



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 130<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

*Washington, D.C., E-U A, 24-28 juin 2002*

*Point 4.6 de l'ordre du jour provisoire*

CE130/13 (Fr.)

25 avril 2002

ORIGINAL : ESPAGNOL

### **PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)**

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) est une stratégie élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), qui a été présentée en 1996 comme la stratégie principale pour améliorer la santé de l'enfance. Elle porte davantage sur la prise en charge de l'état de santé des enfants de moins de cinq ans que sur la maladie qui peut éventuellement les affecter. De cette manière, elle réduit les occasions ratées de détection précoce et de traitement de maladies qui du fait qu'elles ne sont pas le motif principal de la consultation, peuvent passer inaperçues aux yeux du personnel de santé, avec le risque qui s'ensuit de s'aggraver et de présenter des complications. La PCIME comporte en outre un solide contenu préventif et de promotion de la santé au titre de la prise en charge. Elle contribue ainsi entre autres avantages à augmenter la couverture de vaccination et à améliorer les connaissances et les pratiques de soins aux enfants de moins de cinq ans à domicile, afin de contribuer à une croissance et un développement sains.

La mise en œuvre de la PCIME envisage la participation des services de santé tout comme celle de la communauté, et elle s'applique au moyen de trois composantes. La première a pour objectif d'améliorer les tâches du personnel de santé en vue de la prévention de maladies de l'enfance et de leur traitement. La deuxième s'efforce d'améliorer les services de soins de santé pour qu'ils assurent une prise en charge d'une qualité appropriée. La troisième composante est destinée à améliorer les pratiques familiales et communautaires des soins à l'enfance.

Le présent document offre un résumé des progrès de la PCIME dans les Amériques, de la coordination interagences réalisée à son appui (qui englobe des agences bilatérales, des organismes internationaux, des fondations et des organisations non gouvernementales), et de la mobilisation atteinte au niveau local grâce à l'ampleur de la participation communautaire. Il présente également les preuves des bénéfices de la stratégie PCIME et décrit les obstacles principaux qui empêchent d'élargir son application et de réussir à ce que ses avantages atteignent tous les enfants du continent. Au vu des progrès accomplis et des obstacles qui restent à surmonter, le document propose d'analyser et de discuter les mécanismes les plus appropriés pour renforcer la mise en œuvre de la PCIME et d'élargir sa couverture dans la population.

Le document est présenté à la 130<sup>e</sup> session du Comité exécutif avec les objectifs suivants: a) que le Bureau et les pays reçoivent les apports et recommandations destinés à surmonter les obstacles qui se présentent et que la mise en œuvre et l'expansion de la PCIME soient renforcées; b) que soient identifiés les mécanismes que le Bureau et les pays peuvent utiliser pour intensifier la mobilisation des ressources et atteindre l'accès universel de l'enfance aux bénéfices de la PCIME.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. Introduction .....	3
2. Situation actuelle .....	3
2.1 Adoption de la stratégie PCIME et progrès de l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 ».....	8
2.2 Incorporation de la stratégie PCIME dans les mesures de santé de base auxquelles toute la population doit avoir accès .....	10
2.3 Planification et établissement d'objectifs pour atteindre l'accès universel à la PCIME par l'intermédiaire des services de santé et dans la communauté .....	10
2.4 Appui économique et mobilisation des ressources pour la PCIME.....	12
2.5 Introduction de la PCIME dans la formation du personnel de santé .....	12
2.6 Adaptation de la PCIME aux différentes réalités épidémiologiques et opérationnelles.....	13
3. Actions proposées.....	14
4. Conséquences financières.....	16
5. Thèmes clés de délibération .....	16
5.1 Incorporation de la PCIME à titre de prestation de base universelle de la prise en charge de l'enfance et à titre de volet de base dans la formation universitaire et du troisième cycle.....	17
5.2 Promotion des pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains proposées dans la stratégie PCIME .....	17
5.3 Expansion et suivi de la stratégie PCIME.....	18
5.4 Mobilisation de ressources pour la PCIME .....	18
6. Mesures à prendre par le Comité exécutif.....	19

## **Mise en œuvre de la stratégie PCIME aux Amériques : progrès et défis**

### **1. Introduction**

Pour améliorer la santé des enfants, il ne suffit pas de favoriser des conditions de vie propices à leur croissance et à leur développement. Il faut également garantir que tous les enfants bénéficient des mesures de prévention et de traitement disponibles qui les protégeront de nombreuses maladies et qui, quand celles-ci se produisent, éviteront qu'elles s'aggravent ou qu'elles s'achèvent par un dénouement fatal. La PCIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfance) est une stratégie qui intègre toutes ces mesures. Elle peut être appliquée par le personnel de santé tout comme par d'autres personnes chargées des soins à donner aux enfants de moins de cinq ans, entre autres les parents. Elle donne les connaissances et les capacités d'évaluer en une séquence intégrée l'état de santé de l'enfant et de détecter de cette manière les maladies ou problèmes qui les affectent le plus souvent, selon le profil épidémiologique de chaque endroit. A partir de cette évaluation, la PCIME donne des instructions claires sur la classification des maladies et des problèmes et établit le traitement à administrer pour chacune d'entre elles. La stratégie PCIME comporte également les indications servant à contrôler l'évolution du traitement, à identifier le besoin d'appliquer des mesures de prévention et à les appliquer le cas échéant, et à informer et éduquer les parents en matière de prévention et de promotion de la santé de l'enfant.

En fonction de ces éléments, la PCIME est en fait considérée comme la stratégie la plus efficace pour réduire la charge de la maladie et de l'incapacité dans la population et contribuer à une croissance et un développement sains pendant les cinq premières années de vie des enfants.

### **2. Situation actuelle**

La stratégie PCIME a été élaborée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Elle se focalise sur un ensemble de maladies infectieuses qui continuent à être la cause de 20 à 30% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, et de 50% parfois de la mortalité totale de ce groupe d'âge dans quelques pays des Amériques. Elle comporte en plus des volets pour la promotion de la santé, destinés tout particulièrement à améliorer les soins et l'alimentation des enfants pendant les cinq premières années de leur vie.

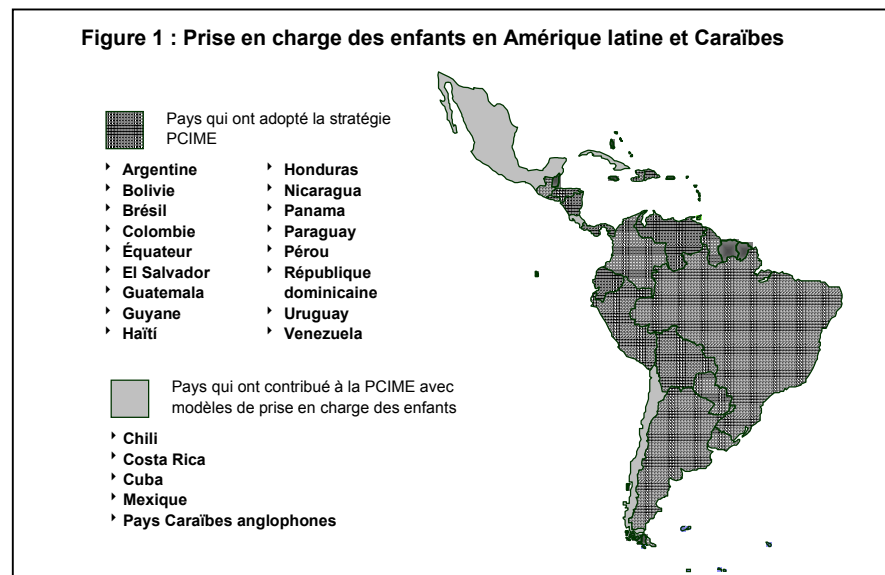
En 1996, la Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a présenté officiellement la stratégie PCIME aux pays des Amériques et elle a promu son application en tenant compte de l'impact qu'elle pouvait avoir sur la mortalité et la morbidité des enfants âgés de moins de cinq ans, ainsi que de la contribution qu'elle

pouvait apporter pour garantir une prise en charge appropriée de la santé de l'enfance, que ce soit dans les services de santé comme à domicile et dans la communauté.

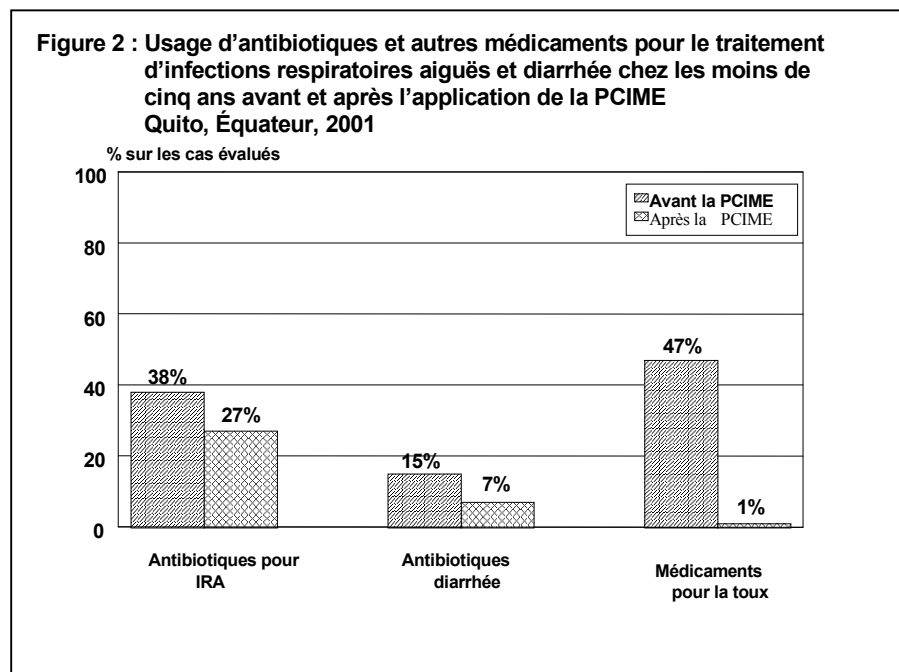
Au cours des années qui ont suivi, la stratégie PCIME a été incorporée progressivement dans les actions de santé maternelle et infantile de nombreux pays, et son contenu s'est enrichi, tout comme ce processus, avec l'expérience accumulée dans les pays des Amériques pendant la mise en œuvre d'autres stratégies spécifiques de contrôle des maladies de l'enfance, ainsi que dans la conception et l'application de modalités de prise en charge intégrée au niveau des soins primaires.

En 1999, le 41<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a approuvé la résolution CD41.R5, priant les États Membres d'adopter et d'étendre l'application de la stratégie et demandant au Directeur de participer activement à ce processus. A la fin de cette même année, l'OPS a lancé l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 », qui proposait d'éviter 100.000 décès d'enfants de moins de cinq ans sur la période 1999-2002, en donnant accès à la stratégie PCIME à toute la population et particulièrement aux groupes les plus vulnérables.

A la fin de l'année 2001, dix-sept pays d'Amérique latine et des Caraïbes avaient adopté et mis en œuvre la stratégie PCIME, avec la contribution d'autres pays qui disposaient de modèles de prise en charge déjà en application (Figure 1). Dans le cadre du processus de formulation et d'incorporation de nouveaux volets, depuis 2001 des efforts sont faits avec le reste des pays de la Région pour identifier la contribution que la PCIME peut apporter aux actions déjà en cours pour la prise en charge et les soins de l'enfant.

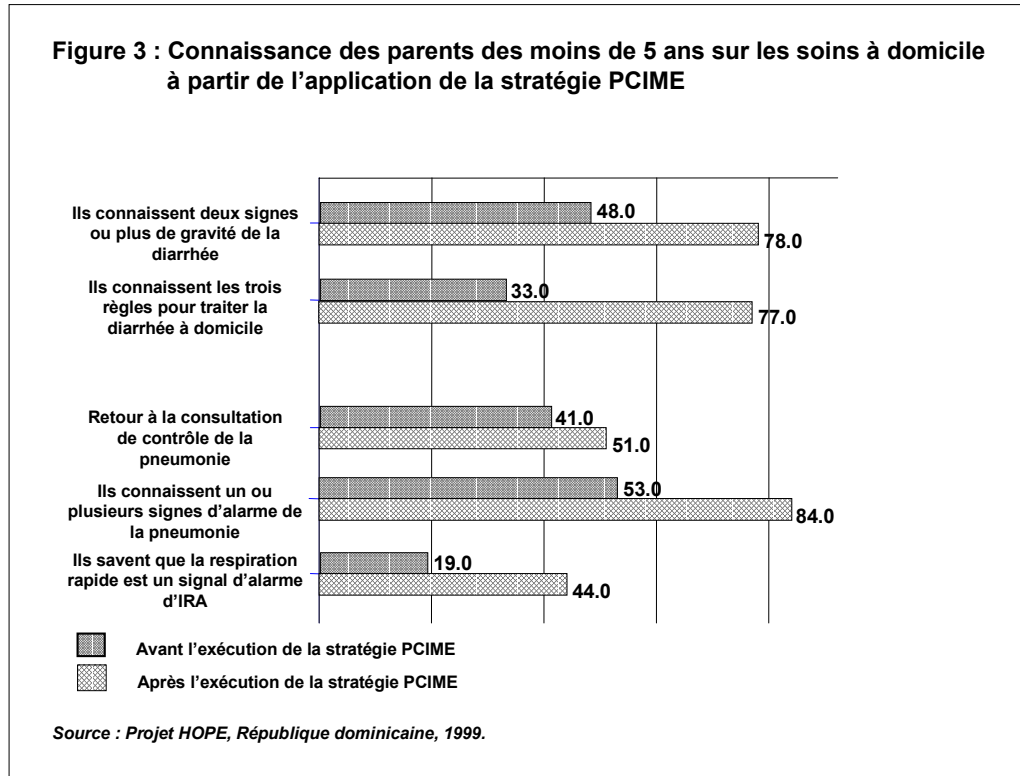


Les évaluations qui ont été réalisées ont indiqué une amélioration notable de la qualité de la prise en charge des maladies des enfants âgés de moins de cinq ans par le personnel formé à la stratégie PCIME (Figure 2); en particulier en ce qui concerne la réduction de l'usage inutile d'antibiotiques et l'emploi d'antibiotiques de première ligne, ces deux faits ayant contribué à rationaliser l'usage de ces produits pharmaceutiques et à contribuer à contenir la résistance bactérienne. Une diminution de l'usage des médicaments pour la toux a également été observée, médicaments inutiles et potentiellement nocifs pour le traitement des maladies respiratoires chez l'enfant.



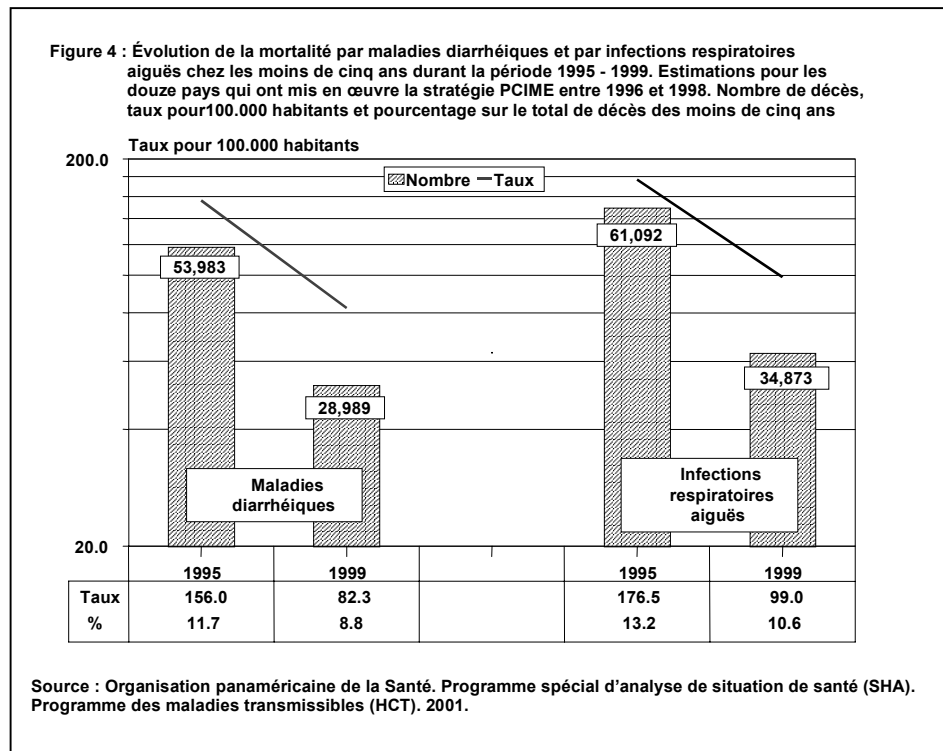
Sources: Gavilanes E, G; Flores V, C; Pavón, M; Palma P, L. *Impacto de la estrategia AIEPI sobre el uso de antibióticos en casos de IRA y diarrea, y de jarabes para la tos y otros medicamentos*. Quito, Équateur, 2001 (article sur le PCIME mis sous presse pour *Noticias* No. 8, 2002)

Ces évaluations ont également indiqué que l'usage de la stratégie PCIME était efficace pour améliorer les connaissances et les pratiques des parents et de la famille pour la prévention de maladies et la promotion de la santé, ainsi que la consultation précoce lorsque ces maladies se produisent, et le suivi des traitements indiqués (Figure 3).



L'évaluation des chiffres de la mortalité des enfants de moins cinq ans a également montré un impact important en termes de l'augmentation de la vitesse à laquelle le nombre total de décès des enfants de moins de cinq ans a baissé, et parmi ceux-ci, des décès imputables aux causes qui font, en fait, l'objet de la PCIME. Au cours de la première année de l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 », le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans a diminué de plus de 30.000, ce qui signifiait une baisse de plus de 6% par an. La majeure partie de cette baisse se doit à la diminution importante de la mortalité pour les causes qui font l'objet de la stratégie PCIME, qui a indiqué une diminution de plus de 15% par an.

Le suivi de la mortalité due à des maladies diarrhéiques et la pneumonie qui sont la cause de la majorité des décès par les maladies objet de la PCIME, a également permis de constater une réduction du nombre, du taux et de la proportion des décès pour ces causes chez les enfants de moins de cinq ans. Dans les douze pays qui ont mis en œuvre la PCIME entre 1996 et 1998, dans lesquels habitent les deux tiers de la population âgée de moins de cinq ans de l'Amérique latine et des Caraïbes, le taux de mortalité par diarrhée est tombé à 47% entre 1995 et 1999, et le taux de mortalité par IRA est tombé à 44% (Figure 4). Ces deux diminutions ont été supérieures au total régional qui a été de 39% dans les deux cas.



Les progrès antérieurs sont le fruit d'un grand effort et d'une vaste coordination tant au niveau régional que sous-régional et dans les pays. Une coordination efficace a été réalisée, dans les pays, entre les ministères de la santé et d'autres sphères gouvernementales et non gouvernementales qui portent leurs efforts sur la santé de l'enfance; cette coordination a donné un élan à l'application de la stratégie PCIME par l'intermédiaire des services de santé et d'autres institutions publiques, privées, des ONG et des organisations communautaires.

En dépit de ces progrès, les bénéfices démontrés qu'apporte la stratégie PCIME en termes de prévention des maladies et de promotion de modes de vie sains, n'atteignent pas encore une part importante des enfants de moins de cinq ans dans les Amériques. Il y a de nombreuses familles qui n'ont pas encore accès à des services de santé ni à un personnel formé pour appliquer la stratégie, et qui ne reçoivent pas non plus l'information dont dispose la stratégie PCIME pour améliorer la croissance et le développement des enfants pendant les premières années de leur vie.

Afin de surmonter le manque d'équité que représente cette situation en termes de l'accès à des connaissances et des pratiques déterminantes pour la croissance et le développement sains pendant l'enfance, il faut consolider les efforts en vue de l'application et de l'expansion efficaces de la stratégie PCIME dans tous les pays de la Région. L'OPS peut avoir un rôle déterminant dans cette tâche en appuyant les pays en

vue de l'application fructueuse de la stratégie PCIME et en établissant des mécanismes qui permettent de mobiliser toutes les ressources disponibles, tant au niveau régional qu'au niveau national, pour garantir l'accès universel à cette stratégie.

### **2.1 *Adoption de la stratégie PCIME et progrès de l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 »***

Jusqu'à la fin de 2001, dix-sept pays d'Amérique latine et des Caraïbes avaient adopté la stratégie PCIME. Dans ces pays se concentrent 52% de la population des enfants de moins de cinq ans du continent, mais également dans ces pays 75% des morts annuels appartiennent à ce groupe d'âge.

Les pays qui ont adopté la PCIME l'ont fait non seulement en base à des considérations sur la mortalité élevée due à des maladies infectieuses des enfants de moins de cinq ans, qui constitue de fait le volet de base de la stratégie. Dans certains pays, la PCIME a été adoptée en raison de sa capacité à améliorer la qualité des soins (entre autres, la réduction des occasions ratées de détection, le traitement de problèmes et l'application de mesures de prévention), ainsi que l'utilisation des ressources et des technologies de diagnostic et de traitement, et fournir aux parents une information plus complète et meilleure sur les soins de la santé des enfants.

Tous les pays ont adhéré à l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 » et dans 10 d'entre eux, des campagnes nationales et locales ont été lancées dans le but d'encourager la participation institutionnelle et communautaire pour accélérer la rapidité de la baisse de la mortalité au moyen de l'application de la stratégie PCIME.

L'expansion de la PCIME au reste des pays peut signifier une contribution importante à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des maladies des enfants. En particulier si la stratégie est appliquée par le personnel des services de santé qui prodiguent les soins à des groupes de population qui n'ont pas de couverture de soins de santé ou qui ont un accès restreint à ces soins.

L'application de la PCIME dans tous les pays peut également contribuer au renforcement et à l'amélioration des connaissances et des pratiques familiales essentielles proposées par l'OMS et l'UNICEF pour la croissance et le développement sains pendant l'enfance (Tableau 1). Ces pratiques, dont l'application est encouragée auprès des parents et autres personnes responsables de la prise en charge de la santé des enfants de moins de cinq ans (responsables de garderies infantiles et de réfectoires communautaires, maîtres d'école, mères de substitution), renforceront la capacité des familles à donner à leurs enfants, garçons et filles, une croissance et un développement plus sains pendant leurs premières années de vie.

**Tableau 1 : Seize pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains. OMS et UNICEF**

<b>Pour la croissance physique et le développement mental</b>
1. Allaiter exclusivement les nourrissons pendant six mois. (Les mères qui sont VIH positives devront recevoir des conseils sur d'autres options pour alimenter le bébé, en tenant compte des normes et recommandations de l'OMS/UNICEF/ONUSIDA sur l'infection par le VIH et l'alimentation du nourrisson).
2. A partir de l'âge de six mois environ, donner aux enfants des aliments complémentaires fraîchement préparés et de contenu nutritionnel et énergétique élevé tout en poursuivant dans le même temps l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.
3. Donner aux enfants des quantités suffisantes de micronutriments (vitamine A et fer en particulier), que ce soit dans leur régime alimentaire ou au moyen de suppléments.
4. Favoriser le développement mental et social de l'enfant, en répondant à ses besoins d'attention et chercher à le stimuler au moyen de la conversation, de jeux et d'autres interactions physiques et émotionnelles appropriées.
<b>Pour la prévention de maladies</b>
5. Amener les enfants aux dates prévues pour qu'ils reçoivent la série complète de vaccins (BCG, DTC, VPO et antirougeole) avant qu'ils aient un an.
6. Évacuer les excréments (y compris ceux des enfants) d'une manière sûre et lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon après la défécation, avant de préparer les aliments et de donner à manger aux enfants.
7. Protéger les enfants dans les zones où le paludisme est endémique, en assurant qu'ils dorment avec des moustiquaires traitées avec un insecticide.
8. Adopter et maintenir des habitudes appropriées pour la prévention et les soins des personnes infectées par le VIH/SIDA, les orphelins en particulier.
<b>Pour l'assistance à domicile appropriée</b>
9. Continuer à alimenter les enfants et donner-leur des liquides, en particulier le lait maternel, quand ils sont malades.
10. Administrer aux enfants malades le remède traditionnel approprié pour les infections.
11. Prendre les mesures appropriées pour prévenir et contrôler les lésions et accidents entre les enfants.
12. Éviter de maltraiter et de négliger les enfants et prendre les mesures adéquates quand il y a lieu.
13. Assurez-vous que les hommes prennent activement soin de leurs enfants et qu'ils s'impliquent dans les questions relatives à la santé reproductive de la famille.
<b>Pour trouver des soins médicaux</b>
14. Sachez reconnaître quand les enfants malades requièrent un traitement en dehors du foyer et amenez-les au personnel de santé approprié pour qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin.
15. Suivez les recommandations données par le personnel de santé en relation au traitement, au suivi et à la référence du cas.
16. Assurez-vous que toutes les femmes enceintes reçoivent les soins prénatals adéquats, qui consistent en un minimum de quatre visites prénatales avec un prestataire approprié de services de soins et l'administration des doses recommandées de toxine tétanique. La mère doit pouvoir compter sur l'appui de la famille et de la communauté pour trouver les soins appropriés, en particulier au moment d'accoucher et durant la période de post-partum et de l'allaitement.

D'autre part, l'incorporation progressive de nouveaux volets de prévention, de traitement et de promotion de la santé dans la stratégie PCIME la rend chaque fois plus compatible avec la réalité épidémiologique de pays où la mortalité est moindre. Pour cette raison, depuis 2001 des efforts sont faits avec le reste des pays des Amériques pour identifier les bénéfices que l'adaptation de la PCIME et ses nouveaux volets peut apporter pour garantir l'accès de tous les enfants, et particulièrement des groupes plus vulnérables, à une qualité de prise en charge adéquate et efficace de leur santé, et contribuer ainsi à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants.

## **2.2 *Incorporation de la stratégie PCIME dans les mesures de santé de base auxquelles toute la population doit avoir accès***

La forme et le degré d'incorporation de la stratégie PCIME varie d'un pays à l'autre. Dans certains d'entre eux, la stratégie a été adoptée au moyen d'une résolution qui lui donnait le caractère de politique de santé pour la prise en charge des maladies de l'enfance. Dans d'autres, la stratégie PCIME a été adoptée au niveau des programmes maternels et infantiles qui existaient déjà, en remplaçant ainsi des stratégies spécifiques de contrôle comme par exemple, la stratégie de contrôle des maladies diarrhéiques aiguës ou des infections respiratoires aiguës de l'enfance.

Même si dans certains pays l'usage de la stratégie PCIME fait des progrès par l'intermédiaire de la sécurité sociale, ou par son inclusion dans les projets de réforme du secteur santé, ceci répond en général à des initiatives spéciales et non à un plan organique qui garantit que la stratégie PCIME est effectivement une prestation des soins de base pour tous les enfants de moins de cinq ans.

## **2.3 *Planification et établissement d'objectifs pour atteindre l'accès universel à la PCIME par l'intermédiaire des services de santé et dans la communauté***

Des plans ont été établis dans tous les pays qui ont adopté la stratégie PCIME pour axer son application sur des zones et des groupes de populations plus vulnérables, en se basant sur les niveaux de mortalité infantile. A ce titre, les pays ont établi des objectifs compatibles avec l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 », en s'engageant à accroître la rapidité de la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans pour des causes qui font l'objet de la PCIME, et d'atteindre une diminution du nombre de décès conformément à ce que les fondements de cette initiative ont établi.

La mise en œuvre des plans a montré des progrès notables dans la formation du personnel des services de santé qui lui a permis d'appliquer les procédures de l'initiative en ce qui concerne la prise en charge des enfants de moins de cinq ans. Le nombre de personnel formé est allé en augmentant grâce à un mécanisme de formation au niveau

régional, national et local, qui fait que maintenant, plus de 30.000 personnes ont reçu une formation à l'application de la PCIME.

Bien que des mécanismes de suivi des progrès et des résultats de l'application de la PCIME aient été établis, dans certains pays des difficultés subsistent pour pouvoir disposer d'une information opportune et suffisamment complète pour être en mesure de mesurer l'impact de la stratégie. Ce fait revêt une importance particulière par rapport à la mortalité des enfants de moins de cinq ans, du fait que cette réduction constitue le tout premier objectif que la stratégie doit atteindre.

Le suivi de l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 » a permis d'observer qu'il existe un potentiel important pour améliorer cette situation, ainsi que la disposition à établir des mécanismes de coordination efficaces entre les différents secteurs qui interviennent dans le processus de production, collecte et analyse de l'information relative à la mortalité.

Au cours des deux dernières années, l'OPS/OMS et l'UNICEF ont proposé à leur tour un ensemble de seize pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains qui constituent l'axe de la composante communautaire de la stratégie PCIME (Tableau 1). L'encouragement à ces pratiques et leur adoption par les familles et la communauté peut produire une baisse importante des taux actuels d'incidence et de mortalité et peut contribuer en même temps à ce qu'un nombre toujours plus grand de filles et de garçons puissent jouir d'une croissance saine et recevoir la stimulation nécessaire pour leur assurer un meilleur développement.

Pour cette raison, des activités ont été entreprises pour préparer du matériel et mobiliser des moyens de communication de masse pour diffuser la stratégie PCIME dans le continent. Également, un communicateur social est intégré dans l'équipe régionale de la PCIME. Il contribuera à multiplier et diversifier ces efforts et à mobiliser des ressources en faveur d'une dissémination et d'une promotion plus importantes des seize pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains des enfants.

Ces actions pourront appuyer l'importante mobilisation communautaire qui s'est formée dans les pays sur la stratégie PCIME, par des projets axés sur sa composante communautaire, comme par exemple ceux que l'OPS réalise avec la Croix-Rouge américaine (CRA) et la Fondation pour les Nations Unies (FNU). Dans ces projets, il s'est formé une coordination étroite entre les communautés, les services publics de santé et les organisations non gouvernementales qui travaillent localement, ceux qui travaillent dans les associations à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de plans destinés à rendre la stratégie PCIME accessible aux groupes les plus vulnérables pour réaliser de cette façon la prévention des maladies, la promotion de la santé et l'accès à une prise en charge d'une qualité adéquate.

#### **2.4 *Appui économique et mobilisation de ressources pour la PCIME***

Le lancement de l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 » a permis de mobiliser des ressources à l'appui des activités de la PCIME au niveau régional, en particulier en ce qui concerne sa composante communautaire, destinée à améliorer les connaissances et les pratiques de soins et de prise en charge de l'enfant à domicile. Au niveau des pays également, la coordination avec des agences et des organisations non gouvernementales pour l'appui de la mise en œuvre de la stratégie PCIME a été améliorée.

Des projets sont actuellement réalisés avec l'appui de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), du Soutien de Base pour Institutionnaliser la Survie de l'Enfant (BASICS II), de la CRA, de la FNU, du Gouvernement des Pays-Bas et de nombreuses organisations non gouvernementales, en particulier dans les pays. Certains projets en sont à un niveau avancé d'approbation, comme celui proposé conjointement par l'OPS et l'Agence canadienne de développement international (ACDI), qui démarrera en 2002.

Malgré cela, la mobilisation obtenue ne suffit pas encore à élargir l'application de la stratégie au rythme nécessaire pour assurer son accès universel aux groupes les plus défavorisés de la population. Et elle ne suffit pas non plus pour appuyer et soutenir les mécanismes de suivi et évaluation qui permettent de garantir l'application effective de la stratégie et en mesurer ses résultats, en particulier si l'on tient compte du fait que certains des projets se trouvent en phase finale avec une expansion possible, comme par exemple celui coordonné par l'USAID et BASICS; ou qu'ils sont déjà terminés, comme le projet réalisé avec l'appui de l'Agence espagnole de coopération internationale (AECI).

Il est nécessaire d'augmenter les ressources disponibles pour arriver à l'accès universel de la stratégie et appuyer la continuité des projets existants avec financement extérieur, de manière à continuer à renforcer et étendre l'application de la PCIME, que ce soit au niveau régional comme au niveau des pays.

#### **2.5 *Introduction de la PCIME dans la formation du personnel de santé***

La stratégie PCIME est déjà utilisée dans l'enseignement de la pédiatrie dans une centaine environ des 350 facultés de médecine d'Amérique latine et des Caraïbes; et elle entre également dans les cours des écoles d'infirmières de la Région, qui sont à peu près une soixantaine, grâce à la coordination que le niveau régional a établi avec ces institutions pour les impliquer dans l'adaptation de la stratégie et dans la formation de facilitateurs.

L'incorporation efficace de la PCIME par les institutions académiques sur la base des expériences qui existent déjà dans de nombreux pays, pourrait contribuer à ce que tous les diplômés de médecine, d'écoles d'infirmières et autres professions relevant du domaine de la santé, terminent leurs études avec la capacité d'appliquer la stratégie PCIME à la prise en charge des maladies. Elle pourrait contribuer également à ce que les milliers d'étudiants de dernière année qui s'acquittent de leur service social obligatoire apportent les avantages de la stratégie aux populations qu'ils servent, que ce soit pour la prévention et le traitement des maladies, comme pour renforcer les connaissances et les pratiques les plus appropriées de promotion de la santé de l'enfance.

Cependant, la majorité des facultés de médecine, écoles d'infirmierie et autres institutions académiques qui forment le personnel de santé, ne garantit pas que les diplômés soient en mesure d'appliquer la stratégie PCIME aux soins de santé des enfants de moins de cinq ans. Ce fait est particulièrement important en ce qui concerne les étudiants qui commencent leur service social obligatoire, car leur tâche s'accomplit dans des services de santé qui couvrent des populations à risque, qui pourraient bénéficier de l'impact que la stratégie peut avoir sur la mortalité, la morbidité et la qualité des soins.

## ***2.6 Adaptation de la PCIME aux différentes réalités épidémiologiques et opérationnelles***

L'adaptation de la stratégie PCIME s'est inscrite dans le processus de sa mise en œuvre, non seulement pour adapter ses volets, mais aussi pour en incorporer d'autres, destinés à la prévention et au traitement d'autres maladies prévalentes dans le profil épidémiologique des pays et de la Région. L'élaboration et l'inclusion de ces volets a été effectuée dans les pays, entre pays et au niveau régional.

Dans ce processus d'adaptation ont été incorporés des volets pour le contrôle de la dengue, d'autres problèmes respiratoires (maladies de la gorge ou maladies broncho-obstructives), et de la violence à l'égard des enfants. D'autres volets de la santé de l'enfant qui portent sur le contrôle des problèmes de la santé buccale, des affections néonatales et sur la promotion du développement et de la stimulation précoce, sont en cours de finalisation.

L'incorporation de ces nouveaux volets élargit le potentiel dont dispose la PCIME pour améliorer l'état de santé des enfants. D'une part, en termes de son impact sur la mortalité et la morbidité, en incorporant d'autres causes fréquentes de décès des enfants de moins de cinq ans comme les problèmes périnataux et les accidents. D'autre part, pour améliorer les conditions de croissance et de développement grâce aux volets de stimulation précoce, de promotion de la santé buccale, de prévention des accidents et de la violence à l'égard des enfants, pour n'en citer que quelques-uns.

### 3. Actions proposées

Les progrès réalisés et les résultats obtenus montrent les possibilités dont dispose l'application de la stratégie PCIME pour améliorer l'état de santé des enfants. Toutefois, toute la population des pays n'a pas accès à la PCIME et cette inégalité revêt une grande importance quand elle affecte des groupes de populations très vulnérables qui pourraient bénéficier de l'impact que la stratégie peut avoir sur la réduction de la mortalité et la morbidité et sur l'amélioration de la croissance et du développement des enfants.

Les actions décrites ci-dessous peuvent contribuer à surmonter ce problème et à faire en sorte que tous les enfants de moins de cinq ans de la Région des Amériques puissent bénéficier des avantages que la stratégie PCIME peut leur apporter en termes d'amélioration de l'attention et de la prise en charge de leur santé.

- *L'incorporation efficace de la stratégie PCIME dans les cadres réglementaires de santé des pays et dans les systèmes de contrôle de son application est fondamentale pour que celle-ci devienne effectivement la prestation universelle de base pour la prise en charge des enfants. Grâce à cette décision, les pays seront mieux en mesure de garantir l'accès aux bénéfices de la stratégie PCIME pour tous les enfants de moins de cinq ans, en exigeant son application en tant que niveau minimum de qualité par le personnel de santé institutionnel et communautaire, dans les services publics de santé, de la sécurité sociale et les services privés.*
- *L'incorporation de l'enseignement de la stratégie PCIME dans les cours universitaires et de troisième cycle des carrières dans le domaine de la santé garantira que l'investissement effectué dans la formation de ce personnel couvre les besoins de santé de la population. L'utilisation des ressources deviendra également plus efficace car les ministères de la santé ne devront pas investir dans la formation postérieure du personnel diplômé pour que celui-ci réponde aux conditions requises pour s'acquitter de ses fonctions dans les services de santé. L'introduction de la PCIME dans la formation universitaire permettra en outre que les étudiants en dernière année de la carrière qui s'acquittent de leur service social obligatoire dans les services de santé, apportent à la population qu'ils soignent les bénéfices de la stratégie PCIME pour améliorer la santé de l'enfance.*
- *L'élaboration et la mise en œuvre de plans spéciaux pour promouvoir les seize pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains, proposées dans la composante communautaire de la stratégie PCIME, par l'intermédiaire de tous les canaux de diffusion et de communication sociale. De même, l'utilisation de cet ensemble de pratiques familiales essentielles à titre de référence pour la coordination intersectorielle en faveur de l'enfance, en*

- particulier aux niveaux locaux et dans le cadre des projets communautaires qui sont en train d'être exécutés pour l'application de la stratégie PCIME. Ces actions permettront de tirer parti de toutes les sphères intervenant dans le développement social pour qu'elles participent activement à améliorer la capacité de la famille et de la communauté à mieux s'occuper de la santé des enfants, tant au niveaux locaux qu'aux niveaux intermédiaires et nationaux, et elles amélioreront l'efficacité de l'emploi des ressources consacrées à la santé et au développement.
- *L'établissement de mécanismes actifs et coordonnés pour disposer d'une information opportune et suffisamment complète sur les décès des enfants de moins de cinq ans*; en fonction des ressources existantes, ces mécanismes peuvent renforcer la capacité des pays à utiliser l'information comme un instrument destiné à reconnaître les progrès, cerner les problèmes et orienter les priorités. Ces mécanismes peuvent renforcer les progrès déjà réalisés pour obtenir l'information de suivi de l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 », et la compléter avec des analyses au niveau national et local qui contribuent à éviter que se produisent des décès qui pourraient être empêchés au moyen de l'application de la stratégie PCIME.
  - *L'incorporation rapide de nouveaux volets pour la prévention et le contrôle d'autres maladies et problèmes qui affectent la santé des enfants de moins de cinq ans, conformes au profil épidémiologique de la Région des Amériques*. Ces volets comportent en particulier le contrôle des problèmes apparentés à la période périnatale, qui est la cause de plus d'un tiers des décès des enfants de moins d'un an, la prévention et le contrôle des accidents qui sont la première cause de mortalité à partir de l'âge d'un an, et la prévention et le contrôle d'autres problèmes respiratoires obstructifs, mauvais traitements et violence et des problèmes relatifs au développement de l'enfant, comme la stimulation précoce, la détection de problèmes de développement et la promotion de la santé buccale.
  - *La mobilisation de ressources extérieures au budget régulier de l'OPS/OMS pour continuer à appuyer l'expansion de la stratégie PCIME, en termes de sa couverture de la population, du renforcement simultané de ses trois composantes (personnel de santé, services de santé et communauté), et de ses volets de prévention et de traitement, et de promotion de la santé des enfants*. Il est en particulier nécessaire d'appuyer la continuité des ressources extérieures pour des projets spéciaux [comme ceux réalisés avec l'USAID ou avec l'Agence espagnole de coopération internationale (AECI)], financés par des agences bilatérales de coopération qui ont permis l'expansion rapide de la stratégie et des progrès dans le sens de l'objectif proposé, ainsi que l'accélération de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Il est également essentiel d'élargir la participation à d'autres agences pour qu'elles viennent s'ajouter à l'expansion de

la stratégie PCIME, comme cela a été le cas avec l'ACDI, une expérience qui pourrait éventuellement être étendue à d'autres organismes bilatéraux de coopération extérieure d'autres pays dans le monde.

#### **4. Conséquences financières**

L'unité régionale PCIME dispose de fonds réguliers et de fonds au-dessus des limites s'élevant à un total de \$350.000 par an. Elle a reçu en outre des fonds extrabudgétaires de l'OMS, et d'agences bilatérales des gouvernements des États-Unis (USAID), d'Espagne (AECI) et des Pays-Bas qui financent des plans et des activités spéciales au niveau régional et au niveau de pays. En 2001, des fonds ont été reçus pour un projet conjoint avec la CRA destiné à renforcer la composante communautaire pour des activités régionales et dans dix pays. En 2002, des fonds devraient être reçus de l'ACDI et de la Fondation pour les Nations Unies pour des projets concrets destinés à élargir et renforcer l'application de la PCIME.

Toutefois, les ressources extrabudgétaires disponibles diminueront considérablement au cours de 2002 en conséquence de la réduction des fonds fournis par l'OMS, de l'achèvement du projet de cinq ans avec l'USAID et de la fin du soutien de l'AECI.

Afin de continuer à étendre et renforcer l'application de la stratégie PCIME et contribuer à la réduction de la mortalité et à l'amélioration des conditions de santé de l'enfance, il est nécessaire d'intensifier les actions pour soutenir les ressources existantes provenant de l'OMS et des projets avec l'USAID et l'AECI; et d'appuyer l'approbation des projets présentés pour l'ACDI et la FNU, et il est également nécessaire de rechercher de nouvelles sources possibles de financement.

#### **5. Thèmes clés de délibération**

Depuis son lancement en 1996, la PCIME a obtenu un large consensus qui se doit principalement au changement d'orientation qu'elle propose dans la prise en charge des filles et garçons de moins de cinq ans, en axant cette orientation sur l'état de la santé plutôt que sur les maladies qui peuvent occasionnellement l'affecter. Son application a fait la preuve de son efficacité pour la détection et le traitement précoce de maladies, ce qui s'est répercuté sur la morbidité grave et la mortalité. L'emploi de la PCIME a également permis de saisir toutes les occasions en vue de la prévention de maladies et de la promotion de la santé, ce qui a contribué à une meilleure qualité des soins, que ce soit dans les services de santé ou à domicile.

Avec l'incorporation de nouveaux volets destinés à la prévention et au contrôle de maladies qui affectent la santé des enfants dans des domaines où la mortalité infantile est

moins prononcée, et avec le renforcement des volets de promotion de la santé, se renforce le rôle que peut jouer la PCIME pour garantir une norme de soins de base à laquelle doivent avoir accès tous les enfants de la Région des Amériques.

Mais ces bénéfices que la stratégie PCIME peut apporter n'atteignent pas encore tous les secteurs de la population, raison pour laquelle il est nécessaire de prendre d'autres mesures pour étendre et renforcer l'accès à la PCIME de tous les enfants, et en particulier de ceux qui appartiennent aux groupes plus vulnérables.

En fonction de ces éléments, les aspects suivants sont proposés pour discussion et délibération.

**5.1 *Incorporation de la PCIME à titre de prestation de base universelle de la prise en charge de l'enfance et à titre de volet de base dans la formation universitaire et du troisième cycle.***

La PCIME constitue une synthèse à la pointe des connaissances pédiatriques pour garantir une évaluation et un traitement appropriés des maladies et des problèmes les plus fréquents de l'enfance. Elle comporte également l'ensemble fondamental des mesures de prévention des maladies qui devraient protéger tous les enfants pendant les cinq premières années de leur vie; elle résume en outre les connaissances et les pratiques les plus importantes que les parents devraient appliquer pour veiller à la croissance et au développement sains de leurs enfants. La PCIME constitue ainsi une norme de base des soins auxquels tout enfant de moins de cinq ans devrait avoir accès, et à laquelle peuvent s'ajouter d'autres mesures en fonction de la situation épidémiologique ou de la capacité opérationnelle des services de santé, des familles et de la communauté.

En fonction de ceci, quels sont les obstacles qui empêchent que la PCIME ne soit pas appliquée efficacement dans de nombreux services de santé et qu'elle n'entre pas comme volet de base dans la formation universitaire et du troisième cycle du personnel de santé? Quelles mesures et actions l'OPS peut-elle proposer, conjointement avec les pays, pour surmonter ces obstacles?

**5.2 *Promotion des pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains proposées dans la stratégie PCIME.***

Un ensemble de base de connaissances et de pratiques qui doivent être appliquées par les responsables des soins aux enfants, détermine leur croissance et développement sains, qu'ils ne soient pas affectés par des maladies et que si ces maladies se produisent, qu'ils reçoivent les soins requis d'une manière précoce et efficace. L'application de ces pratiques ne requiert pas de technologies sophistiquées ni des ressources qui ne sont pas à la portée de la majorité des familles. Toutefois, de nombreuses familles ne disposent

pas de l'information nécessaire pour connaître ces pratiques et elles ne reçoivent pas l'appui requis pour acquérir les capacités qui leur permettent de les appliquer à domicile d'une manière effective. La PCIME a synthétisé les connaissances et pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains, mais il est nécessaire que ces informations soient à la portée de toutes les familles, et en premier lieu, à celles qui appartiennent aux groupes les plus vulnérables de la population.

Comment atteindre la diffusion et la promotion les plus larges et les plus rapides des seize pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains de l'enfance et quelles actions spécifiques l'OPS et les pays peuvent-ils mettre en œuvre pour y contribuer?

### **5.3 *Expansion et suivi de la stratégie PCIME.***

La diversité des situations épidémiologiques des pays des Amériques et le potentiel de la PCIME comme porte d'entrée pour la prise en charge des conditions de santé des enfants, a mis en relief la nécessité d'élargir son volet de base pour y ajouter d'autres actions destinées à la prévention et à la prise en charge d'autres problèmes de santé. Mais pour progresser dans ce processus, il faut identifier clairement l'ampleur des différents problèmes qu'il faut inclure, et le suivi adéquat de l'impact que produit la PCIME en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité de l'enfant. Toutefois, l'information pour le suivi et l'évaluation, en particulier de la mortalité, n'est pas toujours accessible de manière opportune et elle n'atteint pas toujours la couverture appropriée.

Dans ce contexte, comme l'OPS pourrait-elle, conjointement avec les pays, optimiser l'usage des ressources disponibles pour améliorer la couverture et l'opportunité de l'information clé pour le suivi de la PCIME, en particulier en ce qui concerne la mortalité? De plus, dans quel ordre devraient s'ajouter à la PCIME de nouveaux volets pour la prévention et la prise en charge d'autres maladies, afin de promouvoir son impact sur la mortalité et la morbidité chez les enfants?

### **5.4 *Mobilisation de ressources pour la PCIME.***

Renforcer l'application de la PCIME, étendre sa couverture, renforcer les mécanismes d'évaluation de son impact et intensifier ses volets, sont des lignes d'action qui ont été identifiées comme des priorités pour soutenir et accélérer la baisse de la mortalité et de la morbidité et pour contribuer à une jeunesse en bonne santé. Cependant les ressources disponibles au niveau régional et au niveau des pays sont limitées pour atteindre cet objectif. Comment l'OPS peut-elle accroître les ressources existantes à l'appui de la PCIME au niveau régional et au niveau des pays?

## **6. Mesures à prendre par le Comité exécutif**

En fonction de l'information présentée, le Comité exécutif est prié de :

- Analyser la forme selon laquelle l'OPS, conjointement aux pays, peut agir pour que la PCIME soit adoptée avec succès comme une norme de base de la prise en charge de la santé des enfants, et être incorporée dans la formation universitaire et de troisième cycle des carrières relevant du domaine de la santé.
- Recommander des actions qui peuvent être entreprises aux niveaux régional et national en vue de la diffusion et de la promotion les plus larges et les plus rapides des seize pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains.
- Proposer au Bureau la forme la plus appropriée de renforcer le volet de suivi et évaluation de la PCIME, d'élargir progressivement ses volets pour la prévention et le contrôle d'autres maladies et de mobiliser des ressources à l'appui de l'application de la stratégie.