



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



44^e CONSEIL DIRECTEUR 55^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., EUA, 22-26 septembre 2003

Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire

CD44/12 (Fr.)

16 juillet 2003

ORIGINAL : ESPAGNOL

LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME) ET SA CONTRIBUTION À LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DU MILLÉNAIRE

Au cours des deux dernières décennies la mortalité infantile a diminué sur le continent américain principalement en raison de la réduction de la mortalité due à des maladies infectieuses. Bien que ces dernières représentent encore 28 % des cas de décès chez les enfants de moins de cinq ans, leur importance est maintenant moindre que celle des causes périnatales et néonatales liées à la grossesse, à la naissance et aux premières quatre semaines de vie qui sont à l'origine de 38 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans. Par ailleurs, la réduction observée dans la mortalité de ce groupe n'a pas été uniforme dans les pays. Les écarts s'approfondissent en effet entre les pays et groupes de population, ce qui reflète le manque d'équité dans l'accès aux mesures de prévention et de contrôle disponibles.

Dans ce contexte épidémiologique de transition, les efforts consacrés à la survie infantile pour atteindre les Objectifs de Développement pour le Millénaire doivent aborder simultanément la prévention et le traitement des maladies infectieuses et des problèmes périnataux qui dans leur ensemble sont à l'origine de 76 % de la mortalité des enfants de moins de cinq ans sur le continent. De plus, pour que ces efforts contribuent à l'équité, il est nécessaire de les focaliser en priorité sur les pays et les groupes de population plus difficiles à atteindre, afin de réduire les écarts existants. Enfin, pour que la survie de l'enfance s'accompagne de meilleurs états de santé pour les enfants, il est nécessaire que les efforts envisagent également la promotion d'environnements sains en renforçant l'accent mis sur la famille et la communauté.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), qui s'est penchée en priorité sur la réduction de la mortalité due à des maladies infectieuses au cours des dernières dix années, est considérée comme une stratégie appropriée pour contribuer à la survie infantile dans le contexte de transition épidémiologique dans lequel nous vivons. De pair avec l'inclusion de nouvelles composantes telles la composante néonatale et une mise en œuvre renforcée pour couvrir les groupes les plus difficiles à atteindre, l'expansion et le renforcement de la PCIME contribueront à appuyer les progrès soutenus des pays et de la Région en vue des Objectifs de Développement pour le Millénaire dans un contexte d'équité.

Le Comité exécutif a examiné le présent documents lors de sa 132^e session, et a décidé de le soumettre au Conseil directeur pour considération, discussion et décision sur les politiques à suivre.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Situation actuelle.....	4
Actions proposées.....	9
Implications financières.....	11
Thèmes clés de délibération.....	12
Mesures à prendre par le Conseil directeur.....	13

LA CONTRIBUTION DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME) À LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DU MILLÉNAIRE

Introduction

1. Au cours des dernières décennies du XX^e siècle, la mortalité infantile a baissé dans la Région des Amériques et, en particulier au cours des années 90, la majorité des sous-régions ont atteint le but de la décennie consistant à réduire d'un tiers la mortalité infantile par rapport aux niveaux de 1990. La baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a contribué à allonger de 5,5 ans en moyenne l'espérance de vie entre 1990 et 2000, soit le double des résultats obtenus au cours de la décennie antérieure. Cet allongement de l'espérance de vie est attribuable en majeure partie (60 %) à la réduction de la mortalité due à des maladies infectieuses chez les enfants de moins de cinq ans et, dans une moindre mesure (25%), à la diminution de la mortalité résultant de problèmes périnataux (liés à la grossesse, à la naissance et aux premières semaines de vie).
2. La baisse observée dans l'importance proportionnelle des maladies infectieuses comme cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a eu pour résultat de réduire la mortalité due à ces maladies de 34 % en 1998 à 28 % en 2000. Au cours de cette même période, les causes périnatales et néonales ont augmenté leur importance, étant à l'origine de 38 % de la mortalité de ce groupe d'âge en 2000. Cette situation a accentué le profil épidémiologique de transition de la majorité des pays en développement du continent, les maladies infectieuses et non infectieuses coexistant comme cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.
3. Cependant, la situation antérieure cache les écarts importants qui existent entre pays, zones géographiques et groupes de population, chez certains desquels les maladies infectieuses continuent à être la cause de 50 % ou plus de la mortalité avant l'âge de cinq ans.
4. Dans ce contexte, une nouvelle baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, comme celle qui est prévue dans les Objectifs de Développement pour le Millénaire pour l'année 2015, exigera des approches combinées qui incluent simultanément la prévention et le traitement des maladies infectieuses et des problèmes périnataux, de façon à s'attaquer aux deux principaux groupes de causes à l'origine de plus des deux tiers de la mortalité avant l'âge de cinq ans.
5. En outre, et compte tenu des écarts profonds qui existent entre les pays en termes de mortalité infantile, il sera nécessaire de cibler stratégiquement ces actions pour couvrir

les zones géographiques et les groupes de population plus difficiles à atteindre, afin d'y obtenir des réductions plus fortes de la mortalité et de contribuer ainsi à l'équité.

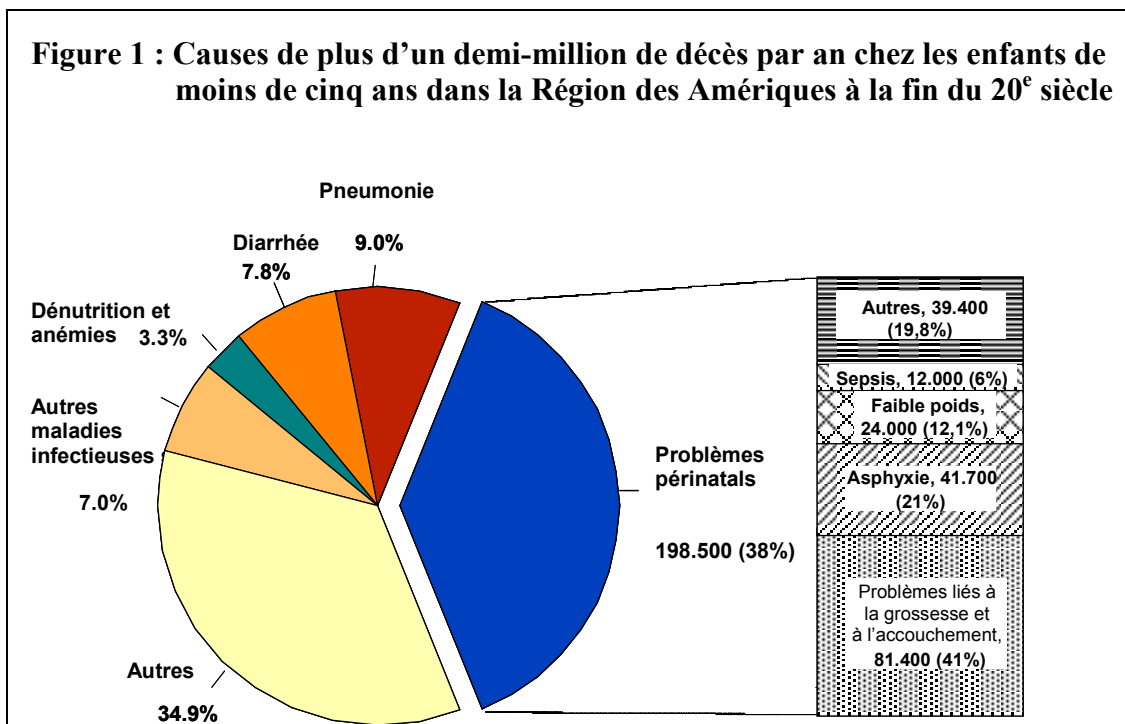
6. Cette approche permettra de renforcer les actions cherchant à assurer la survie infantile, qui constitue l'un des aspects à régler les plus critiques du programme international des dernières décennies, en mettant l'accent sur la priorité que revêt la prévention de décès qui peuvent être évités au moyen d'interventions simples, acceptables et de faible coût pour la communauté, selon les principes des soins de santé primaires.

Situation actuelle

7. Au début du millénaire, un peu plus d'un demi-million d'enfants de moins de cinq ans mouraient chaque année dans la Région des Amériques, et le taux de mortalité régionale dans ce groupe d'âge était de 33,4 pour 1.000 naissances vivantes. Vingt-huit pour cent de ces décès étaient dus à des maladies infectieuses et respiratoires, essentiellement la diarrhée et la pneumonie, et environ 40 % de la mortalité des enfants de moins de cinq ans était causée par des causes périnatales et néonales (Figure 1), liées principalement à des problèmes de la grossesse, la naissance et la première semaine de vie.

8. Cette répartition des décès sur le continent n'a pas été et n'est pas uniforme, et le risque de décès au cours des cinq premières années de vie est allé en 2.000 de 6,6 pour 1.000 naissances vivantes au Canada, à 108,2 pour 1.000 naissances vivantes à Haïti, ce qui représente un risque relatif de 16,3. Ces différences entre pays se remarquent également à l'intérieur de ces pays, montrant des écarts importants entre zones géographiques et groupes de population, en particulier les minorités ethniques et les populations indigènes.

9. Néanmoins, la situation observée a constitué un progrès important par rapport aux décennies antérieures, auquel a contribué la mise en pratique d'actions de contrôle, tout d'abord spécifiques et ensuite intégrées, pour réduire la mortalité due à la diarrhée et aux infections respiratoires aiguës qui étaient avec la malnutrition les causes principales de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au début des années 80.

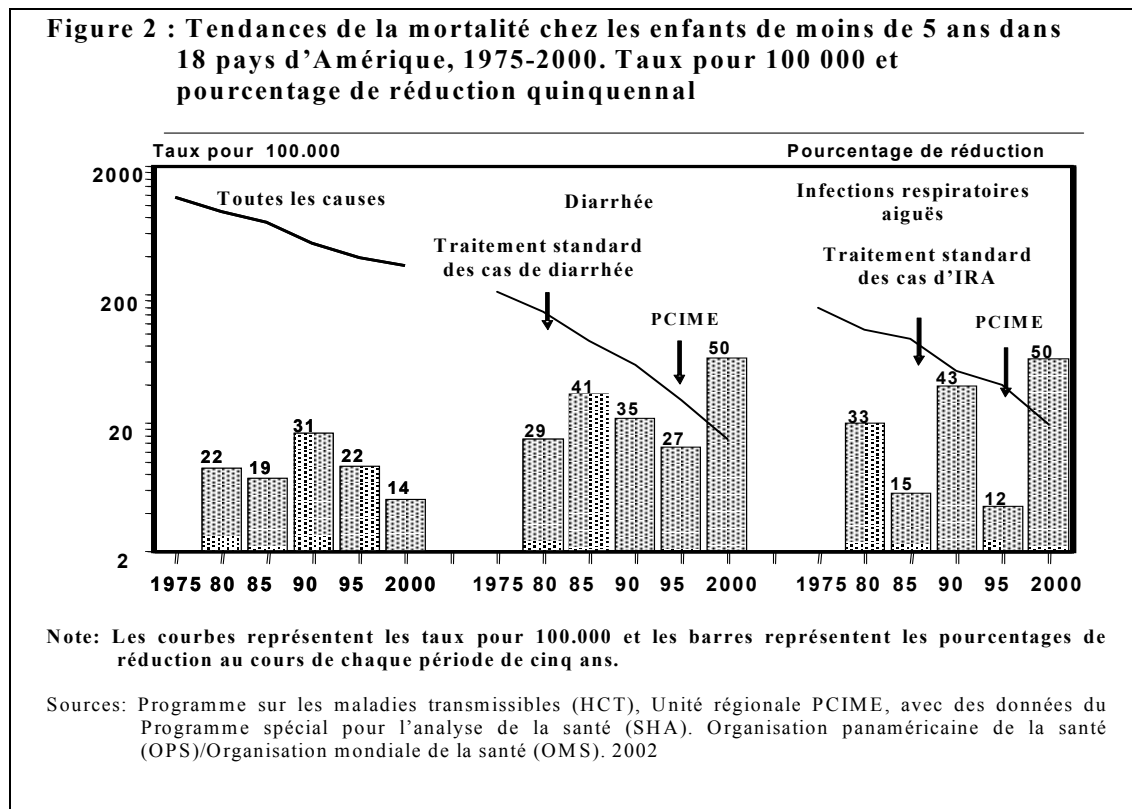


10. La mortalité due à la diarrhée a baissé de 41 % au cours de la première moitié de cette décennie, soit plus du double qu'au cours des cinq années antérieures, ce qui a coïncidé avec l'application de la stratégie de traitement standard des cas de diarrhée (Figure 2). De manière analogue, la mortalité due aux infections respiratoires aiguës (IRA) qui a baissé de 43 % au cours de la deuxième moitié des années 80, soit près de trois fois de plus qu'au cours des cinq années précédentes, a également coïncidé avec la mise en œuvre de la stratégie de traitement standard des cas d'IRA.

11. La stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) adoptée et encouragée en 1999 par le Conseil directeur de l'OPS au moyen de la Résolution CD41.R5, a favorisé sans nul doute une plus grande réduction de la mortalité due à ces deux causes; et au cours des cinq années suivant sa mise en œuvre, tant la mortalité due à la diarrhée qu'aux IRA a baissé de 50 %. Cette diminution fait partie des résultats prévus dans le cadre de l'initiative « *Enfants sains, l'objectif 2002* », qui se proposait de réduire de cent mille le nombre de décès chez les enfants de moins de cinq ans au cours de la période 1999-2002, principalement par l'entremise de l'application de la stratégie PCIME. Il est ressorti de l'évaluation intermédiaire que le but avait été atteint à 43 % (avec une réduction du nombre de décès de plus de 43.000 chez les enfants de moins de cinq ans) au cours des deux premières années de la mise en pratique de cette initiative, tandis que le champ d'application de la stratégie PCIME était élargi dans les pays; et plus

de 80 % de cette réduction (réduction du nombre de décès de plus de 36.000) résultait d'une baisse de la mortalité due aux causes ciblées dans la stratégie.

12. Ces résultats ont représenté un échantillon de plus du potentiel important de l'incidence de la PCIME sur le plan de la réduction de la mortalité et de l'amélioration de la survie infantile. Ils sont venus s'ajouter aux avantages déjà démontrés de la stratégie, tels que sa contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge au premier niveau, et à l'amélioration des connaissances et des pratiques familiales pour les soins des enfants, dans le but de prévenir les décès imputables principalement aux soins inappropriés au foyer et aux consultations tardives pour des maladies infectieuses telles que la diarrhée et la pneumonie.



13. Le soutien régional et national important apporté à l'application de la stratégie s'est avéré crucial pour la réalisation de ces progrès, y compris la résolution récente CSP26.R10 adoptée par la Conférence sanitaire panaméricaine en 2002, qui vient appuyer l'importance du renforcement de l'application efficace de la stratégie dans les pays de la Région en vue d'améliorer l'état de santé des enfants. Cela a constitué un

cadre indispensable pour consolider le rôle régional à l'appui de son application dans les pays, a contribué à accélérer le processus d'élargissement de la stratégie et à accroître l'accès de la population à cette stratégie à l'aide des soins de santé primaires. De plus, l'application de la PCIME a contribué à renforcer un ciblage orienté simultanément sur le traitement des maladies pour empêcher des décès évitables (survie infantile) et sur la promotion d'une croissance et d'un développement sains qui ont pour effet d'améliorer la qualité de la prise en charge infantile, tant pour ce qui est des services de santé qu'au sein de la famille, du foyer et de la communauté.

14. Au cours du processus d'exécution de la PCIME, une vaste mobilisation au niveau régional et dans les pays a favorisé son adaptation à la réalité de chaque endroit et a entraîné un processus rapide de formation du personnel de santé pour son application, en particulier dans les services de premier niveau. Plus récemment, on a obtenu une participation active des facultés de médecine, des écoles de personnel infirmier et d'autres institutions académiques, qui suivent actuellement un processus accéléré d'intégration de la stratégie PCIME aux programmes de cours universitaires, conformément aux recommandations des résolutions CSP124.R4 et CSP26.R10 de 1999 et 2002, respectivement.

15. Ces efforts ont été étayés par le renforcement de la composante communautaire de la stratégie, reposant sur la promotion des *pratiques familiales clés pour la croissance et le développement sains pendant l'enfance* recommandées par l'OMS/UNICEF, en mettant particulièrement l'accent sur les groupes de la population les plus vulnérables, tels que les populations autochtones, les populations déplacées et les zones marginales de poches de pauvreté dans les grandes villes, qui n'ont qu'un accès limité voire inexistant aux services et au personnel de santé.

16. L'application et l'élargissement de la stratégie se heurtent néanmoins à de nombreuses difficultés, qui ont déjà retenu l'attention des instances directrices de l'OPS et qui font partie des recommandations adoptées dans les résolutions susmentionnées. En vue de relever le défi que représente la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire, et tenant compte du potentiel que la PCIME peut apporter à leur réalisation, on considère qu'il est fondamental de compléter ces résolutions afin de traiter certains des problèmes clés qui peuvent entraver la mise en place des actions qui, au niveau de la Région, des pays et au niveau local, sont destinées à permettre la réalisation de ces objectifs.

17. En ce qui concerne l'enfance, les Objectifs de Développement pour le Millénaire reprennent la priorité de la survie infantile, qui représente un des mandats non achevés les plus importants du siècle qui vient de s'écouler. Dans le contexte de l'épidémiologie de transition de la Région et des différences entre les pays, atteindre ces objectifs exige une focalisation simultanée sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses et

des problèmes périnataux et néonaux qui ensemble sont à l'origine de deux ou plus de chaque trois décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans.

18. De plus, il faut réaliser les Objectifs de Développement pour le Millénaire avec équité, de façon à réduire les écarts qui persistent encore entre les pays de la Région, et entre les zones géographiques à l'intérieur de ces pays. Cela exigera d'orienter les actions à l'aide d'une approche stratégique de manière à couvrir les groupes de population et les zones plus difficiles à atteindre dans lesquelles on observe les taux de mortalité plus élevés.

19. Enfin, pour réussir à obtenir une plus grande survie infantile, il faut également des interventions destinées à garantir une nutrition, des soins et une stimulation adéquates des enfants dans la famille et la communauté. Ces actions contribueront également à réduire l'incidence et la gravité des maladies, à améliorer la croissance et à promouvoir un développement compatible avec le potentiel majeur qu'ils peuvent atteindre.

20. Dans ce cadre, il est indispensable d'exécuter des actions concrètes qui permettent d'une part de donner à la population l'accès aux instruments et stratégies clés pour renforcer et accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité infantiles, ces derniers contribuant à leur tour à la promotion d'une nutrition, d'une croissance et d'un développement sains. D'autre part, il faut établir des mécanismes qui permettent d'identifier rapidement les groupes de population plus vulnérables et difficiles à atteindre, pour orienter les efforts de sorte que ces groupes de population obtiennent l'accès à ces instruments et stratégies.

21. De par son approche intégrée et son champ d'application, qui inclut les services de soins de santé primaires, la famille et la communauté, la PCIME constitue une des stratégies clés pour réaliser les Objectifs de Développement pour le Millénaire avec une plus grande équité, en portant les efforts sur la survie infantile et la croissance et le développement sains.

22. C'est ce qu'a démontré l'expérience existante dans certains pays, qui ont élargi les contenus de la stratégie pour que cette dernière puisse donner réponse à un profil épidémiologique de transition. En particulier, l'incorporation d'une composante néonale dans neuf pays de l'Amérique latine et des Caraïbes a élargi la stratégie pour couvrir la prise en charge durant la première semaine de vie, qui est l'époque au cours de laquelle se produit la majorité des décès liés à la période périnatale et néonale, et qui n'est pas comprise actuellement dans la version générique de la stratégie qui couvre l'enfant à partir d'une semaine de vie jusqu'à l'âge de cinq ans. D'autres expériences, telles que l'incorporation d'une composante pour la prévention et la détection des mauvais traitements, des abus sexuels et autres formes de violence sur l'enfance, le traitement des maladies obstructives respiratoires, et la détection précoce de retards dans le

développement, ont également contribué à répondre à l'incidence de la morbidité dans l'enfance dans des conditions épidémiologiques de transition.

23. En fonction de ces expériences et des progrès que réalisent certains pays, et suite aux résolutions déjà mentionnées des Organes directeurs de l'OPS, l'incorporation de nouvelles composantes dans la stratégie PCIME apportera la réponse aux demandes des pays pour adapter la stratégie au profil épidémiologique de transition de la Région. Cela renforcera le travail conjoint avec les pays pour profiter des expériences qui existent déjà, de même que la conception de nouvelles composantes pour donner réponse à des maladies et des problèmes d'incidence croissante, comme l'augmentation de l'infection par le VIH/SIDA chez les enfants. Cela contribuera également à renforcer le potentiel déjà observé de la stratégie, pour prévenir les décès chez les enfants, avec les avantages que la prévention et le traitement d'autres maladies et problèmes de santé peuvent apporter pour améliorer les conditions de vie du groupe.

Actions proposées

24. Afin de réaliser les Objectifs de Développement pour le Millénaire pour la santé des enfants dans les Amériques dans un cadre équitable en vue de couvrir les plus vulnérables, les actions suivantes sont proposées :

- a) *L'élargissement de la stratégie PCIME incorporant de nouvelles composantes, en particulier la composante périnatale et néonatale et le renforcement de son exécution pour contribuer à la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire, en renforçant l'importance de la relier à d'autres interventions qui contribuent à la santé et au développement de l'enfance. L'élargissement de la PCIME viendra compléter les contenus génériques initiaux de la stratégie avec une composante néonatale (consacrée spécialement à la première semaine de vie) et d'autres composantes de prévention et de prise en charge d'autres maladies et problèmes prédominants de l'enfance. La stratégie élargie renforcera également ses contenus et ses liens avec toutes les interventions destinées à promouvoir la croissance et le développement sains, ce qui permettra de disposer d'une stratégie efficace, tant pour la survie infantile (du fait qu'elle couvrira les causes de plus des deux tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans dans la Région), que pour améliorer la qualité de la prise en charge et des soins aux enfants dans les services de santé, la famille et la communauté.*

Avec ses adaptations à la réalité de chaque pays, la stratégie contribuera à consolider les préceptes des soins de santé primaires, en améliorant le pouvoir de résolution du personnel et des services du premier niveau. Elle continuera à mettre l'accent sur l'approche intégrée de la prise en charge au moyen d'interventions destinées à la prévention des décès et des maladies et la promotion

de la santé, en réduisant les opportunités perdues lors des contacts des services de santé avec les enfants de moins de cinq ans et leur famille. Elle contribuera également à renforcer la capacité de la famille à donner à ses enfants des soins d'une qualité adéquate pendant leur enfance.

- b) *L'établissement de priorités stratégiques pour la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire en termes de réduction de la mortalité chez les enfants dans un cadre équitable.* L'identification des pays qui souffrent le plus en termes de mortalité évitable durant l'enfance permettra de cibler les efforts sur ces pays afin de réduire les écarts qui subsistent encore et de contribuer à l'équité. L'identification à l'intérieur de ces pays des groupes de population plus difficiles à atteindre, qui habituellement n'ont pas accès aux soins et chez lesquels on enregistre en général la mortalité la plus forte, pourra orienter les activités pour que ces groupes aient accès à la stratégie PCIME et puissent l'utiliser. À cette fin, il faudra pouvoir compter sur une large mobilisation qui permettra d'optimiser l'utilisation de toutes les ressources disponibles en faveur des plus vulnérables.

Les estimations de l'impact potentiel de l'application de cette stratégie font apparaître qu'il pourrait être possible de parvenir à une réduction générale de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et à une réduction du risque entre les pays de 17,7 en 2000 à moins de 10 en 2008 et à moins de 7 en 2015.

- c) *La mobilisation de la volonté et des ressources pour assurer le caractère durable des interventions sur le plan de la santé des enfants.* Elle constitue la seule façon de garantir un accès équitable aux avantages qu'offrent les connaissances et technologies disponibles qui peuvent garantir une croissance et un développement sains des enfants. Cela suppose un travail de sensibilisation pour que tous les pays adoptent les décisions et décrets gouvernementaux nécessaires pour intégrer la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire sur le plan de la santé des enfants dans un cadre équitable en termes pratiques. Cela comprend la promotion d'engagements sectoriels en vue d'assurer l'enseignement de la PCIME dans la formation du personnel du domaine de la santé en vue de réduire et de supprimer progressivement la tâche de formation pour les ministères de la santé, et la coordination intersectorielle, la mobilisation des ressources et le caractère complémentaire des efforts déployés par le secteur public, la sécurité sociale, les services privés de prise en charge, les ONG et les organismes internationaux et bilatéraux, en reliant tant au niveau national que local les projets qu'ils financent.

- d) *L'intégration de la stratégie PCIME dans les espaces où les enfants et leurs familles vivent, jouent, apprennent et passent leur temps* contribuera à prévenir les décès et à assurer la survie infantile ainsi que la croissance et le développement sains des enfants. À cet effet, l'application et l'accès effectif à la stratégie doivent faire partie des espaces de santé, comprenant les foyers, les municipalités ou les localités, en passant par toutes les institutions où les enfants vivent, passent leur temps, jouent et apprennent.
- e) *Le renforcement de l'autonomie de la population* en appuyant et en encourageant les pratiques essentielles pour la croissance et le développement sains permettra de prévenir les maladies, de décourager les comportements préjudiciables pour la santé et d'encourager ceux qui contribuent à promouvoir la santé et le développement. La 26^e Conférence sanitaire panaméricaine qui s'est tenue en 2002 a souligné l'importance de la communication sociale et de l'éducation pour la santé de la communauté. Sur la base de ces pratiques, elle pourra consolider sa capacité à offrir de meilleures conditions de santé aux enfants et faire en sorte qu'ils deviennent des adultes sains et productifs qui assurent le caractère durable du développement local. La promotion d'alliances intersectorielles et de la participation locale de la population et de tous ses organismes représentatifs permettra de constituer des réseaux qui contribuent à construire un environnement intégré et sain pour les enfants de moins de cinq ans et leurs familles.

25. Ces actions sont compatibles avec les nouvelles orientations internationales pour la santé des enfants auxquelles elles se rattachent, y compris la stratégie sur la santé des enfants et des adolescents qu'élabore actuellement l'OMS; les recommandations et documents de base de la session extraordinaire des Nations Unies consacrée à l'enfance qui s'est tenue en 2002; l'optique du cycle de vie sur laquelle repose le développement actuel de stratégies pour la prise en charge intégrée pendant l'adolescence et la vie adulte, et au cours de la grossesse, ainsi que la stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson et des enfants en bas âge. Ces actions reposent également sur les résolutions de l'OPS sur la stratégie PCIME et tiennent compte des recommandations du Groupe consultatif technique sur la PCIME qui, en tant que groupe d'experts indépendants convoqués par la direction de l'OPS, a reconnu l'importance que peut avoir l'élargissement de la stratégie PCIME pour accélérer la baisse de la mortalité et de la morbidité chez les enfants et pour favoriser leur croissance et leur développement sains.

Implications financières

26. La création de la nouvelle Unité de santé des enfants et des adolescents (CA), au sein de la Division de la santé familiale et communautaire (FCH), a renforcé la stratégie intégrée pour la prise en charge des enfants et l'optique du cycle de vie, en assurant un processus continu pour l'action en faveur de la santé des enfants et des adolescents. Pour

les actions spécifiques visant à améliorer la santé des enfants, cette Unité dispose de fonds ordinaires et extraordinaires d'un montant total de US\$ 1.350.000 pour la période biennale en cours et il est prévu que ce montant soit relevé pour la période biennale 2004-2005, puisque c'est au cours de cette période que les actions proposées devront être développées et adaptées, et que doit commencer leur mise en œuvre et leur application élargie dans les pays. Cependant, ces prévisions sont affectées par la réduction enregistrée en 2002-2003, année au cours de laquelle les fonds programmés dans le cadre du Programme mondial de l'OMS, émanant de ressources extrabudgétaires, n'ont pas été reçus.

27. La réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire dans un cadre équitable et en vue de couvrir les plus vulnérables exigera de renforcer les actions à l'appui des ressources actuelles, de rétablir le soutien extrabudgétaire du Programme mondial de l'OMS et de mobiliser des ressources supplémentaires pour les plans spécifiques et la mise en œuvre des actions au niveau local, qui seront adoptées conformément aux propositions formulées dans le présent document.

Thèmes clés de délibération

28. Il est proposé que les discussions et délibérations portent sur les points suivants.
- a) Pour ce qui est de *l'adoption de la stratégie PCIME et l'incorporation de nouvelles composantes*, il faut envisager des actions concrètes pour que les contenus de la stratégie PCIME soient un instrument de la politique de santé pour la prise en charge des enfants. Ceci implique de les incorporer aux cadres réglementaires à titre de normes de prise en charge, aux programmes de garantie de qualité et aux systèmes de prestation. L'OPS peut apporter un appui technique régional et favoriser l'échange horizontal des expériences entre les pays.
 - b) S'agissant de *l'établissement des priorités stratégiques d'action*, il est nécessaire de promouvoir et de renforcer des mécanismes pour disposer d'une information plus actualisée, de meilleure qualité et couverture, afin d'identifier les groupes de population plus difficiles à atteindre, qui constituent une priorité dans chaque pays. L'OPS peut jouer un rôle clé dans la coordination des ressources et des capacités disponibles, tant au niveau régional que national, en faisant intervenir toutes les institutions qui participent à la production, l'analyse et l'évaluation d'information en vue de réaliser un processus participatif qui permet l'appropriation des résultats et leur utilisation en tant qu'instrument de planification aux niveaux national et local.
 - c) En ce qui concerne la *mobilisation de la volonté et des ressources pour assurer le caractère durable des interventions sur le plan de la santé des enfants*, il faut renforcer les actions pour que la stratégie PCIME s'intègre de façon durable dans ses trois domaines d'application : personnel, services de santé, famille et

- communauté. À cette fin, l'OPS et les ministères de la santé doivent travailler en commun pour impliquer les différents secteurs gouvernementaux, non gouvernementaux et communautaires dans un plan durable visant à ce que l'enseignement de la stratégie PCIME fasse partie de la formation du personnel de santé pendant ses études universitaires et de troisième cycle, et pour que les contenus de cette stratégie soient incorporés dans tous les espaces où les enfants vivent, jouent, passent leur temps et apprennent.
- d) Pour le *renforcement de l'autonomie de la population, en promouvant les pratiques essentielles pour la croissance et le développement sains des enfants pendant leur enfance*, il faut accroître les activités en vue de la diffusion et du transfert des contenus des pratiques de base pour la croissance et le développement sains proposées par la PCIME, de telle sorte qu'elles soient intégrées au niveau local et des communautés.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

29. Compte tenu des informations présentées, le Conseil directeur est invité à :
- a) discuter de l'importance et de la nécessité de l'incorporation rapide de nouvelles composantes à la stratégie PCIME, en particulier la composante néonatale ainsi que d'autres composantes qui donnent réponse au profil épidémiologique de transition des pays, et à formuler des recommandations au Secrétariat pour leur lancement et leur mise en œuvre effective dans les pays afin d'assurer des progrès durables en vue de la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire relatifs aux enfants;
 - b) analyser la stratégie proposée pour échelonner les Objectifs de Développement pour le Millénaire pour ce qui a trait à la mortalité des enfants, et dans un cadre équitable afin d'identifier les groupes de population plus difficiles à atteindre, et formuler des recommandations sur la façon dont l'OPS et les pays peuvent mener cette tâche à bien;
 - c) proposer au Secrétariat que la PCIME soit adoptée en tant qu'une des interventions principales pour réaliser les Objectifs de Développement pour le Millénaire relatifs aux enfants et pour améliorer leur état de santé et promouvoir le développement durable sur le continent, ainsi que de recommander aux pays son intégration effective dans les cadres réglementaires et de politique de la santé pour les enfants;

- d) suggérer au Secrétariat les mécanismes pour mener à bien, sur le plan régional et national, le suivi et la surveillance des progrès accomplis sur la voie de la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire relatifs aux enfants, en s'efforçant particulièrement de parvenir à une plus grande équité et d'assurer l'accès aux interventions pour les groupes les plus vulnérables.

- - -