façon de le faire. Certains des modules de formation qu'il faut développer porteront sur l'enseignement des connaissances et des compétences nécessaires pour un traitement clinique des cas, tel que cela est résumé dans les tableaux. D'autres modules porteront sur l'organisation du travail dans les centres de soins.

L'évaluation initiale de l'enfant malade consiste à chercher d'éventuels signes de danger qui indiquent un besoin urgent de transfert ou d'admission. Ensuite, quatre questions sont posées à tous les enfants pour s'assurer que la maladie qui donne lieu aux symptômes principaux ne conduit pas le membre du personnel de santé à un diagnostic trop rapide et incomplet, qui ignore une deuxième ou une troisième pathologie.

Ces quatre questions clés regroupent les symptômes de la toux, la diarrhée, la douleur ou l'écoulement au niveau des oreilles. Ensuite, l'état nutritionnel est vérifié pour tous les enfants, en utilisant des critères visibles simples (et le poids lorsque cela est possible). L'état d'immunisation de tous les enfants est également vérifié. Pour toute réponse positive aux 4 questions clés, des questions supplémentaires sont posées et le membre du personnel de santé doit regarder, écouter et sentir pour déterminer divers signes diagnostiques. Chacune des maladies est ensuite classifiée en utilisant un système de triage standard à code de couleur. L'état nutritionnel est également classifié pour tous les enfants.

Selon le système de tri basé sur les couleurs, dans tous les cas, le rouge signifie un transfert ou une admission d'urgence à l'hôpital, le jaune signifie un traitement au centre de soins de premier niveau, et le vert signifie d'envoyer l'enfant à la maison avec des conseils de soins à domicile. Nous pensons que cette approche standard pour toutes les pathologies facilitera énormément la formation des membres du personnel de santé et la mise en pratique.

Le processus de prise en charge de cas est ensuite complété avec deux étapes supplémentaires: traiter l'enfant et conseiller la mère. Les modules de formation mettront l'accent sur le développement des compétences et, dans toute la mesure du possible, sur une expérience pratique. La formation pour conseiller la mère consistera en un enseignement et une mise en pratique d'un processus en 4 étapes. Une très importante étape met l'accent sur l'identification des signes qui indiquent qu'il est nécessaire de retourner voir le membre du personnel de santé.

La gamme des sujets à aborder par les modules de formation sur "l'organisation du travail" n'a pas encore été complètement définie, cependant, ils porteront certainement sur les compétences essentielles nécessaires pour assurer un approvisionnement adéquat régulier des 7 médicaments essentiels nécessaires pour cette approche. Ils porteront également sur une planification des services pour administrer efficacement les soins, sur une définition d'objectifs simples prenant en compte la population desservie et la demande anticipée de services, et sur une surveillance, en particulier de la qualité des soins.

Les interventions préventives suivantes sont effectuées lors de cette approche de l'enfant malade. Premièrement, une vaccination est administrée pour s'assurer que les occasions favorables ne sont pas manquées. Deuxièmement, la mère reçoit des conseils en nutrition: sur l'allaitement, sur une amélioration des pratiques de sevrage et sur l'alimentation pendant la convalescence. Finalement, un apport complémentaire en vitamine A est prescrit lorsque cela est approprié. Ceux-ci sont des aspects très importants de la prise en charge de cas.

Nous sommes juste au début d'un processus nécessitant des recherches et un développement de documents. Nous avons déjà une collaboration excellente au sein de l'OMS, en particulier avec les programmes responsables de la lutte contre la rougeole, le paludisme, la diarrhée, les IRA, et ceux responsables de la nutrition, mais également avec d'autres programmes concernés. Nous avons également une collaboration étroite avec l'UNICEF, les CDC et d'autres partenaires. J'aimerais mentionner tout particulièrement le soutien de USAID et l'apport de cette agence dans le cadre de ce processus.

Le développement des tableaux de prise en charge de cas est en cours, et il comprendra, en temps voulu, des tests approfondis sur le terrain. Une fois que les directives

intégrées et les documents de formation seront disponibles, ce qui devrait se produire au cours de la seconde moitié de 1994, une mise en oeuvre de la formation intégrée commencera dans certains pays où les autorités nationales estiment que cela est approprié et opportun. L'OMS et peut-être d'autres agences concernées aimeraient travailler avec les pays sur l'adaptation et l'utilisation des documents. Comme pour n'importe quel document, des révisions seront nécessaires, et elles seront effectuées sur la base de l'expérience résultant de l'utilisation de ces documents. Les documents seront ensuite disponibles pour une mise en oeuvre plus large, dont on espère qu'elle conduira à une formation intégrée efficace des membres du personnel de santé dans tous les pays où il y a un besoin.

A chaque étape du processus, il y aura besoin de mener des recherches minutieuses. Des étapes initiales pour définir un calendrier de recherches global sont en cours. Certaines des recherches destinées à vérifier que le processus de tableaux fonctionne, sont déjà prévues avec la participation des CDC. Des évaluations effectuées par des membres du personnel de santé formés pour utiliser les tableaux seront comparées à celles réalisées de façon indépendante par un clinicien expérimenté.

Dans ce processus de développement, il y a tension entre ceux qui veulent que les documents soient disponibles immédiatement et ceux qui préconisent d'avancer doucement jusqu'à ce que l'on soit sûr que cela marche. Une chose est certaine, les tableaux de prise en charge de cas, en eux-mêmes, changeront peu. Nous ne devrions pas avancer dans cette direction tant que nous n'avons pas complètement développé et complètement testé sur le terrain les documents de formation.

Mais nous ne devrions pas attendre que les documents soient développés pour poursuivre la lutte contre la diarrhée, les IRA, la rougeole, le paludisme et la malnutrition. Au moins pour certaines de ces pathologies, des directives très complètes existent, des stratégies ont été développées, des mesures prévues, des indicateurs définis et mesurés dans certains pays.

Notre première responsabilité, en quittant cette conférence, est d'accélérer et d'intensifier ces efforts. L'OMS et les autres agences présentes se tiennent prêtes à jouer leur rôle.

J'aimerais conclure avec une autre idée concernant une approche intégrée pour l'enfant malade. Nous sommes persuadés que cela sera plus efficace, plus rentable, mais cela ne coûtera pas globalement moins cher si nous le faisons correctement. Ce que je veux dire, c'est qu'il est nécessaire de consacrer plus d'argent à la survie des enfants, pas moins. Pendant le voyage qui m'a amené de Genève, je lisais dans un journal qu'un pays en voie de développement, qui n'est pas situé dans la région, est en train d'acheter 24 avions militaires, à raison de 50 millions de dollars chacun. Il est incroyable de constater combien le monde est prêt à dépenser pour que des hommes forts se sentent encore plus forts. Je crois que notre première responsabilité est envers les plus vulnérables de la population mondiale, les enfants. Et ils sont particulièrement vulnérables lorsqu'ils sont malades. La prise en charge des enfants malades mérite une plus grosse part des ressources du monde que celle qu'il reçoit actuellement.

Nous sommes, chacun d'entre nous, leur voix lorsqu'il s'agit de discuter des allocations de ressources. Pour eux, nous devons continuer à nous faire entendre, pour plus de soutien.

Diarrhée

CO-PRESIDENTS:

Suzanne Pryor-Jones, Academy for Educational Development;
Antoine Kaboré, OMS/AFRO, Brazzaville

ORATEUR:

1) Adenike Grange (Lagos University Teaching Hospital, Nigéria); 2) Richard M'Manga (International Eye Foundation, Malawi); 3) Adama Kone (PRITECH-Sahel, Sénégal); 4) Lazare Manirankunda (Ministry of Health, Burundi); 5) Flavien Ndonko (Pan African Association of Anthropologists, Cameroun);

Résumé des principaux sujets de la session

Environ 60 à 70% de la population africaine ont peu accès, sinon pas du tout, aux centres de santé et, partant, aux soins de réhydratation par voie orale dispensés par lesdits centres. La consommation, à domicile, de boissons et d'aliments appropriés peut prévenir jusqu'à 90% des cas de déshydratation. Les recettes telles que les SRO et les SSS reposent sur des matériaux qui ne sont pas toujours disponibles. Au Nigéria, le Cari, une boisson très répandue à base de manioc fermenté et dont les ingrédients sont disponibles et acceptables, a donné de meilleurs résultats que la SRO de l'OMS dans le traitement des enfants déshydratés souffrant de diarrhée.

Il a été démontré que l'allaitement exclusif de 0 à 4-6 mois protège contre différentes affections, notamment contre la diarrhée. Dans les zones rurales du Malawi, 60% des enfants reçoivent des compléments alimentaires dès l'âge de 2 mois; la prévalence de la diarrhée est six fois plus élevée chez les enfants bénéficiant d'une nourriture complémentaire. L'introduction prématurée des aliments est motivée par l'insuffisance du lait maternel et par la croyance héritée de la tradition qui veut que le lait maternel ne constitue pas à lui seul une source d'alimentation adéquate pour l'enfant en bas âge.

La preuve a été faite que la diarrhée persistante (DP) est, dans un certain nombre de pays en développement à l'origine d'un taux de mortalité élevé. La prévalence de la DP au Mali, au Sénégal et au Niger est de 6 à 22%; en outre, 77 à 90% des enfants souffrant de DP sont atteints de malnutrition.

Les épidémies de dysenterie sont devenues, pour plusieurs pays africains, un problème majeur qui affecte tous les groupes d'âge et entraîne une morbidité et une mortalité élevées. Au Burundi, les épidémies saisonnières de dysenterie sont provoquées par *Shigella dysenteriae* type 1 (Sd1) qui résiste parfaitement à tous les antimicrobiens administrés oralement généralement efficaces disponibles dans le pays, y compris à la co-trimoxazole et à l'acide nalidixique, traitements de premier et de second choix. Les taux de mortalité des personnes atteintes de dysenterie et traitées à la co-trimoxazole étaient de 6 à 10%, dans les 4 mois qui suivaient le traitement. Au Burundi, les facteurs spécifiques de risques d'attraper la dysenterie comprenaient l'absence de savon dans la maison ou le fait de ne pas se laver les mains avant de préparer les aliments.

Les croyances et les usages traditionnels jouent un rôle important dans l'acceptation et l'utilisation du traitement de réhydratation par voie orale. Dans une communauté rurale du Cameroun, les mères administrent d'abord des potions à base de plante ou des lavements et, s'il n'y a pas d'amélioration, elles amènent l'enfant en consultation chez un guérisseur traditionnel ou dans un centre de santé. Il est très souvent fait usage de toute sorte de médication. Les mères ont recours à un système de classification très complexe, doté de critères traditionnels bien ancrés, pour déterminer la source ou le type de traitement requis, système qui est souvent inadapté au modèle biomédical de la diarrhée.

La plupart des cas de diarrhée peuvent être traités efficacement à domicile à l'aide de solutions de réhydratation par voie orale à base de céréales. Ces solutions donnent des résultats comparables, sinon supérieurs, à ceux de la SRO-OMS dans le traitement de la déshydratation légère et elles peuvent être préparées à partir d'ingrédients disponibles au plan local et acceptables. Les critères spécifiques permettant d'identifier les liquides adéquats utilisables à domicile incluent: le coût, la disponibilité, l'acceptabilité, l'efficacité, la sécurité et une préparation facile.

Quoique la plupart des mères africaines allaitent leurs enfants pendant une durée suffisante, l'introduction prématurée de compléments alimentaires est très

fréquente et contribue au taux excessivement élevé de diarrhée chez les enfants en bas âge. L'allaitement exclusif de 0 à 4-6 mois est l'un des moyens de prévention de la diarrhée ayant le meilleur rapport coût- efficacité, mais il requiert le changement des croyances et des usages traditionnels ainsi qu'une formation en matière de gestion de la lactation afin d'optimiser la production de lait maternel.

Le traitement de l'épidémie de dysenterie due aux infections par *Shigella dysenteriae* type I est compliqué par la forte résistance de ce dernier aux antibiotiques recommandés, en particulier à la co-trimoxazole, pouvant entraîner une forte mortalité. Les schémas de résistance peuvent évoluer rapidement et commandent des contrôles réguliers pour permettre un réexamen et en cas de besoin, un réaménagement des politiques thérapeutiques. Bien que les modes de transmission soient fonction de plusieurs facteurs, les facteurs-risques spécifiques d'infection par la dysenterie liés au comportement ont été identifiés et ils peuvent servir de base aux actions de prévention.

La diarrhée persistante est plus rare que la diarrhée aiguë liquide, mais elle a plus de probabilités de déboucher sur une affection grave ou sur la mort. Le rapport étroit qui existe entre la diarrhée persistante et la malnutrition montre que ce syndrome est tout d'abord une maladie nutritionnelle et il faudra définir des stratégies aptes à prévenir et à traiter efficacement la malnutrition, si l'on veut que les interventions produisent des résultats satisfaisants.

La promotion des solutions de réhydratation par voie orale est souvent en contradiction avec les vieux schémas de maladies et de traitements profondément enracinés dans la culture médicale de la communauté. Ces croyances largement répandues et bien ancrées peuvent freiner l'utilisation de la TRO et il arrive fréquemment que les agents de santé renoncent à les combattre, ce qui provoque un faible degré d'acceptation et d'utilisation de la TRO.

Recommandations concernant les directions à prendre

Compte tenu des différentes variétés de céréales consommées dans les diverses communautés, cette méthode est susceptible de causer la prolifération d'une

grande diversité de liquides utilisables à domicile, d'où la difficulté à harmoniser les politiques nationales et à faire des recommandations spécifiques. L'applicabilité et l'impact des stratégies de mise en oeuvre orientées vers l'augmentation de l'utilisation des liquides utilisables à domicile pour prévenir et traiter la déshydratation au niveau national devraient être clairement évalués.

L'allaitement exclusif peut réduire, dans une très large mesure, l'incidence de la diarrhée chez les nourrissons. Les programmes visant à réduire l'introduction prématurée des aliments doivent surmonter un certain nombre de défis, parmi lesquels ceux relatifs à une meilleure compréhension et le changement des croyances traditionnelles qui amènent les mères à utiliser prématurément les aliments complémentaires.

La formation des agents de santé en matière de prise en charge nutritionnelle des enfants atteints de malnutrition et de diarrhée persistante est une nécessité, ajoutée à la formation au traitement d'une déshydratation. Certains besoins continuent de poser problème, à savoir, la nécessité de tracer des schémas spécifiques pour l'alimentation et les recommandations nécessaires au suivi et au traitement continu à domicile.

Il convient d'identifier, de toute urgence, des antimicrobiens efficaces et à faible coût pour réduire le fort taux de mortalité induit par les infections épidémiques de *Shigella dysenteriae* type I. Il serait opportun de renforcer, aux niveaux national et régional, les capacités des laboratoires. Le coût sans cesse croissant du traitement souligne la nécessité de se montrer plus sélectif dans l'utilisation des thérapies antimicrobiennes et dans l'identification et la mise en oeuvre, au sein des communautés, de stratégies de prévention de la dysenterie.

Il faut que les croyances traditionnelles, profondément enracinées et largement répandues, qui amènent les mères à s'adresser à d'autres sources hors du secteur de la santé publique, soient mieux comprises. Des messages d'éducation sanitaire peuvent être développés pour combattre les croyances traditionnelles dans le but de renforcer l'acceptabilité et l'utilisation de la thérapie de réhydratation pour voie orale.

Lutte contre les infections respiratoires aiguës

CO-PRESIDENTS:

Ezekial Wafula, Université du Kenya;
Terrell Hill, UNICEF, New York

ORATEURS:

1) Deogracias Barakamfitiye (OMS/AFRO); 2) Doyin Fagbule (CCCD, Nigéria); 3) Marguerite Timite-Konan (Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougan, Côte d'Ivoire); 4) Hamissou Maoudé (Ministère de la santé, Niger); 5) Mavis Nxumalo (Ministère de la santé, Swaziland); 6) Ezekiel Wafula Université de Nairobi, Kenya); 7) David Robinson. (OMS, Genève).

Résumé de principaux sujets de la session

Les infections respiratoires aiguës (IRA) constituent une des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles dans de nombreux pays africains. Il est possible que les IRA représentent un tiers des décès d'enfants, et 25% à 50% des visites en consultation externe. Pour aborder ce problème, l'OMS a mis au point des directives pour une prise en charge de cas standard des enfants âgés de moins de 5 ans et atteints d'IRA, comprenant des recommandations pour un diagnostic, un traitement et une éducation des patients. Il a été mis en évidence qu'une prise en charge de cas standardisée des IRA réduit considérablement la mortalité infantile due à la pneumonie. Néanmoins, les pays d'Afrique subsaharienne ont été lents à adopter les programmes basés sur ces directives. La réticence des membres du personnel de santé expérimentés à adopter de nouvelles approches, la perception de la lutte contre les IRA comme un programme séparé, et des préoccupations financières ont toutes contribué à des retards dans l'adoption et/ou la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte. A ce jour, seulement 26 des 46 pays dans la région OMS/AFRO ont des plans de programmes IRA, et seulement 5 mettent en oeuvre des activités IRA à l'échelle nationale.

Des recherches par des agents africains sur une gamme de sujets cliniques, ethnographiques, et de problèmes ayant trait aux programmes, ont indiqué un besoin pressant pour une prise en charge de cas standardisée. Une étude menée dans des centres de santé de la mère et de l'enfant, à Abidjan, en Côte d'Ivoire, a montré que les médecins et les infirmières soumettent rarement les

patients à un examen de fréquence respiratoire (1%) et de capacité pulmonaire (21%), qui sont des caractéristiques cliniques standards simples utilisées pour diagnostiquer une pneumonie. Les enfants diagnostiqués avec des infections des voies respiratoires supérieures ou inférieures ont reçu des ordonnances pour une moyenne de 3,7 médicaments chacun, à un coût moyen de 25 dollars américains (égal à 20% du salaire mensuel minimum). Tout aussi important, peu de mères (5%) ont reçu des conseils sur la manière d'administrer le traitement, sur la manière de soigner leur enfant malade à la maison, ou leur indiquant à quel moment elles doivent revenir à la clinique. Des enquêtes dans des centres de soins, menées dans les zones de gouvernement local de Ojo et Ife Central, au Nigéria, donnèrent lieu à des résultats similaires. Moins de 40% des membres du personnel de santé examinèrent les enfants pour déterminer s'ils avaient des difficultés à respirer, ou pour mesurer la fréquence respiratoire. Des études ethnographiques, menées au Swaziland et ailleurs, ont montré que les mères emploient des termes spécifiques pour les IRA et reconnaissent les signes dangereux. Fréquemment, les membres du personnel de santé n'incorporent pas cette base de connaissances vitales dans l'éducation des patients. Sans accès à une prise en charge de cas standard, les mères traitent souvent les IRA elles-mêmes, parfois en utilisant des méthodes nocives et en retardant leur visite dans un centre de soins. De tels résultats ont aidé certains pays à adopter des stratégies appropriées pour standardiser la prise en charge des cas.

D'importantes contraintes économiques ont forcé de nombreux pays africains à dépendre dans une large mesure d'une assistance externe pour entamer des programmes de lutte contre les IRA. Ces pays peuvent être amenés à préparer des plans adaptés aux priorités des agences externes qui offrent des subventions, plutôt qu'à utiliser des ressources internes qui seraient probablement plus viables à long terme. Par exemple, alors que des organisations non gouvernementales (ONG) fournissent jusqu'à 40% des services de santé dans certains pays africains, les gouvernements ne les identifient pas toujours comme des partenaires potentiels dans la lutte contre les IRA. En dépit de leurs ressources et expérience dans le domaine des soins de santé primaires, les ONG n'ont souvent pas connaissance des directives

de l'OMS pour les programmes IRA; cependant, beaucoup souhaitent apprendre plus et coopérer avec les gouvernements nationaux. Des institutions en Afrique mènent des recherches opérationnelles sur les IRA dans plusieurs domaines. Les domaines particulièrement prometteurs comprennent:

- Développer des systèmes efficaces de surveillance et d'évaluation;
- Développer des systèmes pour surveiller la susceptibilité antimicrobienne;
- Examiner l'épidémiologie des IRA chez les enfants souffrant d'une malnutrition grave, chez les nourrissons âgés de moins de 2 mois, et chez les enfants séropositifs VIH;
- Evaluer d'éventuels facteurs de risque pour la pneumonie, tels que la pollution de l'air en intérieur ou un refroidissement;
- Développer des stratégies de prévention primaires pour les IRA, au moyen d'une participation à des études de vaccination pour des infections dues à *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* et le virus respiratoire syncytial; et
- Clarifier le chevauchement diagnostique et thérapeutique entre le paludisme et la pneumonie.

Finalement, les programmes africains doivent considérer la lutte contre les IRA comme une partie intégrante des programmes en cours concernant la survie des enfants; ils devraient comprendre des mesures concernant les médicaments essentiels pour réduire le coût et assurer une disponibilité régulière des antimicrobiens standards.

Résumé de leçons tirées

Les membres du personnel de santé traitent déjà les enfants avec des IRA, même si ces services ne respectent pas les directives de l'OMS. Les membres du personnel de santé ne devraient pas considérer la prise en charge de cas standard comme une nouvelle technologie, ni comme étant plus coûteuse que les approches actuelles. L'approche recommandée par l'OMS, bien que simple, est plus efficace et moins coûteuse que les pratiques courantes. Certains pays pourront adopter plus facilement la prise en charge de cas standard des IRA s'ils prennent en compte ces facteurs.

Les stratégies de lutte contre les IRA n'ont pas besoin d'être mises au point en repartant de zéro. Les pays peuvent modifier et appliquer certaines techniques existantes de survie des enfants pour lutter contre les IRA. Par exemple, le Swaziland, ayant formé des guérisseurs traditionnels pour orienter les enfants pour une vaccination, les formera maintenant pour orienter les enfants manifestant des signes d'IRA vers des centres de soins.

La formation des membres du personnel de santé doit mettre l'accent sur un apprentissage au moyen d'une mise en application de compétences pratiques, plutôt que sur un apprentissage passif. La formation devrait comprendre une supervision régulière basée sur l'observation

Des programmes efficaces de prise en charge de cas nécessitent des systèmes pour assurer un approvisionnement fiable et suffisant de ressources. La qualité des programmes, y compris les performances et la motivation des membres du personnel de santé, nécessite une disponibilité d'antimicrobiens.

Recommandations concernant les directions à prendre

Il existe des approches rentables et techniquement valables pour la prise en charge des cas d'IRA, ainsi que des ressources internes et externes pour les subventionner. Par conséquent, les pays africains devraient agir maintenant pour développer ou accélérer leurs programmes nationaux de lutte contre les IRA.

Paludisme

CO-PRESIDENTS:

Deogracias Barakamfitye, OMS/AFRO;
Richard W. Steketee, CDC, Atlanta

ORATEURS:

1) Deborah McFarland (CDC, Atlanta); 2) Okey Nwanyanwu (USAID/CDC, Malawi); 3) Linda J. Schultz (CDC, Atlanta); 4) Brian Greenwood (Medical Research Council, Gambie); 5) Cham Mohammadou (Medical Research Council, Gambie).

Résumé des principaux sujets de la session

La session consacrée au paludisme s'est penchée sur certains des aspects techniques et liés aux programmes concernant la lutte contre ce mal qui est responsable de plus de 100 millions de cas de maladies et d'un million de décès chaque année et dont le coût devrait, d'après les prévisions, s'élever à 1,8 milliard de dollars par an d'ici à 1995. Les dépenses relatives au paludisme commencent au niveau familial, comme illustré par l'exemple du Malawi où une part importante du revenu annuel est destinée au traitement du paludisme, une moindre portion étant réservée à sa prévention.

Au Malawi, l'anémie grave est souvent cause d'hospitalisation voire de décès. Des études récentes ont fait état de la réapparition fréquente de cas cliniques (fièvres) et d'un rétablissement insuffisant du statut hématologique à la suite de traitements du paludisme à la chloroquine. Par contre, les enfants traités à la sulfadoxine-pyriméthamine n'ont plus eu de fièvre et ont vu leur taux d'hémoglobine remonter dans les 21 jours qui ont suivi la thérapie. Sur la base de ces informations, les autorités du Malawi ont pris la décision de changer l'antipaludique de choix en usage dans le pays en écartant la chloroquine (CQ) au profit de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), ce pour augmenter l'élimination des parasites, la disparition de la fièvre et le rétablissement hématologique faisant suite à l'accès palustre chez l'enfant.

L'importance et la prise en charge du paludisme pendant la grossesse constituaient un autre défi à relever grâce à la collecte de données locales. Etant donné que l'incidence du déficit pondéral du nouveau-né peut être réduite par la prévention de l'infection paludéenne du placenta au moyen d'un antipaludique efficace, on a conduit des études en vue de définir une intervention antipaludéenne qui soit efficace disponible et financièrement abordable.

Une double dose de SP (la première étant administrée au cours du deuxième trimestre, avec rappel au début du troisième trimestre) est très efficace pour prévenir l'infection paludéenne placentaire, elle est administrable au niveau du système de soins prénataux existant, et elle est abordable. On est en train d'incorporer cette stratégie dans la politique nationale de lutte antipaludéenne.

En Gambie, il a été démontré que la prévention du paludisme au moyen de moustiquaires imprégnées d'insecticide a permis de réduire le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans dans une zone où la transmission du paludisme est saisonnière. Avec la dotation de toutes les familles villageoises en moustiquaires traitées, on a constaté une baisse du pourcentage d'enfants présentant des accès palustres et des splénomégalies cliniques, et une hausse au niveau des moyennes relevées par les hématoctrites. Le taux de mortalité pendant la saison pluvieuse, période pendant laquelle la transmission est la plus élevée, a été nettement inférieur dans les villages où on utilisait des moustiquaires imprégnées d'insecticide. A partir de ces renseignements, les autorités gambiennes ont lancé un programme national de contrôle de l'utilisation de moustiquaires traitées. C'est ainsi que, sur une période de deux ans, tous les villages participant à une étude sur les soins de santé primaires seront dotés de moustiquaires traitées. Des propositions ont été formulées en vue de l'évaluation de l'impact de ce projet sur la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans et sur l'issue de la grossesse, et en vue de l'étude des aspects liés au programme de ce projet, à savoir la rentabilité et la manière de maintenir le financement du programme.

Résumé des leçons tirées

Les ménages dépensent beaucoup pour le traitement du paludisme, mais il ne faudrait pas assimiler cela à une volonté de payer les services de santé pour des soins antipaludéens, car, suivant la perception qu'il a de l'existence effective et de l'efficacité des soins fournis par ces services, le client peut choisir d'aller dépenser son argent ailleurs.

Il est plus que temps, dans les pays où il y a une forte résistance à la chloroquine, de remplacer ce médicament par un autre antipaludique de choix pour le traitement de l'accès palustre et la prévention du paludisme lors de la grossesse. Les enfants en bas âge continuent de souffrir de parasitémie et d'anémie du fait qu'on leur a administré un remède peu efficace, et le déficit pondéral persiste. Dans certaines régions, la prévention du paludisme au moyen de moustiquaires imprégnées d'insecticide peut contribuer à réduire la fréquence des accès palustres et des décès dus au paludisme. Les programmes devraient se préoccuper de savoir si les interventions prévues sont administrables et acceptables pour les populations cibles, et si elles sont rentables. Les données locales peuvent être recueillies et exploitées pour aider les directeurs de programme de contrôle et le personnel du ministère de la Santé à modifier leurs politiques et à appliquer de nouvelles méthodes de lutte.

Recommandations concernant les directions à prendre

Il est nécessaire d'associer les données relatives aux coûts et dépenses aux données sur l'efficacité au traitement et des activités de prévention du paludisme, et sur l'efficacité des services fournis afin de déterminer si

les coûts liés au paludisme ont été défrayés de manière appropriée pour les besoins des programmes de lutte contre le paludisme.

Il faudrait formuler des directives pour aider les directeurs de programme dans l'identification des paramètres clés à étudier et dans l'identification des aspects essentiels pour qu'ils soient en mesure d'indiquer à quel moment il est nécessaire de remplacer l'antipaludique préférentiel. Il faudrait procéder à une étude sur les antipaludiques en usage et les antipaludiques adoptés récemment comme médicament préférentiel, étude qui permettrait de déterminer le niveau de résistance à ces médicaments avec le temps et de reconnaître les signes précurseurs d'une diminution de leur efficacité, ce, avant que les effets ne se traduisent par des taux de morbidité et de mortalité plus élevés. Il est nécessaire de poursuivre la recherche en matière de stratégies de prévention, et le rôle de ces stratégies, dont celle consistant à promouvoir l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, mérite d'être défini pour les zones où les schémas de transmission et/ou la résistance au médicament sont différents.

Il faudrait organiser des sessions de sensibilisation et des campagnes de prise de conscience afin d'augmenter l'acceptation des interventions telles que l'utilisation de moustiquaires traitées. Les aspects du comportement qui pourraient affecter l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide devraient faire l'objet d'une étude. Il est essentiel d'identifier clairement les groupes à haut risque, par exemple les enfants en bas âge et les femmes qui en sont à leur première ou seconde grossesse, pour que les ressources et les interventions puissent produire les meilleurs effets.

L'enfant malade

CO-PRESIDENTS:

James Tulloch OMS, Genève;
Doyin Fagbule, CCCD, Nigéria

ORATEURS:

1) Ekoe Tetanye (Ministère de la santé, Cameroun); 2) Brian Greenwood (Medical Research Council, Gambie); 3) Stephen Redd (CDC, Atlanta); 4) Raymond Dogoré (Ministère de la santé, Côte d'Ivoire); 5) Charles Mugeru (Université de Makerere, Ouganda).

Résumé des principaux sujets de la session

A. *Rapport du séminaire de trois jours sur le thème IRA, diarrhée, paludisme*

Les objectifs de ce séminaire étaient: 1) faire le point sur ces trois maladies; 2) analyser les principaux facteurs limitants et aussi les avantages communs à tous les programmes et évaluer les implications d'une approche plus globale. Des exemples d'approche plus globale ont été présentés, l'un par la division de lutte contre les maladies diarrhéiques et respiratoires de l'OMS, et l'autre par le ministère fédéral de la santé du Nigéria. Les soins à l'enfant intégrés sont actuellement reconnus par l'expérience de plusieurs pays, tels que le Nigéria et la Namibie, et de nombreuses organisations internationales recommandent sa mise en oeuvre. Par conséquent, les participants ont identifié le besoin d'un algorithme parfait conçu pour de tels soins intégrés au niveau le plus périphérique du système de santé. Les participants à cet atelier ont identifié les principales implications de ces approches nouvelles au niveau national, au niveau des bailleurs de fonds et au niveau régional. Les participants au séminaire ont identifié les problèmes et les perspectives suivantes:

Au niveau national

La politique nationale concernant les soins à l'enfant intégrés doit être définie avec la participation de tous les partenaires, y compris les bailleurs de fonds. De nouvelles méthodes de gestion et d'allocation des ressources seront indispensables. Bien que cette nouvelle approche puisse permettre de gagner du temps et des ressources, il est important qu'un programme intégré n'efface pas les résultats des programmes verticaux pré-existants.

Au niveau intermédiaire

La supervision devra être définie et organisée de façon différente. Le processus de redéfinition devra y inclure les responsables de programmes et les instructeurs. Le support logistique de la supervision doit être garanti, et il faudra s'assurer de la motivation du personnel de santé. Une formation intégrée, de bonne qualité doit être donnée au personnel de santé. Les composantes de l'information/éducation/communication (IEC) doivent être renforcées afin d'améliorer les soins à domicile. Il faut établir une liste des médicaments essentiels et des fournitures.

Chaque pays devrait avoir l'opportunité de définir le niveau opérationnel de cette initiative dans son propre système de santé. L'approche des soins intégrés offre la possibilité d'améliorer le système de référence pour tous les niveaux.

Les domaines qui n'ont pas été abordés dans cette nouvelle approche comprennent le rôle du laboratoire, la collaboration entre le ministère de la santé et l'université, les problèmes de la résistance aux médicaments, le problème des effets secondaires des médicaments, le rôle de l'IEC dans le processus de formation en particulier, et la conformation à la thérapie. Le groupe de travail est parvenu à la conclusion que les nouvelles approches doivent être évaluées sur le terrain, affinées, et adaptées au niveau local.

B. *Chevauchement entre le diagnostic et la thérapie du paludisme et de la pneumonie*

Des données en provenance de Gambie montrent que les enfants qui présentent des symptômes de pneumonie sont souvent atteints de paludisme. Il ressort de ce constat que: 1) il y a peut-être eu erreur de diagnostic, et que; 2) les statistiques des services sanitaires peuvent être inexacts, en ce sens que des cas de paludisme ont pu être enregistrés comme étant des cas de pneumonie. Le cotrimoxazole, médicament recommandé pour le traitement de la pneumonie, est une thérapie efficace pour traiter le paludisme et ce médicament peut être prescrit pour soigner les enfants présentant les symptômes d'une pneumonie dans les zones où le paludisme est endémique, sans qu'il soit nécessaire d'administrer un

second remède.

C. Etude de suivi dans le cadre d'un hôpital et causes de décès

Une étude de suivi dans le cadre d'un hôpital, au Kenya, a montré que dans les deux mois qui ont suivi leur hospitalisation près de 25% des enfants sont décédés. Plus de la moitié d'entre-eux sont décédés après leur sortie de l'hôpital. Parmi les principales caractéristiques cliniques des enfants qui sont décédés, on retrouve des conditions décrites dans les programmes de lutte contre le paludisme, les infections respiratoires aiguës et la diarrhée. Les principaux résultats d'analyse en laboratoire correspondent à des conditions traitées dans le cadre de ces programmes avec, en plus, des manifestations d'anémie et de bactériémie graves. Plus le nombre de syndromes est élevé, plus les probabilités de décès sont grandes. Le traitement du paludisme à la chloroquine a été lié à une augmentation du risque de décès, et le traitement de la bactériémie avec un médicament auquel l'organisme n'était pas sensible ou pour une durée inférieure à trois jours est lié au décès.

D. Maladie grave chez les enfants atteints de diarrhée

Une étude en clinique portant sur des enfants souffrant de diarrhée a identifié les caractéristiques des enfants gravement malades par rapport à ceux d'autres enfants moins atteints. Les enfants gravement malades n'étaient en général pas vaccinés contre la rougeole, et le plus souvent déshydratés, atteints de grave malnutrition, de bactériémie et de parasitémie paludéenne. Les enfants gravement malades présentaient plus de troubles cliniques et des résultats d'analyses de laboratoire anormales que les enfants moins malades. Une approche globale pour l'établissement de diagnostics et la prise en charge des enfants atteints de diarrhée a été proposée.

E. Formation intégrée UFTD

L'évolution du programme CDD (lutte contre les maladies diarrhéiques) en Ouganda a été décrite. Bien que ce programme ait démarré en 1984, une étude menée au niveau d'un centre de santé en 1991 a révélé un faible niveau de réalisation. C'est pourquoi il a fallu préparer un curriculum UFTD révisé pour combattre ces insuffisances et plus particulièrement permettre une

évaluation plus globale et une amélioration du support nutritionnel.

Résumé des leçons tirées

Les analyses de microscopie devraient pouvoir se faire au niveau de l'orientation vers un centre de santé.

Les programmes de lutte contre les maladies devraient avoir pour objectif d'empêcher que les enfants ne deviennent tellement malades que leur cas nécessite une hospitalisation.

La prise en charge à l'hôpital doit être améliorée

Plusieurs intervenants ont estimé que le fort taux de mortalité post-hospitalisation constaté lors de l'étude faite au Kenya pourrait être identique à celui relevé dans d'autres hopitaux.

Les enfants qui sont si gravement malades qu'ils doivent être hospitalisés présentent souvent des troubles cliniques multiples nécessitant une prise en charge.

Le concept de population à haut risque a été débattu. Si les enfants présentant des troubles chroniques graves pouvaient être ciblés en vue d'une intervention, il serait alors possible d'augmenter leurs chances de survie.

Recommandations concernant les directions à prendre

L'identification et la prise en charge des enfants atteints d'anémie et de bactériémie doivent être incorporées dans une approche intégrée.

Il est nécessaire de tenir compte des protocoles de prise en charge des enfants hospitalisés, spécialement au moment de formuler des recommandations relatives à leur orientation vers un centre santé.

L'aspect marketing concernant l'enfant malade est indispensable pour une bonne gestion des ressources. Les ressources actuelles sont insuffisantes.

La stratégie centrée sur l'enfant malade présente l'avantage de se concentrer sur les principaux facteurs limitants qui constituent un frein à la mise en oeuvre des programmes. Bien que cette approche ne soit pas

pleinement développée et qu'elle commence en tant que stratégie de formation, elle doit nécessairement englober des aspects extra-didactiques. A cet égard, la mise au point d'une stratégie de formation visant à organiser le travail dans la clinique s'annonce très intéressante.

Il y a beaucoup à faire et la totale collaboration des bailleurs de fonds, des ministères de la santé et des spécialistes techniques est donc essentielle.

Prévention et les objectifs de l'an 2000 pour les enfants: cinq problèmes fondamentaux

Walter Dowdle, Sous-Directeur,
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgia, USA

Bill Roper, directeur du CDC, a voyagé l'année dernière dans un grand nombre de vos pays avec M. Sullivan, ancien secrétaire de la santé et des services humains, et M. Roskens, ancien administrateur de USAID. Le Dr. Roper est revenu au CDC avec une profonde admiration pour les réalisations qui ont été faites pour améliorer la santé et la survie des enfants africains. Après avoir entendu les rapports des 2 derniers jours, je suis moi aussi admiratif de vos réalisations dans le domaine de la santé. Il est clair que ces réalisations sont le résultat d'une augmentation des connaissances sanitaires des mères et des pères africains, d'une participation active des communautés, du dévouement de professionnels de la santé africains tels que vous-mêmes, et de la direction des partenaires d'assistance technique, y compris l'OMS, l'UNICEF et USAID.

CDC a un énoncé de vision: "Un peuple sain dans un monde sain." De nombreuses personnes, qui entendent pour la première fois cet énoncé de vision, pensent qu'il est terriblement ambitieux et beaucoup trop large pour

une agence unique. Mais en réalité, il ne l'est pas. Cet énoncé est simplement un reflet de la réalité. La santé personnelle est en très grande partie un produit de la santé domestique, de la communauté, et en fait, du monde dans lequel nous vivons. La pauvreté, l'éducation inadéquate, l'insuffisance d'accès aux soins, la pollution de l'environnement et la destruction des ressources naturelles, tous affectent en fin de compte, d'une manière ou d'une autre, la santé des gens.

Notre énoncé de vision reconnaît également que, tant que des maladies telles que la polio et la rougeole existent n'importe où dans le monde, tous les pays du monde doivent partout continuer à dépenser de précieuses ressources de santé pour protéger leurs enfants. Nous n'avons pas d'alternative; notre vision collective doit être: "Un peuple sain dans un monde sain."

La collaboration du CDC avec les ministères de la santé africains date de 1966, lorsque le Sénégal était l'un de 19 pays à participer au programme USAID d'éradication de la variole et de lutte contre la rougeole. De cette expérience très positive sont nées les stratégies qui ont conduit à une réduction de 98% de l'incidence de la rougeole aux Etats-Unis. Des méthodes d'évaluation de

TABLEAU 1

PRIORITES DE PREVENTION OBJECTIFS POUR LES ENFANTS ET LE DEVELOPPEMENT POUR LES ANNEES 90		
SECTEUR	PROBLEME	TARGET
Education	Education primaire Analphabétisme	80% Diminution de moitié
Environnement	Eau potable Elimination des excréments sanitaires Dracunculose	Accès universel Accès universel Elimination avant l'an 2000
Santé maternelle	Planning familial Soins prénataux	Accès universel aux informations et aux services Supervision médicale à l'accouchement
Nutrition	Faible poids de naissance Allaitement Malnutrition Malnutrition en micro-constituants alimentaires (A, I, Fe)	<10% en-dessous de 2500 grammes 100% exclusif pendant 4 mois Réduire % de moitié Elimination pratiquement totale des carences
Vaccination	Couverture Morbidity due à la rougeole Mortalité due à la rougeole Tétanos des nouveaux-nés Poliomyélite	90% chez les moins de 1 an avant l'an 2000 90% avant 1995 95% avant 1990 Elimination avant 1995 Eradication avant 2000

la qualité, développées au Nigéria et affinées en Côte d'Ivoire et en République Centrafricaine, sont actuellement utilisées dans des cliniques contre la tuberculose à New York. Je cite ces deux exemples pour souligner la réalité de notre énoncé de vision et le bénéfice mutuel que l'on peut tirer en travaillant ensemble en tant qu'agences nationales de santé publique.

En 1990, des représentants de 169 pays, parmi lesquels 71 chefs d'état, se sont réunis aux Nations Unies à New York et ont fixé 33 objectifs pour les enfants et le développement pour les années 90. Le document préconise 17 initiatives spécifiques de prévention dans 5 secteurs différents.

Pour atteindre les objectifs de réduction de la mortalité, de la sous-nutrition et de la morbidité, il faudra augmenter l'engagement et l'allocation des ressources à la prévention. Vous pouvez demander, d'où viennent les ressources?

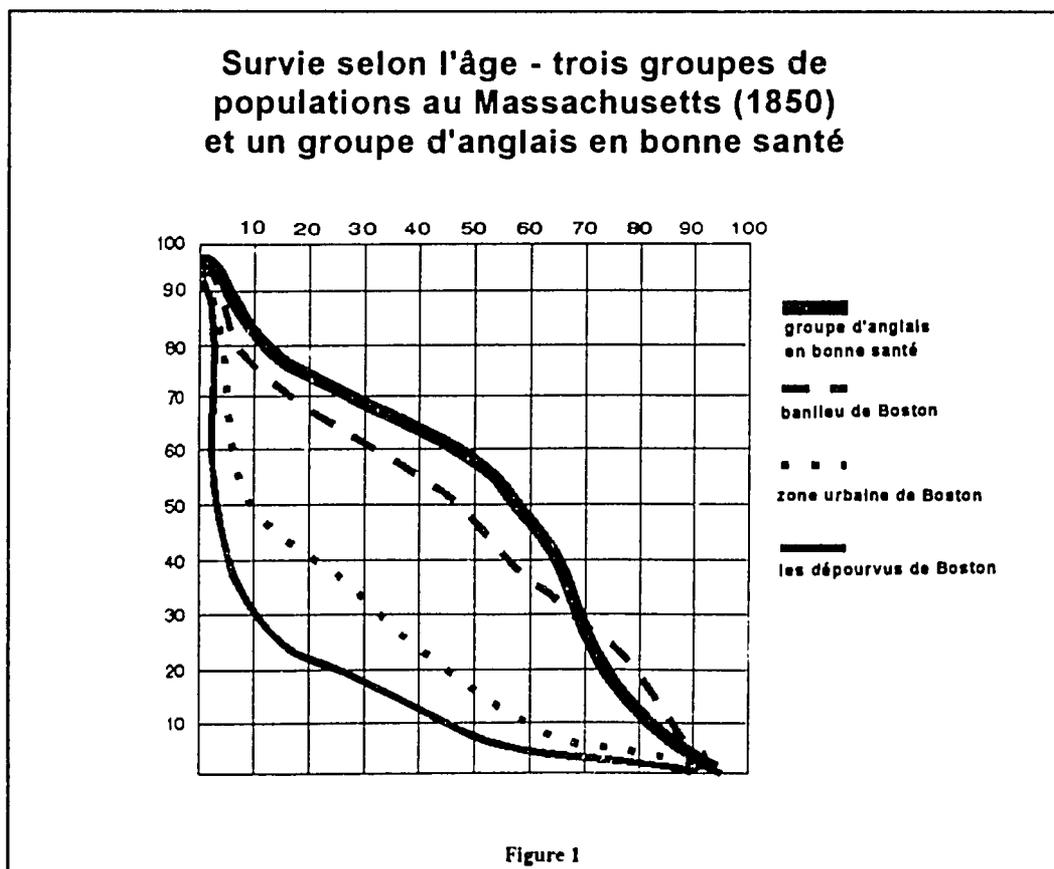
Ce problème fut abordé clairement par John Evans, anciennement de la Banque Mondiale, lors de l'exposé de 1981 sur Shattuck intitulé "Soins de santé dans les

pays en voie de développement, problèmes de la rareté des choix". Dans son introduction, Evans cite les travaux de Lemuel Shattuck, un pionnier de la santé publique dans l'Etat du Massachusetts, qui utilisa des statistiques pour souligner l'importance de la prévention, ainsi que les opportunités pour une prévention. En 1850, Shattuck compara la mortalité de quatre populations: les gens en bonne santé en Angleterre; les habitants d'un faubourg de Boston; les habitants de Boston; et les pauvres du milieu urbain (figure 1).

Les âges moyens de décès ont été fonction de la condition socio-économique: 7 ans pour les pauvres du milieu urbain, 10 ans pour les autres habitants de la zone urbaine de Boston, 47 ans pour le faubourg de Boston, et 55 ans pour l'Angleterre. Les conclusions de Shattuck sont tout aussi appropriées pour les Etats-Unis en 1993 qu'elles l'étaient lorsqu'elles ont été écrites en 1850.

Il a écrit en 1850 que:

"Nous croyons que les conditions pour une santé parfaite, que ce soit publique ou personnelle, sont rarement ou jamais atteintes, bien qu'elles puissent être atteintes; que la durée moyenne de la vie humaine peut être



considérablement étendue, et sa puissance physique considérablement augmentée; que chaque année, au sein de cette confédération, des milliers de vie sont perdues, qui auraient pu être sauvées; que des dizaines de milliers de cas de maladie se produisent, qui auraient pu être évités; qu'il existe un nombre énorme de cas de mauvaise santé et de handicaps physiques, que l'on pourrait prévenir, parmi les personnes qui ne sont pas confinées par la maladie; que ces maux, qui pourraient être évités, exigent d'énormes dépenses et pertes d'argent, et imposent au peuple des calamités innombrables et incommensurables, financières, sociales, physiques, mentales et morales, qui pourraient être évitées; que des moyens existent, à notre portée, pour les atténuer ou les éliminer; et que des mesures préventives auront un effet infiniment plus grand que des remèdes pour guérir des maladies."

La présentation d'Evans, en 1981, se fit l'écho des mêmes thèmes:

"Les pays en voie de développement sont confrontés au problème de tirer un lourd fardeau de maladies qui diffèrent de façon marquée dans des sous-groupes de la population se trouvant à différents stades de développement. L'amélioration la plus importante de l'espérance de vie, à partir d'investissements dans le domaine de la santé, peut être espérée dans les milieux pauvres ruraux et péri-urbains, au moyen d'un programme qui fournit des services de santé pour la mère et l'enfant, y compris une lutte contre les principales maladies infectieuses et parasitaires des enfants de moins de cinq ans. Deux problèmes subsistent: le premier est la volonté politique d'allouer les ressources nécessaires pour le programme, et le deuxième est la capacité de gestion pour organiser et faire fonctionner un système de services, pour les populations rurales et péri-urbaines, qui utiliserait des ouvriers de santé communautaires à fonctions multiples."

Evans résume la stratégie de Shattuck de la façon suivante: "Evaluer les besoins de santé et prévoir des programmes en réponse à de solides preuves

épidémiologiques". Quel magnifique défi pour nous tous qui travaillons dans le domaine de la santé publique, pour ceux d'entre nous qui assurent la promotion de la prévention aux Etats-Unis, et pour vous, les responsables de la politique sanitaire de l'Afrique.

Je vous mets au défi de placer la prévention au rang qui lui revient, en tête de liste des priorités sanitaires. La mise en oeuvre d'une prévention efficace comprend cinq éléments fondamentaux: Evaluation Formulation d'une politique Recommandation Assurance de qualité, et Surveillance

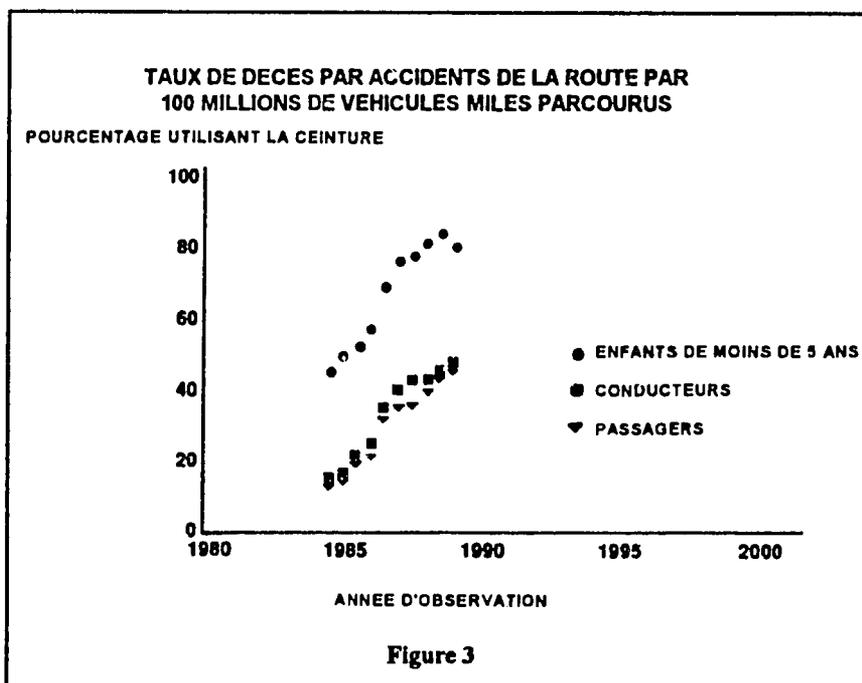
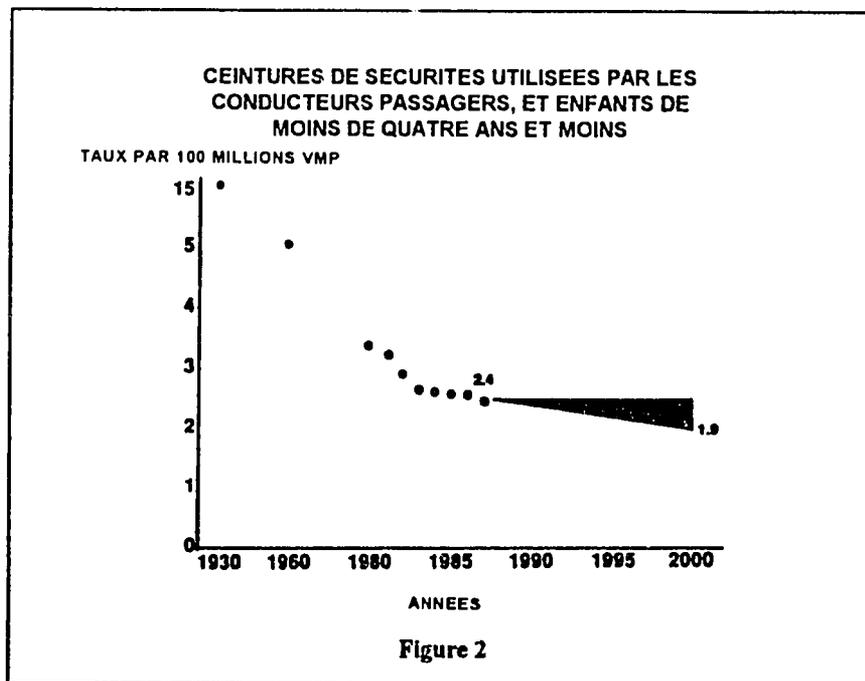
Pour illustrer ces éléments, j'utiliserai d'abord un exemple qui m'a longtemps intrigué: le problème des décès par accident de la route aux Etats-Unis.

Premièrement, Evaluation. En 1960, les décès par accident de la route aux Etats-Unis ont été identifiés comme étant un problème de santé important, 60.000 morts, cette année-là. 5,1 décès par 100 millions de miles/passager (160 millions de km/passager). Des études épidémiologiques ont mis en évidence un certain nombre de facteurs de risque, parmi lesquels les dangers des autoroutes, la sécurité insuffisante des automobiles, l'absence de ceintures de sécurité, la vitesse excessive, et la consommation d'alcool.

Deuxièmement, Formulation d'une politique. Au cours des 30 dernières années, des données scientifiques ont été utilisées pour formuler des politiques et établir des réglementations concernant le tracé des autoroutes, la construction des véhicules, des lois plus strictes interdisant de conduire en état d'ivresse, et des lois sur la disponibilité des ceintures de sécurité, le port de la ceinture de sécurité et, plus récemment, l'usage de sièges pour les enfants âgés de moins de quatre ans. Semblables aux objectifs établis lors du Sommet mondial sur l'enfant, les Etats-Unis ont fixé des objectifs pour l'an 2000 dans un document intitulé Healthy People 2000 (Peuple sain de l'an 2000), sorti en 1991. En ce qui concerne les accidents de la route (Tableau 2), nos objectifs Healthy People 2000 consistent à augmenter le nombre d'états dont les lois imposent le port de la ceinture de sécurité, de 33 en 1989 à 51 en l'an 2000 (ceci est un indicateur d'action), à étendre l'usage des systèmes de protection des occupants de 42% en 1988 à 85% en l'an 2000 (ceci est une mesure de couverture), et à réduire le nombre de morts par 100 millions de miles/passager de 2,4 en 1987 à 1,9 en l'an 2000 (ceci est une mesure d'impact) (figure 2).

Troisièmement, Recommandation. Les politiques, à elles seules, ne sont pas suffisantes. Le public a besoin d'être informé, pour comprendre, pour être convaincu, et pour adopter un comportement sain. Cela nécessite des recommandations: un partage d'informations et une motivation à l'action. Nous devons, en tant que professionnels de la santé publique, être de bons vendeurs: nous devons recommander les précautions essentielles à la vie telles que le port de la ceinture de sécurité, les

chauffeurs désignés sobres, avec la même persistance que les vendeurs de mort, les promoteurs d'alcool et de cigarettes montrent pour prôner leurs produits. Quatrièmement, Assurance de qualité. Le succès ne dépend pas de ce que nous faisons, mais de la façon dont nous le faisons. Dans le contexte des accidents de la route, les problèmes de qualité concernent le tracé des autoroutes, la fabrication des véhicules, et l'efficacité des systèmes de protection tels que les ceintures de



sécurité, les coussins pneumatiques ou air-bags, et les sièges-auto pour enfants (figure 3).

Cinquièmement, Surveillance. La surveillance est la base de la santé publique. Elle mesure notre efficacité à améliorer la santé publique. Le guide de gestion de programme du CDC nous rappelle que nous devons résister à la tentation de nous demander: "Que faisons-nous que nous pouvons mesurer?", mais que nous devons remplacer cette question par: "Que nous faut-il mesurer pour savoir ce que nous faisons?" Il y a une différence considérable entre ces 2 questions.

Suite à nos efforts de prévention, l'usage de systèmes de sécurité a augmenté (figure 3). Et le taux de décès par 100 millions de miles/véhicule a diminué (figure 2). En fait, la dernière année pour laquelle nous avons des données complètes indique 20.000 morts de moins qu'en 1960, en dépit de l'augmentation considérable du nombre de voitures et des distances parcourues.

Est-ce que les mêmes principes (Evaluation, Développement d'une politique, Recommandation, Assurance de qualité, et Surveillance) s'appliquent à l'Afrique? Envisageons deux exemples, le tétanos des nouveaux-nés et l'infection VIH.

reconnu comme un problème de santé important à cause du nombre de cas non signalés. En utilisant la technique d'enquête sur 30 îlots, développée à l'origine au Togo dans le cadre du programme contre la rougeole et la variole de l'USAID, des études rétrospectives sur le tétanos des nouveaux-nés ont été réalisées dans 23 pays africains.

Il a été mis en évidence que la mortalité due au tétanos des nouveaux-nés pouvait atteindre 18 décès par tétanos des nouveaux-nés pour 1000 naissances vivantes. Si on utilise la valeur médiane de 7 décès par tétanos des nouveaux-nés pour mille naissances vivantes, obtenue à partir des enquêtes, et si on estime le nombre de naissances en Afrique subsaharienne à 25 millions par an, alors 175.000 morts par tétanos des nouveaux-nés avaient lieu chaque année au début du programme PEV (référence à établir). Tout aussi importantes sont les études épidémiologiques qui ont identifié les mères exposées au risque de porter un enfant atteint du tétanos des nouveaux-nés. Une des meilleures études de ce type vient d'ici, au Sénégal. Au cours de leur analyse multivariée, Leroy et Garenne ont identifié quatre facteurs qui assurent une protection contre le tétanos des nouveaux-nés (tableau 2).

Tableau 2

Facteurs assurant une protection contre le tétanos des nouveaux-nés - Niakhar Sénégal Analyse multivariée Leroy et Garenne (1991) Int J Epid 20:521-525.		
Facteur	Rapport de probabilité	Value p
Mains effectuant l'accouchement lavée avec du savon	5,22	0,0001
Pansement du cordon par une sage-femme traditionnelle	4,71	0,0124
Mère âgée de plus de 17 ans	7,03	0,0277
Mère recevant des soins prénataux	4,15	0,0231

Pendant de nombreuses années, le tétanos des nouveaux-nés a été le tueur silencieux. Les décès avaient principalement lieu parmi les femmes de milieu rural accouchant à domicile. Dans certaines sociétés, on ne donnait pas de nom aux enfants tant que la période de risque de tétanos n'était pas écoulée: deux semaines. Par conséquent, le tétanos des nouveaux-nés n'était pas

Les rapports de probabilité représentent les risques de décès selon que l'action n'est pas suivie comparée au fait qu'elle soit suivie.

En examinant ces informations, on voit que l'évaluation a fourni les données de base nécessaires au développement d'un programme.

Avec des conseils du groupe consultatif global PEV de l'OMS, des politiques jumelées ont été développées, sur la vaccination des femmes avec de l'anatoxine tétanique et sur un accouchement sans risque. Bien qu'il y ait des différences entre les pays au niveau de leurs choix de stratégies de vaccination, c'est-à-dire, femmes enceintes contre femmes en âge de procréer, la plupart des pays ont adopté ou adapté une politique globale pour répondre aux besoins locaux.

Chacun d'entre vous devra évaluer son propre succès et le succès de son pays en termes de recommandation de la prévention du tétanos des nouveaux-nés. Il y a trois questions fondamentales. Premièrement: Est-ce que les responsables politiques ont conscience de l'ampleur du problème et de la facilité avec laquelle cette cause importante de mortalité des nourrissons peut être réduite? Deuxièmement: Est-ce que les membres du personnel de santé reconnaissent le problème et les opportunités de prévention? Et finalement: Avons-nous communiqué correctement les raisons et les opportunités des soins prénataux et des accouchements sans risque aux mères et aux pères?

En ce qui concerne la qualité, les stratégies pour évaluer et améliorer la qualité, développées au sein des programmes CCCD des pays, sont exemplaires et méritent d'être reproduites dans tous les pays, y compris les Etats-Unis. Pour la prévention du tétanos des nouveaux-nés, la qualité porte à la fois sur notre aptitude à identifier et à immuniser les mères à risque et à améliorer la sécurité des pratiques d'accouchement.

La surveillance de l'incidence du tétanos des nouveaux-nés, une maladie qui a lieu principalement à domicile, n'est pas une tâche facile. Comme cela a été mis en évidence par l'excellente étude de Hlady et ses collègues au Bangladesh, une couverture élevée n'assure pas une protection élevée (référence à établir). Dans cette étude, les données de l'enquête ont identifié une faible efficacité de l'anatoxine tétanique dans le cas de deux doses d'anatoxine tétanique; des études ultérieures en laboratoire ont mis en évidence une puissance du vaccin subnormale comme étant la raison de cet état de fait. La leçon du Bangladesh est extrêmement importante. La couverture PEV n'est pas adéquate pour mesurer l'efficacité d'un programme de vaccination: une surveillance est également nécessaire. Heureusement, dans la plupart des régions, la surveillance met en évidence une diminution de la mortalité due au tétanos

des nouveaux-nés. Des données de sentinelle, provenant du Zimbabwe et du Mozambique, montrent que la stratégie contre le tétanos des nouveaux-nés est efficace pour réduire l'incidence de la maladie. En utilisant les données de l'OMS sur la couverture de l'anatoxine tétanique parmi les femmes qui accouchent, couplées avec les études d'efficacité de cas avec contrôle, on estime que 45% des décès dus au tétanos des nouveaux-nés, c'est-à-dire 80.000, ont été évités rien qu'en 1991. Mais d'un autre côté, 95.000 décès dus au tétanos des nouveaux-nés n'ont pas été évités. Comment ces mêmes principes d'évaluation, de développement de politique, de recommandation, d'assurance de qualité, et de surveillance s'appliquent-ils à l'infection VIH et au SIDA? Comme nous en parlerons demain après-midi, l'infection VIH constitue un problème important pour la santé future de chacun de nos pays. C'est un autre exemple de la validité de notre énoncé de vision: le VIH a affecté le monde entier. Actuellement, on estime que 8 millions d'africains sont infectés par le VIH.

Premièrement, portons notre attention sur l'évaluation. Beaucoup d'entre vous avez établi une surveillance sérologique de sentinelle pour évaluer l'ampleur du problème VIH. Comme cela est recommandé par l'OMS, la plupart d'entre vous surveillent la prévalence du VIH dans des groupes sentinelles exposés à divers risques: femmes enceintes, donneurs de sang, patients atteints de tuberculose, patients atteints de MST, et prostituées. Le risque n'est pas uniforme au sein des pays ou d'un pays à un autre, cela est bien illustré par ces données du Bulletin Epidémiologique du Nigéria.

Il y a des variations importantes au niveau des taux maximum de séropositivité, en fonction de l'endroit et de la population: 52% pour les prostituées, 22% pour les patients atteints de MST, 14% pour les patients atteints de tuberculose, et 6% pour les mères se présentant dans les cliniques prénatales. Mais notez les écarts. En tenant compte de l'impact actuel et de l'impact prévu du SIDA sur la santé et les économies de l'Afrique, quelles sont les politiques logiques? D'abord, ces politiques doivent répondre à cinq critères. Elles doivent être:

- Correctes d'un point de vue scientifique,
- Réalisables d'un point de vue technique,
- Acceptables d'un point de vue culturel,
- Mesurables,
- Abordables

Quatre stratégies sont actuellement recommandées: réduction du nombre de partenaires, usage de préservatifs, diagnostic et traitement des MST, et dépistage au niveau de la banque du sang. Les politiques ne sont pas statiques; il leur faudra évoluer au cours du temps. Nous tirerons les leçons à la fois de nos succès et de nos échecs. A long terme, ce sont les recommandations qui détermineront l'aptitude de l'Afrique à limiter le fardeau du VIH sur la santé. Des recommandations doivent être adressées à tous les niveaux: aux chefs d'état, aux membres des gouvernements (en particulier à ceux qui participent au développement économique), aux ministres de l'éducation, aux ministres de la santé, aux gouvernements locaux, à ceux qui participent aux affaires des femmes, à l'armée, au secteur commercial, et le plus important, au public.

Au fût et à mesure que nous nous engageons dans la mise en oeuvre de programme, une assurance de qualité et une surveillance seront nécessaires pour assurer une prévention efficace du VIH.

Au coeur de tous les programmes de prévention se situe une définition des partenariats qui seront nécessaires pour assurer une mise en oeuvre effective. La prévention dépend du pouvoir que l'on accorde au gens pour comprendre les problèmes, pour comprendre les choix, et pour adopter un comportement qui améliore leur santé.

Comme l'a déclaré Julius Nyerere, de Tanzanie: "Les peuples ne peuvent pas être développés: ils peuvent seulement se développer eux-mêmes"

Vaccination - partie 1

Co-présidents:

Malika Nkeube, Ministère de la Santé du Lesotho,
Robert Kim-Farley, OMS, PEV, Genève.

Orateurs:

1) Okwo Bele, OMS/AFRO, Brazzaville; 2) Grace Kagundu, REACH, Kenya; 3) Mosunmola Adewusi, Ministère de la Santé de l'Etat de Lagos, Nigéria; 4) Kwame Adogboba (représentant Paul Arthur, Ministère de la Santé, Ghana et London School of Hygiene and Tropical Medicine); 5) Grade O. Imoh, Ministère de la Santé, Nigéria; 6) Nouhoum Koita, Plan International, Mali.

Résumé des principaux sujets de la session

La session s'est intéressée aux stratégies que les planificateurs peuvent mettre en application afin d'améliorer la qualité des services aussi bien au niveau des centres de santé qu'au niveau de l'exécution des programmes. La première communication, présentée par le Conseiller régional PEV, AFRO, donnait un aperçu des progrès réalisés en Afrique, depuis le début du PEV en 1979, en matière de couverture vaccinale et de régression de la maladie, elle a également fait des propositions relatives aux priorités et aux défis dont il fallait tenir compte pour l'avenir de la région. Les autres communications concernaient les thèmes ci-après:

- utilisation, au Kenya, des recherches qualitatives, en tant que compléments des méthodes quantitatives, pour évaluer les besoins des programmes au niveau local et encourager les responsables de districts à définir des stratégies efficaces;
- impact des occasions manquées de vaccination, notamment en ce qui concerne les femmes et les enfants venus consulter pour raison de maladie, sur la qualité des services de vaccination fournis au Nigéria, tout en soulignant, la nécessité, pour les agents de santé, d'effectuer un dépistage et de vacciner à chaque contact sanitaire;
- évaluation des programmes de vaccination au niveau des districts du Ghana, ils ont mis en exergue les pesanteurs qui entravent

la mise en oeuvre, aux niveaux des districts et des sous-districts, de la politique nationale en matière de PEV;

- importance de l'engagement politique en vue de garantir le succès du programme nigérian de vaccination et utilité des évaluations faites au niveau fédéral, au niveau des Etats ainsi qu'au niveau local; et
- rôle des groupes d'études spécifiques des zones rurales du Mali dans l'explication des abandons de la vaccination et la nécessité d'une planification appropriée dans les zones isolées disposant de faibles ressources.

Résumé des leçons tirées

Depuis l'organisation, en 1979, en Afrique, du premier stage de formation en PEV, il est devenu plus facile d'accéder à des services sanitaires de qualité, ce qui a fait passer le taux de couverture vaccinale de 5% à presque 60% en 1990. Au fur et à mesure que le PEV se développe, les priorités s'élargissent pour englober, en sus de la couverture vaccinale, la surveillance de l'incidence de la maladie. Le renforcement de l'importance accordée à la surveillance va contribuer à orienter, dans l'avenir, les activités et ressources des programmes et aider les administrateurs de programmes à initier des stratégies de lutte contre la rougeole, d'élimination du tétanos du nouveau-né et d'éradication de la polyomélite.

Les résultats des recherches qualitatives, des évaluations des centres de santé ainsi que des programmes des districts ont révélé que bien que les services de vaccination soient très accessibles, un grand nombre d'enfants abandonnent en cours de programme, ce qui prouve que la disponibilité des services seule ne garantit pas une couverture vaccinale élevée. Parmi les raisons qui expliquent ces abandons, il y a la conviction partagée par les agents de santé et les parents que les enfants légèrement malades ne doivent pas être vaccinés, les attitudes et le comportement des agents de santé, les soucis relatifs au gaspillage des vaccins, l'insuffisance

du soutien logistique et, en particulier dans les zones urbaines, les priorités économiques.

Il serait souhaitable qu'à mesure que nous avançons dans les années 80, la gestion des programmes de vaccination soit décentralisée, mouvement s'accompagnant d'une intensification de la planification, de la formation, de la mise en oeuvre, du contrôle, de l'évaluation de la qualité et de la pérennité des programmes au niveau des districts. Les politiques adoptées et mises en oeuvre au niveau fédéral et au niveau des Etats doivent être réellement adaptées aux possibilités et aux difficultés locales. Les raisons des taux élevés d'abandons et d'occasions manquées de vaccination doivent faire l'objet d'une évaluation au plan local, il convient également de définir des stratégies destinées à résoudre les problèmes. Les enquêtes de CAP (connaissances, attitudes et pratiques) et autres méthodes qualitatives sont utiles pour étudier de l'intérieur les croyances populaires concernant la vaccination et, en conséquence, permettre de faire passer efficacement des messages à but sanitaire.

Même si les campagnes de vaccination réussissent à augmenter, à court terme, le taux de couverture, elles doivent laisser derrière elles un système durable, permanent, doté d'un centre fixe et de services périphériques ou le niveau de couverture vaccinale baissera.

Recommandation concernant les directions à prendre

La décentralisation de la gestion au niveau du district est une priorité importante des programmes pour les années 1990. Le développement de systèmes d'administration de vaccination plus efficaces et efficaces dépendra d'une gestion améliorée, du recueil local, de l'analyse et de l'utilisation des données. La garantie d'un engagement politique et d'un support logistique est important pour assurer la pérennité d'un programme.

La promotion de la formation et de la supervision peut réduire les occasions manquées de vaccination en assurant que les vaccins nécessaires sont administrés simultanément et que de fausses contre-indications ne sont pas évoquées pour expliquer pourquoi le vaccin n'a pas été effectué. Les préoccupations des agents de santé au sujet des gaspillages des vaccins doivent être prises en compte afin que les enfants et les mères puissent faire l'objet d'un dépistage et être vaccinés à chaque contact avec les centres de soins de santé.

Les zones urbaines représentent un défi particulier pour le PEV compte tenu des taux élevés de croissance de la population, de leur potentiel un tant que réservoir et source d'infections, de l'évolution des nouvelles zones insuffisamment desservies et des possibilités d'un véritable engagement des fournisseurs privés.

Vaccination - partie II

CO-PRESIDENTS

Jerry Gibson A.I.D., Washington;
Okwo Bele, OMS/AFRO, Brazzaville

ORATEURS:

1) Justin Ndoyo (Ministère de la Santé, République Centrafricaine); 2) Arsene Ferrus (Institut de Santé de l'Enfant, Haïti); 3) Okey Nwanyanwu (USAID/CDC, Malawi); 4) Philippe Malfait (Epicentre, France); 5) Okit'osdu Othepa (Ministère de la Santé, Zaïre); 6) Tawanda Marufu (Ministère de la Santé, Zimbabwe).

Résumé des principaux sujets de la session

Cette session a décrit les multiples stratégies qui peuvent être nécessaires pour évaluer complètement les programmes de vaccination et pour mesurer les progrès réalisés vers les objectifs de couverture vaccinale et de réduction de la maladie. Plusieurs méthodologies d'évaluation ont été examinées:

Etudes pour déterminer le niveau d'occasions manquées de vaccination au cours des sessions de vaccinations et des visites de soins. Réduire les occasions manquées de vaccination dans ces conditions représente une stratégie peu coûteuse pour augmenter la couverture vaccinale et atteindre les objectifs de couverture.

Des stratégies multiples sont nécessaires pour estimer le niveau de couverture par l'anatoxine tétanique chez les femmes en âge d'avoir des enfants, y compris mesurer la séroprévalence d'anatoxine tétanique et corrélérer cette valeur avec des estimations de protection obtenues à partir d'estimations de couverture.

Des efforts combinés pour évaluer et augmenter la couverture par l'anatoxine tétanique et pour former les sage-femmes traditionnelles à des méthodes d'accouchement plus sûres peuvent considérablement réduire l'incidence du tétanos des nouveaux-nés.

Investigations d'épidémies pour évaluer l'efficacité des vaccins, l'épidémiologie des maladies ciblées par le PEV et le bien-fondé des politiques de vaccination existantes en ce qui concerne le calendrier de vaccination et le vaccin utilisé.

Evaluations spécifiques de l'efficacité des stratégies et des politiques de vaccination dans les zones urbaines, compte tenu des différences possibles, en termes d'épidémiologie de la maladie ciblée, qui peuvent exister dans ces zones à forte densité de population.

Evaluations de la qualité des systèmes de surveillance d'une maladie, afin d'assurer que des estimations exactes de l'épidémiologie de la maladie ciblée sont disponibles et afin d'assurer que les objectifs de lutte contre la maladie seront atteints.

Résumé des leçons tirées

Les politiques recommandant que des vaccinations soient administrées à chaque contact avec le système de santé peuvent ne pas être complètement mises en application, en particulier dans les zones urbaines.

Les méthodes courantes pour estimer la couverture par l'anatoxine tétanique ne donnent pas une estimation exacte des niveaux de protection contre le tétanos des nouveaux-nés, et elles n'identifient pas les zones à haut risque pour le tétanos des nouveaux-nés.

Pour atteindre les objectifs d'élimination du tétanos des nouveaux-nés, il pourra être nécessaire de mettre en oeuvre des stratégies qui viendront s'ajouter aux efforts déployés pour obtenir une couverture élevée par l'anatoxine tétanique.

Les zones urbaines avec une couverture vaccinale contre la rougeole et une efficacité de vaccin relativement élevées peuvent quand même connaître des épidémies de rougeole. Des investigations des épidémies de rougeole fournissent aux directeurs du PEV d'importantes données nécessaires pour déterminer l'efficacité du vaccin et l'épidémiologie de la maladie, et pour mettre au point des stratégies de lutte contre la maladie.

L'épidémiologie d'une maladie ciblée par le PEV peut être différente dans de grandes zones urbaines et dans des zones rurales. La lutte contre la maladie, dans des zones urbaines, peut nécessiter des politiques et stratégies de vaccination différentes.

Les systèmes courants de surveillance des maladies peuvent donner des données qui ne sont pas suffisamment sensibles, complètes ou d'actualité pour fournir des estimations exactes de l'incidence des maladies, qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs de lutte contre les maladies.

**Recommandations concernant
les directions à prendre**

Identifier les niveaux et les causes pour les opportunités de vaccination manquées et développer des stratégies pour mettre complètement en oeuvre les politiques qui préconisent une administration de vaccinations à chaque contact avec des membres du personnel de santé.

Déterminer des méthodes et mettre en oeuvre des stratégies pour évaluer avec précision la protection contre le tétanos des nouveaux-nés et pour identifier les zones à risque élevé pour le tétanos des nouveaux-nés. Concentrer les efforts d'élimination du tétanos des nouveaux-nés vers les zones à haut risque.

Identifier et mettre en oeuvre des stratégies combinées nécessaires pour éliminer le tétanos des nouveaux-nés.

Identifier des méthodes pour reconnaître les épidémies de rougeole, pour mener une investigation de ces épidémies et pour utiliser les informations recueillies à partir des investigations pour déterminer l'épidémiologie de la maladie et développer des politiques et des stratégies efficaces de vaccination.

Evaluer les programmes de vaccination dans les zones urbaines et identifier les vaccins et les politiques de vaccination qui permettront de lutter contre les maladies ciblées par le PEV dans les zones urbaines.

Evaluer les systèmes courants de surveillance des maladies et recommander des changements pour les rendre plus performants.

L'épidémiologie en action

CO-PRESIDENTS:

A.O.O. Sorungbe, Agence de soins de santé primaires, Nigéria;
Bradley Hersh, CCCD, Burundi

ORATEURS:

1) Nene Echitey (Hôpital Afagnan, Togo); 2) Oyewale Tomori (Université d'Ibadan, Nigéria); 3) Stanislas Ntahobari (Ministère de la Santé, Burundi); 4) Pierre Ngoumou (Ministère de la Santé Publique, Cameroun); 5) Adama Kone (PRITECH-Sahel, Sénégal) (représentant Vincent Joret); 6) Andrew Agle (Global 2000, Etats-Unis)

Résumé des principaux sujets de la session

La session a fourni des données montrant la valeur de la surveillance de différentes maladies et de conditions insalubres dans divers cas, y compris dans le cas de l'anémie et du paludisme (Togo), de la fièvre jaune (Nigéria), du choléra (Burundi), de la méningite (Cameroun), des infections respiratoires aiguës (Togo) et de la dracunculose (Global). La session a démontré comment les principes épidémiologiques sont essentiels pour un bon exercice de la santé publique. Elle a également illustré le fait que l'épidémiologie sera encore plus cruciale à mesure que les programmes s'efforcent d'atteindre des résultats mesurables: l'éradication globale de la dracunculose, et la lutte contre la fièvre jaune, la méningite et le choléra.

L'article intitulé "Malaria and Anemia in Children Age 0-12 Years in Afagnan" ("Paludisme et anémie chez les enfants âgés de 0 à 12 ans à Afagnan") a examiné le rôle du paludisme sur le développement de l'anémie, et la corrélation entre les deux maladies. L'étude, qui avait une composante en hôpital et une composante au sein des communautés, a mis en évidence la présence du paludisme chez 24,7% des patients en hôpital et 51,3% des patients au sein des communautés. La parasitémie accrue a augmenté le degré d'anémie. La conclusion a été qu'une amélioration du traitement contre le paludisme peut réduire la gravité de l'anémie.

L'article intitulé "Yellow Fever in Nigeria, 1986-1991: Considerations on Epidemic Preparedness and Control" ("Fièvre jaune au Nigéria, 1986-1991:

Considérations sur les dispositions et la lutte contre les épidémies") a abordé les problèmes associés à l'initiative de lutte contre la fièvre jaune du Nigéria. Les problèmes principaux ont été les réactions lentes aux épidémies déclarées, les services de laboratoire limités, et les interventions incomplètes une fois que des épidémies ont été identifiées. 18.791 cas au total et 4.294 décès ont été déclarés entre 1986 et 1991. En 1991, 54% des cas se sont déclaré parmi des enfants. De nombreuses actions ont été entreprises par le gouvernement du Nigéria, parmi lesquelles

- Nouvelle politique contre la fièvre jaune,
- Une équipe d'intervention contre la fièvre jaune a été formée,
- Nouvelles subventions du gouvernement du Nigéria pour la lutte contre la fièvre jaune,
- Amélioration des services de laboratoire,
- Amélioration de la surveillance,
- Augmentation des compte-rendus aux membres du personnel de santé, et
- Davantage de recherches opérationnelles pour résoudre certains problèmes spécifiques à la lutte contre la fièvre jaune.

Résumé de leçons tirées

L'épidémiologie et la surveillance ont des applications pratiques étendues aux programmes de santé publique en Afrique. Le programme d'éradication du filaire de Médine illustre la nature cruciale de la surveillance. Augmenter les capacités des pays africains, en matière d'épidémiologie et de surveillance, permettra de répondre aux besoins, à la fois en termes d'épidémies et de programmes, en répondant avec des études épidémiologiques solides. Les ressources, lorsqu'elles s'amenuisent, peuvent être utilisées de façon plus efficace lorsque des principes épidémiologiques et de surveillance sont appliqués pour cibler les activités de prévention et de lutte. De même, d'importantes décisions,

au niveau des programmes, peuvent être prises en examinant l'épidémiologie du paludisme, de l'anémie et des infections respiratoires aiguës.

**Recommandations concernant
les directions à prendre**

Une consolidation continue des capacités épidémiologiques en Afrique, au cours des années 90, aidera à résoudre une gamme étendue de problèmes. L'épidémiologie en Afrique doit être de plus en plus

orientée non pas vers une situation critique mais vers un éventail possible de problèmes. Si des cas de filaire de Médine, de choléra, de fièvre jaune ou de méningite sont détectés par l'intermédiaire du système, les études épidémiologiques et de surveillance doivent être prêtes afin que des mesures pratiques de lutte contre la maladie puissent être mises en oeuvre. Une utilisation accrue des données basées en centres de soins permettra de cibler plus spécifiquement les ressources.

Initiative paludisme: un exemple de formulation de politiques et de planification

CO-PRESIDENTS:

El-Hadi Benzerroug, OMS/AFRO, Brazzaville;
Kathleen Parker CDC, Atlanta

ORATEURS:

1) Sidi Mohamed Lemine (Ministère de la santé, Mauritanie);
2) Kristin N. Saarlans (CDC, Atlanta); 3) E. Dieudionne Yazipo (Ministère de la santé, République Centrafricaine);
4) Joseph Niangue (Ministère de la santé, Côte d'Ivoire);
5) Lardja Sanwogou (OMS/AFRO, Brazzaville); 6) Kalenga M. Paluku (Ministère de la santé, Zaïre).

Résumé des principaux sujets de la session

Cette session a décrit l'expérience de l'initiative paludisme, un effort collaboratif depuis 1991 entre 21 pays d'Afrique francophone, l'Organisation Mondiale de la Santé, et les Centres de lutte et de prévention des maladies. Cette initiative vise à améliorer la lutte contre le paludisme en Afrique en développant les compétences des responsables de programmes nationaux en élaboration des politiques, planification, mise en oeuvre et évaluation des programmes. Les six présentations ont illustré les différentes étapes de cette démarche. Les deux premières ont décrit comment les responsables de programmes, réunis au cours d'un séminaire à Bobo-Dioulasso en 1991, ont revu et développé leurs politiques nationales de lutte contre le paludisme, en se basant sur les données épidémiologiques et comportementales et les expériences nationales, partagées entre les responsables; et comment les responsables ont acquis d'une manière évidente des capacités accrues en matière de planification de programmes durant un atelier travail à Abidjan en 1992, utilisant un curriculum développé par une équipe multidisciplinaire. Les trois présentations subséquentes ont illustré des préoccupations de mise en oeuvre qui ont été abordées dans deux pays et dans un contexte régional: la gestion des médicaments en République Centrafricaine; les résultats de la supervision en Côte d'Ivoire; et le test à Brazzaville, par une équipe multidisciplinaire, d'une approche visant à améliorer les communications entre agents de santé et mères durant la prise en charge. La dernière présentation a mis l'accent sur la manière dont les responsables ont renforcé leurs capacités en matière d'évaluation de programmes.

Résumé des leçons tirées

L'approche adoptée par l'initiative paludisme présente plusieurs aspects potentiellement constructifs d'un programme visant à lutter contre un problème urgent:

- la priorité accordée au renforcement des capacités des responsables de programmes;
- l'accent mis sur les aspects programmatiques de la lutte contre le paludisme;
- l'approche séquentielle politique-plan de programme-mise en oeuvre-évaluation;
- l'utilisation des données et des expériences nationales dans la prise de décisions;
- l'approche multidisciplinaire, inter-pays, avec la participation d'organisations internationales; et
- le rôle central de l'évaluation, vu comme un processus dynamique impliquant et renseignant les responsables à tous les niveaux du programme.

Recommandations concernant les directions à prendre

Au vu des résultats obtenus jusqu'à présent, l'approche proposée par l'initiative paludisme mérite de recevoir un soutien continu. Les résultats obtenus dans certains pays participants devraient être suivis pour décider si cette approche devrait être étendue à d'autres pays d'Afrique.

L'approche ne se limite pas nécessairement à la lutte contre le paludisme. Elle peut s'adapter à d'autres programmes de santé, et se révèle particulièrement pertinente si l'on se réfère aux discussions récemment ouvertes sur l'approche intégrée à l'enfant malade.

La planification familiale en Afrique subsaharienne bilan sommaire

Latifou Salami, Consultant INTRAH
Programme Internationale pour la formation
en matière de santé
Bureau régional pour l'Afrique francophone
Lomé - Togo

Introduction

Un nombre de plus en plus important d'études effectuées dans les pays en développement démontrent que l'âge de la mère, le rang de naissance et l'espacement entre les naissances ont une influence sur la santé et la survie de l'enfant. Des études démographiques et des enquêtes sanitaires suggèrent que la mortalité infantile et juvénile peut être réduite par:

- la diminution du nombre de naissances se produisant moins de deux ans après la naissance précédente;
- la diminution du nombre d'enfants nés de mères très jeunes;
- la diminution du nombre d'enfants nés de femmes en mauvais état de santé;
- la diminution du nombre de naissances de rang élevé.

Actuellement on estime que si toutes les femmes qui disent ne pas vouloir de grossesse utilisaient une méthode contraceptive efficace, les taux de mortalité maternelle et infantile seraient réduits de 25 à 40%. En Afrique subsaharienne, cependant, où l'on note les taux les plus élevés de mortalité infanto juvénile et de mortalité maternelle, la prévalence contraceptive est faible, surtout dans les pays francophones.

Pourtant plusieurs facteurs semblent indiquer la possibilité d'une acceptation plus large des méthodes contraceptives modernes. Premièrement, le désir d'espacer les naissances est déjà fortement ancré dans la plupart des pays subsahariens. Deuxièmement, la méthode traditionnelle employée pour espacer les naissances, à savoir un interdit quasi-général des relations sexuelles pendant une période variant de 3 mois

à 3 ans après l'accouchement selon les sociétés, a tendance à être appliquée avec moins de rigueur. En conséquence les couples pourraient donc être à la recherche d'autres moyens d'assurer un espacement des naissances convenable. Mais, ces méthodes sont sous le poids de nombreuses contraintes socio-culturelles et aussi institutionnelles.

Contraintes

Au début des années 80, si les programmes de lutte contre les maladies de l'enfant ont bénéficié d'un environnement favorable caractérisé par la reconnaissance de l'ampleur du problème de santé des enfants, et par l'engagement important destiné à les aborder à tous les niveaux, il n'en est pas de même pour les programmes de planning familial qui ont connu une situation plus difficile et même conflictuelle. Contrairement aux autres programmes de soins de santé primaires, le planning familial a été perçu comme synonyme de limitation des naissances entraînant une résistance à tous les niveaux. Grâce aux actions conjuguées des organisations internationales, des bonnes volontés, et des associations privées pour la promotion du planning familial soutenues par l'IPPF, et les organisations multilatérales et bilatérales, progressivement un consensus s'est dégagé autour d'un concept mieux accepté sur le plan culturel. Le concept met l'accent sur le désir d'avoir un enfant et l'espacement des naissances. Le consensus a été renforcé par différentes conférences internationales, qui ensuite ont développé le concept de la maternité sans risque.

Certaines contraintes à la contraception sont liées à la technologie nouvelle. L'apparente complexité de la technologie contraceptive a abouti à l'édification de standards hautement restrictifs, qui ont pour conséquences une médicalisation excessive de la prestation des méthodes contraceptives, une instauration de nombreuses barrières que Shelton et col ont appelé les barrières médicales et une disponibilité réduite des méthodes contraceptives modernes. En fin de compte ces contraintes ont abouti à une marginalisation du planning familial par rapport aux autres activités de survie de l'enfant.

C'est dans ce contexte que INTRAH a commencé ses projets de formation du personnel travaillant dans le secteur sanitaire. Dans sa recherche permanente d'offrir des prestations de service de planning familial de qualité accessible à la population, le programme INTRAH de la faculté de médecine de l'Université de la Caroline du Nord, par l'intermédiaire de son bureau régional d'Afrique a mis l'accent sur l'assistance des pays en matière de définition et de développement de politique et standards des services de planning familial.

L'engagement d'un pays à définir une politique et des standards aux services du planning familial offre les possibilités de réactiver la prise de conscience de l'ampleur des problèmes liés à la fécondité élevée et aux grossesses à hauts risques; de poser les bases pour l'amélioration de la qualité des services du planning familial; et de faciliter simultanément l'accès au PF par le développement d'une meilleure interface avec les utilisateurs. Dans chaque pays, une structure pour la promotion du planning familial est considérée par l'intermédiaire d'un document de référence pour le développement des services de planning familial; et grâce à l'implication des autorités administratives et leur engagement explicite.

Dans son contenu, le document de politique et standards des services donne des réponses claires aux questions fondamentales inhérentes à la prestation des activités préventives en général, de planification familiale en particulier. Actuellement dans tous nos pays, le planning familial est encouragé d'abord en tant que moyen d'améliorer la santé des femmes et des enfants. Et est aussi reconnue comme un droit fondamental du couple et de l'individu. Ce document amène à recenser toutes les composantes du planning familial actuellement utilisées, et les approches contraceptives proposées doivent être considérées. Ce document doit définir la population cible en général et identifier les groupes à hauts risques en particulier. En plus, il identifie les catégories de bénéficiaires et les niveaux minimums de performance acceptable.

Depuis 1987, INTRAH, par l'intermédiaire de son bureau régional pour l'Afrique, a prêté son assistance à 8 pays d'Afrique subsaharienne (Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Cap Vert, Niger, Tanzanie, Togo, Ouganda) pour l'élaboration et la dissémination des politiques et des standards nationaux des services de planning familial. Pour évaluer le niveau des contraintes

liées à la prestation de service de planning familial dans un pays, INTRAH a retenu 10 indicateurs des obstacles médicaux à l'accès aux services de planning familial:

- Un large choix de méthodes est-il disponible?
- Le nombre de cycles de CO (contraception orale) distribués à chaque visite est-il limité?
- La distribution sans ordonnance de CO est-elle permise?
- L'accès aux injectables est-il soumis à des conditions restrictives d'âge et de parité?
- Le consentement marital est-il exigé pour les méthodes réversibles?
- L'accès aux services de PF est-il admis pour les adolescents
- Les examens de laboratoire sont-ils systématiquement demandés?
- Les examens pelviens sont-ils obligatoires pour obtenir une contraception hormonale?
- L'allaitement maternel est-il reconnu comme méthode d'espacement des naissances?
- Quelles catégories de personnels sont autorisées?

On dispose maintenant d'abondantes publications qui justifient la suppression de nombreuses barrières médicales telles que celles énumérées plus haut. Si l'on prend l'exemple du TOGO, en 1987 lors du premier recensement des besoins en formation, les 9 barrières ont été observées et documentées. Pour l'autorisation maritale, elle devait non seulement être signée par le mari, mais en plus le personnel poussait le vice jusqu'à exiger la carte d'identité du mari.

La dissémination du document de politiques et standards des services de planning familial permet de:

- promouvoir une image positive du planning familial;

- sensibiliser et d'améliorer les connaissances des prestataires et des non prestataires;
- élaborer ou de réviser les différents protocoles et fiches opérationnelles en us age;
- harmoniser l'attitude des prestataires de services;
- responsabiliser les utilisateurs des méthodes contraceptives;
- faciliter la décentralisation et la délégation des prestations de méthodes contraceptives;
- réduire les barrières médicales.

L'évaluation des résultats de la réduction des barrières concrètement obtenus au niveau de 6 pays fait ressortir:

Botswana	5/8	ont fait l'objet de réduction significative
Burkina	8/10	idem
Cameroun	9/9	idem
Tanzanie	6/8	idem
Togo	10/10	idem
Ouganda	5/6	idem

Le développement et la diffusion des politiques et standards des services constituent un mécanisme important pour réduire les barrières médicales, tout en maintenant la qualité des services et facilitant l'accès aux services de planning familial. Les changements importants observés sur le plan institutionnel et sur le plan de l'attitude du personnel de la santé ouvrent des perspectives nouvelles vis à vis de l'intégration des activités de santé maternelle et infantile et du planning familial.

Les activités de santé maternelle et infantile apparaissent comme les meilleures portes d'entrée pour augmenter l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Il s'agit de redéfinir au niveau des centres de soins de district ou des dispensaires, le minimum d'activités nécessaires, les principes directeurs organisationnels, et les outils de prise en charge de cas de façon à y intégrer les questions sur la planning familial. Ces changements ouvrent également des perspectives nouvelles dans le cadre du développement de la santé communautaire. Aussi la décennie 90 promet-elle d'être marquée par l'accélération de l'expansion des services de planning familial en Afrique subsaharienne pour que soit réduite sensiblement la mortalité maternelle et infantile.

Politiques appropriées et développement de programmes pour une maternité sans risque et un planning familial

CO-PRESIDENTS:

David Awassum, Ministère de la Santé, Cameroun;
Lucille Imboua-Coulibaly, Hôpital Universitaire de
Treichville, Côte d'Ivoire

ORATEURS:

1) Lola Payne (MotherCare, Nigéria); 2) Estelle Shaw
(Ministère de la Santé, Côte d'Ivoire); 3) Damien
Mbonihankuye (Ministère de la Santé, Burundi); 4) Meba
Kagoné (Projet SEATS, Burkina Faso); 5) Aristide Apologan
(Projet Lomé, Togo).

Résumé des principaux sujets de la session

Les données présentées dans cette session ont porté principalement sur la politique et le développement de programmes pour une maternité sans risque et un planning familial. Au cours de son introduction, le directeur des services de santé familiale du Cameroun nous a rappelé que les lois de 1920 restent en vigueur dans de nombreux pays d'Afrique francophone, et qu'il est par conséquent illégal de fournir certains services de maternité sans risque ou de planning familial à des clients qui le désirent et en ont besoin. Il a encouragé les participants à soutenir leurs efforts pour changer ces lois. Cinq autres présentations ont abordé des cas spécifiques par pays:

Au Nigéria, MotherCare poursuit un effort à deux niveaux pour le développement d'une politique de santé maternelle: identification des problèmes politiques, puis développement de stratégies et mise en oeuvre. Les stratégies consistent en réunions successives avec des individus et des organisations clés responsables de certains aspects du développement de politique.

En Côte d'Ivoire, une recherche qualitative, au début du développement de politique et de programmes, a identifié un besoin d'élargir la cible des services de planning familial, afin d'inclure les hommes et d'autres membres de la famille. Le support populaire pour le planning familial peut aider à maintenir la santé des mères et renforcer la notion de famille élargie. Le support populaire, cependant, n'empêche pas les demandes de la

population pour un espacement des naissances et une limitation des naissances.

Trois présentations ont rapporté les résultats d'intégration des services de planning familial dans d'autres services sanitaires: deux expériences intégrant ces services avec la vaccination (Burundi et Togo), une avec les services de santé de la mère et de l'enfant (Burkina Faso). Les premiers résultats provenant du Burundi suggèrent que le taux des nouveaux usagers des services de planning familial a augmenté, et que les services de vaccination n'ont pas subi d'effet négatif. Au Togo, l'intégration a permis de mieux faire connaître des clients les services de planning familial, et à augmenter leur utilisation. Au Burkina Faso, l'intégration des services de planning familial avec les services de santé de la mère et de l'enfant a augmenté la couverture, la charge de travail a diminué pour les membres du personnel de santé et l'organisation du travail est meilleure.

Résumé des leçons tirées

Un développement de politique pour une maternité sans risque et un planning familial est un processus à long terme qui nécessite persévérance, crédibilité, intelligence et patience. Les politiques devraient indiquer que le planning familial est un droit des couples et des individus, et que les programmes de maternité sans risque sont essentiels pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Un développement de politique adéquate, basée sur une approche de risque et intégrée dans des activités de soins de santé primaires, est nécessaire.

Il est nécessaire d'examiner la législation, les politiques et les textes ministériels, de manière à modifier les éléments qui gênent l'accès aux services de maternité sans risque, en particulier le planning familial.

Des programmes efficaces doivent avoir une approche intégrée pour l'administration de services de qualité, utilisant à la fois les secteurs urbains et ruraux et faisant participer les secteurs publics et privés.

Les programmes efficaces de maternité sans risque devraient accorder la priorité à la prévention, aux services communautaires, à l'administration de services intégrés, à une technologie adaptée, à une mobilisation communautaire, à des systèmes d'information adéquats et à une "alerte" communautaire et un système de transport pour les cas à risque.

Le membre du personnel de santé est l'élément clé pour améliorer l'usage des services prénataux et périnataux, ainsi que pour promouvoir un espacement des naissances et une utilisation régulière de contraceptifs. Les membres du personnel de santé ne devraient pas laisser les coutumes et traditions interférer avec les services qu'ils fournissent.

Un sujet de préoccupation qui a été exprimé est que les hommes sont marginalisés dans les activités de planning familial. Des programmes développés pour les hommes au Zimbabwe ont du succès, et l'administration des services peut être utile pour augmenter un usage régulier et à long terme de contraceptifs.

Le problème du coût devrait être abordé pays par pays, parce que les valeurs diffèrent d'un pays à un autre. Par exemple, au Cameroun, les gens ne voulaient pas de services gratuits parce qu'ils considéraient que les services gratuits étaient les rejets des pays occidentaux. En Côte d'Ivoire, des données qualitatives suggèrent que les habitants d'Abidjan peuvent avoir une réticence à payer pour des services.

Recommandations concernant les directions à prendre

Le planning familial devrait être développé comme un service intégré aux services de santé de la mère et de l'enfant à tous les niveaux du système de santé.

Des réformes politiques ont besoin d'être renforcées dans de nombreux pays. Les contraceptifs doivent être intégrés dans la liste des médicaments essentiels.

Un accès plus important des femmes à l'éducation et aux soins médicaux est essentiel pour réduire la mortalité maternelle et infantiles.

Encourager la participation des hommes aux programmes de planning familial et de maternité sans risque, en mettant l'accent sur une responsabilité accrue des hommes en tant que parent.

Des recherches qualitatives sont utiles pour évaluer des problèmes de politique ou de programme, lorsqu'elles sont menées au début du processus de planification et qu'elles ont un mécanisme intégré pour utiliser les résultats lors de la mise en oeuvre du programme.

Alimentation optimale du nourrisson

CO-PRESIDENTS:

Kamissa Sano, Hôpital universitaire de Donka, Guinée;
Sylva Etian, USAID/CDC, Niger

ORATEURS:

1) Ekoe Tetanye (Centre Hospitalier et Universitaire de Santé, Cameroun); 2) Gelasius Mukasa, (Université de Makerere, Ouganda); 3) Louise Scrunjogi (Université de Makerere, Ouganda); 4) Adenike Grange (Hôpital universitaire de Lagos, Nigéria); 5) Kinday Samba (Gambia Food and Nutrition Association, Gambie); 6) Jean-Paul Beau (ORSTOM, Sénégal).

Résumé des principaux sujets de la session

Les pratiques alimentaires inappropriées des nourrissons et des jeunes enfants sont à l'origine des principaux facteurs de mortalité de ces derniers: malnutrition; diarrhées aiguës et chroniques; infections respiratoires aiguës. En Afrique, la situation nutritionnelle est difficile pour diverses raisons, notamment à cause de l'utilisation du lait artificiel, des mauvaises techniques de sevrage et des erreurs dans le choix du moment où il doit intervenir, de la mauvaise qualité nutritive des aliments de sevrage, du manque d'éducation des mères, des grossesses rapprochées et des tabous culturels, pour n'en citer que quelques-unes. Les communications ont montré que la croissance de l'enfant à bas âge (en particulier jusqu'à l'âge de 5 ans) dépend, pour une grande partie, de l'allaitement au sein et de l'introduction, en temps opportun, d'aliments de sevrage de qualité et en quantité suffisante. Le lait maternel contient du colostrum, qui protège l'enfant, de même qu'une quantité et un mélange suffisants d'éléments nutritifs qui font du lait maternel la source d'alimentation optimale pour les enfants jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois.

La nécessité d'un allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois, la manière d'aborder l'idée de la promotion d'un allaitement efficace et l'importance de l'utilisation d'aliments de sevrage de qualité et en quantité suffisante figurent au nombre des questions soulevées pendant les travaux de la session. Il a également, à cette occasion, été question de l'élaboration d'une politique nationale de l'allaitement, de l'exploration des croyances et comportements socio-culturels qui conduisent à l'adoption de méthodes de sevrage nuisibles (et des

efforts visant à bien introduire les changements préconisés) ainsi que du rôle que la malnutrition due au Kwashiorkor continue de jouer en ce qui concerne la mortalité infantile.

Résumé de leçons tirées

Les recherches cliniques présentées montrent que, même lorsque lesdits enfants vivent en milieu chaud et aride, l'adjonction d'eau au lait maternel n'est pas d'une grande utilité pour les enfants de 0 à 6 mois.

Dans une autre étude qui s'intéressait aux méthodes d'alimentation des enfants gambiens à bas âge, les chercheurs ont, au moyen de recherches quantitatives, mis à jour les croyances et attitudes socio-culturelles à l'origine des "problèmes" de sevrage les plus courants. La prise en considération des facteurs socio-culturels a, probablement, plus d'effet sur l'état nutritionnel des nourrissons et des enfants en bas âge que les efforts précédents qui s'intéressaient à promouvoir des concepts étrangers utilisant des techniques didactiques d'éducation.

En outre, les spécialistes africains de la santé publique sont de plus en plus conscients de la nécessité de promouvoir l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Cependant, l'acquisition, par la majorité des spécialistes africains de la santé publique, des connaissances et compétences nécessaires à la promotion d'un allaitement réussi reste indispensable.

Recommandations concernant les directions à prendre

Les efforts de promotion de l'allaitement ont souvent reposé sur les centres de santé; néanmoins, seulement 40% des Ougandaises accouchent dans ces structures. La nécessité d'atteindre ces femmes qui, d'ordinaire, n'ont pas recours aux services des centres de santé constitue, pour nous, un défi majeur. Des efforts concertés et ciblés doivent être réalisés, à tous les niveaux et par tous les partenaires, afin de protéger, de promouvoir et de supporter l'allaitement au sein. Plus particulièrement, les responsables au niveau national doivent élaborer des politiques encourageant l'allaitement exclusif jusqu'à 4 - 6 mois.

En sus, il leur faudra doter ces politiques des ressources nécessaires pour que les agents de santé et aux administrateurs de programmes définissent des méthodes appropriées, du point de vue culturel, à la promotion d'un allaitement exclusif efficace.

Enfin, alors que l'infection par le VIH devient, chaque jour davantage, un sérieux problème de santé publique, il convient de vérifier constamment si les avantages tirés de l'allaitement exclusif compensent les effets négatifs de ce mode d'alimentation

Prévention et lutte contre HIV/MST/TB - Partie I

CO-PRESIDENTS:

Andrew Vernon, CDC, Atlanta;
Ibra Ndoye, Ministère de la Santé et d'Action Sociale,
Sénégal

ORATEURS:

- 1) Ehounou Ekpini (Projet RETRO-CI, Côte d'Ivoire);
- 2) Etienne Karita (Laboratoire de Référence pour le SIDA/ Programme National de Lutte contre le SIDA, Rwanda);
- 3) Cheikh Ibrahim Niang (Université Cheikh Anta Diop, Sénégal);
- 4) François Dabis (Université de Bordeaux, France);
- 5) Gaston Djomand (Projet RETRO-CI, Côte d'Ivoire).

Résumé des principaux sujets de la session

Transmission du VIH mère-enfant (périnatale)

Taux et indicateurs biologiques de transmission périnatale du VIH
Importance de la transmission périnatale par l'intermédiaire du lait maternel
Impact de l'infection maternelle par le VIH sur la survie des enfants

Comment effectuer une intervention efficace de prévention du VIH/SIDA dans les sociétés traditionnelles?

Rôle, processus et efficacité d'une utilisation des voies traditionnelles pour administrer des interventions de prévention du VIH/SIDA - un exemple provenant du Sénégal

Vaccination des enfants et des mères atteints d'une infection par le VIH

Sécurité, immunogénicité, efficacité des vaccins et du calendrier de vaccination recommandés par l'OMS pour les enfants atteints d'une infection par le VIH

SIDA pédiatrique

Besoin d'une définition de cas du SIDA pédiatrique qui soit à la fois sensible et applicable

Ampleur, distribution par tranches d'âge, corrélations cliniques, et impact de l'infection pédiatrique par le VIH

Résumé des leçons tirées

Transmission périnatale du VIH

L'issue de la grossesse a été étudiée chez des femmes enceintes atteintes d'une infection par le VIH à Abidjan, en Côte d'Ivoire (1990-1991), et à Kigali, au Rwanda (1988), en comparant les résultats à des enfants nés de femmes enceintes séronégatives.

La séroprévalence du VIH à Abidjan était de 12,0%, la majeure partie étant due au VIH-1. Le taux à Kigali était de 30,3%, en totalité VIH-1. Les taux de transmission périnatale ont été de 28% pour le VIH-1 et 1% pour le VIH-2 à Abidjan, et approximativement de 25% à Kigali. Les principaux facteurs de risque pour une transmission périnatale ont été les indicateurs d'un déficit du système immunitaire de la mère, par exemple, un faible rapport T4/T8, une faible numération cellulaire des T4, le SIDA. Bien que la transmission du VIH par l'intermédiaire du lait maternel ait été documentée, des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer son rôle global dans la transmission du VIH et sur la survie des enfants; actuellement, l'OMS recommande toujours que, dans les pays où la mortalité des nourrissons et des enfants due à des maladies infectieuses est encore élevée, les avantages d'un allaitement, même par des mères infectées, l'emportent sur les inconvénients.

Parmi les problèmes des enfants associés à une infection maternelle par le VIH figuraient: faible poids de naissance (<2500 g), associé à une infection maternelle par le VIH-1 et/ou VIH-2; augmentation de la mortalité infantile, associée à une infection par le VIH-1 ou double, mais pas à une infection par le VIH-2 seule.

Un groupe qui peut mériter une attention particulière sont les enfants non infectés nés de mères infectées. Ces enfants peuvent en fait faire face à un risque de morbidité et/ou de mortalité supérieur à la moyenne, d'après des conditions biologiques (comme cela est mis en évidence par une anergie au BCG plus importante dans ce groupe que parmi les enfants de mères séronégatives) ou des conditions sociales/domestiques, par exemple, exposition accrue à une TB de parent(s) VIH+ dans la famille.

Voies traditionnelles pour les interventions contre le VIH/SIDA

Les femmes "Dimba" constituent un groupe identifiable de femmes dans une région du Sénégal, liées entre elles par le fait qu'elles sont stériles, mères d'enfants qui sont morts, mères de jumeaux ou mères adoptives d'orphelins. Elles ont un rôle établi au sein de leur société locale, associé principalement à des problèmes de santé de la reproduction au sein du système de santé traditionnel local. Elles ont été utilisées de façon créative et efficace pendant des cérémonies traditionnelles, pour fournir une éducation et une motivation dans le domaine de la prévention du SIDA dans leurs communautés. Ceci représente une approche prometteuse qui pourrait être applicable dans d'autres régions à travers toute l'Afrique rurale.

Vaccination des enfants nés de mères infectées par le VIH

Selon des données provenant de Kigali, au Rwanda, le VIH ne présente aucune contre-indication pour le calendrier de vaccination infantile régulier recommandé par l'OMS/PEV (à l'exception du fait que le BCG ne doit pas être administré aux nourrissons donnant des signes apparents d'infection par le VIH et doit être administré dès que possible après la naissance). Tous les vaccins du PEV semblent être sans danger, immunogènes et efficaces. Il n'y a pas de raison de santé publique d'effectuer un dépistage du VIH avant de vacciner les nourrissons.

SIDA pédiatrique

A Abidjan, où la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes est approximativement de 12%, le VIH joue un rôle important au niveau des maladies pédiatriques. La séroprévalence du VIH est élevée parmi les enfants hospitalisés, en particulier chez ceux qui sont âgés de moins de 5 ans. Par rapport aux maladies qui nécessitent une hospitalisation chez les enfants séronégatifs, la malnutrition et les maladies respiratoires aiguës sont particulièrement courantes, et le paludisme est moins courant. La mortalité en hôpital a été plus de deux fois plus élevée parmi les enfants séropositifs que parmi les enfants séronégatifs.

La définition de cas pédiatrique actuelle de l'OMS (Bangui), qui ne prend pas en compte la sérologie au

VIH de la mère, a une sensibilité de seulement 20%; la définition plus récente de cas de "syndrome d'atrophie" a une sensibilité de 34%. Des études supplémentaires sont nécessaires pour trouver une définition de cas qui identifie une proportion plus élevée des cas cliniques de SIDA parmi les jeunes enfants.

Il est probable que l'impact du VIH/SIDA sur la morbidité infantile et la survie des enfants sera considérable; probablement plus important que ne le réalisent actuellement la plupart des responsables de la santé publique.

Recommandations concernant les directions à prendre

Des recherches sont nécessaires pour déterminer à quel moment a lieu l'infection périnatale par le VIH, y compris l'importance relative de la transmission par l'intermédiaire du lait maternel.

La politique doit être claire en ce qui concerne les recommandations portant sur l'allaitement par des mères qui sont infectées par le VIH.

Des recherches sont nécessaires pour déterminer l'ampleur de la morbidité et de la mortalité parmi les nourrissons/enfants séronégatifs de mères séropositives, ainsi que les facteurs de risque augmentant ces valeurs, en envisageant de cibler spécifiquement ces enfants à l'aide de programmes, si cela s'avère nécessaire.

Des recherches supplémentaires d'intervention et des projets de démonstration sont justifiés pour tester et mettre en oeuvre une utilisation de groupes traditionnels et significatifs sur le plan socio-culturel en tant que véhicules pour la prévention et la lutte contre le SIDA; des sociologues devraient participer à la conception, au développement, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de ces recherches, ainsi qu'à la "nationalisation" finale des activités dans ce domaine.

Le calendrier de vaccination OMS/PEV peut et devrait être encouragé pour tous les nourrissons, y compris ceux dont la mère est atteinte d'une infection par le VIH. Il est nécessaire de faire plus attention pour assurer que le vaccin BCG n'est pas administré aux nourrissons souffrant d'un déficit immunitaire; cela peut être réalisé en surveillant l'âge auquel est administré le vaccin BCG.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier une définition de cas pour le SIDA pédiatrique qui soit plus sensible et plus spécifique, tout en étant applicable à partir d'un point de vue logistique et économique.

Prévention et lutte contre VIH/MST/TB - Partie II

CO-PRESIDENTS:

Souleymane Barry, USAID REDSO, Côte d'Ivoire;
Mamadou Ball, OMS/AFRO, Brazzaville

ORATEURS:

1) Emily Obwaka (Université de Nairobi, Kenya);
2) Sandra Larsen (CDC, Atlanta); 3) Alain Ackah (Projet
RETRO-CI, Côte d'Ivoire); 4) Peter Eriki (OMS/AFRO,
Brazzaville); 5) Robert Moy (Ministère de la Santé,
Zimbabwe); 6) Tim Dondero (CDC, Atlanta).

Résumé des principaux sujets de la session

Lutte contre la syphilis congénitale

Ampleur du problème de la syphilis: incidence en hausse

Possibilité d'un dépistage et d'un traitement prénataux
en tant que stratégie fondamentale de lutte - considérations
socio-culturelles, opérationnelles et de laboratoire

Coût et viabilité d'un dépistage et d'un traitement
prénataux

Notification et traitement du partenaire: probabilité,
approches

Tuberculose et VIH

Importance de la tuberculose en Afrique

Importance du VIH chez les patients atteints de
tuberculose

Stratégies et coûts de la lutte contre la tuberculose en
Afrique

SIDA et survie des enfants

Implications et impact des taux élevés de VIH chez les
femmes enceintes: données du Zimbabwe, et modélisation
théorique

Résumé des leçons tirées

Lutte contre la syphilis congénitale

La prévalence de la syphilis est en augmentation à Nairobi. Un dépistage et un traitement prénataux de la syphilis sont la politique nationale du Kenya, mais ils ne sont pas couramment mis en pratique. Dans certaines cliniques prénatales, des infirmières ont été formées pour remplir sur place toutes les démarches de dépistage, de diagnostic et de traitement de la syphilis; ainsi que de conseil sur la syphilis et de notification du partenaire. Avec une bonne supervision et un support logistique adéquat, les taux de dépistage, au cours des quelques premiers mois d'une étude d'intervention, ont augmenté de 60% à 100%; les taux de traitement de 9% à 70-90%; les taux de traitement du partenaire de 0 à approximativement 65%; et un pourcentage plus élevé de clients ont fait appel à des soins prénataux avant 20 semaines de grossesse. Des recherches qualitatives ont été cruciales pour découvrir les obstacles et explorer des solutions, en particulier pour développer des stratégies ayant trait à la notification du partenaire et aux documents IEC portant sur la prévention et la lutte contre la syphilis.

Les données de laboratoire sont un élément essentiel des "informations en vue d'une action" dans le contexte d'un dépistage et d'un traitement prénataux pour lutter contre la syphilis congénitale. Il est nécessaire de faire très attention aux définitions de laboratoire de la syphilis au cours des études sur cette maladie. Des technologies et des modèles de distribution applicables, efficaces et rentables sont nécessaires pour entreprendre cette démarche à l'échelle de santé publique qui s'impose dans le contexte actuel de la lutte contre le VIH et les MST en Afrique.

VIH et tuberculose

La tuberculose est principalement une maladie des adultes, et la relation entre la tuberculose et le VIH a été bien décrite pour les adultes, mais pas pour les enfants. Au cours d'une étude de patients âgés de moins de 15 ans hospitalisés avec une tuberculose à Abidjan, la séropositivité au VIH était de 11,8%, les taux les plus élevés étant observés chez les enfants de moins de 5 ans

et chez les enfants pour lesquels était prononcé un diagnostic "clinique" de maladie pulmonaire. Parmi les patients atteints de tuberculose pédiatrique, atrophie, diarrhée et candidose orale étaient plus courantes chez les patients à infection par le VIH que chez ceux non infectés par le VIH. De meilleures techniques de diagnostic sont nécessaires pour la tuberculose pédiatrique, compte tenu des taux généralement faibles de positivité des expectorations chez les enfants. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour quantifier l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur la tuberculose pédiatrique en Afrique.

La tuberculose a considérablement augmenté au cours des quelques dernières années; on estime que le VIH est responsable de 20% de cette augmentation. L'OMS estime qu'en 1991, 171 millions des 650 millions d'habitants de l'Afrique avaient une infection par la tuberculose; 1,4 million ont développé une tuberculose active; et 660.000 sont morts. La couverture de traitement était de 24%, et seulement 36% de ceux-ci ont été guéris. Les enfants sont les "victimes innocentes" de la tuberculose en Afrique: ils sont plus souvent exposés à une transmission de tuberculose, et ils en sont moins souvent la cause; en outre, la tuberculose et la combinaison VIH-tuberculose chez les adultes conduiront à un plus grand nombre d'enfants atteints de tuberculose et à un plus grand nombre d'orphelins.

La stratégie principale de lutte contre la tuberculose en Afrique consiste à trouver et à traiter les cas: c'est approprié, abordable et efficace, mais la collaboration de la population est faible et les ressources sont limitées. Suite aux informations sur l'ampleur et l'impact de la tuberculose en Afrique, il est possible qu'il y ait maintenant un intérêt plus marqué de la part des bailleurs de fonds pour subventionner une lutte contre la tuberculose.

SIDA et survie des enfants

Toute une gamme de source de données, au Zimbabwe, ont documenté une croissance du taux d'incidence du SIDA depuis 1989; des taux extrêmement élevés de séroprévalence du VIH chez les femmes des zones urbaines du Zimbabwe (ont augmenté de 32% à 42% entre 1991 et 1992 dans une région); une augmentation de la morbidité et de la mortalité pédiatriques, y compris celles dues au VIH/SIDA: 15% des cas de SIDA, à l'échelle nationale, ont lieu chez des enfants de moins de

5 ans, et 30% des décès en hôpitaux pédiatriques en 1992 furent causés par le SIDA. En se basant sur les niveaux actuels de séroprévalence maternelle et sur un taux de transmission périnatale estimés à 30%, la mortalité des nourrissons en milieu urbain pourrait doubler, de 50 à 100 pour 1000 naissances vivantes, entre 1989 et 1999; la mortalité des moins de 5 ans pourrait augmenter de 70 à presque 200. Approximativement 7% des enfants, dans une région, sont actuellement orphelins. Le SIDA a déjà commencé à laisser des empreintes d'un impact réel sur la santé et la survie des enfants au Zimbabwe.

Une modélisation théorique, basée sur des estimations de progression de la maladie qui peuvent s'avérer inférieures à la réalité en Afrique, suggère que pour 100 femmes enceintes atteintes d'une infection par le VIH, 15-20 de leurs enfants mourront du SIDA avant l'âge de 5 ans. Cela correspondrait à un excédent de mortalité des moins de 5 ans, dû au SIDA, d'approximativement 20 (pour 1000 naissances vivantes), dans une zone d'Afrique de "séroprévalence du VIH moyenne" où la séropositivité maternelle au VIH est de 8,8%, et d'approximativement 65-80/1000 dans une zone à incidence élevée (avec une séropositivité de 30%). Compte tenu de la technologie actuelle, c'est-à-dire, absence de vaccin ou de remède pour les mères ou les enfants, un groupe clé qui pourrait être ciblé pour une intervention est le groupe des enfants non infectés nés de mères infectées.

Recommandations concernant les directions à prendre

Des recherches technologiques sont nécessaires pour développer des équipements et des procédures simples et peu coûteuses pour faire des prises de sang et des tests de syphilis, permettant d'effectuer sur place un dépistage et un traitement des femmes en phase prénatale.

Des recherches supplémentaires d'interventions sont nécessaires, en ce qui concerne le dépistage et le traitement de la syphilis prénatale dans plusieurs pays, pour déterminer:

- des modèles optimaux pour administrer ces services;
- les obstacles socio-culturels et opérationnels et leurs solutions;

- le coût, l'efficacité et le rapport coût-efficacité de différents modèles.

Subventionner des recherches sociologiques et opérationnelles pour développer et renforcer la notification des partenaires pour les MST, y compris les partenaires des femmes en phase prénatale atteintes de syphilis.

D'un point de vue politique, profiter de la priorité actuellement accordée à la survie des enfants pour augmenter le support approprié pour la lutte contre les MST en Afrique.

Bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires dans de nombreux domaines ayant trait à la tuberculose, à la tuberculose pédiatrique, et à la tuberculose liée au VIH, une attention devrait être portée

maintenant sur des recherches opérationnelles et un support pour augmenter l'accès et la couverture pour trouver et soigner les cas de tuberculose.

“Commercialiser” l'impact actuel et futur du SIDA dans le contexte de la survie des enfants. Un support de la lutte contre le VIH/SIDA est essentiel à la survie des enfants, mais pas au détriment d'autres interventions fondamentales, telles que la vaccination; le traitement des cas de diarrhée, IRA, paludisme; la nutrition et le sevrage; la maternité sans risque. Pour que l'initiative de survie des enfants soit globalement rentable et efficace, tous ces problèmes doivent être abordés, de préférence au sein d'un système intégré approprié. Il est également nécessaire d'apporter des soins attentifs aux enfants atteints d'une infection par le VIH, afin d'éviter que les services ne soient perçus comme inefficaces.

Etablissement communautaire des programmes de survie des enfants afin de réaliser les objectifs de l'ICAAC*

Rudolph Knippenberg,
Conseiller Régional pour les
Soins de Santé Primaires,
UNICEF/WCARO, Abidjan, Côte d'Ivoire.

de 4 à 6 mois.

Ce discours d'introduction aborde l'établissement des programmes de survie des enfants afin de réaliser les objectifs de l'ICAAC en ce qui concerne les enfants africains, dans le contexte de l'initiative de Bamako. Plusieurs éléments de ce titre nécessitent probablement une explication initiale.

Premièrement, je voudrais dire quelques mots sur l'ICAAC, ou Conférence internationale sur l'assistance aux enfants africains, qui a eu lieu ici à Dakar, dans cet hôtel à la fin de l'année dernière, sous les auspices de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA/UNICEF 1992). Lors de la conférence, les pays africains ont défini six points pour 1995; ce sont les objectifs par lesquels il faut passer pour atteindre les buts concernant les enfants à la fin d'une période de dix ans. Ces objectifs intermédiaires sont les suivants:

- vaccination de 80% des enfants par le BCG, le POLIO3, et le DTC0q3, durant leur première année;
- vaccination contre la rougeole de 90% des enfants, avant l'âge d'un an;
- vaccination contre le tétanos (TT2 ou plus) de 90% des femmes en âge d'avoir des enfants;
- utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale pour 80% des enfants atteints de diarrhée;
- élimination partielle de la déficience en iode et des déficiences en vitamine A et
- promotion de l'allaitement exclusif de 4 à 6 mois mais à continuer durant 2 ans, et d'un supplément alimentaire à partir

Les raisons majeures du choix de ces objectifs intermédiaires ont été la détermination des responsables de prouver la capacité des gouvernements et des communautés africains d'atteindre leurs propres objectifs et leur conviction que d'atteindre ces buts changerait le courant de pessimisme mondial en ce qui concerne l'Afrique et la tendance des bailleurs de fonds internationaux à investir ailleurs.

Je voudrais aussi passer en revue quelques éléments clés sur l'Initiative de Bamako pour relancer le système de santé africain. Premièrement, l'Initiative comprend l'amélioration de la gestion des services pour maximiser le nombre de gens couverts par un système de soins essentiels, y compris les mesures concernant la survie de l'enfant discutées cette semaine. Deuxièmement, l'Initiative projette d'assurer la disponibilité et l'utilisation rationnelle de médicaments essentiels et abordables. Quoique ceci soit l'association la plus commune avec l'Initiative de Bamako, ce n'est qu'un de ses composants. Troisièmement, l'Initiative encourage la communauté à gérer et à prendre en charge non seulement les médicaments et les finances mais aussi les services afin que la population en profite et que ce qui est du domaine de la santé et à base communautaire soit accentué. Quatrièmement, l'Initiative insiste pour que les communautés se partagent les frais et que le personnel médical ait plus de responsabilité - dans les ressources humaines et les services techniques qu'il fournit--face aux communautés africaines.

Bien qu'elle ait soulevé parfois des discussions vives au cours des deux dernières années, l'Initiative de Bamako s'est bien établie en Afrique. Elle a pris racine parce qu'elle est née en Afrique; les principes qui la gouvernent ont été développés ici. Les éléments clés ont été mis en pratique dans plusieurs pays depuis quelques années maintenant, même avant le lancement réel de l'Initiative de Bamako en 1987. (OMS 1957). A l'heure actuelle la plupart des pays de la région l'ont adoptée comme principe de base de leur stratégie

pour les soins de santé; la moitié ont commencé à l'utiliser, du moins dans les sites initiaux. Plusieurs pays, comme le Bénin, la Guinée et le Nigéria, l'ont mise en route à grande échelle. D'autres, comme le Mali, le Cameroun, la Zambie, sont prêts à l'étendre à une échelle nationale. Actuellement, il y a un total de 2000 centres de soins fonctionnant suivant les principes de l'initiative de Bamako et couvrant approximativement 20 millions de personnes sur le continent africain. (UNICEF 1992).

La différence essentielle entre l'Initiative de Bamako et les systèmes ou programmes de soins plus classiques, est l'accent mis sur la prise en charge par la communauté. Beaucoup d'autres systèmes et programmes de soins plus traditionnels ne mettent pas en évidence cet aspect communautaire. Celui-ci présente une série de conséquences: les activités sont pratiquées au niveau de la communauté et visent à servir cette communauté aussi complètement que possible; ces activités répondent à la demande de la communauté et non seulement aux besoins épidémiologiques; les communautés partagent les frais, les finances et la gestion en tant que partenaires réels des gouvernements et des supports extérieurs; le personnel de la santé est responsable vis-à-vis des communautés et les communautés deviennent propriétaires; et il y a un effort pour que les communautés gagnent du pouvoir et pour que le développement des communautés soit stimulé.

Le reste de cette présentation examinera les six éléments clés lors de la mise en pratique des activités pour la survie des enfants en Afrique. Ces six éléments proviennent principalement des discussions des quatre derniers jours. Ce sont:

- des groupes de soins minimum rentables;
- des structures pour assurer les services de façon appropriée;
- des stratégies opérationnelles efficaces;
- des systèmes de gestion efficaces;
- des plans adéquats et des systèmes de support, particulièrement un support de gestion et logistique;

- un moyen de financement pouvant être maintenu. Des exemples pratiques de la mise en route de l'Initiative de Bamako en Afrique illustreront les conséquences de ces éléments pour les communautés.

Lors des sessions précédentes, nous avons vu de nombreuses raisons valables pour concentrer nos efforts sur des groupes de soins minimum à coût raisonnable. Plusieurs présentations ont mis en évidence les interactions et la synergie entre les infections et la malnutrition et entre les maladies et les programmes de maladie. Par exemple, la malnutrition augmente le risque de mortalité due à la rougeole et à la diarrhée. Les maladies sexuellement transmissibles augmentent fortement le risque de transmission du SIDA; planifier les naissances influence nettement la santé de la mère. D'autres raisons sont les suivantes: de tels groupes de soins minimum répondent plus facilement à la demande de la communauté et non seulement aux besoins de soins épidémiologiques, et donc, augmentent l'utilisation du service. Une application intégrée des composants d'un tel système aide à réduire les occasions manquées. Une dernière raison pour le choix des soins intégrés est le recoupement entre des maladies comme la malaria, l'IRA, et la diarrhée. Les symptômes de ces maladies sont parfois très difficiles à séparer. Cela signifie que dans la prise en charge de l'enfant malade, les traitements doivent être présentés d'une façon intégrée.

Ces trois études classiques (Morley 1979, Spruyt 1967, Ayeni et Oduntan 1980) mettent en évidence, de façon empirique, l'influence très importante des groupes intégrés de soins minimum sur la mortalité du nourrisson et de l'enfant. Alors qu'il y a de nombreux exemples sur d'autres continents, ceux-ci montrent l'impact en Afrique.

D'un autre côté, les six études réalisées en Afrique, à propos des interventions à but unique, ont révélé un impact initial et rapide sur la mortalité mais qui a été aussi rapidement renversé. (Kaseje 1989, Mamora 1989, Black 1984, JNSP 1980, Kasongo 1981, Greenwood 1987). Par exemple, lors du projet Mvumi, l'impact de la vaccination antirougeoleuse a été neutralisé par une épidémie de paludisme; lors du programme de nutrition Iringa, le paludisme a annulé l'effet positif sur la mortalité. D'autres études montrent que même lorsqu'il y avait eu un effet, celui-ci ne pouvait pas être réellement attribué à l'intervention.

Cette figure montre les éléments possibles d'un tel groupe de soins minimum en Afrique. Les activités préventives incluent la vaccination, un supplément de vitamine A, la prophylaxie du paludisme et de l'anémie lors d'une grossesse, planning familial et soins à l'accouchement. Les soins curatifs comprennent la prise en charge de l'enfant malade présenté cette semaine par notre collègue de l'OMS, le contrôle des MST, de la lèpre et de la tuberculose. La promotion de l'allaitement exclusif et de façon suivie, doit être accompagnée de la recommandation d'utiliser du sel iodé. Cette liste doit être étendue et complétée par des activités répondant à la demande de la communauté telles que "l'allègement de la souffrance" (Banque Mondiale 1992).

Quant au choix d'une structure liée à l'administration de service appropriée, durant les 20 à 30 dernières années en Afrique, trois approches concernant l'administration de service ont été développées. L'une est l'approche de l'agent de santé de village. Cette approche a l'avantage important d'augmenter rapidement l'accès au service mais, dû au développement à grande échelle, à une supervision et à un soutien insuffisants, a résulté souvent en une diminution de la qualité des services. Souvent apathique, la réponse à la demande exprimée par les communautés, a engendré une faible motivation des communautés pour soutenir ces "volontaires", par le fait même diminuant la motivation des travailleurs et augmentant le taux d'échecs. En fait, cette approche n'a été efficace que dans des cas structurés et contrôlés, principalement en Afrique de l'Est et dans des projets à petite échelle et des programmes de l'Afrique de l'Ouest, où un soutien adéquat au niveau du district et des centres de soins était garanti. Lorsque les agents de santé de village étaient une solution de rechange plutôt qu'une partie intégrante des systèmes de soins du district, cela n'a marché nulle part. (Knippenberg, Parker 1993).

La seconde approche comprend des campagnes contre des maladies individuelles ou orientées vers les activités et des équipes mobiles. Les pays dans lesquels les PEV ont été administrés grâce à des campagnes et /ou des stratégies mobiles, ont révélé un schéma intéressant de hauts et de bas: la protection augmente rapidement, puis diminue, puis augmente à nouveau si une nouvelle campagne est organisée. Au cours d'une longue période, il y a une diminution graduelle dans la protection, due à la difficulté de continuer ces activités. D'un autre côté, dans les pays où les PEV ont été réalisés grâce à un réseau de centres de soins fonctionnels et opérationnels,

la protection est stable ou augmente même. Au Bénin, où les PEV ont été utilisés pour relancer le système de soins, en appliquant les principes de l'Initiative de Bamako, la protection augmente régulièrement. La Guinée révèle la même tendance. (UNICEF 1987-1992)

On remarque que l'expérience des "approches alternatives" discutées à l'instant, confirme les conclusions des années 40 et 50: le développement des centres de soins, avec des connections dans le contexte d'un district opérationnel et la participation des communautés, est indispensable (OMS 1991, Banque Mondiale 1992). Ceci n'est rien de nouveau ni une formule magique; cela veut simplement dire que nous sommes en train de retourner vers une approche que vous, ici en Afrique, développez avec succès depuis des années, au lieu de continuer à rechercher les alternatives extraordinaires ou des raccourcis. Vous pouvez demander ce qui est nouveau à ce propos? Comme l'un de nos premiers membres de l'UNICEF l'a souligné dans une réunion précédente: "Rien, à part que cette fois, il faut que nous le fassions".

On répète souvent la conclusion que, pour exercer une influence, les stratégies opérationnelles ne peuvent pas s'adresser qu'à une seule partie du système de soins; il ne suffit pas de ne remplir qu'une sorte de condition. Il faut remplir toute une série de conditions clés. Celles-ci comprennent:

- la disponibilité de ressources essentielles grâce à une réserve sûre de médicaments et de vaccins;
- bon accès - géographique et fonctionnel - des communautés aux services offerts grâce à la remise en route/extension des réseaux de centres de soins et à la poursuite de la promotion et prévention de la santé;
- l'acceptation et l'utilisation par ces communautés, ce qui implique leur motivation et mobilisation;
- continuité des soins: une fois ne servira à rien;
- qualité des soins, technique et humaine; ce qui requiert une standardisation des

diagnostiques et de la protection et une supervision positive; et

- conformité avec les traitements et les activités préventives, pour la santé domestique, qui sont promus grâce aux approches basées sur la communauté, afin de résoudre les problèmes (évaluation, analyse, action).

Toutes ces conditions doivent être remplies en même temps. Le système ressemble à une chaîne; tout maillon qui vient à manquer va affaiblir la couverture et l'impact. Au moins la moitié de ces conditions est étroitement reliée aux communautés. L'utilisation, l'usage continu et la conformité sont des conditions qui ne dépendent pas du personnel médical ou des organisations gouvernementales mais des communautés. En conséquence, ces systèmes doivent être gérés d'une manière décentralisée et doivent impliquer les communautés pour exercer un impact. (Knippenberg, Parker 1993).

Une série de principes pour les systèmes de gestion locaux et en particulier pour le contrôle et la microgestion a été énumérée ici (tableau 1). Ce n'est pas une théorie

abstraite; elle découle de ce qui se produit dans cette région. Ces principes sont mis en œuvre dans de nombreux pays et leurs méthodologies ont été testées sur le terrain de façon extensive. Il est important de gérer en fonction des objectifs si l'on veut obtenir des résultats. Les PEV ont démontré que le fait de se concentrer sur une activité peut produire des résultats impressionnants. D'un autre côté, la gestion par objectifs n'est pas suffisante. Simultanément, on doit pratiquer une approche de systèmes servant à résoudre les problèmes, ce qui signifie un cycle continu qui identifie les problèmes clés, analyse les causes, sélectionne les corrections et fait la microgestion de la mise en œuvre de ces actions au niveau local. Dans de nombreux pays, des expériences avec des systèmes de contrôle plus classiques montrent que, même si l'on définit le problème clairement et que l'on choisit la solution correcte mais qu'on ne prend pas la peine de mettre en œuvre à petite échelle la solution qui implique les communautés et le personnel médical local, le problème va persister. Des études montrent que des problèmes existant encore en 1993, avaient été identifiés en 1987. Le fait que dans les PEV, par exemple, il y ait encore trop peu de communication entre les agents et les communautés et un manque de qualité, illustre que l'approche de la gestion en elle-même n'est pas suffisante. Finalement, une approche alliant l'étude

TABLEAU 1

INDICATEURS UTILISES POUR L'OBSERVATION PENDANT LE SECOND SEMESTRE 1988 - BENIN

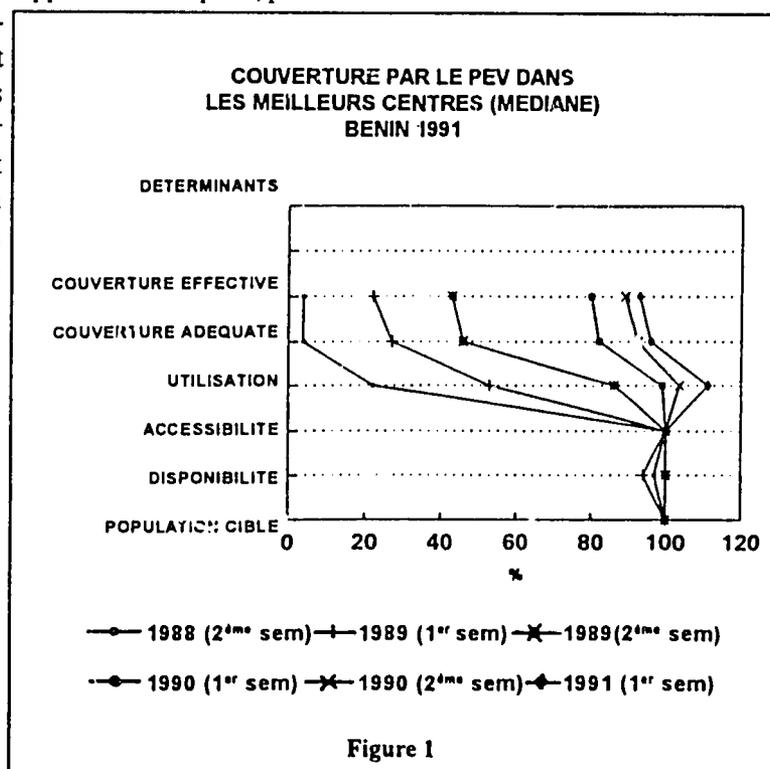
DETERMINANTS D'INTERVENTION	VACCINATION DE L'ENFANT	TETANUS TOXOÏD (Vaccinations chez la femme en âge de procréer)	SOINS PRENATAUX	SOINS CURATIFS
Population Cible	Enfants nés entre juillet et décembre 1987	Femmes ayant accouché entre juillet et décembre 1988	Femme. ayant accouché entre juillet et décembre 1988	Population totale
Disponibilité	% de temps pendant lequel il n'y avait pas de manque de vaccin pour l'enfant	% de temps pendant lequel il n'y avait pas de manque de vaccin TT	% de temps pendant lequel il n'y avait pas de manque de fer/acide folique et de	% de temps pendant lequel il n'y avait pas de manque de médicaments
Accessibilité	% de la population cible vivant à moins de 5 km d'un centre de santé où à moins de 2 km d'un poste avancé	% de la population cible vivant à moins de 5 km d'un centre de santé où à moins de 2 km d'un poste avancé	% de la population cible vivant à moins de 5 km d'un centre de santé	% de la population cible vivant à moins de 5 km d'un centre de santé
Utilisation	% de la population cible ayant reçu au moins une vaccination	% de la population cible ayant reçu au moins 1 TT	% de la population cible ayant effectué au moins 1 consultation prénatale	% de nouveaux patients enregistrés (traités ou non)
Couverture Adéquate	% d'enfants ayant complété leurs vaccinations avant leur premier anniversaire observations des intervalles et âge minimum	% de la population cible ayant reçu leur seconde vaccination TT au moins 2 semaines avant l'accouchement	% de la population cible ayant effectué au moins 3 consultations prénatales	% de nouveaux patients ayant réglé leur frais
Couverture Effective	Couverture adéquate X résultat qualité (chaîne de froid et méthode de vaccination)	Couverture adéquate X résultat qualité (chaîne de froid et méthode de vaccination)	Couverture adéquate X résultat qualité des soins prénataux	% de nouveaux patients traités en suivant la marche à suivre

et la participation est importante étant donné que tout ne peut pas être accompli immédiatement. Il est beaucoup plus efficace d'identifier un problème prioritaire parmi une série de problèmes, d'analyser ses causes, de sélectionner une action, de planifier à petite échelle et mettre en oeuvre cette action et de vérifier 6 mois plus tard si la solution a été efficace. Si oui, il s'agit d'identifier le problème suivant et de mettre en pratique une solution. Si non, il faut trouver une nouvelle solution pour résoudre le problème d'origine. Cette sorte d'approche et de participation à l'étude nécessite l'implication de toutes les groupes concernés - le personnel médical, les représentants des communautés et les contrôleurs - car chacun d'eux détient une partie de la solution. Ces types de microgestion et de systèmes de contrôle ont été appliqués dans une série de pays. Au Nigéria, au Zaïre et au Mali, la microgestion a été établie au niveau du district, sur une grande échelle. Au Bénin et en Guinée, 400 centres de soins sont en train de suivre leur influence, tous les 6 mois, durant des sessions de 2 jours, à la suite de ce genre de procédé. (Knippenberg, Parker 1993; Knippenberg, Levy Bruhl 1990). Ce sont les indices utilisés par les systèmes périphériques, au Bénin, pour suivre les progrès de la couverture. Ces indices sont semblables à ceux utilisés en Guinée. La colonne de gauche montre les différents déterminants de la couverture, y compris la disponibilité des ressources, l'accès, l'utilisation et l'application adéquate, preuve de continuité et une protection efficace, reflet de qualité. Les indices choisis pour illustrer ces facteurs sont présentés dans la colonne de droite. Ces indices ont été sélectionnés et révisés par tâtonnements, impliquant le personnel médical local et les représentants de la communauté (Knippenberg, Levy Bruhl 1990).

En utilisant un modèle de couverture développé à l'origine par Tanahashi (1984)

et ajusté dans le contexte du projet Pahou au Bénin (Knippenberg 1986), ces indices de couverture peuvent se représenter par des "courbes de couverture". Les déterminants de couverture se trouvent sur l'axe vertical; sur l'axe horizontal se trouve la proportion de la population ciblée "couverte" par chacun de ces déterminants pour différentes périodes. La proportion de la population ciblée avec accès est constante, montrant qu'il y a eu une extension adéquate depuis le début. Bien que l'accès ait été constant, l'utilisation, une couverture adéquate et efficace (la proportion des enfants complètement vaccinés avec des vaccins de qualité pendant leur première année) étaient très basses au début. Le graphique montre de quelle manière dans le meilleur quart des centres, ces déterminants de couverture se sont améliorés au cours du temps par un procédé de surveillance locale, de planification à petite échelle et un dialogue local entre les pourvoyeurs et les communautés (figure 1).

La figure 2 se rapporte au quart des centres en plus mauvaise situation. Dans ces centres, la protection PEV n'a pas évolué du tout bien que l'accès soit aussi bon depuis le début. Ceci illustre le fait que le contraste entre le pire et le meilleur des cas n'est pas lié à des questions de matériel mais à un procédé de gestion - résolution de problèmes locaux, motivation, lien avec les communautés.



En Guinée, un autre exemple de soins prénataux montre, sur le même graphique, l'évolution des centres les pires et les meilleurs. Sur la gauche, dans les pires des centres, la protection ne s'est pas améliorée du tout, ce qui est lié à un accès médiocre dès le début, et à propos duquel rien n'a été fait. En plus de ce médiocre accès, on assiste à une diminution supplémentaire de l'utilisation et de la protection adéquate et efficace. D'un autre

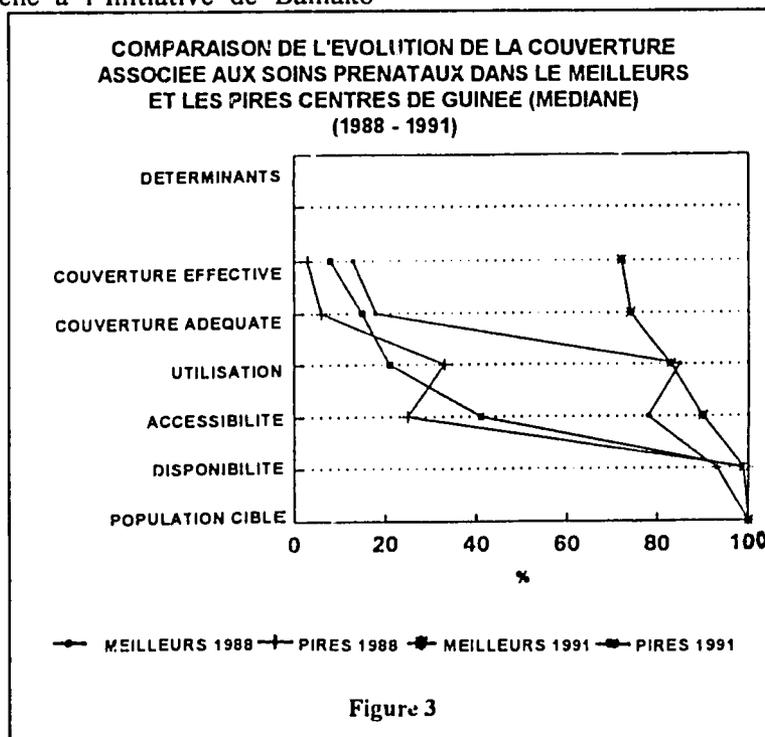
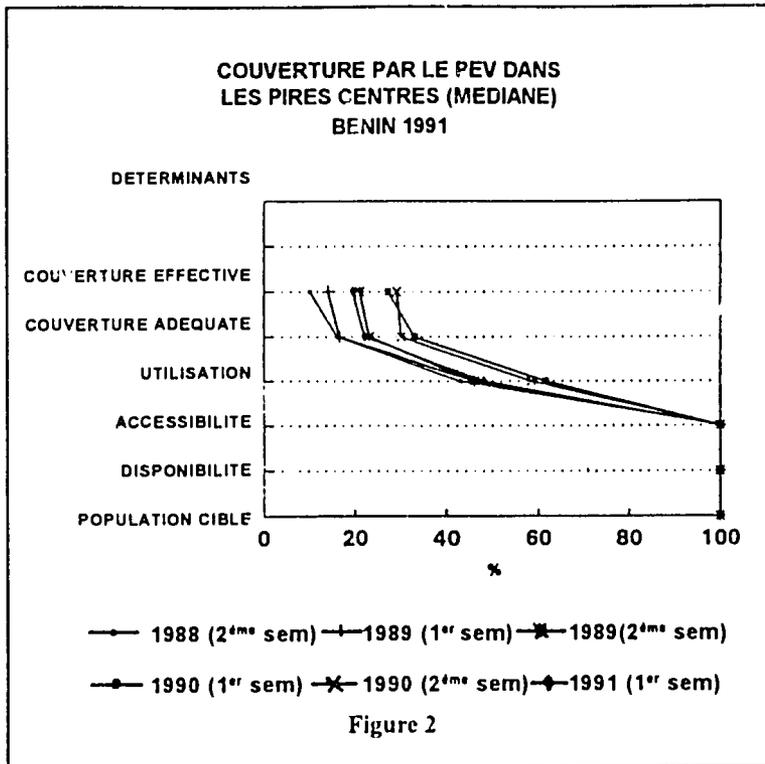
côté, dans les meilleurs centres, représentés sur la droite, l'accès a été meilleur dès le début alors que la continuité des soins était très médiocre. Avec le temps, cette continuité des soins a augmenté fortement. La courbe montre que l'amélioration de la protection n'a pas été due à une augmentation de l'utilisation, qui est restée exactement la même avec le temps, ce qui indique que les femmes ont accepté les soins prénataux depuis le début. Ce qui apparaît important a été le développement de soins de qualité pour lesquels elles sont

revenues. Les résultats du contrôle suggèrent que, dans les centres les meilleurs, la qualité des soins et les interactions humaines ont été améliorées dans le contexte du procédé de contrôle (figure 3).

Il est souvent reproché à l'Initiative de Bamako que les finances de la communauté empêcheront les personnes d'utiliser les soins essentiels. Une revue des expériences en Afrique montre que les frais des utilisateurs ne sont pas le seul, et souvent même pas le plus important, facteur déterminant l'usage des services (Parker et Knippenberg 1991). Un autre facteur clé qui en détermine l'usage, est bien illustré dans les courbes de protection des soins curatifs, en

Guinée. De sérieux problèmes semblent apparaître dans les centres les pires en ce qui concerne la disponibilité des médicaments. Ceci diminue l'usage des services car les communautés considèrent la disponibilité des médicaments comme un important critère de qualité. Les centres les meilleurs montrent une augmentation majeure dans la protection. Le "bond" de la courbe, entre l'accès et l'utilisation, illustre le fait que la population qui y a accès, fait plus d'une première visite par personne et par an, ou que les

personnes voyagent plus d'une heure pour solliciter les soins. La chute très faible, entre l'utilisation et la couverture adéquate, souligne que peu de personnes se sont rendues au centre de soins et n'ont pas payé le prix plein du traitement ou étaient exemptées.

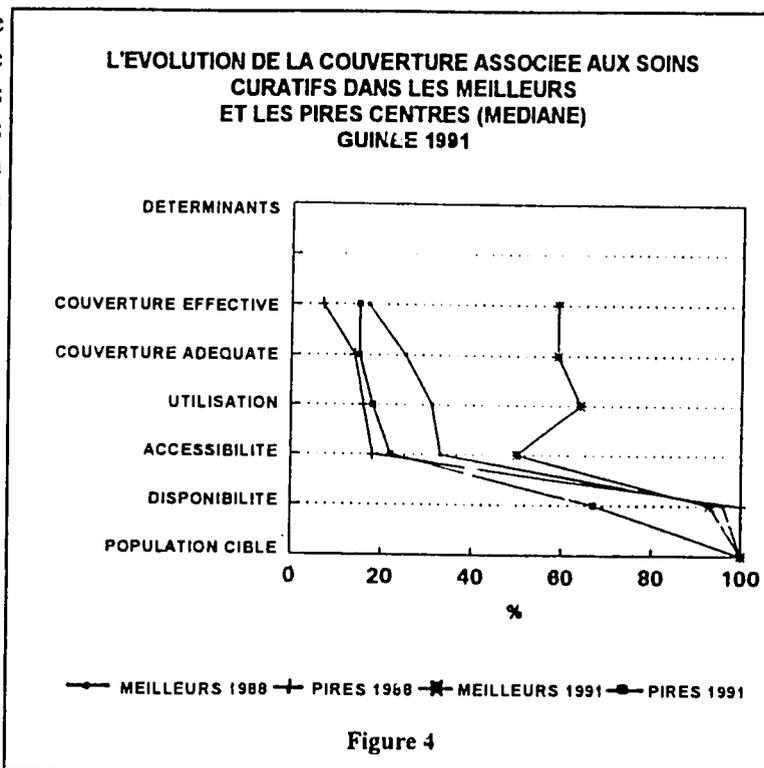


Si nous souhaitons mettre en place un ensemble de soins minimum rentable, grâce à des structures appropriées pour la distribution de services renouvelés, nous devons remplir rapidement une série de conditions et le faire sur une grande échelle. Premièrement, il faut spécifier certaines conditions du règlement. Celles-ci comprennent le plan d'action pour la santé nationale et

les formalités de la décentralisation de la gestion, des médicaments essentiels ainsi que la gestion et les finances de la communauté. Le contenu principal de ces formalités concerne l'aide du gouvernement à la co-gestion et aux propriétés communautaires. Il n'y a que peu de pays africains dans lesquels ces conditions ne sont pas remplies. Une seconde condition clé est la capacité de support à la gestion, non seulement pour l'équipe de soins mais

surtout pour améliorer la capacité de gestion des communautés qui représentent une restriction majeure dans de nombreux pays. Bien que l'OMS et la plupart des gouvernements et autres organisations se concentrent sur la formation de gestion et sur le renforcement du système de gestion, un défi majeur persiste dans ce domaine. Le support logistique est la dernière condition. Ceci ne représente pas un problème conceptuellement difficile mais la tâche d'assurer la disponibilité continue de systèmes de réfrigération, de transport, de médicaments et de vaccins, requiert un effort important.

Quelles seront les implications financières pour renouveler, dans cette voie, le système médical actuel? Dans plusieurs pays, l'expérience a montré que renouveler un centre de soins existant, en termes de préparation locale et de démarrage, coûte de 10.000 à 20.000 dollars par centre de soins ou à peu près 1 dollar par personne. Aucun gouvernement présent à cette réunion ne dépense moins en ce qui concerne la santé publique. Peu de bailleurs de fonds dépensent moins dans les domaines qu'ils assistent. Les fonds qui proviennent de l'extérieur et qui nécessitent le renouvellement de tout le réseau de centres de soins existant dans l'Ouest et dans le centre de l'Afrique pour 1995, sont estimés à approximativement 150 à 200 millions de dollars pour les coûts de préparation et de démarrage (UNICEF 1993), ce qui revient à moins d'un



dollar par personne. Ceci ne représente pas une somme exorbitante dans le contexte des niveaux de dette, des discussions sur l'allègement de la dette et des sommes que les principaux bailleurs de fonds internationaux investissent déjà dans la santé. En fait, à peu près la moitié de cette somme a déjà été assignée par l'UNICEF et d'autres donateurs pour le renouvellement des systèmes de soins périphériques. D'un autre côté, les coûts

d'expansion des centres de soins et du réseau hospitalier, impliquant de nouvelles constructions, sont beaucoup plus élevés et varient d'un pays à l'autre, ainsi que le coût de renouvellement des hôpitaux de district. Il est même plus difficile d'estimer les coûts des activités de développement d'une vraie communauté et cela n'a pas été tenté dans ce contexte.

Les coûts répétitifs, particulièrement les coûts d'exploitation locaux, sont souvent considérés de façon erronée comme étant l'obstacle majeur à une telle remise à neuf. Il y a plusieurs années, le projet Kasongo avait publié un coût estimé à 1 dollar par personne et par an pour un centre de soins opérationnel (Kasongo 1984). De nombreux critiques prétendaient que c'était impossible. L'analyse des expériences relatives à huit pays d'Afrique, impliquant non pas de petits projets pilotes ou des hôpitaux de mission mais des programmes considérables ou moyens, entrepris de façon routinière par les gouvernements, montre que le coût d'opération de centre de soins, situé de 1 à 2 dollars par personne et par an, est réaliste. (Knippenberg 1990, 1991, Ministère de la santé Mali 1990, Landrau 1989, UNICEF Sénégal 1991, Ministère de la santé Ouganda 1989, Miller 1987). Les coûts par centre, dans le tableau, ont été classifiés par salaires, médicaments et autres coûts opérationnels locaux. La dernière colonne montre que les systèmes de financement communautaire actuels,

avec des prix abordables pour les utilisateurs - situés à 1.50 dollars pour traitement complet avec subsides de soins préventifs--arrivent à récupérer, en moyenne, au moins le coût des médicaments utilisés au niveau du centre de soins et autres coûts opératoires différents des salaires, incluant les encouragements pour employés paramédicaux, les primes de performance, le carburant pour déplacement, l'entretien des vélomoteurs, l'entretien des chaînes de froid, les subsides pour les soins essentiels et pour exempter ceux qui sont incapables de payer. Ce tableau illustre également que le financement par les communautés ne peut pas être utilisé comme alibi par les gouvernements pour abdiquer leurs responsabilités financières vis-à-vis des systèmes de soins de district. Les gouvernements devront continuer à payer les salaires, ou d'autres sources de financement devront être trouvées car les salaires ne peuvent pas être couverts par le niveau actuel du revenu des communautés. Finalement, le tableau montre que les bailleurs de fonds doivent rester impliqués dans le remplacement des équipements et dans le support, dans la procuration de vaccins ainsi que dans le subside de médicaments essentiels, pour certains pays à faible valeur monétaire comme La Guinée, Bissau et le Zaïre (Knippenberg, Parker 1993).

Un scénario pour atteindre les buts de l'ICAAC, en 1995, inclurait la remise à neuf du réseau actuel de centres de soins dans son ensemble, en Afrique. Bien que ceci semble ambitieux, c'est probablement réalisable quand on regarde de près ce qui a déjà été accompli, les méthodes et l'expérience qui existent actuellement. La remise en route impliquera le fait de s'assurer que les centres de soins fonctionnent correctement, tout en visant à promouvoir la santé, à mobiliser la société, à communiquer et à gérer la communauté. Ceci ne signifie pas que les problèmes de participation de la communauté seront résolus en 2 ans; cela veut dire simplement que nous pouvons commencer à rendre opérationnel, dans les 2 prochaines années, ce qui existe actuellement au niveau opérationnel de base. L'expérience de plusieurs pays suggère que cela peut être réalisé, même dans des circonstances difficiles. Une fois que cette base sera établie, on pourra profiter de la période entre 1996 et 2000 pour étendre les hôpitaux de district, développer la nutrition dans la communauté et les activités de la santé ainsi que les systèmes servant à résoudre les problèmes d'une communauté prête à démarrer afin que celle-ci puisse gagner du pouvoir et se développer. Grâce au support financier de la Banque Mondiale, de l'UNICEF et d'autres bailleurs de fonds internationaux,

le Mali est en train d'établir un scénario qui comprend la remise à neuf pour 1995 de 200 centres de soins existants, ce qui augmentera l'accès aux soins curatifs de 30% (à moins de 5 km) et l'accès aux soins préventifs de 70%. Cela aura déjà un impact potentiel de 30% sur la mortalité des moins de 5 ans. D'ici à 1997, on aura construit ou rouvert 160 centres de soins additionnels ce qui augmentera l'accès aux soins à 45% et l'accès à la prévention à 80% (Ministère de la santé, Mali 1992).

Au Mali, même dans un contexte de faible accès, avec seulement 45% de la population ayant probablement accès à un centre fixe (dans un rayon de 5 km) en 1997, et 80% à des interventions préventives, on peut rapprocher l'utilisation et la protection effective de ces niveaux d'accès, en gérant les services de façon efficace ainsi qu'en mobilisant et faisant participer la population. Le tableau illustre les niveaux d'impact que l'on prévoit et qui paraissent assez décevants à première vue, qui est de 15 à 20 par intervention.

Cependant, l'examen de l'impact réduit de chaque élément des différents systèmes, dans un contexte d'accès sévèrement réduit peut contribuer à la réduction de la mortalité du nourrisson et de l'enfant, le résultat en est surprenant. Les chiffres de mortalité au Mali suggèrent que la majorité des décès pourraient être évités grâce aux éléments de tels programmes de soins minimum. Dans un tel contexte qui est assez caractéristique pour le Sahel, l'application d'un ensemble de soins essentiels dans le cadre de l'approche proposée ci-dessus--même en comptant sur un accès limité et sur une différence réaliste entre l'accès et l'utilisation ainsi que sur des problèmes d'efficacité--a le potentiel de réduire la mortalité des moins de 5 ans de plus de 40%, étape majeure dans la direction des objectifs de l'ICAAC pour les enfants africains en l'an 2000.

Associations dans la communauté

CO-PRESIDENTS:

Joshua Adeniyi, Université d'Ibadan ARHEC, Nigéria;
Raimi Osseni, UNICEF, Cameroun

ORATEURS:

1) E. Lambo (OMS/AFRO, Brazzaville); 2) Lawrence Ijiyera (Autorité de gouvernement local de Ife Central, Nigéria); 3) Roger Lero (Ministère de la Santé, Côte d'Ivoire) et Molly Mort (Peace Corps, Côte d'Ivoire)

Résumé des principaux sujets de la session

Alors que l'Afrique entre dans les années 90, faisant face à des crises économiques et politiques, combinées à la résurgence de maladies telles que le paludisme et la tuberculose et à l'émergence de la pandémie du SIDA, une préoccupation importante consiste à préserver les progrès réalisés au niveau du développement de la santé au cours des années 80 et à aborder de nouveaux problèmes. Cette session a fait une présentation générale instructive de la Conférence internationale sur la santé communautaire en Afrique (CISCA), qui s'est tenue à Brazzaville, au Congo, en septembre 1992, en conjonction avec une réunion des ministres africains de la santé. Le travail de préparation et les discussions à la Conférence elle-même ont démontré clairement que de nombreuses initiatives sont en cours dans tout le continent, dans le cadre desquelles des professionnels de la santé et des communautés travaillent véritablement en tant que partenaires pour le développement de la santé. Des fonds permanents pour des achats de médicaments, ainsi que d'autres plans de financement de santé, sont courants parmi ces initiatives. Les participants à Dakar ont exprimé leurs préoccupations en ce qui concerne le rôle des bailleurs de fonds vis-à-vis des initiatives communautaires. Ils ont insisté sur le besoin de subventions adéquates, de la part de donateurs ainsi que du gouvernement national, pour assurer une administration de services de base, crédibles, afin de permettre d'atteindre une participation substantielle de la part des communautés au développement de la santé. Deux initiatives au niveau des communautés 2 initiatives réalisées au niveau de la communauté (éducation de lutte contre les moustiques au Nigéria et un programme de pharmacie de village en Côte d'Ivoire) ont été ensuite présentées par des ouvriers de santé de district provenant de ces deux pays. Les problèmes

abordés par les orateurs, et ensuite au cours des questions et réponses, portèrent principalement sur la viabilité, le rôle de la communauté dans la gestion des activités et le rôle de supervision et de support technique des membres du personnel de santé.

Résumé des leçons tirées

Les communautés peuvent participer activement à l'amélioration de leur propre santé; cependant, il est nécessaire d'avoir un soutien politique et technique de la part du système de santé officiel.

Les communautés doivent y participer dès le début et pendant tout le processus: de l'identification des problèmes à la résolution des problèmes, jusqu'à l'évaluation des résultats.

Les membres du personnel de santé doivent être prêts à écouter la communauté et à l'aider à répondre à ses besoins, qui n'ont pas tous trait à la santé (par exemple, routes, marchés, etc.)

Le rôle des gouvernements et des bailleurs de fonds est essentiel; il leur incombe de démontrer qu'ils peuvent travailler avec les communautés en tant que véritables partenaires.

Recommandations concernant les directions à prendre

Il serait souhaitable d'envisager plus d'interventions communautaires, par opposition à des interventions au niveau de l'individu ou de la famille, pour la survie des enfants.

Les gouvernements doivent mettre au point des politiques claires concernant le développement de la santé, afin de mieux permettre aux bailleurs de fonds de contribuer à leurs efforts.

Plutôt que d'imposer des solutions perfectionnées aux communautés, le système de santé devrait encourager des solutions communautaires simples et travailler pour consolider leur mise en oeuvre et leur impact.

Financement des soins de santé primaires: développement de politique et stratégies de mise en oeuvre

CO-PRESIDENTS:

Jean Limbassa, Ministère de la Santé, République Centrafricaine;
Leborah McFarland, CDC, Atlanta

ORATEURS:

1) Jean Limbassa (Ministère de la Santé, République Centrafricaine); 2) Thomas Kibua (Projet de Financement des Soins de Santé du Kenya, Kenya); 3) Madibata Matji (Ministère de la Santé, Lesotho); 4) Mandy Kader Kondé (Ministère de la Santé, Guinée); 5) David Ofori-Adjei (Faculté de Médecine de l'Université du Ghana, Ghana).

Résumé des principaux sujets de la session

Des ressources financières qui s'amenuisent et des priorités concourantes, dans de nombreux pays d'Afrique, ont résulté en une crise des soins de santé dans tout le continent. Des responsables politiques africains, des bailleurs de fonds internationaux et des professionnels de la santé ont examiné de multiples stratégies, parmi lesquelles l'Initiative de Bamako, en tant que véhicules pour aborder ce problème.

Le financement des soins de santé comprend un certain nombre de composantes, parmi lesquelles figurent: allocation des ressources, développement du secteur privé, financement social, rendement, amélioration des centres de soins, partage des coûts et remboursement. L'expérience en Afrique, au cours des dix dernières années, a révélé un certain nombre de résultats importants. Premièrement, le financement des services de santé est un élément crucial dans le processus d'allocation des ressources pour les activités de soins de santé primaires, alors que les ressources sont progressivement réduites. Deuxièmement, une participation communautaire et des partenariats de collaboration avec des bailleurs de fonds sont nécessaires pour assurer la coordination intersectorielle et le succès des programmes. De plus, il a été mis en évidence que le fait d'améliorer l'accessibilité géographique et la qualité des soins de santé disponibles pour les communautés rurales pauvres augmente les chances de viabilité des programmes. Lorsque les revenus générés

au moyen d'un partage des coûts et/ou d'un remboursement sont conservés et gérés au niveau communautaire, les chances de succès sont plus élevées, y compris dans les cas de propriété communautaire.

L'expérience du programme dans le domaine du financement des soins de santé primaires, du développement de politique et des stratégies de mise en oeuvre, présentée et discutée dans cette session, a révélé que le financement des soins de santé primaires est une option viable et réaliste pour aborder le problème de ressources inadéquates. Parmi les exemples spécifiques figure la preuve donnée par la République Centrafricaine et du Kenya que la formulation d'un plan national de développement de santé et un comité intersectoriel ont été des composantes efficaces pour affecter le développement de politique et institutionnaliser le financement des soins de santé. Une expérience de plus, provenant du Ghana, a révélé que les coûts ne semblent pas constituer un obstacle quant au choix d'un centre de soins ou à l'achat des médicaments, et que les communautés utilisent la pharmacie la plus proche pour acheter les médicaments. Parmi les aspects très encourageants, la Guinée a démontré qu'en améliorant l'approvisionnement et la gestion des médicaments essentiels, jusqu'à 92% des coûts de fonctionnement peuvent être couverts en vendant ces médicaments au niveau communautaire. Cependant, les données présentées provenant du Lesotho ont été insuffisantes pour déterminer si une augmentation des frais imposés à l'utilisateur ont véritablement réduit l'utilisation des services des centres de soins du gouvernement et provoqué un mouvement vers les missions du secteur privé.

Résumé des leçons tirées

Une décentralisation des activités est importante pour générer une participation communautaire active pour mobiliser des ressources et assurer une bonne gestion du programme.

Les mécanismes de partage des coûts/remboursement devraient être mis en oeuvre par phases, afin de garantir leur acceptation par la population ciblée et de faciliter la gestion des activités.

Une supervision et une formation intensives sont nécessaires pour une gestion efficace des revenus recueillis au niveau communautaire, afin de déterminer l'utilisation la plus efficace de ces fonds.

Une éducation de la communauté est essentielle pour assurer que tout le monde comprend exactement ce que signifie véritablement un partage des coûts ou un remboursement des coûts, et quelles sont les activités spécifiques qui sont nécessaires à la mise en oeuvre de ces stratégies.

L'utilisation des services augmente lorsque la qualité des soins est meilleure au moment où sont augmentés les frais imposés à l'utilisateur.

Un partage des coûts s'est avéré comme étant efficace lorsque les revenus recueillis sont conservés au niveau du district.

Recommandations concernant les directions à prendre

Un support supplémentaire devrait être fourni pour mener de plus amples activités de recherche, destinées à déterminer les effets des frais imposés à l'utilisateur sur les taux d'utilisation, à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé.

Un effort plus important devrait être fait pour obtenir la participation du secteur privé et des organisations non gouvernementales à l'administration des médicaments essentiels et des services de soins de prévention et de traitement, afin d'améliorer la gestion des centres de soins au niveau communautaire.

Stratégies au niveau des districts pour atteindre la santé pour tous en Afrique d'ici l'an 2000

CO-PRESIDENTS:

Issakha Diallo, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal;
René Owona Essomba, Ministère de la Santé, Cameroun

ORATEURS:

1) Akanni O.O. Sorungbe (Agence de Soins de Santé Primaires, Nigéria); 2) Agostino Munyiri (REACH, Kenya); 3) Diawara Alassane (Banque Mondiale, Sénégal); 4) René Owona Essomba (Ministère de la Santé, Cameroun); 5) Auguste Ambendet (Ministère de la Santé, Congo); 6) E. Lanbo (OMS/AFRO, Brazzaville).

Résumé des principaux sujets de la session

Les participants ont identifié une gamme de problèmes ayant trait à l'administration des services de santé aux niveaux périphériques, et ceux associés à des efforts pour consolider la gestion et le support des soins de santé primaires au niveau des districts. Parmi les problèmes de politique figuraient la tendance vers des programmes sanitaires verticaux et insuffisamment articulés; le financement des services de santé primaires; et la couverture inadéquate de ces services. Les problèmes de gestion abordés ont été de mauvaises allocations de ressources aux hôpitaux, résultant de systèmes trop centralisés, des processus inadéquats de planification et de budgétisation, des systèmes d'information insuffisants, de faibles compétences de gestion des ressources, et de mauvais systèmes de supervision. D'autres problèmes ont été identifiés, parmi lesquels l'échec résultant des programmes destinés à affecter de façon optimale la morbidité et la mortalité infantiles, l'absence de moyens pour lesquels il y a un besoin urgent, en particulier des médicaments, et un manque d'initiative adéquate au niveau des communautés.

Résumé des leçons tirées

L'expérience de la mise en œuvre des soins de santé primaires, au cours des 15 dernières années, a été très enrichissante. Parmi les leçons qui ont été tirées figurent:

Le centre de soins périphérique, avec son rôle en tant qu'élément fondamental des soins de santé primaires,

est crucial.

L'engagement politique à tous les niveaux est essentiel.

Le développement des compétences en responsabilité dans le cadre de la santé publique est l'un des investissements les plus importants à effectuer.

Une gestion décentralisée, comprenant un partage de la gestion avec les institutions communautaires, est importante.

Une définition claire des responsabilités est nécessaire pour les services de santé.

Des services de santé intégrés sont plus efficaces et plus facilement accessibles par les clients.

Les politiques nationales et les budgétisations doivent éviter d'allouer une proportion excessive du total de ressources aux niveaux de soins secondaires et tertiaires.

Des systèmes efficaces d'assistance technique sont essentiels, en particulier des systèmes d'information sanitaire, de supervision, de contrôle de qualité et de formation.

Et il est nécessaire de mettre en œuvre de façon efficace des systèmes de gestion au niveau des districts, d'effectuer une diffusion des informations concernant les attributs de ces systèmes et de faire une évaluation des résultats.

Recommandations concernant les directions à prendre

Les participants ont présenté toute une série de recommandations pour fournir des systèmes de gestion plus efficaces au niveau des districts.

Les recommandations ont été principalement au sujet de l'amélioration de capacités générales de gestion. Une attention toute particulière a été portée sur les aspects suivants:

- le besoin d'organiser efficacement les systèmes d'administration des services de

santé pour concentrer des compétences adéquates de gestion et de supervision au niveau des districts;

- le besoin d'utiliser efficacement les données pour évaluer des programmes et des politiques, et pour prendre des décisions;
- la mise en place de politiques plus efficaces, en particulier celles qui insistent sur une participation communautaire, des systèmes de distribution intégrés et une priorité à l'enfant malade;
- une attention constante à la relation entre les membres du personnel de santé et les clients;
- une planification soignée, en particulier pour la définition d'objectifs et pour la gestion financière; et

- le besoin de méthodes d'évaluation plus poussées.

Cet ensemble de recommandations spécifiques exprime un besoin pressant d'accorder une plus grande priorité au développement des compétences de gestion et aux applications destinées à consolider les programmes de soins de santé primaires.

En second lieu, les recommandations ont porté sur le besoin d'une meilleure coordination entre les bailleurs de fonds internationaux, les programmes nationaux et les organisations non gouvernementales, afin de permettre et de subventionner des programmes sanitaires mieux gérés qui encouragent la propriété et la participation par les communautés aussi bien que par les partenaires qui les assistent.

Perspectives

CO-PRESIDENTS:

Ndiro Ndiaye, Ministre des Femmes, des Enfants et de la Famille, Sénégal;
Hope Sukin, A.I.D., Washington

ORATEURS:

1) A.C.O. Sorungbe (Agence de Soins de Santé Primaires, Nigéria); 2) Véronique Lawson (Ministre de la Santé, Bénin); 3) Deogracias Nshimirimana (Ministère de la Santé, Burundi)

Résumé de principaux sujets de la session

Au cours des années 90, l'Afrique fait face à d'importants problèmes: politiques, sociaux, économiques et épidémiologiques. Chacun de ceux-ci a un impact direct sur la santé et la survie des enfants d'Afrique. Vivant dans des pays sans paix ni stabilité politique, les enfants sont exposés à un risque accru de sous-nutrition, de morbidité et de mortalité, comme cela est mis en évidence au Libéria et en Somalie, où les taux de mortalité sont multipliés par un facteur de 30. L'analphabétisme, le chômage et la pauvreté font tous obstacle à la réalisation des objectifs fixés lors du Sommet mondial sur l'enfant.

Les obstacles qui s'opposent à une amélioration de la santé et de la survie des enfants sont clairs: les grossesses inopportunes (trop tôt, trop rapprochées, trop nombreuses et trop tard), les accouchements sans supervision médicale, le tétanos des nouveaux-nés, l'absence d'allaitement exclusif et de sevrage approprié, les IRA, la diarrhée, le paludisme et la rougeole. De plus, l'épidémie de VIH menace les enfants, sous forme d'une infection provenant de leur mère ou sous forme d'un orphelinage.

En dépit des problèmes, l'Afrique a effectué des progrès extraordinaires au cours des dix dernières années. Les stratégies destinées à augmenter la survie des enfants fonctionnent et peuvent continuer à fonctionner. Une approche plus globale à l'enfant malade et à l'intégration offre l'opportunité d'un usage plus efficace et rentable des ressources limitées.

Une exploitation de ces opportunités nécessitera de créer des partenariats nouveaux et meilleurs à tous les niveaux:

communautés, centres de soins, districts, régions, pays, partenaires donateurs et à l'échelle internationale. Deux conditions fondamentales doivent être remplies pour permettre l'amélioration de ces partenariats:

- une volonté politique, et
- des politiques nationales de santé avec des objectifs clairement définis.

Un problème important est la tension dynamique entre l'indépendance nationale, l'auto-suffisance, l'auto-détermination et les partenariats avec des partenaires bilatéraux, y compris des organisations non gouvernementales, et des agences d'assistance technique bilatérales et internationales. La coopération et la collaboration sont fondamentales dans le cadre des politiques nationales de santé.

Une allocation des ressources internationales aux armes, au remboursement de dettes et à des ajustements structurels constitue un problème important pour la santé. Une dette pour le développement fournit une opportunité exceptionnelle de donner des ressources pour la survie des enfants.

Résumé des leçons tirées

La survie des enfants, en dépit des difficultés économiques, a connu un succès remarquable. La démocratisation rend les gouvernements responsables de la santé de leurs enfants.

Des technologies efficaces, abordables, acceptables d'un point de vue culturel et valables d'un point de vue technique sont disponibles pour améliorer la santé et la survie des enfants.

Les soins de santé primaires constituent la stratégie appropriée et correcte. Leur efficacité peut être améliorée par des recherches opérationnelles.

Six facteurs sont fondamentaux pour mettre en oeuvre efficacement des soins de santé primaires: gestion, décentralisation, intégration, partenariats communautaires, surveillance continue et recherche appliquée.

La qualité des soins s'impose comme étant le facteur déterminant qui fait la différence entre des soins de santé primaires efficaces et des soins de santé primaires inefficaces. Des taux d'abandons élevés sont directement attribuables à une mauvaise réception et à une hostilité de la part du personnel de santé.

Une collaboration intersectorielle est fondamentale: finances, éducation, alphabétisation, femmes en développement.

Une auto-suffisance est en cours de réalisation dans les zones de l'Initiative de Bamako, où des communautés locales participent à la prise de décision et au financement des soins de santé. Des systèmes de médicaments essentiels constituent une composante importante de cette stratégie.

Une autonomie en termes de production des vaccins et de production des médicaments essentiels doit être pour l'Afrique un objectif à long terme.

Le soutien des médias est une composante importante des soins de santé primaires.

De nouveaux schémas de comportement sexuel seront nécessaires pour aborder le problème des MST et du SIDA.

“Ne sacrifions pas l'avenir de nos enfants pour nous-mêmes et le plaisir d'aujourd'hui”.

Un support de la politique nationale par les bailleurs de fonds, plutôt qu'un contrôle, est un problème important. “Trouvez où vous pouvez vous intégrer, sinon rentrez chez vous”.

Recommandations concernant les directions à prendre

Rester fidèle à l'esprit de Alma-Ata, du Sommet mondial sur l'enfant, et du Sommet sur l'enfant de l'OUA.

La difficulté est de préserver et d'étendre les progrès des années 80.

Nous devons augmenter la responsabilité politique avec un accès accru à l'éducation et aux services de santé.

Les situations économiques exigent de nouveaux partenariats - publics et privés, modernes et traditionnels. De nouveaux partenariats entre communautés, districts, pays et bailleurs de fonds seront nécessaires.

Nous devons être plus efficaces, grâce à une amélioration des politiques, de la gestion et de l'intégration.

Les maladies nouvelles, telles que le VIH, posent un problème particulier. Nous devons rattacher les efforts de prévention et de lutte contre le VIH à la survie des enfants.

Les systèmes de santé doivent être consolidés (HIS, formation) et doivent être rattachés aux résultats de morbidité et de mortalité.

Des informations pour le soutien et la prise de décision sont essentielles à tous les niveaux (communauté, district, national).

Les outils sont disponibles.

Rapport sur l'atelier de travail sur les stratégies de financement pour la pérennité des services de santé et de survie des enfants en Afrique

Généralités

L'Atelier de Travail de Financement de la Santé a été conçu et réalisé par le Projet de pérennité et de financement de la santé (Health Financing and Sustainability Project), avec un apport technique de la part des Centres Epidémiologiques (Centers for Disease Control and Prevention). L'audience ciblée était constituée de haut-fonctionnaires des ministères de la santé africains, qui ont la responsabilité de développer et de mettre en oeuvre des stratégies nationales de financement de la santé. Des représentants de 14 pays et plusieurs donateurs, parmi lesquels A.I.D., la Banque Mondiale et l'UNICEF, ont participé à l'atelier de travail.

Objectifs

L'atelier de travail était conçu pour servir de forum à un dialogue et un échange d'informations et d'idées d'actualité entre des haut-fonctionnaires et des responsables politiques des Ministères de la Santé africains, des bailleurs de fonds et des experts techniques. De plus, l'atelier de travail était destiné à générer une discussion et une action dans le domaine des stratégies et des politiques de financement de la santé, afin de promouvoir la pérennité des programmes sanitaires de survie des enfants en Afrique au cours des années 90.

Les objectifs spécifiques de l'atelier de travail étaient les suivants:

- Fournir des données techniques actualisées et exposer les leçons tirées des initiatives de politique de financement de la santé en Afrique au cours des dix dernières années.
- Promouvoir une résolution de problèmes pour aborder les obstacles clés au développement et à la mise en oeuvre des stratégies et des initiatives de politique de financement de la santé pour le secteur de la santé.
- Encourager les participants à dresser une liste de recommandations, basées

sur des présentations et des discussions ayant eu lieu au cours de l'atelier de travail, concernant:

- Des démarches pour renforcer la pérennité du financement pour les services de survie des enfants, ainsi que pour d'autres services de santé prioritaires
- Des actions qui peuvent être entreprises immédiatement pour éliminer des obstacles à la mise en oeuvre de stratégies de financement viables pour les services sanitaires
- Des problèmes de politique de financement qui doivent faire l'objet de recherches plus approfondies

Activités de l'atelier de travail

L'atelier de travail de trois jours comprenait des présentations techniques, des études de cas par pays, des discussions en groupe et de sérieuses discussions plénières. Les présentations techniques ont abordé l'histoire récente des réformes du financement de la santé en Afrique, l'emploi du terme pérennité, la pérennité financière des initiatives de survie des enfants en Afrique, et l'expérience de l'Afrique dans le domaine des frais imposés à l'utilisateur, des réformes hospitalières et de l'Initiative Bamako.

Parmi les études de cas par pays figuraient des présentations par des représentants de cinq pays (Cameroun, République Centrafricaine, Niger, Kenya) qui se trouvent à des stades différents du processus de mise en oeuvre des programmes de recouvrement des coûts et des réformes de financement.

Au cours des présentations des bailleurs de fonds, des représentants de quatre agences apportant une assistance aux réformes du financement de la santé en Afrique (la Banque Mondiale, l'UNICEF, l'A.I.D. et l'OMS) ont présenté leurs perspectives et leurs politiques. Les représentants des bailleurs de fonds ont recommandé

aux pays africains de poursuivre les démarches déjà entreprises dans le sens de la réforme, et ils ont garanti un soutien financier et technique pour ces efforts.

Leçons tirées

Au cours de l'atelier de travail, les participants ont été encouragés à exprimer leur position, en ce qui concerne des problèmes importants de financement de la santé, en termes de "sagesse populaire". A la fin de l'atelier de travail, les participants ont évalué la "sagesse populaire" vis-à-vis des problèmes, et ils ont classé chaque position en tant que confirmée, inexacte ou ayant besoin de recherches supplémentaires. Des croyances préalablement inexactes ont été reformulées pour refléter la perspective du groupe. Le résumé suivant du consensus des participants, en ce qui concerne la "sagesse populaire" autour de problèmes importants de financement de la santé, représente une liste concise des leçons clés apprises à partir des efforts de financement de la santé en Afrique, classée par sujet.

Stratégie

L'absence totale d'informations nécessaires pour développer et mettre en oeuvre un programme national de recouvrement de coûts ne devrait pas empêcher la définition de stratégies et de directives de programmes.

Les programmes de recouvrement des coûts devraient être mis en oeuvre par phases.

Des comparaisons entre pays, portant sur les dépenses de santé, doivent être effectuées avec prudence, compte tenu des différences qui existent entre les pays au niveau des prix, de l'épidémiologie des maladies, des méthodes de comptabilité et des densités de population.

Revenu, détermination du prix et volonté de payer

Les coûts initiaux de mise en oeuvre d'un programme de recouvrement des coûts peuvent dépasser les revenus.

Il y a des niveaux de prix acceptables, pour les services de soins de santé, qui sont supérieurs au coût encouru pour percevoir ces frais.

Les frais payés par les utilisateurs peuvent générer suffisamment de revenus pour apporter des améliorations importantes à la qualité et/ou à la quantité des services de santé au niveau local.

Des contributions en nature ou en espèces pour des

services de santé ne constituent pas une nouveauté pour la plupart des africains.

Les gens sont disposés à payer pour des services de santé.

Une partie importante des revenus doit être conservée et gérée au niveau où ceux-ci sont générés.

Des améliorations de la qualité des services de santé primaires au niveau périphérique, tel que cela est perçu par le consommateur, peuvent faire économiser de l'argent aux patients.

A la fois le prix et la qualité des services de santé affectent les taux d'utilisation.

Les pauvres sont plus sensibles aux changements de prix et de qualité.

Des frais imposés aux utilisateurs pourront limiter l'utilisation injustifiée des services sanitaires

Qualité des services

Des améliorations de qualité devraient accompagner et, lorsque cela est nécessaire, devraient précéder la mise en oeuvre de programmes de recouvrement des coûts pour que ceux-ci aient une chance de succès.

Une amélioration de la qualité devrait être l'un des objectifs d'un programme de recouvrement des coûts.

Les revenus provenant d'un recouvrement des coûts devraient être utilisés de la manière nécessaire pour améliorer la qualité des services de santé.

Une supervision étroite et régulière des centres de soins et des communautés contribuera beaucoup au succès des programmes de recouvrement des coûts.

Efficacité

Il est important de donner des récompenses appropriées au personnel à travers tout le système de santé.

Une intégration des services offre un potentiel élevé pour améliorer l'efficacité de l'administration des services de santé.

Les informations nécessaires pour surveiller les programmes de recouvrement des coûts doivent être

soigneusement évaluées, et toutes les informations recueillies doivent être justifiées en termes du temps et des coûts nécessaires pour les recueillir.

Rôle de la communauté

Une participation de la communauté à la planification, la gestion, la mise en œuvre et la surveillance des programmes de recouvrement des coûts est essentielle pour leur succès.

Une mésinformation des consommateurs concernant des interventions de santé spécifiques peut limiter l'utilisation des services et la génération des revenus.

Recommandations

Problèmes prioritaires et actions recommandées

Les participants ont identifié les problèmes clés suivants, ainsi que les actions prioritaires associées qu'ils recommanderont à leurs Ministres dès leur retour.

Pérennité - Développer une politique et une stratégie globales de financement pour le secteur de la santé.

Mobilisation des ressources - Maintenir l'engagement du gouvernement envers le financement; Augmenter la collaboration intersectorielle; Définir des politiques de recouvrement des coûts.

Rôle de la communauté - Gérer et conserver les revenus au niveau local; Augmenter la participation de la communauté.

Qualité des services - Augmenter la disponibilité des médicaments.

Efficacité, limitation des coûts et allocation des ressources - Etablir une politique concernant les médicaments essentiels; Promouvoir l'intégration des services.

Coordination et organisation des ressources - Définir et coordonner les rôles de tous les participants du secteur de la santé, y compris des cabinets privés et des bailleurs de fonds.

Politiques de détermination des prix et coûts - Estimer le coût de tous les services de santé.

Responsabilité et performance - Prévoir des récompenses pour les membres du personnel de santé; Déterminer des

critères pour utiliser les revenus; Développer un système d'information de gestion financier.

Structure légale - Développer une structure légale pour la réforme des politiques de financement.

Formation et mise en œuvre - Intégrer les problèmes de financement dans la formation des membres du personnel de santé, afin d'améliorer leurs compétences de budgétisation, de planification et de gestion.

Fournir des occasions d'échanger des informations, au moyen d'ateliers de travail et de visites d'étude.

Problèmes nécessitant des recherches plus approfondies

Les participants ont identifié les domaines généraux et les sujets prioritaires associés pour lesquels il y a besoin d'effectuer des recherches supplémentaires

Gestion et participation communautaire, y compris le niveau et les conditions d'autonomie à accorder aux hôpitaux et les méthodes pour promouvoir un niveau réaliste de participation communautaire.

Coûts et rendement des services de santé, en particulier le coût des services individuels et le potentiel de réduction des coûts que l'on peut réaliser au moyen d'une intégration.

Equité, en particulier des mécanismes pour protéger les pauvres.

Réponse des membres du personnel de santé, en particulier méthodes pour mesurer la performance et fournir des récompenses.

Conclusions

Les participants ont convenu qu'il y a eu une innovation remarquable au niveau du financement des services de santé en Afrique. Bien que le problème des budgets de santé limités, et dans certains cas, en déclin, soit un problème bien réel, l'objectif de cet atelier de travail consistait à identifier des solutions réalistes. On dispose d'un grand nombre d'informations concernant des stratégies qui marchent, y compris le remarquable succès initial de l'Initiative Bamako vis-à-vis du financement communautaire des services de soins de santé primaires. Plutôt que de recommencer depuis le début, les pays qui

entament des réformes de politique de financement de la santé ou des initiatives de recouvrement des coûts devraient évaluer et adapter à leur situation locale les politiques et stratégies développées par d'autres pays.

Rapport de l'atelier sur les systèmes d'information sanitaire

Objectifs

Les objectifs de l'atelier étaient d'informer les participants sur les approches actuellement utilisées par les systèmes d'information sanitaire qui sont gérés par les programmes de survie de l'enfant en Afrique; d'identifier les besoins en information et les exigences du système pour contrôler le progrès dans le sens des objectifs du sommet mondial pour les enfants; de passer en revue le logiciel disponible à l'heure actuelle et les équipements informatiques pour la gestion de l'information sanitaire; d'offrir l'occasion de pratiquer quelques cas en utilisant le logiciel disponible; et d'identifier les défis rencontrés par les programmes de la survie de l'enfant, dans le domaine des systèmes d'information sanitaire.

Exemples de systèmes nationaux d'information sanitaire

Des représentants du Nigéria, du Burundi, du Togo, du Cameroun, du Nigéria, du Zimbabwe, de la Namibie et du MSF/Epicentre ont échangé leurs systèmes d'information sanitaire. Les données gérées par ces systèmes comprennent les données des programmes généraux de soins de santé primaires, les données de morbidité et mortalité en hôpital, les données régulières sur les avis de maladie, les données logistiques sur les vaccins et les données de surveillance de l'alimentation à partir des sites d'urgence. Le personnel du Ministère de la santé utilise les données de ces systèmes pour suivre les tendances, développer la capacité d'accueil en cas d'une épidémie et pour contrôler et évaluer les indices du programme au niveau local.

Les objectifs majeurs de la santé mondiale

Les objectifs du sommet mondial pour les enfants ont été présentés ainsi que les indices récemment proposés et les données qui sont nécessaires au contrôle du progrès international afin d'atteindre ces buts. Les pays ont été encouragés à évaluer si leurs systèmes d'information pour s'assurer qu'ils regroupent les données nécessaires au calcul des indices du sommet mondial et à la surveillance du progrès.

Le plan Population Saine 2000 des Etats-Unis a été présenté en tant qu'exemple. Il a identifié explicitement la surveillance et les systèmes de données comme l'une des 22 questions prioritaires étant donné qu'une infrastructure d'information est nécessaire pour contrôler le progrès et atteindre les objectifs. Le Système d'Enregistrement Vital, provenant des Etats Unis, fournit les données utilisées pour calculer 12 des 18 indices sanitaires définis par population saine 2000, mettant en évidence l'importance de développer de tels systèmes dans tous les pays.

Les données nécessaires au calcul des indices du Sommet Mondial proviendront de sources multiples comprenant des enquêtes à grande échelle qui fourniront des données sur la mortalité et d'autres indices. Pour le moment, il se peut que de nombreux pays africains n'aient pas le personnel ou les ressources financières pour effectuer de vastes enquêtes sur la mortalité et pour calculer les indices suggérés sur la mortalité infantile et maternelle. Les participants ont discuté le besoin de développer des indices qui serviront aux objectifs du Sommet Mondial et qui peuvent être calculés, au niveau national et local, en utilisant des sources habituelles de données.

Mesure de la mortalité du nourrisson et de l'enfant

Etant donné le besoin de mesurer le progrès vers les objectifs internationaux, les méthodes pour mesurer la mortalité du nourrisson et de l'enfant ont été révisées, y compris la méthodologie de l'Enquête de Santé Démographique, et la technique de la naissance précédente (TNP) et la méthode d'autopsie verbale (AV).

En examinant la TNP et l'AV, l'OMS a conclu que la TNP peut être utilisée au niveau local car les données nécessaires sont déjà collectées au moment des visites de santé. Les données sur les naissances précédentes sont importantes pour identifier et rapporter les grossesses à hauts risques. L'examen a recommandé que la TNP soit suivie dans de nombreuses cliniques prénatales, les maternités et les cliniques de vaccination afin d'acquérir davantage d'expérience de la méthode et de définir plus clairement les usages appropriés. L'utilisation de la

TNP, au niveau national, nécessite d'autres études car la méthode peut ne pas être valable pour contrôler le progrès national vers les objectifs de mortalité. Les consultants ont aussi été d'accord pour dire que la méthode AV ne fournira pas une information exacte sur de nombreuses causes majeures de décès (ex: diarrhée, IRA, HIV, paludisme). Les consultants ont recommandé le développement d'un questionnaire standard pour la méthode AV.

Les participants se sont montrés inquiets quant à la possibilité globale de mesurer la mortalité au niveau national et local et, en conséquence, au caractère pratique d'établir des objectifs de réduction de la mortalité.

Les leçons tirées à ce jour grâce aux interventions des systèmes d'information sanitaire

Les besoins et les usages d'information, par les agences internationales, ne correspondent pas toujours aux besoins et usages d'information aux niveaux locaux. De plus, de nombreux besoins internationaux, y compris les données sur les objectifs de réduction de la mortalité, ne peuvent être recueillis que dans de vastes enquêtes qui ne sont pas facilement reproduites par le personnel national ou local.

Les agences donatrices organisent fréquemment des systèmes d'information sanitaire et des activités de recherche opérationnelle, créant un écart entre les producteurs et les usagers de l'information sanitaire. Par conséquent, de nombreuses données sont recueillies par les systèmes d'information sanitaire la santé sans penser à leur utilisation à l'échelle locale. Une recherche opérationnelle substantielle a été réalisée mais souvent les résultats n'ont servi à rien.

Les systèmes d'information sanitaire devraient fonctionner de façon autonome et devraient être faits de telle façon que les données soient recueillies, analysées et utilisées aux niveaux locaux et ne dépendent pas des réponses de niveaux plus centraux. Les paramédicaux/ locaux doivent être impliqués dans le développement et l'utilisation des indices, à leur niveau du système sanitaire.

L'intervalle de temps entre la collecte, l'analyse et la distribution des données doit être réduit afin de maximiser l'utilisation des données, lors des décisions sur la santé publique. On doit rendre les rapports plus complets, rapides et précis.

Les pays devraient partager fréquemment leurs expériences et leurs informations à propos du développement et de la performance de leurs systèmes respectifs d'information sur la santé.

Il est souvent nécessaire d'avoir des données provenant de sources multiples afin de répondre à l'ensemble des besoins d'information d'un Ministère de la Santé. Les moyens d'un système d'information sanitaire devraient comprendre des enquêtes, des investigations d'épidémie et des études spéciales, ainsi qu'une surveillance épidémiologique de routine et la collecte de données concernant la gestion de programme.

Les besoins d'information devraient déterminer le choix du logiciel (au lieu d'adapter les besoins d'information au logiciel disponible), que le logiciel soit du domaine public ou qu'il soit développé commercialement.

La localisation du système d'information sanitaire, dans l'organisation des Ministères de la Santé, influence sa capacité à remplir son rôle.

Les approches globales qui utilisent de simples techniques pour mesurer la mortalité ne sont pas disponibles. Les bureaux de statistiques nationaux pourraient être mieux utilisés et l'on pourrait contacter d'autres institutions et d'autres secteurs pour obtenir les données disponibles sur la mortalité.

Les systèmes d'information sanitaire ne reçoivent pas souvent un support financier et institutionnel adéquat.

Recommandations pour les futures activités concernant les systèmes d'information sanitaire

Des groupes de travail par pays devraient être appointés pour développer un ensemble minimum d'indices pouvant être utilisés au niveau local et national afin de contrôler la progression vers les objectifs du Sommet Mondial. De plus, il faudrait développer de simples méthodes pour mesurer la mortalité ainsi que des procédés pour collecter et utiliser les données de mortalité au niveau local.

Les pays devraient réévaluer leurs systèmes d'information pour déterminer si toute information requise est fournie et si toute information donnée est nécessaire.

Les agences donatrices devraient inclure dans leurs activités concernant les systèmes d'information sanitaire,

un programme de formation bien défini afin d'augmenter la capacité des Ministères de la Santé de développer et de gérer les systèmes d'information sur la santé nationale, à partir de nombreuses sources de données. Ceci comprendra l'établissement de la capacité (niveau national et périphérique) de récolter, de gérer, d'analyser et d'utiliser l'information sanitaire afin de répondre aux besoins de santé publique de la nation. Des programmes de formation épidémiologique devraient être offerts pour assister les pays dans cet effort.

On devrait améliorer l'information concernant la santé, en développant et en utilisant ensuite des définitions de cas standardisés, en simplifiant le procédé de recueil de données, en s'assurant que les données recueillies soient nécessaires et utilisées au niveau local et en développant et en appliquant des systèmes de supervision pour garantir un rapport opportun et complet.

Les agences donatrices devraient améliorer la coordination, la communication et la collaboration des activités des systèmes d'information sanitaire.

Les agences donatrices, travaillant à développer les systèmes d'information sanitaire, devraient s'assurer que leurs systèmes soient intégrés dans le système

d'information sanitaire du Ministère de la Santé. Les Ministères de la Santé devraient gérer, superviser et utiliser le système d'information sanitaire pour promouvoir son maintien.

Les agences donatrices devraient commencer à travailler avec le Ministère de la Santé pour développer des systèmes d'enregistrement fondamentaux solides. Ces efforts de développement pourraient comprendre la mobilisation des communautés et des agents de santé périphériques pour récolter les chiffres nécessaires et les données de mortalité. Les bureaux de statistiques et les autres institutions devraient être contactés pour obtenir les données de mortalité nécessaires.

Le personnel du Ministère de la Santé qui s'est engagé à atteindre ces objectifs établis au Sommet Mondial pour les enfants, devrait garantir le développement et l'usage d'un système d'information sanitaire adéquat afin de contrôler le progrès réalisés vers ces objectifs. Le Ministère de la Santé devrait s'assurer que le système d'information sanitaire soit une priorité nationale et un élément de distribution du service de la santé, aidant ainsi à assurer au système d'information sanitaire un budget et niveau d'engagement appropriés.

Rapport de l'atelier de travail traitant de la prise en charge de l'enfant malade (IRA/maladies diarrhéiques/paludisme)

Objectifs

Les objectifs de l'atelier de travail traitant à la fois les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), le paludisme et la lutte contre les maladies diarrhéiques étaient de:

Fournir des données techniques actualisées sur la lutte contre les IRA, les maladies diarrhéiques et le paludisme;

Identifier les problèmes techniques et les problèmes de mise en oeuvre qui sont communs aux programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques, le paludisme et les IRA;

Evaluer le besoin de nouvelles approches de gestion de programme nécessaires pour administrer des services globaux de prise en charge de cas d'enfants malades.

Plus de 90 personnes ont participé à l'atelier de travail, parmi lesquelles des directeurs de programmes africains de lutte contre les IRA, le paludisme et les maladies diarrhéiques, des cliniciens africains, des représentants du siège social de l'OMS et du bureau régional de Brazzaville, du personnel des Centres Epidémiologiques (Centers for Disease Control and Prevention), et du personnel de l'USAID et de ses partenaires.

Méthodes

L'objectif principal du premier jour de l'atelier de travail était de fournir aux participants des données techniques actualisées sur la lutte contre les IRA, les maladies diarrhéiques et le paludisme. Des sessions séparées ont eu lieu pour les trois interventions, et les participants ont donné et discuté de nombreuses présentations techniques. En prévision des discussions ultérieures destinées à identifier les points communs entre les trois interventions, les participants de chacune des trois sessions ont identifié des problèmes techniques et programmatiques se rattachant à six sujets communs:

- Diagnostic et traitement
- Surveillance et évaluation

- Information, éducation, communication et éducation sanitaire
- Formation
- Gestion et supervision des ressources humaines
- Gestion des ressources et logistique

Parmi les problèmes techniques figuraient des sujets tels que la difficulté que posent les pneumocoques résistants aux médicaments lors du choix de médicaments pour les programmes de lutte contre les IRA. Parmi les problèmes de mise en oeuvre figurait le soutien actuellement insuffisant à la supervision des membres du personnel de santé en consultation externe.

Suite à ces discussions, trois groupes de travail ont été formés pour discuter en détail, au cours de la deuxième et de la troisième journée, des points communs entre les interventions, concernant chacun des six sujets de la liste ci-dessus. Les participants de chacune des trois sessions d'interventions techniques se sont réparti équitablement dans les trois groupes de travail, afin d'assurer un mélange équilibré de spécialistes des IRA, des maladies diarrhéiques et du paludisme au sein de chacun des groupes de travail. Le premier groupe de travail a abordé les sujets A et B, le deuxième groupe a abordé les sujets C et D et le troisième groupe a traité des sujets E et F.

Au début de la deuxième journée, chacun des trois groupes d'intervention technique a présenté un résumé des problèmes reliés à chacun des six sujets de leur intervention. Après ces présentations, les trois groupes de travail se réunirent pour examiner en détail les opportunités et les contraintes à la mise en oeuvre combinée de services pour les IRA, les maladies diarrhéiques et le paludisme, liée à leur deux sujets en question. Les problèmes ont été classés dans une de ces trois catégories:

Problème unique ou partagé entre les IRA, les maladies diarrhéiques et le paludisme

Potentiel pour une collaboration dans le cadre et les obstacles actuels de cette collaboration

Solutions possibles aux obstacles exigées pour permettre une totale collaboration

Au cours de la troisième journée, l'algorithme de traitement de l'enfant malade de l'OMS/UNICEF a été présenté à tous les participants. Les trois groupes de travail se sont réunis à nouveau pour discuter des implications de la mise en oeuvre de l'algorithme, compte tenu des problèmes qu'ils avaient identifiés dans le cadre de leurs sujets au cours de la deuxième journée.

Les participants ont conclu que la prise en charge de cas intégrée de l'initiative de l'enfant malade était opportune mais qu'un test sur le terrain serait nécessaire pour identifier et évaluer les modifications nécessaires.

Recommandations

Les participants ont noté que l'expérience de plusieurs pays, parmi lesquels le Nigéria et la Namibie, et d'organisations internationales telles que l'OMS et l'UNICEF, met en évidence un besoin marqué d'une prise en charge de cas intégrée pour la diarrhée, les IRA et le paludisme. Cependant, les problèmes programmatiques et techniques suivants devraient être abordés pour donner les meilleures chances de succès à la stratégie de prise en charge de cas intégrée:

Recommandations programmatiques

Au niveau des bailleurs de fonds:
Améliorer la coordination entre les bailleurs de fonds et les gouvernements.

Au niveau national:
Tous les partenaires, y compris les bailleurs de fonds, devraient participer à la définition des politiques nationales pour les soins intégrés des enfants.

Identifier de nouvelles méthodes pour gérer les programmes et pour allouer les ressources qui sont nécessaires à la mise en oeuvre des programmes intégrés de soins des enfants.

Identifier les économies potentielles, en temps et en ressources, qui pourraient résulter de la mise en oeuvre de programmes intégrés.

Assurer que la mise en oeuvre ne diminue pas les résultats des programmes verticaux déjà existants.

Au niveau périphérique:
Faire participer des directeurs de programmes et des responsables de formation à un effort visant à redéfinir et réarranger les systèmes de supervision existants, afin de les rendre mieux appropriés à une administration de services intégrés.

Assurer qu'il existe un soutien logistique adéquat pour une supervision intégrée et une motivation du personnel de santé.

Assurer qu'une formation intégrée de haute qualité est fournie au personnel de santé.

Renforcer la composante "information, éducation et communication" de la formation, afin d'améliorer les soins de santé à domicile.

Définir une liste de matériels et de médicaments essentiels.

Tester sur le terrain, évaluer et adapter, selon les besoins, l'algorithme de prise en charge de cas intégrée au niveau périphérique, et permettre à chaque pays de définir le niveau opérationnel optimal pour la mise en oeuvre de l'initiative.

Utiliser l'approche de la prise en charge de cas intégrée comme une occasion d'améliorer le système de recommandation à tous les niveaux.

Recommandations techniques

Définir le rôle du laboratoire, et aborder les problèmes causés par le manque de matériel de laboratoire.

Définir le contexte pour une collaboration entre le Ministère de la Santé et les Universités, en particulier les écoles d'infirmières et les facultés de médecine.

Définir des stratégies pour surveiller la résistance aux médicaments et les effets secondaires.

Définir des stratégies pour améliorer l'adhésion des patients, que ce soit pour mener à bien le traitement standard ou en ce qui concerne l'emploi de remèdes traditionnels, populaires ou à base d'herbes.

Définir le rôle de l'information, de l'éducation et de la communication dans la formation, vis-à-vis de l'adhésion des patients à la thérapie et de l'amélioration des soins à domicile.

Rapport analytique de l'atelier PEV

Un atelier sur les programmes élargis de vaccination (PEV) s'est tenu du 25 au 27 mars 1993, en marge du Forum ACSI-ACCCD sur l'état d'avancement de la survie de l'enfant en Afrique. Cet atelier a réuni quarante-cinq participants, dont des administrateurs de PEV et des cadres de la médecine préventive venant de 14 pays différents. Ont également pris part à cet atelier, les directeurs et des membres du personnel des divisions PEV de OMS/AFRO et de Genève, ainsi que des membres du personnel de l'UNICEF et des représentants de Epicentre, d'organisations non gouvernementales, et de projets financés par l'USAID.

Les objectifs du PEV tels qu'assignés par le Sommet mondial de l'enfance ont été passés en revue par le chef de la division PEV du bureau de l'OMS à Genève, Le Dr. Robert Kim-Farley. Ces objectifs sont les suivants:

- atteindre un taux de couverture de 90% d'ici à l'an 2000 pour tous les antigènes,
- éradiquer le tétanos néonatal d'ici à l'année 1995,
- réduire les taux de morbidité et de mortalité de 90% et 95%, respectivement, d'ici à 1995,
- éradiquer la poliomyélite d'ici à l'an 2000.

Les objectifs de l'atelier étaient d'évaluer l'état d'avancement de l'exécution du PEV, d'examiner les derniers développements techniques et d'identifier des stratégies permettant de garantir la réalisation des objectifs PEV assignés par le Sommet mondial de l'enfance.

Des progrès remarquables ont été réalisés depuis le démarrage, en 1979, de la formation dans le domaine des PEV. La couverture vaccinale s'est améliorée, passant de 5% en 1979 à près de 60% en 1990. De même, l'accès à une vaccination de qualité et à d'autres soins de santé a connu une nette amélioration. Grâce à une meilleure gestion et à l'exploitation de données, il est désormais possible de fournir des soins de santé plus efficaces. Le nombre de cas cliniques et décès dus à ces maladies que l'on peut prévenir par l'administration de vaccins a considérablement baissé.

Les priorités du PEV sont de maintenir voire élargir les niveaux de couverture, de mettre en place des systèmes de surveillance fiables, d'obtenir les ressources nécessaires et de contribuer à l'introduction de nouveaux vaccins. On a eu recours à des contacts PEV qui sont en train de tester:

- les possibilités d'introduction de nouveaux vaccins tels que le vaccin contre l'hépatite B,
- l'administration simultanée de micro-aliments, et
- l'intégration du planning familial.

Les différentes communications ont mis l'accent sur les progrès réalisés, les stratégies nouvelles au plan technique, les méthodes opérationnelles destinées à maintenir voire accroître la couverture vaccinale, et sur le renforcement de la surveillance des maladies. Les facteurs limitants qui sont apparus dans bon nombre de pays sont d'ordre financier, politique et technique. Les aspects essentiels qui ont été évoqués au cours des débats ayant suivi la présentation technique qui a permis de mettre en exergue ces préoccupations et les orientations du PEV, sont les suivants:

La priorité du PEV a été modifiée de manière qu'elle soit centrée sur la couverture et la surveillance et non plus sur la seule couverture.

Le renforcement de la gestion au niveau du secteur notamment dans les domaines de la planification, de la formation, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation constitue une priorité du programme pour les années 1990. La qualité des services et leur caractère soutenu constituent des éléments essentiels.

La formation, la supervision et le soutien logistique sont nécessaires afin que, pour chaque injection, on utilise une aiguille et une seringue stériles et que les vaccins demeurent actifs au moment de la vaccination.

Pour garantir une utilisation optimale des vaccins disponibles, il est nécessaire de procéder régulièrement à l'évaluation des stratégies en matière de vaccination,

de l'utilisation des vaccins et à la vérification de la taille des fioles.

L'élimination des occasions manquées est une stratégie efficace pour améliorer la couverture vaccinale. Pour se faire, il est nécessaire de:

- faire en sorte que les vaccinations simultanées (c'est-à-dire tous les vaccins qui doivent être administrés à l'enfant) soient faites au cours de la même séance,
- procéder à un dépistage et à une vaccination là où il y a eu contact (notamment chez les enfants malades et chez les personnes ayant la charge des enfants),
- éliminer les fausses contre-indications,
- sensibiliser les agents de santé pour éviter le gaspillage et, par voie de conséquence, les pénuries de vaccin, et
- assurer une fourniture adéquate de vaccins à tous les niveaux du réseau sanitaire (centres de santé, secteurs, national). Le refus des parents ne constitue pas un problème majeur.

Pour en assurer la pérennité, les pays devront faire davantage d'efforts dans le domaine de l'acquisition, surtout en ce qui concerne ces éléments disponibles au niveau national.

Les logiciels du PEV constituent, pour autant que le personnel utilisateur ait reçu la formation adéquate, un outil important pour la planification, l'exécution et le suivi des programmes aux niveaux national et du secteur.

Les zones urbaines se posent en véritable défi aux PEV en raison de leurs taux de croissance élevé, de leur potentiel à constituer un réservoir et un lieu de dissémination de toutes sortes d'infections, en raison du développement de nouvelles zones urbaines mal desservies (bidonvilles, souvent) du nombre élevé de malades que reçoit chaque centre de santé, et du potentiel de fournisseurs privés importants.

D'après une étude faite au Togo et au Burundi, le

recours au personnel chargé de PEV pour contacter individuellement les habitants d'une communauté afin de leur fournir des informations concernant l'espacement des naissances s'est traduit par une plus grande utilisation des moyens de contraception disponibles.

Il est vrai que, de plus en plus, les pays prennent en charge le financement de leurs PEV, mais l'aide extérieure sera toujours nécessaire pour les pays qui sont à cours de devises.

Les aspects spécifiques aux maladies que rencontrent les administrateurs de PEV dans les années 1990 sont les suivants:

La rougeole

La rougeole tue encore quelque 500.000 enfants africains chaque année. Les principales priorités en vue d'atteindre les objectifs, à savoir la réduction des taux de morbidité et de mortalité, sont les suivantes:

- bonne couverture vaccinale chez les enfants à risque (généralement âgés de 9 à 11 mois),
- réduction des risques d'infection nosocomiale au moyen de dépistages systématiques et de séances de vaccination pour tous les enfants âgés de 6 mois à 5 ans hospitalisés dans les services pédiatriques,
- implantation d'un programme poussé de vaccination de masse destiné aux populations de réfugiés,
- gestion par cas appropriée des complications de cette maladie, notamment l'administration de vitamine A aux cas sérieux chez les patients âgés de moins de 2 ans,
- et un esprit volontaire tendu vers la réduction de cette maladie, qui fait appel à l'investigation pour évaluer le taux de transmission de la maladie afin d'améliorer la méthode d'implantation et d'évaluation.

Le tétanos des nouveaux-nés

D'après les estimations, 100.000 cas de décès en Afrique sont dûs chaque année au tétanos des nouveaux-nés.

L'éradication du tétanos néonatal en tant que problème de santé publique passe par deux voies: une bonne couverture en anatoxines tétaniques et l'accouchement sans risque. Une meilleure surveillance est nécessaire pour identifier les zones à hauts risques et veiller à l'efficacité du programme. Même si l'objectif à long terme de ce programme est une bonne couverture en anatoxines tétaniques pour toutes les femmes, il convient d'accorder la priorité à une couverture de 100% pour toutes les femmes exposées à de hauts risques. Le suivi de la couverture sera facilité par la création et l'utilisation d'un registre permanent d'anatoxines tétaniques.

La poliomyélite

L'éradication de la poliomyélite dans le monde entier est prévue pour l'an 2000. Pour préparer le sprint final, les pays doivent:

- réaliser et maintenir un taux de couverture élevé (80%) de 4 doses de VPO dans tous les districts;

- mettre en place un système ponctuel de surveillance de la maladie au niveau de chaque district qui permettra notamment de signaler les cas de paralysie flasque aiguë;
- développer la possibilité de rechercher les cas de de paralysie flasque aiguë, et d'utiliser les laboratoires de référence nationaux et régionaux afin de confirmer le diagnostic.

La fièvre jaune

Les pays menacés par la fièvre jaune et qui n'ont pas de programme de vaccination systématique contre cette maladie devraient songer sérieusement à inclure cette composante dans leurs PEV lors des séances de vaccination contre la rougeole.

- Ackah, Alain;** *Tuberculose et infection HIV chez les enfants d'Abidjan, Côte d'Ivoire*
- Adewusi, Mosunmola;** *Occasions de vaccination manquées dans les zones urbaines de Lagos*
- Afari, E.A.;** *Activités de survie des enfants dans trois communautés rurales dans le sud du Ghana: tendance de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, impact et leçons tirées*
- Agle, Andy;** *Situation de l'initiative mondiale d'éradication de la dracunculose d'ici 1995*
- Ambendet, Auguste;** *L'intégration des programmes de survie de l'enfant au niveau du district dans la République du Congo*
- Aplogan, Aristide;** *Test d'intégration du planning familial et des services de vaccination infantile au Togo*
- Arthur, Paul;** *Leçons tirées d'une évaluation approfondie d'un programme de vaccination de district au Ghana*
- Arthur, Paul;** *Amélioration des apports en vitamine A dans le but de réduire la morbidité et la mortalité: les options politiques et de programme en Afrique Occidentale*
- Arube-Wani, J. W.;** *Evaluation rapide de projets de soins de santé primaires: 5 études de cas de participation communautaire en Ouganda*
- Atsyor, Cornelia;** *Participants du secteur privé et des communautés dans le Programme de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques (LMD)*
- Barakamfitye, Deogracias;** *Les stratégies du programme mise à jour sur l'exécution du programme en Afrique au Sud du Sahara*
- Beau, J.P.;** *Facteurs de risque de décès chez des enfants Sénégalais présentant un kwashiorkor*
- Bicego, George;** *La mortalité chez l'enfant africain: le taux, les tendances, et les différences*
- Cayemittes, Michel;** *Séroprévalence de l'anatoxine tétanique et couverture par l'anatoxine tétanique chez les femmes qui ont récemment accouché à Haiti*
- Cham, Mohammadou;** *Mise en oeuvre nationale d'une lutte contre le paludisme à l'aide de moustiquaires imprégnées d'insecticide: l'expérience Gambienne*
- Chikakuda, John;** *Tétanos des nouveaux-nés au Malawi*
- Chitsulo, Lester;** *L'impact économique et sanitaire du paludisme au Malawi*
- Dabis, François;** *Immunogénicité et réactogénicité des vaccins PEV chez les enfants à infection HIV: une étude d'une cohorte à Kigali, Rwanda, 1988-1991*
- Djomand, Gaston;** *Infection HIV et définitions des cas de SIDA parmi les enfants à Abidjan, Côte d'Ivoire*
- Dogoré, Raymond;** *Maladie grave parmi les enfants africains atteints de diarrhée*
- Dondero, Tim;** *Infection HIV maternelle: une menace majeure à la survie des enfants en Afrique*
- Dowdle, Walter;** *La prévention et les objectifs à atteindre chez les enfants d'ici l'an 2000: 5 éléments clefs*
- Echitey, Nene;** *Paludisme et anémie chez les enfants de 0 à 12 ans à Afagnan*

- Ekembi, Armand;** *Gestion d'un service pédiatrique pour les enfants malades: expérience de l'hôpital provincial, Bamenda, Province du Nord-Ouest, Cameroun*
- Ekpini, E.;** *Etude prospective de comparaison de la transmission périnatale de HIV-1 et du HIV-2 à Abidjan, Côte d'Ivoire*
- Eriki, P.;** *HIV/TB en Afrique: est-ce que nos innocents enfants doivent en payer le prix?*
- Fagbule, Doyin;** *Traitement de cas de IRA par des membres du personnel de santé des communautés: expérience dans deux LGA appartenant au programme CCCD au Nigéria*
- Gokir, Peter;** *Innovation au niveau de la consolidation des compétences des membres du personnel de santé: le programme de formation continue au Nigéria*
- Grange, Adenike O.;** *Favoriser l'allaitement: développement d'une politique*
- Grange, Adenike O.;** *Identification et évaluation de liquides appropriés pour une prise en charge à domicile des cas de diarrhée*
- Greenwood, Brian;** *Effet de moustiquaires traitées à l'insecticide sur la mortalité des enfants en Gambie*
- Greenwood, Brian;** *Chevauchement entre les caractéristiques cliniques de la PNEUMONIE et du PALUDISME*
- Ijiyera, Lawrence;** *Education de lutte contre les moustiques dans l'administration locale d'Ife Central, dans l'état d'Osun*
- Imboua, Lucille;** *Amélioration du programme basée sur la suivi des activités d'une formation sanitaire*
- Imoh, Grade O.;** *Communication pour un programme de mobilisation sociale: une évaluation du Programme Elargi de Vaccination (PEV) au Nigéria*
- Joret, Vincent;** *Pertinence des données hospitalières pour les stratégies nationales de lutte contre l'IRA*
- Kabore, Antoine;** *Examen ciblé du programme - utilisation de données lors de l'élaboration de programmes nationaux LMD*
- Kagundu, Grace;** *Rôle d'une recherche qualitative dans l'amélioration de la couverture vaccinale au Kenya*
- Kagone, Meba;** *Intégration d'un service de PF dans les cliniques de santé maternelle et infantile et les centres SSP au Burkina Faso*
- Kanyama, L.;** *Risque d'exposition professionnelle au HIV parmi les infirmières-sages-femmes et les sages-femmes traditionnelles*
- Karita, E.;** *Transmission de mère à enfant du virus d'immunodéficience humain de Type 1 (HIV-1) et sur ses déterminants, commencée en novembre 1988 à Kigali, au Rwanda*
- Kazembe, Peter;** *Paludisme résistant à la chloroquine (CQ) au Malawi: réaction à des informations recueillies localement*
- Kazembe, Peter;** *Paludisme et pneumonie: une ou deux affections?*
- Kibua, Thomas;** *Financement des soins de santé au Kenya: efforts passés et perspectives*
- Knippenberg, Rudolph;** *Mise en oeuvre dans et par la communauté*

- Koita, Nouhoum;** *Renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans les zones rurales du Mali*
- Konde, Mandy Kader;** *Initiative de Bamako en Guinée: bilans et perspectives*
- Kone, Adama;** *L'importance de la diarrhée persistante dans le programme national de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques (LMD): perspectives d'action*
- Larsen, Sandy;** *Surveillance prénatale dans le cadre de la prévention de la syphilis congénitale: besoin et possibilité d'une surveillance de la syphilis comme cela a été démontré au Malawi et en Jamaïque*
- Lawson, Veronique;** *Perspective du Benin sur l'avenir de la survie de l'enfant*
- Leigh, Bailah;** *Le réseau de prévention de mortalité maternelle: leçons tirées de projets réalisés en Afrique Occidentale*
- Lemine, Sidi Mohamed;** *Utilisation de données épidémiologiques et comportementales pour développer une politique nationale*
- Lero, Roger;** *Projet de boîte à pharmacie de village*
- Limbassa, Jean;** *Formulation et mise en oeuvre de politique permettant l'amélioration et le financement continus des services de santé en République Centrafricaine*
- Macauley, Rose;** *Lancement d'une initiative PEV à Lagos*
- Malfait, Phillippe;** *Epidémie de rougeole, Niamey, Niger - 1990-1991*
- Manirankunda, Lazare;** *L'épidémiologie de la dysenterie au Burundi*
- Maoude, Hamissou;** *Le programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) au Niger*
- Marek, Tonia;** *Mise en oeuvre de stratégies au niveau des districts*
- Marufu, Tawanda;** *Surveillance et lutte contre la poliomyélite au Zimbabwe*
- Matji, Madibata;** *Evaluation de l'effet d'augmentation de tarifs de prestations de soins au Lesotho*
- Mbonihankuye, Damien;** *Intégration de services de planning familial au sein des consultations de vaccination et de surveillance de la croissance au Burundi*
- Mboup, Gora;** *Niveau tendances et caractéristiques de la fécondité et de la planification familiale en Afrique au Sud du Sahara à partir des enquêtes démographiques et de santé*
- Miggade, Michael;** *Influence sur la politique nutritionnelle nationale: utilisation de données pour une action*
- M'Manga, Richard;** *Pratiques de sevrage et risque de diarrhée au Malawi: implications pour la survie des enfants*
- Moy, Robert;** *SIDA pédiatrique: un problème majeur pour la survie des enfants. Expérience dans des conditions provinciales au Zimbabwe*
- Mpese, Munkatu;** *Institutionnalisation de l'amélioration de la qualité grâce à une résolution systématique de problèmes au sein du système de soins de santé primaires au Zaïre*
- Mugero, Charles;** *Développement d'un curriculum intégré pour centre national de formation TRO*

Mukasa, Gelasius; *Quelques interventions pour promouvoir un allaitement efficace en Ouganda*

Munyiri, A.; *Utilisation de données pour planifier les services PEV au niveau du district au Kenya*

Ndayimirije, Nestor; *Epidémie de choléra à Rumonge, Burundi*

Ndonko Tioukou, Flavien; *Traitement par les mères des enfants atteints de diarrhée dans une communauté rurale au Cameroun*

Ndoyo, Justin; *Accroissement de taux de vaccination: impact éventuel d'une diminution des cas d'omission de vaccination*

Ngendabanyikwa, Norbert; *Perspective du Burundi sur l'avenir de la survie de l'enfant*

Ngoumou, Pierre; *Méningite épidémique dans la province extrême nord du Cameroun*

Niang, Cheikh I.; *Stratégie des femmes Dimba dans la prévention de la transmission périnatale du HIV dans la Région de Kolda, Sud du Sénégal*

Niangue, Joseph; *Amélioration de la supervision des membres du personnel de santé en Côte d'Ivoire*

Nicholas, David; *Application d'une assurance de qualité aux soins de santé primaires dans les pays en voie de développement*

Nkrumah, Francis K.; *Perspective du Ghana sur l'avenir de la survie de l'enfant*

Nxumalo, Mavis; *Résultats de recherche formatives pour le développement d'un programme IRA, Swaziland, 1990-1991*

Nyamongo, J. and Djomand, Gaston; *Transfusions sanguines en Côte d'Ivoire et au Kenya: Implications pour la politique et les programmes destinés à diminuer la transmission HIV associée à une transfusion*

Obwaka, Emily; *Lutte contre la syphilis chez les femmes enceintes dans les cliniques à commission de la ville de Nairobi, Kenya*

Ofori-Adjei, David; *Sociologie du recours aux médicaments au Ghana: une étude de référence avant la mise en oeuvre de l'initiative de Damako*

Okwo, Bele; *Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans la région africaine: présentation générale des progrès problèmes et difficultés*

Oloo, Aggrey; *Résistance aux médicaments et évolution des politiques de prise en charge de cas au Kenya*

Othepa, Okit'osdu; *Lutte contre la rougeole dans les zones urbaines de l'Afrique améliorée par une couverture élevée et l'utilisation du vaccin Edmonston-Zagreb à l'âge de six mois*

Owona, E.R.; *Mise en oeuvre et décentralisation des soins de santé primaires intégrés dans un district de santé*

Paluku, Kalenga; *Développement d'indicateurs pour évaluer les programmes de lutte contre le paludisme*

Payne, Lola; *Promotion d'une politique d'administration de services maternels*

Robinson, David; *La collaboration entre les ONG's, les pays et les bailleurs de fonds dans le contrôle des IRA*

- Roungou, Jean-Baptiste;** *Développement de politiques et de programmes pour la Lutte Contre le Paludisme en Afrique Francophone: l'Initiative Paludisme de ACSI-CCCD*
- Saarias, Kristin;** *Un modèle de formation pour améliorer les compétences de planification de programme*
- Samba, Kinday;** *Amélioration de l'alimentation des jeunes enfants en Gambie*
- Sanwogou, Lardja;** *Renforcement des communications entre les membres du personnel de santé et les personnes qui administrent les soins*
- Serunjogi, Louise;** *L'allaitement exclusif et non-exclusif: les effets nutritionnels chez l'enfant*
- Shaw, Estelle;** *Ethnographie politique pour le développement du planning familial, Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991*
- Sorongbe, A. O. O.;** *Perspective du Nigéria sur l'avenir de la survie de l'enfant*
- Sorongbe, A. O. O.;** *Décentralisation des soins de santé primaires au Nigéria: vers un accès plus facile et une meilleure qualité au niveau des populations rurales*
- Tankari, K.;** *Evaluation des progrès réalisés vers la SPT/2000 au niveau du district dans la région africaine*
- Tetanye, Ekoe;** *Apport complémentaire d'eau chez des nourrissons nourris exclusivement par allaitement dans les régions chaudes et arides du Cameroun (Afrique Centrale)*
- Timite-Konan, A. M.;** *Prise en charge thérapeutique des infections respiratoires aiguës (IRA) de l'enfant dans les centres de protection maternelle et infantile d'Abidjan*
- Tomori, Oyewale;** *Fièvre jaune au Nigéria, 1986-1991: considérations sur le degré de préparation et la lutte contre l'épidémie*
- Toure, Mounir;** *Evaluation de la qualité de la supervision des soins de santé primaires au Sénégal*
- Tulloch, James;** *Prise en charge intégrée de l'enfant malade - un nouvel effort OMS/UNICEF pour améliorer la survie des enfants*
- Wafula, Ezekiel;** *Présentation de problèmes majeurs de recherche sur l'IRA en Afrique*
- Waldman, Ronald;** *Prise de décision d'après les données de soins de santé primaires recueillis*
- Walsh, Julia;** *Augmentation de la priorité aux soins de santé primaires: le rôle du programme de support aux soins de santé primaires au Nigéria*
- Wirima, Jack;** *Prévention ou traitement du paludisme chez les femmes enceintes*
- Yazipo, Dieudonne;** *Gestion des médicaments essentiels pour le traitement du paludisme en République Centrafricaine*
- Zirembuzi, George W.;** *SIDA pédiatrique: notes hospitalières*
- Zucker, Jane;** *Mortalité en hôpital et après la sortie de l'hôpital chez les enfants atteints d'anémie grave, Kenya Occidental*

ANGOLA

Eduardo Bartolome
Medecin, Health Project Officer
UNICEF-Luanda

Braz Dias Ferreira
Ministère de la Santé

Ermelindo Gonçalves
Ministère de la Santé

BENIN

Georgette Dossou
Directrice Adjointe de Cabinet
Ministère de la Santé

Veronique Lawson
Ministre de la Santé
Ministère de la Santé

Moussa Yarou
EPI Manager
Ministère de la Santé

BOTSWANA

Lesetedinyana Lesetedi
Principal Family Health Officer
Ministry of Health

Rosa Onalethuso Mandevu
Chief, Community Health Officer
Ministry of Health

W. G. Manyeneng
Director, Primary Health Care
Ministry of Health

Khutsapalo Modisi
National ARI Manager
Ministry of Health

Baruti Scrabe
Pediatrician
Ministry of Health

Monica Tselayakgosi
Senior Economist
Ministry of Health

BURKINA FASO

Neen Alrutz
Technical Advisor in AIDS and Child Survival
USAID

Didier Bakouan
Directeur
Ministère de la Santé de l'Action
Sociale et de la Famille

Mathias Hien
Secrétaire General Adj
O.C.C.G.E

Meba Kagone
Resident Advisor, SEATS Project
John Snow, Inc.

Claude Millogo
Program Specialist HPN
USAID

Fatoumata Ouattara
Directrice de l'Enfance
Ministère de la Santé de l'Action
Sociale et de la Famille

Marie Berthe Ouedraogo
Assistant Project Officer, Health
UNICEF

Cyriaque Pale
Directeur Provincial, Bulkiemde
Ministère de la Santé de l'Action
Sociale et de la Famille

Alphonse Sawadogo
Pediatre, Professeur à l'Université
UNICEF

Gaston Sorgho
Medecin
PLAN de Parrainage International

Frank Tankoano
Health Coordinator
PLAN International

Leonard Tapsoba
Secrétaire Générale
Ministère de la Santé de l'Action

Abdoulaye Traore
Responsable National du Programme
Elargi de Vaccination
Ministère de la Santé

Adrien Ware
Chef, Service des Statistiques Sanitaires
Ministère de la Santé

Blaise Yanogo
Directeur Provincial, Passore
Ministère de la Santé

Yacouba Zina
Directeur DEP
Ministère de la Santé

BURUNDI

Fidele Bizimana
EPI Manager
Ministère de la Santé

Julien Denakpo
Project Specialist
USAID

Bradley Fiersh
Medical Epidemiologist
USAID/CDC

Lazare Manirankunda
Provincial Medical Chief
Ministère de la Santé

Damien Mbonihankuye
Coordinator PF/PEV
Ministère de la Santé

Serge Nkurikiye
Directeur EPISTAT
Ministère de la Santé

Deogracias Nshimirimana
Inspecteur Generale
Ministère de la Santé Publique

Stanislas Ntahobari
Director of Hygiene and Preventive Medicine
Ministère de la Santé

Janis Timberlake
Senior Health Planner
CCCD Program Specialist
USAID

CAMEROUN

David Awasum
Director
Ministry of Public Health

Bernard Bangué
Demographer
Ministry of Public Health

Etoa Nkoa Benoit
Chef de Service
Ministry of Public Health

Francis Jacques Louis
Chef du Département
O.C.E.A.C.

Vincent Mouanda
Secrétaire Général Adjoint
O.C.E.A.C.

Flavien Tiokou Ndonko
Anthropologist
APA/PAA

Emmanuel Ngapana
Medical Officer
Ministère de la Santé Publique

Pierre Ngoumou
Ministère de la Santé Publique

Raimi Osseni
PHS Officer
UNICEF

René Owotia Essomba
Director of Preventive and Rural Medicine
Ministry of Public Health

Agma Prins
Consultant
USAID

Ekoé Tetanye
Head of Pediatrics Department
Hôpital Central
Université Yacoude

James Zingesser
TAACS Advisor
USAID/CDC

CAPE VERDE

Naldina Souto Amado
Health Delegate in the Municipality of
Porto Novo
Ministry of Health

Margarida Cardoso Carlota
Psychologist, Director for Cooperation
Ministry of Health

Maria Jose Costa
National Director ARI Program
Ministry of Health

CHAD

Pierre Andre Chrisan Mazars
Health Officer
UNICEF

Andre Ndikuyeze
Epidemiologist
OMS

CHINE

Yushan Hou
Agence Chine Nouvelle

CONGO

Auguste Ambendet
Conseiller Technique
Ministry of Health

M. Ball
Regional Officer
WHO/AFRO

Deogratias Barakamfitye
Director of Communicable Diseases Prevention
and Control
WHO/AFRO

El Hadi Benzerroug
Regional Officer
WHO/AFRO

Bruno DeBenoist
Docteur
OMS

P. Eriki
TB/LEP Regional Advisor
WHO/AFRO

Antoine Kabore
Regional Advisor
WHO/AFRO

B. Khanh Nguyen
Regional Advisor
WHO/AFRO

Eyitayo Lambo
Health Economist
WHO/AFRO

Andrei Lobarov
Medical Advisor
WHO/AFRO

Gottlieb Monekosso
Regional Director
WHO/AFRO

Okwo-Bele
Regional Advisor
WHO/AFRO

Lardja Sanwogou
Health Education Specialist
WHO/AFRO

COTE D'IVOIRE

Alain Ackah
Medecin
Project RETRO-CI

Bineta Ba
Health Care Financing Advisor
USAID/REDSO/WCA

Issa Malick Coulibaly
Medecin-Chef
Centre Antituberculeux: Adjame

Gaston Djomand
Project RETRO-CI

Raymond Dogore
Medecin Epidemiologist
Ministère de la Santé

Ehounou Rene Anatole Ekpini
Medecin
Project RETRO-CI

Sif Ericsson
MCH Advisor
USAID/REDSO/WCA

Lucille Imboua-Coulibaly
Médecin
Ministère de la Santé

Katherine Jones-Patron
Assistant Director
USAID/REDSO/WCA

Rudolph Knippenberg
Regional Advisor for Primary Health Care
UNICEF/WCARO

Digbeu Roger Lero
Chargé de l'Hygiène et Assainissement
Ministère de la Santé

Margaret (Molly) Mort
Volunteer
Peace Corps

Joseph Niangue
Coordinateur Programme National de Lutte
Contre le Paludisme
Ministère de la Santé

Lionel Pierre
OMS

Estelle Shaw
Sous Directeur
Ministère de la Santé

Barry Scaleymane
Regional HIV/AIDS Advisor
USAID/REDSO/WCA

Aka Tano-Bian
Directeur Regional, Sud
Ministère de la Santé

Adjoua Margurite Timite-Konan
Professor de Pediatrie
Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougan

R.C.A.

Lue Barriere-Constantin
Chargé des Programmes Santé
UNICEF

Ruth Doutzonga
Chef de Cellule, Education pour la Santé/
DM/PE
Ministère de la Santé Publique

Reginaid V. Hawkins
HIV/AIDS Technical Advisor
USAID/CDC

Jean Limbassa
Inspecteur General
Ministère de la Santé Publique

Marcel Massanga
Chief of EPI and School Health
Ministère de la Santé Publique

Philémon Namkona
Directeur Général de la Santé
Ministère de la Santé Publique

Abel Namssenmo
Medical-Chef
Bambari Regional Hospital

Justin Ndoyo
Directeur de la Médecine
Préventive et de la Lutte Contre Les
Ministère de la Santé Publique

Karen Hawkins Reed
Technical Advisor
USAID/CDC

Euher Dieudonne Yazipo
Chef de Service, MSP
Ministère de la Santé Publique

FRANCE

Francois Dabis
Associate Professor in Epidemiology
INSERM

Nicole Guerin
Chef du Service Maladies Transmissibles
International Children's Centre

Philippe Malfait
Epidemiologist
EPICENTRE

Alain Moren
Director
EPICENTRE

ALLEMAGNE

Friedeger Stierle
Conseiller Technique
Gesellschaft für Technische
Zusammenarbeit

LA GAMBIE

Mohammadou Kabir Cham
Programme Manager
Medical Research Council Laboratories

Marius Willem DeJong
UNICEF

Brian Greenwood
Director
Medical Research Council Laboratories

Kebba Omar Jaiteh
Acting Head of Epidemiology/Statistics Unit
Ministry of Health

Kebba-Biram Jobe
EPI Manager
Ministry of Health

Reuben Mboge
Senior Medical Officer
Department of Health Services

Joan Millsap
Gambia Country Representative
PRITECH
Management Sciences for Health

Edward Kim Mulholland
Research Clinician
Medical Research Council Labs

Ayo Palmer
Paediatrician
Ministry of Health

Kinday Samba
Nutritionist
Gambia Food & Nutrition Association

GHANA

Benedicta Monica Ababio
Deputy Health Pop. and Nutrition Officer
USAID

Kwame Adogboba
Regional Director of Health Services
Ministry of Health

Paul Arthur
Epidemiologist
Ministry of Health and London School of
Hygiene

Fenella Avokey
Epidemiologist
WHO/CST

M. H. Gotink
UNICEF

Eugene Nyarko
National ARI Programme Coordinator
Ministry of Health

Henrietta Odoi-Agyarko
Head, Maternal & Child Health Family Planning
(MCH/FP) Unit
Ministry of Health

David Ofori-Adjei
Senior Lecturer
University of Ghana
Medical School

Sigrid Poulsen
Medical Officer
WHO/Ghana

Pamela Wolf
Technical Advisor
USAID

GUINEE

Ahmadou Balde
DPS Siguiri
Ministère de la Santé Publique

Saidou Pathé Barry
Coordonnateur National Soins
Santé Primaires
Ministère de la Santé Publique

Antoinette Helal
Coordinatrice de LMD
Ministère de la Santé Publique

Mandy Kader Kondé
Directeur, National Santé
Ministère de la Santé Publique

Jean-Pierre Lamarque
Health Program Officer
UNICEF

Kamissa Sano
Chef, Division Pediatrics
Centre de Nutrition et de Santé
de l'Enfant

HAITI

Michel Pierre Andea Cayemittes
Directeur Général
Institut Haïtien de l'Enfance

Arsene Ferrus
Chief de Service d'Assistance Technique
Institut Haïtien de l'Enfance

KENYA

Larry Forgy
Economist
USAID/REDSO/ESA

Ibrahim Hussein
Head, Health Care Financing Secretariat
Ministry of Health
Grace Kagond
IEC Specialist
REACH

Thomas Kibua
Health Economist
Kenya Health Care Financing Project

Stephen Ngariu Muchiri
Senior Economist, Division of Planning
Ministry of Health

Kopano Mukelabai
Regional Advisor, Primary Health Care
UNICEF

Agostino Munyiri
Measles Technical Officer
REACH

James Mwanzia
Director, Primary Health Care Program
Ministry of Health

Jack Nyamongo
Head, Blood Transfusion Services
National Laboratory Services

Emily Obwaka
Project Coordinator
University of Nairobi

Ezekiel Wafula
Associate Professor
University of Nairobi

Pat Youri
African Medical and Research
Foundation

LESOTHO

Ivan Camanor
P.O. Health
UNICEF

Mannuku Mathe
Program Manager, CDD
Ministry of Health

Madibata Matji
H.I.S. Officer
Ministry of Health

Malika Nkeube
EPI Manager
Ministry of Health

Aloysius Shayo
Head, Family Health Division
Ministry of Health

Gertrude Thinyane
Program Manager, ARI
Ministry of Health

LIBERIA

Moses K. Galakpi
Chief of Health Services
Ministry of Health and Social Welfare

Adam Lincoln
Assistant Director, CCD
Ministry of Health

David Massaquoi
EPI Clinic Supervisor
MSF-Holland

Mary Momolu
Ministry of Health

MALAWI

Henry Gondwe
Field Trainer
Project HOPE

Richard M'Manga
TSC/III
International Eye Foundation

Okey Nwanyanwu
TAACS Advisor
USAID/CDC

Catherine Thompson
Child Survival Coordinator
Project HOPE

MALI

Abdoulaye Ag Rhaly
Professeur Medecin, Conseiller Technique
Ministère de la Santé Publique

Mountiaga Coulibaly
Public Health Director
Ministère de la Santé Publique

Salif Coulibaly
Directeur de la Cellule de Planification
et de Statistique Economiste de la Santé
Ministère de la Santé Publique

Philippe Dembélé
Chef de la Division de l'Epidémiologie
Ministère de la Santé Publique

Taifour Diallo
Coordinateur de Santé
PLAN International

Denise Gordon Diarra
Project Manager
CARE

Lamine Diarra
Medecin-Chef Surveillance et Épidémiologie
Ministère de la Santé Publique

Arkia Doucoure-Diallo
Medecin chef de la division Santé
Familiale de la Communauté
Ministère de la Santé Publique

Abdelwahed El Abassi
UNICEF

Nouhoura Koita Health Coordinator PLAN International	Vivienne N. Tjapepa Head of MCH Unit Ministry of Health and Social Services	Mosunmola Adewusi Consultant Lagos State Ministry of Health
Sidi A. Jama Konaré Directeur du Centre National de Immunisation Ministère de la Santé Publique	NIGER	Oyetunji Ajiboye Programmer CCCD/Lagos
Minta Mamadou Chef de Programme Plan PLAN International	Mounkaila Abdou Director SNIS Ministère de la Santé	Michael D. Ango Primary Health Care Director Kebbi State Ministry of Health
Mamadou Minta Chef de Programme PLAN International de Kangaba	Shawn Kaye Baker Co-Promoteur MSP/Tulane/USAID	J. O. Ayodele Urban EPI Coordinator REACH - John Snow Inc.
Victor Petriaguine Medical Epidemiologist WHO/Mauritania	Sylva Etian TAACS Advisor USAID/CDC	Olusegun Babaniyi Medical Epidemiologist CCCD Project
Dorothy Stephens TAACS Advisor USAID/CDC	Youssef Gamatie Pediatre Ministère de la Santé	Funke Dokummu Director, Planning Research and Statistics Federal Ministry of Health
Karim Traore Responsable Volet Santé AFRICARE	Colette Geslin County Representative PRITECH	Okokon J. Ekanem Chief Consultant, Malariologist Federal Ministry of Health and Social Services
MAURITANIE	Judith N. Lane Child Survival Coordinator AFRICAPE	Doyin Fagbule Epidemiologist CCCD Project
Yaya Diallo Epidemiologist WHO/Mauritania	Nancy Lowenthal Child Survival Coordinator USAID	Jeanine Fosca Peace Corps
Théophile Gnambooue Nurse Educator SMI/PF OMS	Hamissou Maoude Director of Health Services Ministère de la Santé	Peter Gokir Coordinator Plateau State Ministry of Health
Sidi Mohammed Lemine Ministry of Health	Abdou Saley Director Adjoint EPI	Adenike Grange Consultant Pediatrician Lagos University Teaching Hospital
Isak Mamby Toure IRTIRA (O.C.C.G.E.)	Makinta Yacine Direction Départementale de la Santé à Diffa	Tracy Haberle Peace Corps
NAMIBIE	NIGERIA	Fitzroy Henry Resident Advisor - Nigeria ADDR
Marlina Gertruida Allies EPI Programme Officer Ministry of Health and Social Services	Philip Abiodun Professor University of Benin	James Herrington Project Coordinator CCCD Project
Puumue Katjuanjo CHD Epidemiology Ministry of Health and Social Services	Joshua Dada Adeniyi Project Leader ARHEC	Lawrence Olusanjo Ijiyera Health Educator IFE Central Local Government
Alice W. Ngaringombe CCD Programme Manager Ministry of Health and Social Services	Hezekiah Adesina Epidemiologist USAID/CCCD Ibadan	Grade Imoh Health Education Officer Federal Ministry of Health
Vincent Orinda Project Officer PHC UNICEF		

Iffio Inyang
Program Assistant
Rotary International
PolioPlus Program

Barbara Maciak
Technical Officer
CCCD/Kaduna

Julius Makanjuola
Director, National Health Planning
Federal Ministry of Health

Kam Suan Mung
UNICEF - Lagos

Dominic Muogbo
Volunteer Consultant
Rotary International

AbdulLami Nasidi
Federal Ministry of Health

M. Ola Oduwale
Director for Primary Health Care
Lagos State Ministry of Health

OlaJimeji Oladepo
Senior Lecturer/Consultant
College of Medicine
University of Ibadan

Peter Olise
Epidemiologist
CCCD Project

Bayo Parakoyi
State Epidemiologist
CCCD Project

Lola Payne
Project Coordinator
MotherCare

B. A. Seton
Federal Secretariat, Phase II
Federal Ministry of Health

Akanni O.O. Sorungbe
Executive Director
National Primary Health Care Agency

Rick Spiegel
Medical Epidemiologist
CCCD Lagos

Oyewale Tomori
Medical Epidemiologist
University of Ibadan

Zakari Wambai
State Epidemiologist
CCCD Project

UGANDA

A. L. Abongomera
Assistant Director of Medical Services (HFS)
Ministry of Health

John Barenzi
UNEPF Programme Manager
Ministry of Health

Dennis Lwamafa
Assistant Director of Medical Services
Ministry of Health

James Sallies Lwanga
Senior Counsellor/Senior Lecturer
Makerere University

Michael Miggade
Makerere University

Charles Mugeru
Medical Officer
DLMTU, Department of Paediatrics
Ministry of Health

Gelasius Mukasa
Senior Lecturer
Makerere Medical School

Pius Okong
Consultant, Obstetrician and Gynaecologist
MotherCare

David Puckett
Child Survival Coordinator
USAID/CDC

Louise Serunjogi
Nutritionist
Makerere University

RWANDA

Gaspard Kabanda
Charge Surv. Epi épidémiologie
Ministère de la Santé

Etienne Kari'a
Assistant Head
Ministère de la Santé

Louise Mukasine
Responsable Unite
Ministère de la Santé

Christophe Nsanzabaganwa
Chef, Division de PEV
Ministère de la Santé

SENEGAL

Alain Agboton
Journaliste
OMS

Ibrahima Aidara
Inspecteur d'Animation de Développement
Ministère de la Femme de l'Enfant et de
la Famille

Diawara Alassane
Operations Officer
Banque Mondiale

Alimatou Radfiguene Ba
Ministère de la Femme de l'Enfant
et de la Famille

Fatou Ba
Assistante
OMS

Oumar Ba
Ministère de la Santé

Lillian Baer
Director
ACI

Jean Pierre Beau
Medecin
ORSTOM

Julie Bestcha
Volunteer
Peace Corps

Matar Camara
Medecin-Epidémiologist
Ministère de la Santé

Julius Coles
Mission Director
USAID

Malang Coly
Medecin-Chef Region de Fatick
Ministère de la Santé

Aline Correa
USAID

Kelly Crist
Volunteer
Peace Corps

Gil Cusack
Consultant
CID/USAID

Nora De Guzman
Resident Advisor
HEALTHCOM Project
Academy for Educational Development

Chuck DeBose HPNO Chief USAID	Mohamadou Fall Pediatre CHU-FANN Ministère de la Santé	Makhtar Mbaye Chef du SANAS Ministère de la Santé
Susan Delacroix Volunteer Peace Corps	Jeannie Friedmann Associate Director Peace Corps	Sakewe Mbaye Medecin-Chef Region de Kolka Ministère de la Santé
Fadel Diadhiou Professeur Clinique Gynecologique Obstetrique	Alioune Gaye Docteur Gynecologue Accoucheur Clinique Gynecologie Obstetrique	Mamadou Mbeugue Ministère de la Femme et de L'Enfant et de la Famille
Dieynaba Diallo Project Officer USAID	Youssouph Gaye Medecin-Chef Region de Kolda Ministère de la Santé	Roger Molouba Representative OMS
Issakha Diallo Division des Soins de Santé Primaires Ministère de la Santé	Abdoulaye Gueye Chef de la Divison SMI/PF Ministère de la Santé	Alain Monnereau Medecin Adjoint Grandes Endemies - Kolda
Lika Diaw Conseiller Technique Ministère de la Femme de l'Enfant et de la Famille	Marieme (Bebe) Gueye Administrator ACI	Abdoulaye Ndiaye Ministère de la Santé
Fatou Dime Supervisor PLAN International	Massaer Gueye Head, HIV/AIDS USAID	Ibra Ndoye Coordinator of National AIDS Prevention Committee Ministère de la Santé
Adama Diop Executive Director ASBEF	Borghese Guido PHC Advisor UNICEF	Suzanne Barclay Nguinambaye Assistant Director PLAN International
Assane Diop Minister Ministère de la Santé	Lenin Guzman PHC Officer UNICEF	Cheikh Ibrahima Niang Professeur Université Cheikh Anta Diop
Awa Helene Diop Medecin Chef des Grandes Endemies Ministère de la Santé	Fatimata Hane HPN Officer USAID	Malick Niang Penda N'Diaye The Population Council
Lamine Diop Medecin-Chef Region de Kaolack Ministère de la Santé	Helene Kane Assistante UNICEF	Maty Cisse Samb Coordinatrice UGPSR Ministère de la Santé Publique
Bamba Diouf Chercheur Université de Dakar	Patrick Kelly Independent Consultant Consultant, Inc.	Julien Sane Journaliste
Robert Dorcinville Ministère de la Santé	Adama Kone Project Director PRITECH - Senegal	Pierre Jose Sanon Directeur General PLAN International
Gary Engelberg Training Specialist ACI	Linda Lankenau Deputy HPN Officer USAID	Lamine-Cissé Sarr Directeur de la Santé Publique Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
Susheela Engelbrecht Coordinator of Primary Health Care Project Eglise Evanglique Luthérienne	Aissatou Lo PHC Supervisor Medical Region - Kaolack	Malick Sarr Medecin-Chef Region de Diourbel Ministère de la Santé
Guineth Fall Technicien Supérieur PLAN International	Anne Marie Mane Health Information Assistant OMS	Yoro Sarr Attache de Presse Ministère de la Santé Publique

Mamadou Sene
PRITECH SAHEL

Sobhy
UNICEF

Michelle Sylvester
Volunteer
Peace Corps

Placide Tapsoba
The Population Council

Mounir Toure
Nurse
Ministère de la Santé

Julie Wilson
Volunteer
Peace Corps

Andy Wollen
Volunteer
Peace Corps

SEYCHELLES

Elgin Antat
Nurse Coordinator for Primary Health Care
Ministry of Health

Philip R. Govinden
Consultant Paediatrician
Ministry of Health

SIERRA LEONE

Conteh Bundu
CS Program Supervisor
PLAN International

Juliana Boi-Titty Ganda
Program Coordinator
PLAN International

Lansana Hassan Kabba
Paediatrician/CDD Manager
Department of Health

Victor S. Kamara
Health Program Manager
PLAN International

Sahr J. B. Ngayenga
Program Manager
PLAN International

SWAZILAND

Simon Kumbe
Malaria Control Program Manager
Ministry of Health

Hilda Mdluli
EPI Manager
Ministry of Health

Thandile Mndzebele
CDD Program Manager
Ministry of Health

Mavis P. Nxumalo
ARI Programme Manager
Ministry of Health

LA SUISSE

Francoise Gasse
Medical Officer
WHO - Geneva

Sandy Gove
ARI Programme Coordinator, Research &
Development
WHO - Geneva

Robert Kim-Farley
Director, EPI
WHO - Geneva

Susan E. Robertson
Medical Officer
WHO - Geneva

David Robinson
Medical Officer
WHO - Geneva

Allan Schapira
Medical Officer
WHO - Geneva

James Tulloch
Director, Division of Diarrheal and Acute
Respiratory Disease Control
WHO - Geneva

Christian Voumard
Senior Advisor, Health
UNICEF

Ronald Jay Waldman
Medical Officer
WHO-Geneva

Michel Zaffran
Technical Officer
WHO-Geneva

TANZANIA

K. Msambichaka
EPI Project Manager
Ministry of Health

Rogatian Shirima
Principal Secretary
Ministry of Health

TOGO

Komlan Etienne Aflaga
Director, Primary Health Care Directorate and
National Coordinator CCCD
Ministry of Health

Jerome Agbekou
USAID

Aristide Aplogan
Research Assistant
CCCD/CPTOM

Massagnes Dassa
Sociologue
PLAN International

Nene Echitey
Medecin Pediatre
Afagnan Hospital

Anani Gayibor
Medecin Chef
Service National du Paludisme

Sarah Kambou-Degnan
Chef de Project
CARE International

Tschasseu Karsa
Director, Division of Community Health
Ministère de la Santé

Bassa Marsagusa
Program Head
PLAN International

Sangva Musinde
Project Health Officer
UNICEF

Latifou Salami
Consultant
INTRAH

Mouhsine Sant'anna
Director des Affaires
Affaires Communes
Ministère de la Santé

Karen Wilkins
TAACS
USAID/CDC

Anastasia Zoumaro-Djayoon
CARE International

USA

Andrew Agle
Global 2000, Inc.

Alfred Bartlett
Medical Advisor
Office of Health
A.I.D. Washington

John Berman
PSI

George Bicego
Demographic Specialist
Demographic and Health Surveys

Johanna Birckmayer
Health Education Specialist
CDC

Maureen Birmingham
EIS Officer
CDC

Ties Boerma
Coordinator for Health Analysis
Demographic and Health Surveys

David Boyd
CCCD Project Manager
A.I.D. Washington

Joel Breman
Deputy Chief, Malaria Branch
CDC

Jennifer Bryce
Evaluation Specialist
CDC

Kelly Bussell
Chief, Information Resource Management
Activity
CDC

Dennis Carroll
Project Officer
Office of Health
A.I.D. Washington

Lawrence Casazza
Acting Director Technical Unit
PRITECH/JHU

John-Paul Clark
Scientific Advisor
Africa Bureau
A.I.D. Washington

Robert Clay
Acting Deputy Director
Office of Health
A.I.D. Washington

Constance Collins
A.I.D. Health and Population Officer
Africa Bureau
A.I.D. Washington

Joe Davis
Director, International Health Program Office
CDC

Michael S. Deming
Chief, Epidemiologic Support Branch
CEC

Francois Diop
HFS Long-Term Advisor
HFS Project
ABT Associates

Dayl Donaldson
Harvard School of Public Health

Timothy Dondero
Medical Epidemiologist
CDC

Walter Dowdle
Deputy Director
CDC

Sambe Duale
Research Manager
SARA Project
Academy for Educational Development

Robert Fagan
Computer Specialist
CDC

Brian Fitzgibbon
Consultant
CDC

Stanley Foster
Director, Division of Field Services
CDC

Helene Gayle
AIDS Coordinator
Office of Health
A.I.D. Washington

Phyllis J. Gestrin
Public Health Advisor
Department of Health and Human Services

James Gibson
Medical Advisor
Office of Health
A.I.D. Washington

Jacqueline Gindler
Medical Epidemiologist
CDC

David Gittelman
Public Health Advisor
CDC

Jama Gulaid
Senior Project Officer
UNICEF

Laurie Gulaid
CDC

Mary Harvey
TAACS Advisor
A.I.D. Africa Bureau

Teresa Hatzell
Associate Scientist
Quality Assurance Project, URC

Terrel Hill
Senior Health Advisor
UNICEF

Christian Hougou
Program Administrator
Office of Health
A.I.D. Washington

Dale Huntington
The Population Council

Timothy Johnson
CDC

Emmanuel Joseph
Consulting Physician
CDC and Morehouse School of Medicine

Thomas Kirby
Regional Director
Project HOPE

Eve M. Lackritz
Medical Epidemiologist
CDC

Sandy Larsen
Chief, Treponemal Pathogenesis and
Immunobiology
Sexually Transmitted Diseases Laboratory
Research
CDC

Lisa Lee
Medical Epidemiologist
CDC

Charlotte Leighton
Senior Health Economist
ABT Associates
HFS Project

Rose Macauley
Technical Officer
REACH - John Snow, Inc.

Marty Makinen Technical Director ABT Associates, Inc. HFS Project	Marguerite Pappaioanou Project Director, Data for Decision Making (DDM) CDC	Karla Steele USAID Grants Administrator PLAN International
Elizabeth Mathews PLAN International	Kathy Parker Health Educator CDC	Richard Steketee Chief, Malaria Epidemiology and Control Activity CDC
Gora Mboup Demographic Analyst Demographic & Health Surveys	Bradley Perkins Medical Epidemiologist CDC	Walter Straus Medical Epidemiologist CDC
Kathleen McDavid CCCD Assistant Project Manager A.I.D. Washington	Suzanne Pryor-Jones Project Director A.E.D./SARA Project	George Stroh Epidemiologist CDC
Deborah McFarland Health Economist CDC	Michael Qualls Public Health Advisor CDC	Hope Sukin Child Survival Advisor USAID Africa Bureau
Linda McLean Office Systems Analyst CDC	Stephen C. Redd, II Medical Epidemiologist CDC	Roland Sutter Acting Chief, Infant Immunization Section CDC
Melinda Moore Deputy Director, International Health Program Office CDC	Allen A. Ries Specialist, Enteric Diseases Branch Division of Bacterial and Mycotic Diseases CDC	Luis Tam USAID Child Survival Coordinator PLAN International
Roscoe M. Moor, Jr. Associate Director Office of International Health USPHS	Bruce Ross Management and Program Analyst CDC	Nena Terrell Information Specialist HFS Project
Kevin Murphy Public Health Advisor CDC	Jean Roy ASCI-CCCD Coordinator CDC	Abdelmajid Tibouti UNICEF - New York
Eve Nagler Health Educator CDC	Kristin Nicholson Saarlus Health Educator CDC	Koffi Tsogbé Regional Advisor Rotary International
Joseph Naimoli Health Education Specialist CDC	Linda J. Schultz Medical Epidemiologist CDC	Ralph Vaughn Computer Analyst CDC
Phuc Nguyen-Dinh Medical Officer CDC	James Setzer Program Coordinator Emory University	Andrew Vernon Director, Division of Technical Support CDC
David Nicholas Director Center for Human Services	James Shepperd Acting Chief, Applied Research Division R&D/H - A.I.D.	Ann Voigt Health Educator CDC
Maye Olivola Project Specialist Harvard Institute for International Development	Michael Silvers Preventive Medicine Resident CDC	John Wahlund Technical Specialist Rotary International
Linda Padgett AAAS Fellow Office of Health A.I.D. Washington	Shelly Smith Health Specialist Peace Corps	John Walsh Consultant MacArthur Foundation
	Remi Sogunro Health Advisor PLAN International	William C. Watson Associate Executive Task Force for Child Survival & Development

Robert Weierbach
ARI Coordinator
REACH - JSI

Kathleen White
Michigan Fellow
The Population Council

Cerla Willis
Economist
ABT Associates

Ruth P. Wilson
Anthropologist
CDC

ZAIRE

Jules Grand-Pierre
Health Project Officer
UNICEF

Mpese Munkatu
Ancien Chef de Division de Recherche
Operationnelle/SANRU
UNICEF

Okit'osodu Othepa
EPI Manager
Ministère de la Santé

Valenga Paluku
Ministère de la Santé

ZAMBIE

John Mbonera
Deputy Director of Medical Services
Ministry of Health

Emily Moonze
R/N/M/PAED Nurse
University Teaching Hospital

Mary Peggy Chilalukey-Ngoma
Senior Lecturer
Consultant Paediatrician
University of Zambia

ZIMBABWE

Tawanda Marufu
Epidemiologist
Ministry of Health

Stanley Mashumba
PLAN International

Elizabeth Mason
EPR Officer
WHO

Robert John Moy
Medical Officer
Ministry of Health

Shiva Murugasampillay
Epidemiologist
Ministry of Health