



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE 54^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U A, 23-27 septembre 2002

Point 4.6 de l'ordre du jour provisoire

CSP26/11 (Fr.)

11 juillet 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 5 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 5 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 Comité exécutif a analysé le document lors de sa 130^e session et a adopté la résolution CE130.R8, en annexe, dont l'objectif est de renforcer la mise en œuvre et l'expansion de la PCIME dans la Région. Cette résolution est soumise à la considération de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine.

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	13
2.6 Adaptation de la PCIME aux différentes réalités épidémiologiques et opérationnelles.....	13
3. Actions proposées.....	14
4. Conséquences financières.....	17
5. Thèmes clés de délibération	18
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.....	18
5.2 Promotion des pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains proposées dans la stratégie PCIME	19
5.3 Expansion et suivi de la stratégie PCIME.....	19
5.4 Mobilisation de ressources pour la PCIME	20
6. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine	20

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 5 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 5 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 5 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 5 premières années de leur vie.

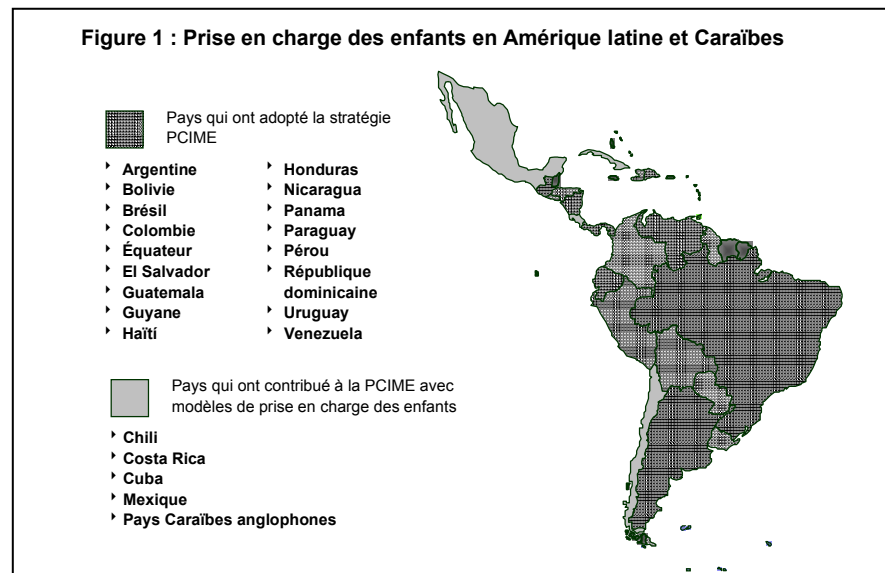
En 1996, la Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a présenté officiellement la stratégie PCIME aux pays des Amériques et elle a promu son application en tenant compte de l'impact qu'elle pouvait avoir sur la mortalité et la morbidité des

enfants âgés de moins de 5 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.

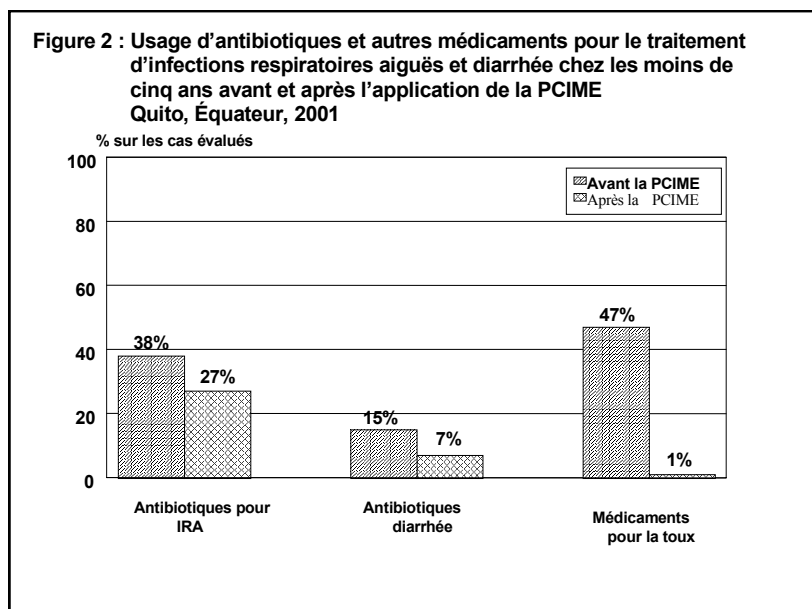
Au cours des années qui ont suivi, la stratégie PCIME a été incorporée progressivement dans les actions de santé maternelle et infantile de nombreux pays, et son contenu s'est enrichi, tout comme ce processus, avec l'expérience accumulée dans les pays des Amériques pendant la mise en œuvre d'autres stratégies 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^e 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 5 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, 17 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.

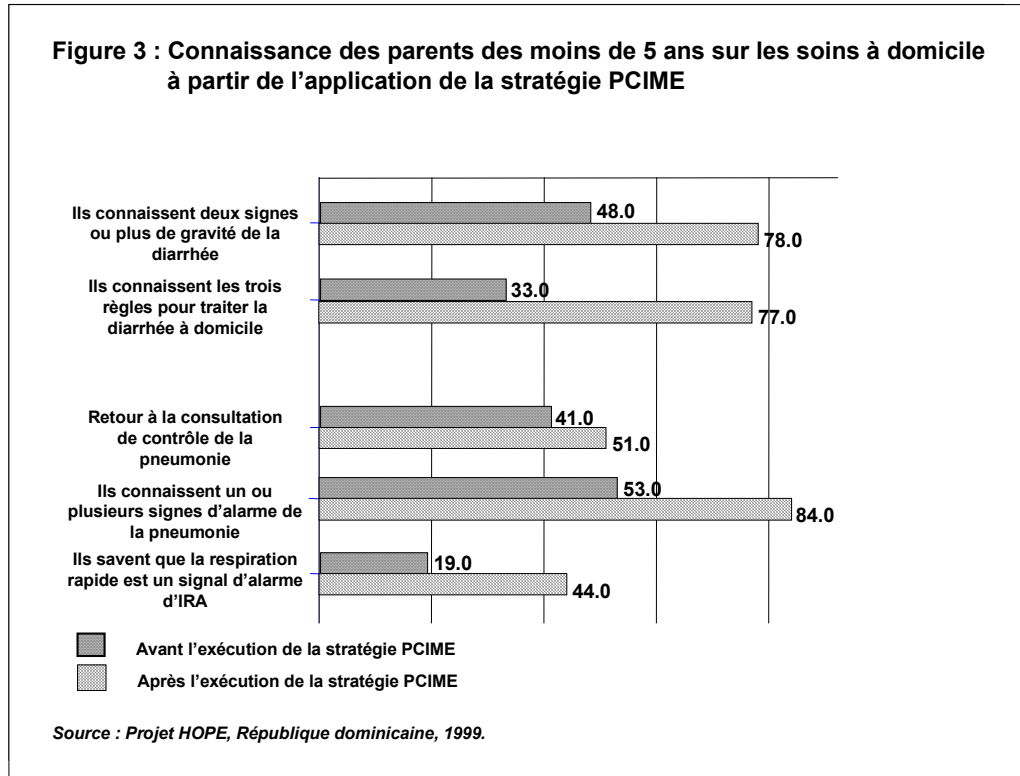


Les évaluations qui ont été réalisées ont indiqué une amélioration notable de la qualité de la prise en charge des maladies des enfants âgés de moins de 5 ans par le personnel formé à la stratégie PCIME (Figure 2); en particulier en ce qui concerne la réduction de l'usage inutile d'antibiotiques et l'emploi 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.



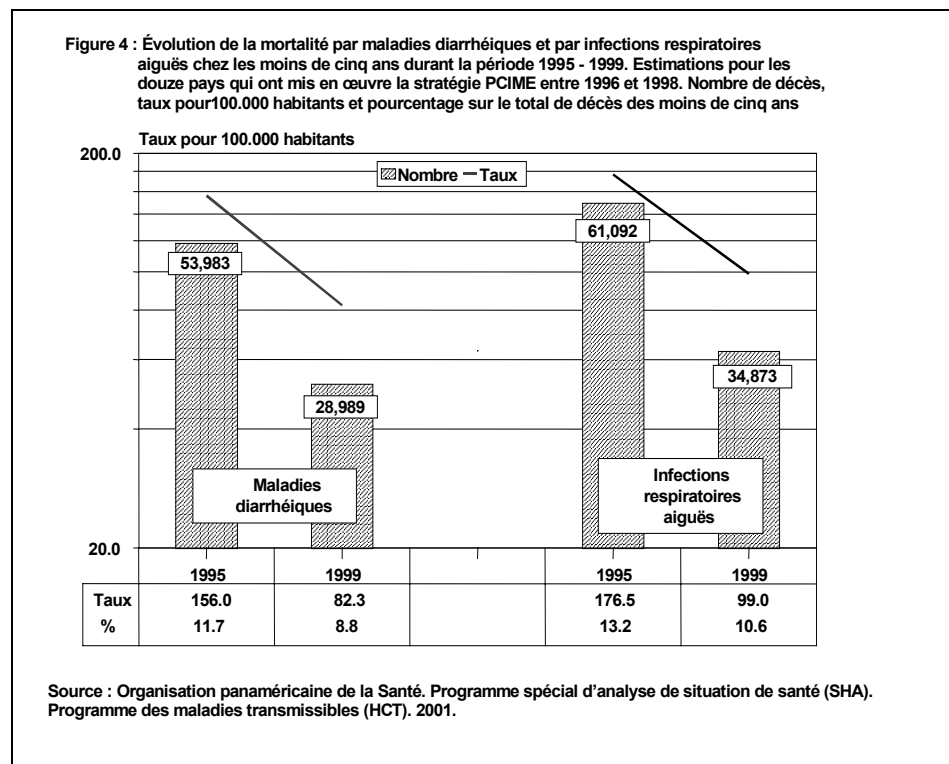
Sources: Gavilanes E, G; Flores V, C; Pavón, M; Palma P, L. *Impacto de la estrategia AIEPI sobre el uso de antibióticos en casos de IRA y diarrea, y de jarabes para la tos y otros medicamentos*. Quito, Équateur, 2001 (article sur le PCIME mis sous presse pour *Noticias* No. 8, 2002)

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 5 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 5 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 5 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 5 ans. Dans les 12 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 5 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 5 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 5 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 5 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 5 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

Pour la croissance physique et le développement mental
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.
Pour la prévention de maladies
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.
Pour l'assistance à domicile appropriée
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. Prenez les mesures appropriées pour prévenir et contrôler les lésions et accidents entre les enfants.
12. Évitez de maltraiter et de négliger les enfants et prenez 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.
Pour trouver des soins médicaux
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 5 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 5 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 5 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 40 000 personnes ont reçu une formation à l'application de la PCIME. Néanmoins, ni la fréquence de cette formation, ni les ressources humaines existantes, en particulier les infirmières et dans une moindre mesure les médecins, ne sont suffisantes pour atteindre rapidement l'accès universel à la stratégie. Une telle carence rend nécessaires l'expansion d'alternatives de formation, le renforcement des mécanismes de coordination avec les ressources humaines des ministères de la santé afin de mieux ajuster la répartition et la quantité de personnel de santé, et incorporer plus activement la formation de personnel communautaire au niveau local.

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 un suivi continu de l'impact de la stratégie. Ce fait revêt une importance particulière par rapport à la mortalité des enfants de moins de 5 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. Une action concertée et coordonnée entre les pays de l'OPS sera cependant nécessaire pour que les différents secteurs intervenant dans la production, la confirmation et l'analyse de l'information approfondissent leur travail et atteignent une amélioration continue de la qualité, la couverture et l'opportunité des données.

Au cours des deux dernières années, l'OPS/OMS et l'UNICEF ont proposé à leur tour un ensemble de 16 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 5 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 ont été effectuées 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, de 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 5 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.

La mise en place de ces nouvelles matières met en lumière le potentiel d'expansion de la PCIME en tant que moyen efficace de détection et de traitement adéquats non seulement de problèmes de santé de l'enfant mais également de la famille. C'est en renforçant les liens entre la PCIME et les autres interventions de traitement, de prévention et la promotion de la santé qu'il sera possible d'atteindre une augmentation significative de la couverture de la population qui a accès aux bénéfices de ces interventions.

Il convient de souligner tout particulièrement la capacité de la PCIME d'accroître la couverture des soins périnataux de bonne qualité, en tirant parti d'une plus grande fréquence des consultations durant l'enfance pour détecter les mères enceintes non traitées ou à haut risque, et ainsi prévenir la morbidité et mortalité maternelle et infantile.

D'autre part, l'adaptation de la stratégie à la réalité différente opérationnelle des pays a permis de détecter des problèmes de la qualité des soins de santé non seulement de premier degré, mais également dans les hôpitaux d'urgence, du fait de pratiques inappropriées et inefficaces pour le diagnostic et le traitement des maladies chez l'enfant. D'où l'importance de la PCIME afin de normaliser les procédures hospitalières de soins des enfants et contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité, à la réduction de la morbidité et mortalités hospitalières, ainsi qu'à une utilisation plus efficace des ressources disponibles.

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 et, en tant

que voie d'accès, pour augmenter la couverture des actions de prévention et de traitement des maladies et des problèmes de santé qui touchent la famille. 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 5 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 pour tous les enfants de moins de 5 ans aux bénéfices de la PCIME. Un tel objectif pourra être atteint si l'on établit que le contenu de la PCIME constitue le niveau minimum de qualité de l'attention, dans les services publics de santé, de la sécurité sociale et les services privés, tant pour le personnel de santé institutionnel que communautaire, et non seulement au premier niveau de soins mais également dans les hôpitaux de référence.*
- *La révision des stratégies et des plans de ressources humaines dans le domaine de la santé afin d'améliorer la répartition de celles-ci et les proportions réservées au personnel médical, d'infirmières et communautaire contribuera à une plus vaste couverture d'attention de la population, en augmentant le nombre et la formation des personnes le plus fréquemment en contact avec les enfants de moins de 5 ans et leurs familles.*
- *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 16 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 5 ans étant donné qu'il s'agit de la principale mesure de l'impact de la stratégie. Ces mécanismes doivent être renforcés au sein des ministères de la santé en fonction des ressources existantes, afin de disposer, grâce à une meilleure couverture et une qualité plus adéquate, des indicateurs que l'application de la stratégie PCIME peut contribuer à améliorer. De cette manière, il deviendra possible de faire un meilleur usage de l'information comme instrument destiné à évaluer les progrès, identifier les problèmes et orienter les priorités, tant au niveau local et national dans chaque pays qu'au niveau régional.*
- *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 5 ans, conformes au profil épidémiologique de la Région des Amériques, et le renforcement de la coordination avec d'autres interventions et stratégies dont la couverture peut être augmentée grâce à la stratégie PCIME comme voie d'accès pour leur application. Ces volets comportent en particulier le contrôle des problèmes apparentés à la période prénatale, 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. Parmi les interventions dont la PCIME peut contribuer à augmenter la couverture, on peut mentionner l'initiative de réduction de la mortalité maternelle, l'apport en micronutriments, la vaccination, le contrôle prénatal et la prévention de maladies non transmissibles, ainsi que les initiatives et*

les processus mis en place pour améliorer l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé et les mécanismes de production, compilation et analyse d'information.

- *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'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 5 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 US\$ 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 10 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 5 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. Le renforcement des liens entre la PCIME et d'autres interventions de santé s'adressant tant aux enfants qu'aux familles permettra de contribuer à l'amélioration de la couverture de leur application et à l'accroissement du nombre de personnes qui en bénéficient.

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 5 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 5 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.

Sur cette base, il faut renforcer les actions afin que les contenus de la PCIME soient efficacement appliqués aux services de santé tant du premier niveau que dans les hôpitaux de référence, et qu'ils soient inclus comme volet de base dans la formation universitaire de premier et de deuxième cycle du personnel.

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, de celles qui appartiennent aux groupes les plus vulnérables de la population.

C'est pourquoi il faut progresser vers la diffusion et la promotion les plus larges et les plus rapides des 16 pratiques familiales essentielles pour la croissance et le développement sains de l'enfance, en encourageant aussi des actions spécifiques destinées à les mettre à jour et à les compléter.

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 voie d'accès pour la prise en charge des conditions de santé des enfants et de leurs familles, 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 ainsi que de l'augmentation de la couverture dans l'application des interventions. 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, il est nécessaire d'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. L'OPS et les pays doivent renforcer la coordination de leur travail pour que, tant au niveau local que national et régional, on puisse disposer de données plus complètes et plus fiables afin d'assurer un suivi continu et une évaluation de la mortalité dans le but d'établir des priorités et planifier des actions en vue d'atteindre les objectifs de contrôle des maladies prises en compte par la PCIME. Il faudra également mettre en place des mécanismes acceptables et appropriés de suivi et d'évaluation du processus de mise en œuvre de la PCIME et des résultats de son application en matière de morbidité et de qualité des soins de santé aux enfants.

Accélérer l'incorporation de nouveaux volets pour la prévention et la prise en charge d'autres maladies est essentiel afin de promouvoir l'impact de la PCIME sur la mortalité et la morbidité chez les enfants; ainsi que renforcer les liens entre la PCIME et d'autres interventions de prévention, de traitement et de promotion de la santé s'adressant non seulement aux enfants mais aussi à la famille.

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, d'où la nécessité de renforcer les efforts de mobilisation des ressources disponibles afin de soutenir la PCIME au niveau régional et des pays.

6. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à examiner le présent document et en approuver la résolution CE130.R8, en annexe, recommandée par le Comité exécutif en vue de renforcer et d'étendre l'application de la stratégie PCIME dans la Région des Amériques, afin que celle-ci constitue un modèle de référence pour les soins de santé aux enfants.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

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

Annexe

RÉSOLUTION

CE130.R8

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

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/13, « Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), »

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP26/11 et les résultats présentés relatifs aux progrès accomplis dans l'exécution de la stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans la Région des Amériques ; et

Gardant à l'esprit les progrès accomplis concernant l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 », qui a aidé à soutenir et accélérer la réduction de la mortalité infantile, due en particulier aux causes qui font l'objet de la stratégie PCIME,

DÉCIDE :

1. D'adopter l'approche et l'adaptation aux réalités opérationnelles contenues dans le document CSP26/11 pour la mise en application de la stratégie PCIME.

2. De souligner l'importance que revêt l'expansion de la stratégie PCIME à l'aide de l'incorporation de nouveaux volets qui permettront d'accroître la capacité de résolution des problèmes du personnel de santé du premier niveau.

3. De prier instamment les États membres :

- a) de continuer à renforcer l'appui à la stratégie PCIME, son expansion et sa coordination avec d'autres programmes et acteurs en santé, dans le but de soutenir et accélérer la réduction de la mortalité infantile et de s'efforcer d'atteindre l'accès universel de la population à la qualité de base des soins offerts par la stratégie;
- b) d'accélérer l'intégration effective de la stratégie PCIME dans les cours universitaires et de troisième cycle des carrières dans le domaine de la santé et son application par les diplômés;
- c) de renforcer et de promouvoir des mécanismes efficaces en vue de la collecte, consolidation et analyse des données qui permettent le suivi et l'évaluation des actions portant sur la santé des nourrissons et des enfants;
- d) de renforcer le nombre et la diversité des ressources humaines de santé pour traiter efficacement les enfants malades et les causes des maladies.

4. De demander au Directeur de continuer à appuyer l'application de la stratégie PCIME en termes de son expansion à d'autres pays et de l'augmentation de sa couverture dans les pays qui l'ont déjà adoptée.