

ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ DE L'ENFANT

Phase 1: analyse de la situation

**Initiative Politique de santé de l'enfant
(CHPI)**



ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ DE L'ENFANT

Phase I: analyse de la situation

Initiative Politique de santé de l'enfant (CHPI)



Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale
Unité Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent

Sommaire

Avant-propos	v
Remerciements	vii
Abréviations	ix
Introduction	1
Initiative Politique de santé de l'enfant	2
Qu'entend-on par "politique"	2
Les pays disposent-ils déjà d'une politique de santé de l'enfant ?.....	3
Nécessité d'un document d'orientation national sur la santé de l'enfant	3
Une politique de santé de l'enfant changerait-elle les choses ?.....	3
Initiative Politique de santé de l'enfant.....	4
Combien de temps ce processus va-t-il prendre ?.....	5
Un processus éclairé	6
Trois phases principales	6
Équipe spéciale de la CHPI	7
Phase I : analyse de la situation	10
Produit	10
Objectifs.....	10
Approche.....	11
Méthodologie: 10 étapes	11
Problèmes	17
Rapport sur l'analyse de la situation	18
Principaux points d'analyse généraux	18
Description	19
Phases suivantes	35
Phase II : élaboration du document d'orientation	35
Phase III : adoption officielle du document d'orientation	38
Annexes	40
Annexe 1. Composition de l'Équipe spéciale de la CHPI	40
Annexe 2. Exemples de documents étudiés	45

Avant-propos

Le 8 septembre 2000, un total de 189 pays, dont les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale de l’OMS, ont adopté la Déclaration du Millénaire dans laquelle ils reconnaissent qu’ils ont « des devoirs à l’égard de tous les citoyens du monde, en particulier les personnes les plus vulnérables, et tout spécialement les enfants, à qui l’avenir appartient ». Une politique nationale de santé de l’enfant constitue un instrument important pour établir des orientations claires à long terme afin de protéger et promouvoir la santé de l’enfant. Elle regroupe en un seul document tous les éléments stratégiques indispensables pour promouvoir la santé et le développement de l’enfant, définir des priorités, des stratégies et des mesures pour garantir un accès équitable aux soins de santé pour tous, y compris les familles les plus défavorisées, dont les enfants paient souvent le plus lourd tribut sur le plan de la santé et du développement.

Les principes et les valeurs des soins de santé primaires, tels qu’ils sont énoncés dans la Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires de 1978, demeurent un guide important pour notre action dans le domaine de la santé publique. Les soins de santé maternelle et infantile sont au cœur des domaines prioritaires définis dans la Déclaration, ainsi qu’un ensemble de prestations sanitaires essentielles qui ont été élaborées ultérieurement dans le cadre des réformes du secteur de la santé. Les actions liées aux soins de santé maternelle et infantile doivent être intégrées à tous les niveaux, dans des systèmes de santé solides, pour fournir des services de qualité à tous les enfants dans le cadre d’une initiative réactivée sur les soins de santé primaires de l’enfant.

C’est dans cette optique que le Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale lance une initiative sur la politique de santé de l’enfant. L’élaboration d’une politique nationale de la santé de l’enfant ainsi que son adoption au plus haut niveau national permettent de soutenir les efforts nationaux pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement d’ici 2015 et améliorer la qualité de vie de nos enfants.

L'un des principaux aspects de l'élaboration d'une politique étant une étude approfondie et critique de la situation actuelle des soins de santé infantile, ce document met l'accent sur la première phase du processus d'élaboration d'un document, à savoir l'analyse de la situation. J'espère que ce document sera utile aux pays dans l'élaboration de politiques nationales de santé de l'enfant efficaces. La population de notre Région est jeune, et nos enfants sont notre avenir.



Dr Hussein A. Gezairy
Directeur régional
pour la Méditerranée orientale

Remerciements

Ce document fait partie d'une série de documents produits par l'Unité Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale afin d'aider les pays dans leurs efforts visant à améliorer la qualité de la santé de l'enfant par des approches intégrées. L'expérience des premiers pays de la Région ayant rejoint l'initiative Politique de santé de l'enfant préconisée par le Bureau régional a été d'une aide précieuse pour la préparation de ce document.

L'Unité Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent souhaite remercier la généreuse contribution du Gouvernement des Pays-Bas qui, entre autres, a permis l'impression de ce document.

Ce document a été préparé par le Dr Suzanne Farhoud et Dr Sergio Pièche.

Abréviations

CAH	Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent
CHPI	Initiative Politique de santé de l'enfant
EDS	Enquête démographique et de santé
EMRO	Bureau régional de la Méditerranée orientale (OMS)
IRA	Infections respiratoires aiguës
LMD	Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques
MCH	Santé de la mère et de l'enfant
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de Vaccination
PCIME	Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (dénommée à l'origine et dans le monde prise en charge intégrée des maladies de l'enfant)
PIB	Produit intérieur brut
SRO	Sels de réhydratation orale
SSP	Soins de santé primaires
TRO	Traitement par réhydratation orale

« Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles. »

Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978

Introduction

Les enfants incarnent les espérances et l'avenir de chaque nation. De ce fait, ils sont au cœur du développement : investir dans la santé et le développement de l'enfant équivaut à investir dans l'avenir d'une nation. Les enfants sont également un groupe vulnérable dont les besoins et les droits doivent être protégés, y compris le droit à la santé et au développement. La santé de l'enfant est un sujet important qui préoccupe tout un chacun, que ce soit au niveau de la famille, de la collectivité, de la nation ou de la communauté internationale. La communauté internationale et les pays se sont engagés à maintes reprises à améliorer la santé de l'enfant. Toutefois, cet engagement se traduit par des mesures plus énergiques si l'on veut éviter la tragédie silencieuse de la mort, de la maladie, de l'infirmité et du retard de développement psychosocial et si l'on veut améliorer la qualité de vie de l'enfant. Dans la Région de la Méditerranée orientale, pas moins de 1,5 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent encore chaque année, ce qui correspond à près d'un décès toutes les 20 secondes. La plupart de ces décès peuvent être évités.

Alors que tous les États Membres se sont engagés à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), dont certains sont liés directement ou indirectement à la santé de l'enfant, les politiques nationales de santé de l'enfant vont non seulement permettre aux pays « d'institutionnaliser » cet engagement mais aussi les soutenir dans leurs efforts pour atteindre ces objectifs. En définissant des priorités et en établissant des stratégies et des interventions, les politiques nationales peuvent contribuer à harmoniser les actions de partenariat, et notamment les contributions des donateurs.

Initiative Politique de santé de l'enfant

Qu'entend-on par « politique »

Le terme « politique » est souvent utilisé pour faire référence à des déclarations et discours ministériels, des directives techniques comme celles contenues dans les matériels de formation, documents de planification, décrets, directives et circulaires, qui influencent les activités de santé publique dans le secteur de la santé au niveau des établissements de santé et des communautés. Ce terme peut aussi être utilisé simplement pour se référer aux pratiques en cours, bien établies, dans un domaine particulier.

Le terme « politique » dans l'Initiative Politique de santé de l'enfant fait précisément référence à un document d'orientation écrit qui :

- fixe les orientations et priorités à long terme, axées sur les résultats (« que faire ») pour la santé de l'enfant, compatibles avec les ressources qu'un pays peut mobiliser, et identifie les principales stratégies (« comment procéder ») ;
- reflète une vision du système qui va au-delà de l'individu ;
- garantit un engagement et une continuité dans le temps et promeut la normalisation ;
- officialise des décisions déjà prises, légitime les directives existantes, et institutionnalise les stratégies et les interventions ;
- engage des ressources financières et humaines ;
- aide à la réflexion et à la planification stratégiques ;
- rassemble tous les éléments [sur la santé de l'enfant] en un document ce qui garantit l'homogénéité et développe au maximum l'utilisation des ressources disponibles ;
- aura l'importance et la crédibilité requises, garantissant un plus grand respect, et limite les risques de mauvaise interprétation ;
- clarifie les rôles et les responsabilités du personnel, définit les lignes de communication et identifie les mécanismes et structures de coordination ;
- sert de référence pour tous les partenaires, et fixe des orientations pour leur participation.

Un document de politique écrit peut garantir une plus grande continuité dans le temps que des déclarations orales. Ce genre de document devrait permettre une certaine flexibilité, afin de répondre aux besoins fluctuants au fil du temps.

Les pays ont-ils déjà une politique de santé de l'enfant ?

Les pays ont souvent des politiques portant sur des aspects particuliers des soins à l'enfant, par exemple sur la promotion de l'allaitement au sein exclusif, la vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, les médicaments essentiels, la lutte contre le paludisme, les soins de santé primaires, etc. Toutefois, la plupart des pays de la Région n'ont pas de politique de santé de l'enfant offrant une vision globale et une approche unifiée de la santé et du développement de l'enfant.

Nécessité d'un document de politique nationale de santé de l'enfant

Ces dernières années, les pays ont davantage pris conscience de la nécessité d'élaborer des politiques nationales de santé de l'enfant, afin de regrouper en un seul document les principaux éléments et questions concernant les soins aux enfants, englobant à la fois la santé et la maladie, et de donner une vision globale et intégrée de la santé de l'enfant. Dans un monde de plus en plus compétitif, une politique nationale de santé de l'enfant fixerait des orientations et engagements clairs à long terme, en définissant des priorités pour les systèmes de santé et les approches communautaires, l'allocation des ressources et la collaboration avec les partenaires. Une politique nationale de santé de l'enfant, adoptée officiellement au plus haut niveau de l'État, peut contribuer à « maintenir les soins de santé primaires [de l'enfant] dans le cadre d'un système de santé national global » et convertir l'engagement national envers les OMD en une orientation claire et un élément moteur pour l'action à long terme. En outre, l'institutionnalisation des stratégies et interventions existantes par le biais d'une politique nationale de santé de l'enfant est une condition nécessaire avérée pour une durabilité à long terme.

Une politique de santé de l'enfant changerait-elle les choses ?

L'existence d'un document fixant des orientations claires à long terme dans un pays et servant parallèlement de référence pour tous ceux qui travaillent à l'amélioration de la santé de l'enfant dans le même cadre, y compris les partenaires, constitue une réalisation en soi. Toutefois, une politique peut changer les choses uniquement si elle est appliquée et respectée, et si elle permet d'atteindre les objectifs pour lesquels elle a été élaborée initialement. Par conséquent, un document d'orientation doit comprendre des indicateurs et cibles bien définis ainsi qu'un plan pour suivre sa mise

en œuvre, dans le cadre de la politique elle-même. Le plan doit identifier clairement les principaux indicateurs de processus et de résultats, préciser qui est responsable de la surveillance de chaque indicateur, comment il faut procéder, quand le résultat prévu doit être mesuré et quelles ressources seront utilisées pour contribuer à la surveillance et l'évaluation. Il est prévu que les indicateurs de résultats feront partie de ceux qui doivent être surveillés par des programmes et initiatives spécifiques, tandis que quelques indicateurs de processus politiques spécifiques seront propres au processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique.

Initiative Politique de santé de l'enfant

L'Unité Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH) du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale aide les pays à élaborer des documents d'orientation nationaux sur la santé de l'enfant, par le biais de l'Initiative Politique de santé de l'enfant (CHPI), lancée en octobre 2003. Actuellement, cinq pays ont formellement rejoint l'initiative, à savoir l'Égypte, le Maroc, la République arabe syrienne, le Soudan et la Tunisie.

Le but à long terme de cette initiative est que les pays élaborent des politiques sur la santé et le développement de l'enfant jusqu'à l'âge de 18 ans. Il est souhaitable de procéder par étapes, en suivant l'approche du cycle de la vie et en commençant par le groupe d'âge reconnu comme une priorité, pour lequel on dispose de plus d'informations et d'expérience acquise au fil des ans, et pour lequel on peut s'attendre à ce que le fait de traiter des problèmes de fond précis ait un impact important. Car le processus d'élaboration d'une politique, reposant sur des données probantes, prend du temps. La création d'un premier produit – un document d'orientation sur un groupe d'âge choisi – dans un délai raisonnable permet d'entretenir l'intérêt et l'engagement à l'égard de l'initiative, et génère un appui supplémentaire pour étendre le champ d'application à d'autres groupes d'âge pour lesquels le processus de collecte des informations et d'élaboration de la politique peut être plus difficile. En outre, certaines des informations recueillies pour un groupe d'âge, par exemple sur le soutien et la réforme des systèmes de santé, et les interventions communautaires, constituent une base utile pour étudier les questions et politiques sur les autres groupes d'âge également.

À ce stade, l'initiative met l'accent sur les politiques pour les enfants de moins de cinq ans au niveau des soins de santé primaires ; cependant il est probable que le processus proposé pour élaborer la politique soit le même pour tous les groupes d'âge. Ce groupe d'âge est le plus vulnérable et nécessite des actions rapides et efficaces, avec

notamment l'engagement au plus haut niveau dans un pays, pour atteindre les OMD liés à la santé de l'enfant.

Combien de temps ce processus va-t-il prendre ?

Le temps nécessaire pour produire un document d'orientation final dépendra de nombreux facteurs, dont la priorité et les ressources allouées au processus par le gouvernement et les partenaires, et sa portée. Il est souhaitable d'élaborer une politique portant initialement sur des questions prioritaires qui peuvent être traitées à moyen terme, plutôt que de travailler sur un document complet visant à traiter toutes les questions. Ce dernier nécessiterait beaucoup de temps, mobiliserait de nombreuses ressources, se heurterait à de nombreux obstacles et aurait peu de chances de voir le jour à moyen terme ou d'être réaliste. L'élaboration d'une politique est un processus dynamique, visant à répondre aux questions présentes et futures compte tenu des ressources disponibles et prévisibles. Ce processus doit également se prêter facilement aux changements au fur et à mesure de l'expérience acquise dans la mise en œuvre, de l'identification de nouvelles questions et de la modification de l'environnement politique. Bien que le processus d'élaboration décrit dans le présent document puisse sembler décourageant, la plupart des pays disposent déjà d'une grande quantité d'informations, souvent sous la forme de bilans, d'évaluations et d'études, dans lesquels les aspects particuliers du système de santé et de la mise en œuvre du programme ont déjà été analysés. Selon les prévisions, la durée raisonnable pour élaborer un premier document d'orientation sur la santé de l'enfant dans un environnement très favorable devrait être de 18 à 24 mois. Une période plus longue risque d'entraîner une baisse d'enthousiasme et de soutien pour cette initiative, en l'absence d'un produit visible, de la mettre en concurrence avec de nouvelles priorités et de l'exposer au risque de rotation rapide du personnel et des fonctionnaires occupant un poste clé.

Un processus éclairé

Trois grandes phases

Trois grandes phases caractérisent le processus d'élaboration d'une politique nationale sur la santé de l'enfant (Figure 1).

Phase I : analyse de la situation

Phase II : élaboration d'un document d'orientation

Phase III : adoption officielle du document d'orientation

Le présent document porte principalement sur la première phase, l'analyse de la situation. L'analyse de la situation est à la base du processus d'élaboration d'une politique, tandis que la promotion joue un rôle déterminant tout au long du processus.

Dès que le pays a pris la décision d'élaborer une politique de santé de l'enfant, il doit mettre en place une structure de gestion ad hoc chargée de toutes les activités connexes : l'Équipe spéciale de la CHPI.



Figure 1. Les trois phases de l'élaboration d'une politique nationale de la santé de l'enfant

Équipe spéciale de la CHPI

Importance

L'élaboration d'une politique nationale nécessite un soutien politique à un haut niveau dans le système de santé pour faciliter le processus, dont la gestion, la coordination et la réalisation de toutes les tâches requises. L'expérience montre que la création d'une Équipe spéciale au niveau national est indispensable à cette fin et que cette Équipe spéciale doit être créée officiellement, par ex. par un décret ministériel, une circulaire ou une directive, afin de lui conférer l'adhésion et la notoriété nécessaires.

Le mandat de l'Équipe spéciale sera la suivante :

En ce qui concerne l'analyse de la situation

- désigner les spécialistes et les principaux partenaires qui interviendront dans le processus ;
- rassembler tous les documents et informations pertinents ;
- faire un examen critique des informations, et résumer les conclusions et les problèmes de fond ;
- préparer le rapport sur l'analyse de la situation.

En ce qui concerne l'élaboration du document d'orientation

- déterminer les principaux éléments du document d'orientation en fonction de l'analyse de la situation ;
- désigner les membres des comités techniques à constituer pour élaborer le document d'orientation.

En ce qui concerne l'ensemble du processus

- coordonner l'ensemble des activités ;
- promouvoir la politique de santé de l'enfant.

Composition

Pour être fonctionnelle et réaliser son travail avec efficacité, l'Équipe spéciale doit être *de taille réduite* et *présidée par un haut responsable* du ministère de la santé habilité à prendre des décisions, à coordonner le travail entre les services et programmes du ministère, et à contacter les partenaires hors du ministère. L'expérience dans les pays a révélé à plusieurs reprises que les comités restreints travaillent plus vite et plus efficacement que les grands, car il est plus facile pour un nombre réduit de membres de fixer une date de réunions convenant à tous. Les membres doivent assister eux-mêmes aux réunions de l'Équipe spéciale et ne pas déléguer d'autres personnes pour les représenter,

afin de garantir la continuité et minimiser les perturbations dans ses travaux. Cette approche confère à l'Équipe spéciale plus de flexibilité. L'Équipe spéciale doit être composée de personnes ayant une longue expérience dans différents domaines liés à la fois à la santé de l'enfant et aux systèmes de santé.

L'Équipe spéciale doit avoir les particularités suivantes :

- une petite équipe de base composée de quelques membres (5 à 7 personnes) ;
- un président occupant un poste à responsabilités ;
- un point focal chargé du secrétariat ;
- des membres nommés officiellement en fonction de leur poste (par ex. directeur de...) ;
- une représentation des principaux départements et programmes du ministère de la santé, et des partenaires, comme le département des soins de santé primaires, dont la santé de l'enfant, le PEV, la nutrition et les soins périnataux, le département de planification, les universités, etc.

L'Annexe 1 donne des exemples d'Équipes spéciales qui ont déjà été constituées dans les pays ayant entrepris cette activité. Lorsque les pays décident de la composition de l'Équipe spéciale, ils doivent tenir compte de plusieurs facteurs pratiques importants, notamment l'engagement des membres choisis à l'égard de cette mission contraignante venant s'ajouter à leurs engagements et responsabilités déjà existants, ainsi que leurs capacités en terme de coordination et relations humaines, une connaissance approfondie du système de santé et un esprit d'analyse.

Le point focal doit être une personne active ayant des aptitudes en communication et relations humaines, capables de contacter les autres membres et les partenaires, et si possible disposant d'une bonne connaissance des questions de santé de l'enfant. Son rôle consiste à :

- coordonner le travail des différents membres de l'Équipe spéciale et des comités techniques formés pour préparer le document d'orientation ;
- communiquer avec les programmes et départements au sein du ministère de la santé et les partenaires hors du ministère ;
- veiller à ce que toute la documentation rassemblée soit enregistrée et classée par thème ;
- prévoir bien à l'avance les réunions de l'Équipe spéciale et des partenaires ;
- regrouper les rapports sur les différentes parties de l'analyse de la situation et du document d'orientation en un seul rapport et un

- seul document, respectivement, et incorporer les changements dans les versions révisées ;
- faire circuler, pour commentaires, le rapport sur l'analyse de la situation et le document d'orientation.

Spécialistes

L'Équipe spéciale doit également désigner plusieurs « spécialistes » qui seraient consultés en fonction des besoins durant le processus. Ces spécialistes constitueraient presque une extension de l'Équipe spéciale, mais seraient contactés uniquement pour soumettre leurs propositions sur des questions précises. De cette façon, la petite Équipe spéciale pourrait exploiter toutes les principales ressources disponibles dans le pays sans être contrainte de s'agrandir. Les spécialistes pourraient être issus de divers horizons : autres services du ministère de la santé, assurance maladie, établissements d'enseignement, associations des professions libérales et syndicat des médecins, conseil national sur l'enfance, organisations non gouvernementales, autres représentants du secteur privé, organisations internationales, etc.

Comité directeur

Certains pays ont déjà mis en place un comité directeur de haut niveau pour soutenir l'Équipe spéciale, participer au processus, contribuer à l'obtention d'un consensus sur la politique, et assurer la promotion aux plus hauts niveaux du système de santé. Ce comité, étant donné le haut rang de ses membres et de ses fonctions, est censé se réunir moins souvent que l'Équipe spéciale. Le choix de créer un tel comité dépendra du contexte particulier de chaque pays ainsi que du niveau et de l'autorité attribués à l'Équipe spéciale. Dans tous les cas, plus le niveau du comité est élevé, moins ses réunions sont fréquentes, et plus ses décisions sont importantes et ont de l'influence. Afin d'assurer la promotion, un comité interministériel peut être d'un soutien important, en particulier pendant les deuxième et troisième phases, c'est-à-dire au moment où la politique est finalisée et que l'on cherche l'approbation au niveau le plus haut du gouvernement.

Phase I : analyse de la situation

Produit

Une analyse détaillée de la situation sur la santé de l'enfant dans le pays, comprenant des informations quantitatives et qualitatives sur les politiques, les programmes, les services de santé et la prise en charge de l'enfant, est une étape décisive dans le processus d'élaboration d'une politique. Il est possible qu'un manque d'informations soit mis en évidence pendant le processus, certaines de ces lacunes nécessitant des études pour être comblées. Ces lacunes doivent être admises dans le rapport, mais le processus d'élaboration de la politique doit se poursuivre et doit s'appuyer sur les informations disponibles au moment présent, pour éviter le risque de trop le prolonger. Lorsque ces études seront finalement réalisées, les résultats enrichiront le processus pour actualiser la politique déjà élaborée. Des ressources adéquates en personnel et en temps doivent être officiellement attribuées à ce processus, et la promotion de la CHPI doit se poursuivre tout au long. Bien que le processus ait principalement besoin de ressources humaines, il est souhaitable de consacrer un budget limité pour le financer dès le début, en particulier pour les réunions et la production du rapport. Le rapport sur l'analyse de la situation en matière de santé de l'enfant dans le pays est le produit de cette phase.

Objectifs

Les objectifs de l'analyse de la situation sont les suivants :

- décrire la situation actuelle des soins de santé à l'enfant dans le contexte politique, démographique, socio-économique, éducatif, et celui du système de santé du pays ;
- analyser la situation de façon critique afin d'identifier les forces et les faiblesses, en mettant l'accent sur les problèmes de fond à aborder dans le document d'orientation ; et
- sélectionner des questions prioritaires précises qui peuvent être traitées de façon réaliste à moyen terme.

À travers ces objectifs, l'analyse de la situation permet d'élaborer une politique de santé de l'enfant qui est totalement adaptée aux besoins du pays et se concentre sur des questions spécifiques pour lesquelles des solutions peuvent être proposées à moyen terme.

Approche

Afin d'effectuer l'analyse de la situation, il est nécessaire de rassembler et d'étudier des documents et des informations liés à toute question pouvant influencer la santé et le développement de l'enfant à la fois dans le présent et dans le futur. C'est un processus qui nécessite une bonne coordination, des ressources en personnel et en temps, et qui doit être soigneusement planifié. Deux approches différentes ont été suivies jusqu'à maintenant dans les pays pour effectuer l'analyse de la situation, à savoir travailler en un seul groupe ou en plusieurs petits sous-groupes.

Dans ce dernier cas, chaque sous-groupe, composé de quelques spécialistes, est chargé de rassembler et d'étudier des informations sur un aspect spécifique de la situation de la santé de l'enfant dans le pays, et de rédiger un rapport préliminaire sur ce thème. Les deux approches ont des avantages et des inconvénients. Le fait de travailler en un seul groupe permet aux membres de l'Équipe spéciale de traiter toutes les informations et de progresser ensemble, d'élaborer et de réviser des parties au fur et à mesure que le travail avance et que les informations sont rassemblées. Toutefois, cette approche nécessite plus de temps, car tous les membres doivent être disponibles pour travailler ensemble. Le travail en sous-groupes permet plus d'autonomie et peut accélérer le processus, mais il nécessite également un examen complet des différents travaux réalisés par les différents sous-groupes et des efforts importants de la part de l'Équipe spéciale pour les regrouper en un seul rapport.

Quelle que soit l'approche adoptée, le résultat final doit être un rapport bien structuré, détaillé et cohérent analysant les principaux aspects de la situation de la santé de l'enfant dans un pays. L'analyse de la situation doit déboucher sur la désignation des principales parties du document d'orientation, en fonction des questions identifiées, et sur la création de comités techniques pour travailler sur ces parties.

Méthodologie: 10 étapes

Dix étapes, présentées à la figure 2, sont recommandées pour effectuer une analyse complète de la situation sur laquelle un large consensus peut être atteint avec tous les partenaires.

Le temps nécessaire au processus varie considérablement en fonction des ressources allouées et de la priorité accordée à cette initiative dans un pays. Certains pays, dans lesquels le processus a bénéficié d'un soutien de haut niveau et où les activités de promotion ont suscité un grand intérêt, ont été capables de réaliser les 6

premières étapes en 4 à 6 mois. Il est important d'éviter les longues pauses dans le processus, car cela peut entraîner une baisse de l'intérêt et du soutien pour l'initiative. Pour les autres étapes de l'analyse de la situation, cela dépend de la réaction des partenaires et du temps que l'Équipe spéciale peut consacrer à la préparation et à la révision des diverses versions du rapport. Idéalement, toutes les étapes de l'analyse de la situation devraient être terminées en un an à partir de la création de l'Équipe spéciale. Il est souhaitable d'établir un plan d'action officiel au début du processus, détaillant toutes les grandes étapes, les responsabilités, le calendrier et les ressources nécessaires et allouées. Cela faciliterait la tâche d'établissement du rapport, donnerait une crédibilité au processus et servirait de motivation supplémentaire à l'Équipe spéciale pour progresser à la vitesse prévue.

Étape 1. *Identification des spécialistes et partenaires clés pour le processus d'élaboration de la politique*

L'Équipe spéciale doit identifier l'ensemble des personnes, départements – au sein et hors du ministère de la santé – et partenaires clés qui doivent participer au processus et qui pourraient fournir des informations et des suggestions utiles. Pendant la collecte des documents, les entretiens avec les personnes clés et l'examen critique des informations au cours des deux étapes suivantes, d'autres spécialistes et partenaires susceptibles de participer au processus peuvent être identifiés.

Étape 2. *Collecte des documents et des informations*

Les documents et informations collectés devraient concerner toute question décisive ayant un lien avec la santé et le développement de l'enfant dans le pays, comme la constitution, la législation (sanitaire) existante¹, les politiques, les stratégies, les plans nationaux de développement, l'adoption des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional de l'OMS, la situation socio-économique et démographique, les programmes de coopération, les structures de gestion aux différents niveaux du système de santé, les systèmes de santé et les ressources humaines, les problèmes de santé de l'enfant d'une importance de santé publique, les programmes et interventions en cours, les études et évaluations des indicateurs de résultats des programmes pour l'enfant, les pratiques communautaires et les pratiques de prise en charge de l'enfant. L'Annexe 2 présente des exemples de documents collectés et étudiés par les pays qui ont déjà réalisé cette activité.

¹ Voir également "Recueil international de la législation sanitaire" par pays, sous "Législation sanitaire", à l'adresse suivante : <http://www.who.int/idhl>.



Figure 2. Les 10 étapes de l'analyse de la situation

Cette étape est décisive car les politiques doivent être éclairées et reposer sur des données probantes. Elle requiert le soutien total du ministère de la santé car la plupart des Équipes spéciales à ce jour ont rencontré des difficultés pour accéder à certaines informations, même au sein du ministère. Il est recommandé que tous les administrateurs de programmes et les directeurs des départements concernés, au sein et hors du ministère de la santé, et y compris les partenaires, soient informés bien à l'avance par écrit, *par lettre ou circulaire signée par un haut responsable du ministère comme le premier sous-secrétaire*, et soient priés de fournir rapidement les informations nécessaires à l'Équipe spéciale. Avant de collecter les documents et les informations, il serait utile de préparer une liste détaillée des documents et des informations nécessaires, ainsi que des départements et personnes clés à contacter (voir Étape 1, page 12). Puis une réunion d'information peut être organisée et présidée par le sous-secrétaire pour rassembler les directeurs concernés et leur présenter l'initiative, désigner des points focaux dans chaque département et convenir d'un calendrier des rendez-vous avec l'Équipe spéciale, pour obtenir une copie des documents et discuter de toute autre information utile. Les points focaux doivent par conséquent être *officiellement* autorisés à échanger des informations, discuter des questions importantes au nom de leur département ou organisation, et être disponibles pour assister aux réunions avec les membres de l'Équipe spéciale comme prévu.

Étape 3. *Examen critique des informations collectées*

Les informations rassemblées ont une importance uniquement si elles sont examinées minutieusement et de façon critique, afin d'identifier les points forts et les domaines nécessitant davantage d'attention, de soutien et de développement. C'est l'étape la plus importante de tout le processus d'élaboration de la politique, car elle contribue à la détermination initiale du document d'orientation lui-même (voir également « Rapport sur l'analyse de la situation : principaux points d'analyse généraux » page 18). La tâche principale dans cette étape consiste à identifier à la fois les aspects des soins qui sont actuellement traités correctement par les politiques existantes et les aspects qui constituent des questions susceptibles d'être améliorées par de nouvelles politiques.

Étape 4. *Préparation d'un projet de rapport sur l'analyse préliminaire de la situation*

Cette tâche s'effectue par différentes méthodes selon les pays. Dans certains cas, une personne est chargée de rédiger l'ensemble du projet de rapport en s'appuyant sur les conclusions de l'analyse effectuée dans les réunions de l'Équipe spéciale. Dans d'autres cas, l'Équipe spéciale crée de petits groupes de travail chargés de rédiger différentes parties du rapport selon les principaux thèmes. Cette seconde approche semble préférable car elle entraîne la participation d'un plus grand nombre de spécialistes ; néanmoins, la première approche présente l'avantage de faire gagner du temps aux membres de l'Équipe spéciale en concentrant la tâche entre les mains du rapporteur. Une description des principales parties du rapport est donnée dans la partie « Rapport sur l'analyse de la situation » (chapitre « Description »). À la demande des pays qui ont rejoint l'Initiative Politique de santé de l'enfant, l'unité Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent du Bureau régional est étroitement impliquée dans cette étape, formulant des suggestions et des commentaires sur le projet de rapport. Il est reconnu que l'Organisation mondiale de la Santé joue un rôle déterminant dans le processus de révision.

Étape 5. *Réunion d'orientation sur les résultats de l'analyse préliminaire de la situation*

Le but de la réunion d'orientation est non seulement d'informer les principaux partenaires sur les processus et les résultats mais aussi de promouvoir l'initiative pour l'élaboration d'une politique nationale de la santé de l'enfant. Les objectifs de la réunion sont donc les suivants :

- orienter vers la politique de santé de l'enfant les principaux partenaires au sein et hors du ministère de la santé ;
- présenter et examiner les résultats de l'analyse préliminaire de la situation, et obtenir des suggestions précises de la part des participants ;
- identifier les rôles et responsabilités des partenaires dans cette initiative ; et
- décider de mécanismes pour coordonner les contributions des partenaires dans le processus.

La réunion devrait être présidée par un haut responsable du ministère de la santé (si possible le ministre de la santé). Les participants doivent être de hauts fonctionnaires du ministère de la santé et des représentants des partenaires hors du ministère, comprenant d'autres ministères concernés, la

communauté universitaire, les organisations internationales, etc., pratiquement tous les partenaires clés dans le processus qui ont été identifiés précédemment.

Étape 6. *Révision du projet de rapport de l'analyse de la situation*

L'Équipe spéciale doit réviser le projet de rapport sur l'analyse de la situation, en tenant compte des suggestions et commentaires formulés pendant la réunion d'orientation et de toute autre contribution reçue. Souvent, la version révisée du projet de rapport est de nouveau transmise à ce stade au Bureau régional de l'OMS pour être examinée, avant de la distribuer à une plus grande audience (voir étape suivante). Cette version doit en fait être considérée par l'Équipe spéciale comme la version presque finale, et doit être revue et approuvée par le premier sous-secrétaire ou un haut fonctionnaire équivalent au sein du ministère de la santé.

Étape 7. *Distribution du projet de rapport révisé aux partenaires pour examen, autres suggestions et commentaires*

La seconde ou dernière version du projet de rapport doit ensuite être distribuée pour examen à tous les partenaires clés, dont ceux qui ont assisté à la réunion d'orientation. Il s'agit d'une étape officielle qui doit être coordonnée avec soin par l'Équipe spéciale pour éviter qu'elle ne dure trop longtemps. Une période suffisante – 4 semaines minimum – doit être accordée aux partenaires pour qu'ils fassent leurs commentaires. Il serait souhaitable pour l'Équipe spéciale de maintenir un contact individuel avec les partenaires afin de suivre leur étude du rapport, après avoir convenu d'une date limite. Il est prévu que les partenaires soient nombreux, d'où la nécessité d'un suivi rigoureux.

Étape 8. *Révision du second projet de rapport sur l'analyse de la situation*

Une fois les commentaires des partenaires reçus, l'Équipe spéciale doit réviser le rapport pour tenir compte des préoccupations, questions et suggestions des partenaires. Le rapport révisé doit alors être revu et approuvé par un haut responsable du ministère de la santé, comme le premier sous-secrétaire à la santé. Le rapport doit ensuite être de nouveau envoyé à tous les partenaires pour examen, lesquels devraient être invités à une réunion de consensus. Le rapport et l'invitation doivent leur parvenir avec un préavis suffisant, par exemple 2 à 4 semaines, avant la date de la réunion, pour

s'assurer de leur participation. Il est souhaitable de contacter individuellement tous les principaux partenaires avant la réunion afin d'identifier toute question en suspens concernant les informations contenues dans le rapport et les domaines d'action à aborder.

Étape 9. ***Réunion de consensus sur l'analyse de la situation et présentation des principales parties du document d'orientation***

Le principal objectif de cette réunion est d'arriver à un consensus sur le rapport, ses résultats, ses conclusions, et les directives politiques. La réunion est également une bonne occasion de présenter le document d'orientation dans ses grandes lignes.

Étape 10. ***Finalisation du rapport sur l'analyse de la situation***

Cette étape doit déboucher sur la finalisation et la production du rapport sur l'analyse de la situation relative à la santé et au développement de l'enfant dans le pays. Le rapport doit ensuite être largement diffusé à tous les partenaires concernés.

L'Équipe spéciale doit ensuite former plusieurs comités techniques ou groupes de travail chargés de préparer les différentes parties du document d'orientation (voir Étape 9 ci-dessus).

Problèmes

Trois principaux problèmes ont été identifiés à ce jour dans le processus de réalisation d'une analyse de la situation au niveau des pays.

- Un niveau de coopération avec l'Équipe spéciale insuffisant de la part de certains partenaires, reflétant la nécessité de renforcer la promotion auprès des décideurs au plus haut niveau pour obtenir davantage d'engagement de la part de tous les intéressés ;
- l'absence de disponibilité de certaines informations ou données fiables, et la difficulté d'accès à certaines informations quand elles sont disponibles ; et
- une approche traditionnelle des administrateurs de programmes pour l'établissement des rapports, orientée davantage vers la description des activités et du processus plutôt que vers l'analyse critique des informations afin d'« extraire » les problèmes de fond, et de ce fait il est nécessaire de les réorienter pour cette mission.

Rapport sur l'analyse de la situation

Principaux points d'analyse généraux

Plusieurs points dans la présentation et l'analyse des informations dans le rapport doivent être pris en compte pour chaque partie et chapitre, à savoir :

- *Éléments d'information* : tous les efforts doivent être faits pour présenter les informations sous la forme de données et d'indicateurs fiables, en citant leur source, en interprétant leur signification, et en décrivant leur importance pour la santé de l'enfant.
- *Politiques existantes* : il faut préciser s'il existe des politiques pour chaque domaine clé, et dans l'affirmative, comment elles sont liées à la santé de l'enfant, quels résultats elles ont donné dans le temps, et s'il existe des lacunes qui doivent être comblées à l'avenir.
- *Suite logique des éléments d'information* :
 - Premièrement, description de la situation ;
 - Deuxièmement, analyse de la situation et présentation des résultats de l'analyse en termes de points forts, facteurs favorables, faiblesses et obstacles au changement ;
 - Troisièmement, identification de toutes les grandes questions ayant des implications politiques et récapitulation par domaine (par ex. ressources humaines, financement, prestation de services et de soins de santé, approches des programmes de santé publique) ;
 - Quatrièmement, brèves conclusions récapitulant les principaux résultats et proposition d'une « liste des mesures à prendre » pour les problèmes de fond spécifiques susceptibles d'être traités de façon réaliste à court et moyen termes et inclus dans le document d'orientation. C'est le résultat final de l'analyse de la situation, et le fondement du document d'orientation.
- *Écarts* : pour chaque sujet ou question, dans la mesure du possible, il est important de décrire et d'analyser la variété de différentiels pouvant exister dans le pays pour les indicateurs clés, par exemple entre zones rurales et urbaines, entre zones géographiques (par exemple Nord-Sud ou Est-Ouest, entre les régions), et groupes particuliers (par exemple groupes ethniques, nomades, personnes déplacées, enfants handicapés et enfants dans des situations difficiles), les inégalités économiques par

quintile et disparités entre les sexes. Les indicateurs concernent non seulement les niveaux de revenus et les taux de mortalité mais également la disponibilité et l'accès aux services de santé, la qualité des services fournis, la gestion du personnel et la capacité à planifier, la répartition des ressources humaines, la disponibilité des ressources financières, etc. (voir chapitre suivant sur la description du rapport sur l'analyse de la situation).

- *Liens avec les soins maternels* : il ne fait aucun doute que les soins à l'enfant dépendent étroitement des soins à la mère. Chaque fois que possible, les liens entre les soins maternels et infantiles doivent être soulignés, en reconnaissant toutefois qu'une analyse détaillée des soins maternels n'entre pas dans le cadre de ce document, à moins que les soins maternels et infantiles soient totalement intégrés à tous les niveaux – y compris au niveau central – dans un pays particulier.
- *Partenaires* : les partenaires clés engagés dans un domaine d'activité particulier doivent être répertoriés et leurs contributions examinées.
- *Ressources* : les ressources financières allouées et mobilisées doivent être mentionnées.
- *Références* : toutes les informations décrites et les chiffres cités doivent être soigneusement étayés par l'indication des sources et références correspondantes dont la liste doit être incluse à la fin du document, avec l'auteur, le titre, l'année, et des précisions sur la source auprès de laquelle ils sont disponibles ou ont été obtenus.

Description

Le rapport sur l'analyse de la situation peut présenter les informations et les résultats de différentes manières. Les domaines à examiner seront très probablement reflétés dans le document d'orientation, aussi est-il important de choisir une description qui est pratique et orientée vers un domaine d'action. L'objectif de ce document doit toujours être gardé à l'esprit lorsque l'on présente informations tout au long du rapport, à savoir une analyse de la situation visant à identifier les problèmes de fond ayant un impact sur la santé de l'enfant. Ainsi, des informations détaillées peuvent être présentées de façon concise dans des tableaux ou des annexes, tandis que le corps du rapport doit de préférence se concentrer sur l'analyse de ces informations et ses conclusions.

Les huit grandes parties suivantes doivent être incluses dans le rapport sur l'analyse de la situation, en notant que la liste des informations fournies sous chaque partie dans le présent document est donnée uniquement à titre d'exemple de ce qui pourrait être décrit et ne cherche pas à être exhaustive. Ces informations doivent autant que possible se rapporter à la santé de l'enfant. La septième partie, sur les programmes publics liés à la santé de l'enfant, doit représenter la somme de toutes les informations qui la précèdent, en les plaçant dans le contexte de la réponse du système de santé aux questions spécifiques de santé de l'enfant et en faisant une synthèse des questions prioritaires potentielles qui devraient être abordées spécifiquement dans le document d'orientation après évaluation.

1. Introduction. Cette partie doit résumer en quelques paragraphes les informations suivantes :

- l'engagement du gouvernement envers les enfants en général et la santé de l'enfant en particulier, avec une rapide référence à la constitution, la législation, les politiques actuelles et le plan de développement national et la façon dont ils affectent la santé de l'enfant, les engagements internationaux, comme la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'enfant, le Sommet mondial pour les enfants, les objectifs du Millénaire pour le développement, l'adoption des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional de l'OMS, et les politiques et plans futurs ;
- les problèmes liés aux politiques et approches actuelles de santé de l'enfant, comme l'absence de coordination entre les programmes et projets verticaux, et avec/entre les partenaires, la multiplication des interventions/le chevauchement d'activités avec pour conséquence une utilisation sous-optimale des ressources disponibles, les disparités dans les directives techniques entre les programmes ;
- la justification, fondée sur ces problèmes, de l'élaboration d'un document d'orientation national sur la santé de l'enfant et ses principaux objectifs ; et
- la décision sur le centre d'intérêt initial, par ex. les enfants de moins de cinq ans au niveau des soins de santé primaires.

2. **Contexte général.** Cette partie concerne principalement les domaines suivants :

- *géographique, politique et administratif.* Une description très concise des principales caractéristiques géographiques du pays doit être présentée en relation avec les questions de soins de santé, par ex. les distances et communications, la nature du terrain, les changements saisonniers et climatiques facilitant l'apparition des maladies. Une mention rapide de la division administrative en régions, gouvernorats ou provinces, districts et localités faciliterait la compréhension de l'organisation du système de santé (voir paragraphe afférent sous « 3. Système de santé » ci-dessous). Il faut également préciser si la situation en matière de sécurité dans certaines régions est instable.
- *Démographique et socioéconomique.* La structure, la répartition et la croissance de la population, ainsi que les politiques démographiques et de développement, permettent de mieux comprendre le contexte dans lequel une politique doit s'appliquer. Les facteurs économiques et sociaux jouent un rôle important en ayant un impact sur la santé d'une population, notamment la qualité de la prise en charge de l'enfant, et les indicateurs tels que le niveau d'alphabétisation, le niveau de pauvreté, le produit national brut, la part du revenu, l'habitat, l'urbanisation, la mortalité des nouveau-nés et des moins de cinq ans, ainsi que des informations sur les systèmes de protection sociale constituent des informations utiles. Elles doivent être communiquées avec une brève analyse et une description des écarts possibles (voir "Écarts", sous "Principaux points d'analyse généraux", page 18). Les indicateurs liés à la santé peuvent être décrits séparément dans les parties suivantes.

3. **Système de santé.** La gestion et l'organisation du système de santé, comprenant les secteurs public, paraétatique² et privé, constituent l'un des aspects les plus importants à étudier dans l'analyse de la situation ; les problèmes de fond de la politique de santé de l'enfant devront probablement être identifiés dans cette partie. Cette partie du rapport peut décrire :

- *l'organisation et la gestion du système de santé*
 - i. Principaux prestataires de services de soins de santé et leur rôle dans la santé de l'enfant, comprenant les trois principales catégories des secteurs public, paraétatique et

² Comprend les institutions associées à l'État et sous son contrôle indirect.

privé, comme les services médicaux gérés par le ministère de la santé, le ministère de la défense et d'autres ministères, les universités, l'assurance maladie, les compagnies publiques et les acteurs du secteur privé (par ex. les prestataires privés, les organisations non gouvernementales, les services de bienfaisance); structure de gestion aux différents niveaux, avec l'accent sur la santé de l'enfant

- ii. Organigramme du ministère de la santé aux différents niveaux (central, régional, district) décrivant comment les responsabilités et l'autorité sont déléguées aux niveaux central, de la province ou du gouvernorat et local, avec l'accent mis sur les programmes liés à la santé de l'enfant
 - iii. Mécanismes de coordination au sein du ministère, entre les niveaux, et avec les partenaires extérieurs, dont la communauté, en mettant plus particulièrement l'accent sur la santé de l'enfant.
- *la planification*
 - i. Principaux objectifs et priorités du plan de développement national actuel ou document équivalent, indicateurs et objectifs à atteindre
 - ii. Cycles de planification : responsabilités de planification entre les départements du ministère de la Santé et coordination avec le ministère des Finances ; planification annuelle, capacité de planification et procédures aux différents niveaux du système de santé ; utilisation des données de la surveillance et autres données pour la planification ; ressources pour la mise en oeuvre des plans.
 - *l'accès, l'utilisation et la qualité des services de santé*
 - i. Définition de l'accès aux soins de santé primaires et aux soins spécialisés
 - ii. Nombre d'établissements de santé et de prestataires de santé par type et par zone (géographique, urbaine et rurale) avec la proportion par rapport à la population desservie
 - iii. Fonctions des établissements de santé par type, et description de fonctions ou tâches des prestataires de santé par catégorie de prestataire et établissement ; établissements avec des heures d'ouverture limitées ou inadaptées
 - iv. Politiques existantes sur la répartition des établissements et prestataires par zone géographique et rurale/urbaine et par type d'établissement
 - v. Utilisation des services de santé, en particulier ceux au niveau des soins de santé primaires

- vi. Qualité des services de santé en fonction à la fois des évaluations techniques et de l'avis et de la satisfaction des patients, et des indicateurs et mécanismes d'assurance qualité ; « satisfaction professionnelle » des prestataires de santé.
- *la gestion des médicaments (achat, approvisionnement, distribution, disponibilité dans les établissements de santé) et utilisation*
 - i. Politique sur les médicaments essentiels, concernant les points suivants : existe-t-il une liste de médicaments essentiels et, dans l'affirmative, les médicaments-clés nécessaires aux soins à l'enfant sont-ils inclus, par exemple, conformément aux directives adaptées aux pays sur la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)³ ; pour quel niveau d'établissement de santé ; et pour un usage par quelle catégorie de prestataires, comprenant les médicaments parentéraux pré-transfert
 - ii. Législation ou autre réglementation sur les médicaments retirés du formulaire national des médicaments et de la liste des médicaments essentiels, ou interdits d'importation
 - iii. Mécanismes de contrôle de la qualité des médicaments pour les produits pharmaceutiques importés et fabriqués localement
 - iv. Achat des médicaments aux niveaux national et infranational et système de réapprovisionnement (si les quantités sont déterminées par des niveaux supérieurs ou sont basées sur les besoins réels estimés au niveau des établissements de santé)
 - v. Disponibilité des médicaments au niveau des établissements de santé : situation, fonds de roulement ou autres mécanismes pour assurer la disponibilité des médicaments, coûts pour les utilisateurs et exonérations
 - vi. Utilisation rationnelle des médicaments au niveau des établissements de santé et par le secteur privé.
- *Système d'orientation-recours*
 - i. Soins pré-transfert⁴
 - ii. Circuits de transfert avec renvoi de l'information au service d'origine, et systèmes de transport, et autres liens entre les établissements qui transfèrent et les centres d'orientation-recours ou services spécialisés

³ Voir note de bas de page ⁷, page 30.

⁴ La qualité des soins spécialisés et des modes opératoires normalisés au niveau des hôpitaux de district peut être étudiée plus tard si l'analyse de la situation actuelle se concentre sur les soins ambulatoires aux enfants.

- iii. Coût du transfert et accessibilité économique par les défavorisés et les enfants, fonds communautaires et avis des utilisateurs sur la qualité des services hospitaliers.
- *Système d'information sanitaire*
 - i. Système d'enregistrement et de notification, par niveau, comprenant le temps estimé pour remplir les formulaires et la communication en temps voulu des rapports
 - ii. Système d'information sur les programmes intégrés contre programmes verticaux, comme la répétition inutile des informations transmises
 - iii. Ressources humaines et financières disponibles pour la gestion du système aux différents niveaux
 - iv. Analyse des informations recueillies, leur fiabilité et homogénéité dans le système d'information, et rapport annuel
 - v. Retour de l'information aux services ayant transmis des rapports par niveau et utilisation des informations à des fins de planification
 - vi. Viabilité et fiabilité du système actuel, et domaines d'amélioration potentiels.
- *Système de supervision*
 - i. Système de supervision actuel aux niveaux central et infranational, supervision régulière intégrée contre supervision administrative et au niveau des programmes contre supervision clinique
 - ii. Compétences et formations des superviseurs en matière de supervision administrative et clinique
 - iii. Outils de supervision et méthodologie
 - iv. Enregistrement et communication des résultats, retour des informations de la part du superviseur et utilisation des résultats pour améliorer la prestation des services, maximiser l'utilisation des ressources disponibles et planification, suivi des solutions proposées aux problèmes identifiés
 - v. Disponibilité des moyens de transport et des ressources financières pour la supervision
 - vi. Impact de l'approche actuelle de supervision.
- *Liens entre le système de santé et la communauté*
 - i. Circuits conventionnels ou établis entre le système de santé, en particulier le niveau des soins de santé primaires, et la communauté

- ii. Participation de la communauté à la planification, la mise en œuvre, le contrôle des services de santé dispensés et de l'évolution des interventions communautaires, et évaluation des résultats de santé communautaire ; participation à des initiatives de promotion de la santé (bénévoles dans les collectivités et les établissements comprenant des groupes de soutien communautaires, le soutien à des programmes de motivation pour les prestataires de services de santé comprenant des mesures d'incitation locales, des écoles-santé, des comités de village)
 - iii. Suivi et soutien des initiatives communautaires par le personnel des établissements de santé
 - iv. Satisfaction de la communauté quant aux liens existants avec le système de santé.
- *Développement du secteur de la santé.* Si une initiative ou une réforme de développement du secteur de la santé est entreprise ou prévue dans le pays, ses principaux éléments doivent être reflétés dans les parties pertinentes de l'analyse de la situation, et résumés dans ce chapitre spécifique sur le développement du secteur de la santé.
4. **Financement des soins de santé.** Il ne fait aucun doute que ce domaine influence de façon décisive les soins de santé aux enfants. Le rapport pourrait donner des informations sur les tendances des dépenses de santé et les programmes de financement des soins de santé, dont les éléments suivants :
- *Indicateurs des comptes nationaux de la santé*
 - i. Combien dépense un pays pour la santé : total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), et dépenses par habitant ; et pourcentage de la contribution publique aux dépenses totales de santé (le pourcentage restant étant la contribution privée)
 - ii. Combien dépense le gouvernement pour la santé : dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques, et dépenses par habitant ; et dépenses de sécurité sociale pour la santé en pourcentage des dépenses publiques de santé
 - iii. Combien les familles dépensent-elles directement pour la santé : paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé
 - iv. À quelle hauteur les donateurs contribuent-ils aux dépenses générales totales de santé
 - v. Quelle est la proportion des dépenses publiques de santé consacrée aux soins tertiaires par rapport aux soins de santé primaires.

- *Assurance maladie et programmes similaires*
 - i. Politique sur l'assurance maladie
 - ii. Mise en œuvre par niveau d'établissement, service, zone géographique ou urbaine/rurale, catégorie de revenus des : mécanismes de recouvrement des coûts, systèmes de paiement à l'acte, paiements informels, mécanismes de protection tels que les exonérations, frais réduits en particulier pour les groupes défavorisés et vulnérables comprenant les enfants
 - iii. Attitude des prestataires de services de santé face à ces initiatives et sensibilisation et acceptation par le public
 - iv. Impact de ces politiques sur l'accès aux services et leur utilisation, et sur la qualité des services de santé.

 - *Processus de planification et budgétisation aux différents niveaux du système de santé.*
5. **Ressources humaines et formation avant l'emploi.** Une partie sur le développement des ressources humaines pour la santé de l'enfant mérite de figurer dans l'analyse de la situation, car les ressources humaines constituent le pilier de tout système de santé qui doit compter sur les compétences de ses effectifs, leur motivation, leur attitude et leur efficacité pour fournir des services de qualité. Certains des principaux points à inclure dans l'étude sont :
- *la gestion des ressources humaines*
 - i. Structure de gestion par niveau dans les systèmes du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale, et mécanismes de coordination entre ces deux ministères
 - ii. Nombre et répartition des prestataires de services de santé par catégorie, par région et par zones urbaines et rurales, avec un pourcentage de la population desservie dans chaque domaine
 - iii. Programmes de motivation pour attirer et retenir les prestataires de services de santé, comme cheminements de carrière, certificats et distinctions, avantages financiers, participation aux manifestations nationales et internationales
 - iv. Politiques sur les transferts après la formation en cours d'emploi pour réduire les taux d'attrition ; domaines prioritaires pour la formation en cours d'emploi (en fonction des besoins par opposition à la formation déterminée par les donateurs)
 - v. Base de données sur le personnel formé.

- *Production et développement des compétences*
 - i. Formation avant emploi : facultés de médecine et écoles des professions paramédicales dans le pays, politique de planification de la production par rapport aux besoins, incorporation des éléments de santé publique de l'enfant dans le programme d'études et l'enseignement des facultés de médecine et écoles des professions paramédicales (acquisition de connaissances contre acquisition des compétences, soins de santé primaires contre soins hospitaliers), systèmes d'accréditation, formation des enseignants, évaluation du processus d'enseignement et résultats ; expérience précédente de collaboration avec le ministère de la santé
 - ii. Formation en cours d'emploi : mise à jour des connaissances internes et amélioration des compétences chez les partenaires y compris les organisations non gouvernementales, formation médicale continue, mécanismes de suivi après la formation, attribution de ressources financières du gouvernement et de donateurs à des domaines de formation prioritaires aux niveaux central et infranational.
- 6. **Questions de santé publique de l'enfant.** C'est une partie importante qui doit décrire brièvement la situation en matière de santé et de développement de l'enfant dans le pays, en présentant les principaux indicateurs de santé⁵ et les tendances au fil des ans avec des prévisions jusqu'en 2015, comprenant : la mortalité des moins de cinq ans, des nourrissons et des nouveau-nés ; les principales causes et les facteurs de mortalité et morbidité chez les enfants de moins de cinq ans ; problèmes émergents ; et les épidémies. Cette partie, tout comme d'autres parties du rapport, devrait aller au-delà d'une simple description des indicateurs et de la situation actuelle pour analyser les tendances passées et possibles à l'avenir.
- 7. **Programmes liés à la santé de l'enfant.** Cette partie du rapport a pour but de décrire la « réponse » du système de santé du pays aux principales questions de santé publique de l'enfant décrites dans le chapitre précédent. Les ministères de la santé mettent en oeuvre généralement des programmes verticaux ou des approches intégrées (par ex. PCIME) pour traiter ces questions ; il existe un risque de chevauchement des programmes verticaux. Les chapitres sur chaque programme ou intervention doivent comprendre une brève description de leurs principales

⁵ Dans ce document, le terme « santé » englobe la nutrition comme composante essentielle.

caractéristiques, en soulignant les points forts et les problèmes à traiter. La performance du programme doit être étudiée de façon critique par rapport aux objectifs prévus, en exposant les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre du programme et les réalisations. Il est nécessaire de mettre l'accent sur les enseignements tirés de l'expérience afin de développer des moyens d'améliorer l'efficacité de la performance. La question fondamentale est la suivante : peut-on démontrer que les politiques et stratégies des programmes existants ont permis de réduire l'importance sur le plan de la santé publique des problèmes de santé de l'enfant qui sont à l'origine de la création de ces programmes ou interventions ? Lors de la description des problèmes, l'importance de ces derniers doit être évaluée en fonction de l'effet qu'ils peuvent avoir sur la réalisation d'une cible ou sous-cible. Entre autres éléments figurent les suivants :

- la structure de gestion à tous les niveaux, par ex. central, province ou gouvernorat, district et localité selon les unités administratives sanitaires dans le pays, en précisant qui gère et coordonne les activités, quelles autres responsabilités lui sont confiées, quel est le niveau de décision pouvant être prise aux différents niveaux concernant le programme ;
- les mécanismes de coordination avec les autres unités, programmes ou interventions liés à la santé de l'enfant ;
- les objectifs, indicateurs, cibles, et sous-cibles⁶ des programmes pour le moyen terme (2 à 5 ans) et le long terme (10 ans et plus) ;
- la(les) principale(s) stratégie(s) adoptée(s) et les principales activités entreprises, et leur impact ;

⁶ Les termes « but », « objectif », « indicateur », « cible » sont souvent utilisés ici de façons différentes. Ici, le terme *objectif* désigne un but formulé en termes généraux (par ex. réduire les décès chez les enfants de moins de cinq ans), tandis que *cible* fait référence à un but formulé en termes quantifiés pour une période spécifiée, généralement à moyen ou long terme (par ex. réduire de deux tiers la mortalité des moins de cinq ans d'ici 2015 par rapport au taux de 1990), et *sous-cible* fait référence aux buts intermédiaires pour atteindre une cible généralement à court terme (par ex. avoir formé à la PCIME, et régulièrement approvisionné en médicaments essentiels pour les soins des enfants, le personnel de santé de 65 % des établissements de soins de santé primaires en ambulatoire dans le pays d'ici 2007 ; traiter selon les directives de la PCIME 50 % des enfants de moins de cinq ans dans des établissements de santé mettant en place la PCIME d'ici 2007). Les cibles sont fixées pour les *indicateurs*, qui sont des paramètres (nombres ou pourcentages) indiquant la mesure dans laquelle les activités planifiées ont été réalisées (processus) et des résultats ont été obtenus par les programmes (résultats). Pour de plus amples informations, se référer au document Cadre pour la composante communautaire de la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant (Le Caire, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 2002, document WHO-EM/CAH/003/F/G).

- les éléments du système de santé décrits précédemment (voir 3 et 5 sous « Système de santé » pages 21 et 26 respectivement) et appliqués à cette partie du programme.

Parmi les programmes à examiner figurent ceux portant sur la vaccination, les maladies de l'enfant, la nutrition, le paludisme (le cas échéant), la lutte contre le VIH/SIDA, la santé de la mère et du nouveau-né, les soins périnataux, la santé bucco-dentaire, les médicaments essentiels, la prévention et la lutte contre les traumatismes, et l'éducation sanitaire et la promotion de la santé. Trois exemples de programmes liés à la santé de l'enfant sont donnés dans les pages suivantes.

- **Programme élargi de Vaccination (PEV)**

- i. Structure de gestion par niveau et situation du PEV dans l'organigramme du ministère de la santé
- ii. Calendrier des vaccinations pour les enfants de moins de cinq ans, avec rappels et contre-indications
- iii. Cibles et réalisations en matière de couverture vaccinale ; cas de maladies évitables par la vaccination sur plusieurs années et décès dus à celles-ci
- iv. Achat des vaccins : politique sur les vaccins importés (procédures, taxation, autorisation, etc.) et contrôle de la qualité des vaccins fabriqués localement
- v. Système de distribution, gestion des stocks de vaccins, programme d'administration des vaccins par niveau et situations de rupture de stocks aux points où ils sont administrés
- vi. Équipement de la chaîne du froid et de contrôle ; fournitures (seringues, aiguilles, boîtes de sécurité)
- vii. Approches vaccinales : sessions dans les établissements/ services de proximité mobiles, disponibilité des transports, fréquence des sessions de vaccination, politiques des flacons multidoses et politique sur le gaspillage des vaccins, pratiques d'injection sans risque, campagnes de vaccination
- viii. Ressources humaines (catégories de prestataires par niveau, autres responsabilités, formation, contrôle de leur performance, initiatives de motivation, incorporation des éléments du PEV dans la formation avant l'emploi)
- ix. Système de surveillance, d'information
- x. Informations sur la vaccination destinées aux communautés, promotion dans le pays
- xi. Programmes de financement du gouvernement pour les services de vaccination.

- **Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME)⁷**

Cette stratégie doit idéalement porter sur les principaux aspects de santé publique de l'enfant et peut également, en fonction des directives de la PCIME dans le pays, traiter des questions sélectives de santé de la mère abordées dans ces mêmes directives. Certains pays disposent de programmes verticaux coexistants, généralement limités à des zones géographiques où l'approche intégrée n'a pas encore été appliquée. On trouvera ci-dessous des exemples de questions liées à la politique. Pour certaines d'entre elles, comme celles sur les directives cliniques, on peut se référer aux directives existantes sur la prise en charge ou sur la formation officiellement adoptées par le ministère de la santé (par ex. la brochure de la PCIME), en donnant la référence du document et l'année d'adoption. Cela légitime les directives en tant que partie intégrante de la politique sur la santé de l'enfant.

- i. Gestion et planification : structure de gestion aux différents niveaux du système de santé et situation de la PCIME dans l'organigramme du ministère de la santé ; mécanismes de coordination avec les programmes verticaux (PEV, nutrition, Santé maternelle et infantile) et les partenaires ; critères de sélection des zones pour l'application de la PCIME ou autres interventions ; capacité de planification par niveau ; couverture universelle contre couverture ciblée ; et établissements de santé de province ou gouvernorat, district, et couverture de la population de moins de cinq ans
- ii. Objectifs, indicateurs, cibles et sous-cibles ; tendances de la mortalité des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans
- iii. Directives sur la prise en charge ambulatoire des enfants de moins de cinq ans par catégorie de prestataires de santé et niveau d'établissement, y compris l'utilisation rationnelle des médicaments et sur les fournitures :
 - Traitement pré-transfert des cas graves (médicaments parentéraux) dans les services de consultations externes
 - Traitement de première intention et de seconde intention pour le paludisme, la pneumonie, la dysenterie, le choléra, et d'autres maladies transmissibles concernées par la stratégie de la PCIME
 - Prise en charge de la diarrhée persistante, des carences en micronutriments et de la malnutrition

⁷ Cette stratégie, à l'origine appelée Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), a été renommée Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant dans la Région de la Méditerranée orientale pour mieux refléter ses objectifs et souligner le fait qu'elle privilégie les mesures de prévention et de promotion.

- Sels de réhydratation orale (SRO) : formulation (composition, aromatisant), péremption (date limite de conservation), matériaux de conditionnement et taille des unités, étiquetage, nombre de sachets à dispenser à chaque enfant atteint de diarrhée dans les établissements de santé, importation et fabrication locale (bonnes pratiques de fabrication pour les produits pharmaceutiques), contrôle de la qualité (certificat d'analyse pour chaque lot produit), estimations des besoins annuels pour le pays, fourniture aux trois secteurs (public, paraétatique et privé), coût (gratuité/prix modique)
 - Traitement par réhydratation orale (TRO) dans les établissements de santé : cas de diarrhées traités en ambulatoire ou admis dans des centres de TRO (implications pour le taux d'occupation et le budget de l'hôpital de district)
 - Médicaments antidiarrhéiques, en particulier formulations pédiatriques et liquides, et remèdes contre la toux et le rhume (mesures réglementaires sur les médicaments importés, les médicaments produits localement, les ventes, l'utilisation par les prestataires des secteurs public et privé)
 - Fournitures : tests de diagnostic rapide (bandelettes réactives) pour le paludisme ou matériel pour le diagnostic au microscope, fournitures pour le TRO, chronorégulateurs, thermomètres, balances, abaisse-langue, formulaires d'enregistrement
 - Soins à domicile : liquides et aliments à domicile recommandés (avec et sans sel) pendant un épisode de maladie diarrhéique, alimentation – dont l'allaitement maternel – pendant la maladie et la convalescence, recours aux soins, médicaments antipaludiques pour la fièvre dans les zones endémiques, utilisation de moustiquaires (moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'efficacité, promotion, stratégies marketing, et coûts)
- iv. Organisation du travail dans les établissements de santé, y compris responsabilités du personnel de santé (« description des fonctions ») par catégorie et par type d'établissement de santé et circulation des patients : triage ; utilisation de médicaments parentéraux, administration d'antibiotiques, TOR, conseils en matière d'alimentation et de soins à domicile
- v. Formation en cours d'emploi (groupe cible à former, couverture, type et durée des cours par catégorie de prestataire de services de santé, formation des formateurs,

- indicateurs de qualité de la formation, suivi, recyclage, ressources financières pour la formation)
- vi. Formation avant l'emploi : participation des établissements universitaires à l'adaptation de la PCIME et à d'autres activités ; orientation sur la PCIME pour les facultés de médecine ; critères de sélection des facultés de médecine pour l'initiative de formation avant l'emploi à la PCIME et coordination et soutien aux écoles choisies pour les activités connexes (établissement d'une Équipe spéciale de la PCIME et d'un coordonnateur dans le département de pédiatrie de la faculté concernée ; approbation officielle par le conseil de la faculté de l'incorporation d'éléments de la PCIME dans le programme d'enseignement ; élaboration d'un plan pour l'introduction de la PCIME ; formation des facultés ; préparation de documents de référence pour l'enseignant et l'étudiant ; organisation des sites de formation dans les consultations externes ; insertion des questions de PCIME dans les examens ; surveillance et évaluation)
 - vii. Promotion des pratiques de prise en charge de l'enfant à domicile (approches : face à face, sessions d'éducation sanitaire, groupes communautaires, médias)
 - viii. Indicateurs de surveillance : par rapport régulier (par ex. accès à un personnel de santé formé à la PCIME et régulièrement approvisionné avec les principaux médicaments pour le traitement et la prévention ; taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les hôpitaux appliquant la PCIME ; proportion d'enfants de moins de cinq ans examinés dans les établissements de santé qui souffrent de grave déshydratation ou de signes évidents de déshydratation parmi ceux atteints de diarrhée, souffrant de pneumonie grave ou non parmi ceux atteints d'IRA, qui souffrent d'une maladie fébrile grave parmi ceux ayant de la fièvre, qui souffrent de malnutrition grave et ont un poids très faible pour l'âge parmi ceux examinés) ; par des visites de suivi de PCIME et des enquêtes périodiques (établissements avec des heures d'ouverture limitées ou inadéquates, enfants avec une affection « PCIME » pris en charge conformément aux directives de la PCIME, connaissances de la personne s'occupant de l'enfant en matière de prise en charge à domicile et de recours aux soins, satisfaction de la personne s'occupant de l'enfant quant aux services fournis dans les établissements appliquant la PCIME)
 - ix. Transfert, gestion des médicaments, information sanitaire, supervision, liens entre le système de santé et la communauté (voir partie sur le système de santé, page 21) ;

- x. Évaluation : principaux résultats de la mesure des progrès réalisés vers les cibles et les sous-cibles, réalisation des programmes et problèmes prioritaires
- xi. Domaines de recherche prioritaires
- xii. Programme de financement public pour les services de santé de l'enfant et les activités de soins des enfants.

- **Programme de nutrition**

Il existe inévitablement des chevauchements entre les domaines couverts par ce programme et la stratégie de la PCIME, dans la mesure où la nutrition est une composante essentielle de la santé et du développement de l'enfant. Le document *Infant and young child feeding – A tool for assessing national practices, policies and programmes* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003) est un outil utile pour étudier les questions de nutrition liées à la politique.

- i. Législation pour protéger et encourager l'allaitement maternel chez les femmes en activité, mesures législatives et non législatives pour assurer l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans le pays, et pour réglementer les dons et l'utilisation de préparations pour nourrissons dans les situations d'urgence ; politiques sur l'allaitement au sein exclusif
- ii. Structure de gestion aux différents niveaux du système de santé et situation du programme de nutrition dans l'organigramme du ministère de la santé ; comités nationaux pour promouvoir l'allaitement maternel ou, de façon plus globale, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; mécanismes de coordination avec les programmes ou stratégies liés à la santé de l'enfant (PCIME, lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, santé de la mère et de l'enfant) et les partenaires
- iii. Planification : objectifs, indicateurs et cibles du programme
- iv. Directives sur les micronutriments, pour le traitement des troubles dus à une carence, la supplémentation (vitamine A, vitamine D, fer, zinc, iode) et l'enrichissement des aliments, et leur impact ; durabilité de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, si elle est appliquée dans le pays, et autres initiatives pour promouvoir l'allaitement maternel et, plus globalement, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; approches pour stimuler le développement psychosocial de l'enfant
- v. Ressources humaines, formation en cours d'emploi, formation avant l'emploi, promotion des pratiques d'alimentation dans les foyers, surveillance et information

sanitaire, supervision (voir informations sous PCIME ci-dessus).

Il est important de souligner que le rapport doit présenter les résultats de l'*analyse* des informations sur les programmes décrits ci-dessus, et non se limiter à les décrire. L'objectif de cette phase, et donc du rapport, est de déterminer si les programmes répondent judicieusement aux principales questions de santé de l'enfant, et de définir le type d'actions politiques susceptibles de renforcer cette réponse.

8. **Partenaires.** Les informations les plus intéressantes sur le travail avec les partenaires, également mentionnées dans les parties précédentes, peuvent être résumées ici, comme : les mécanismes de coordination avec le ministère de la santé et autres secteurs concernés ; les principaux accords avec le gouvernement (par ex. protocole d'accord) ; l'orientation vers les programmes ou stratégies de santé publique et l'engagement à l'égard de ceux-ci ; le rôle actuel et potentiel joué dans la santé de l'enfant dans le pays ; les intérêts, priorités et principaux programmes de coopération ; les mécanismes de financement et cycles financiers ; et les impératifs particuliers du projet (établissement de rapports, liquidation). L'engagement de la communauté, considérée à la fois comme un partenaire actif et un bénéficiaire des services, dans les programmes et initiatives de santé, ainsi que ses liens avec le système de santé (voir également « liens entre le système de santé et la communauté » page 24) doivent également être récapitulés dans ce chapitre.

Phases suivantes

Le présent document se concentre sur la première phase du processus d'élaboration d'une politique, à savoir l'analyse de la situation. Cette phase est étroitement liée aux autres phases du processus, dans la mesure où le document d'orientation est le résultat naturel de l'analyse de la situation. La promotion doit se poursuivre tout au long du processus pour garantir une adoption au plus haut niveau. Les deux parties suivantes, qui donnent un rapide aperçu des Phases II et III, ont pour but de mieux faire comprendre la place qu'occupe l'analyse de la situation dans l'ensemble du processus.

Phase II : élaboration du document d'orientation

Des questions à la politique

Une analyse de la situation réalisée tel que décrit dans les pages précédentes doit déboucher sur l'énumération des différentes questions avec des implications politiques pour le moyen terme et le long terme. Les questions à long terme doivent être formulées uniquement en termes généraux, comme larges domaines d'action, afin de fournir le contexte dans lequel les questions plus spécifiques seront traitées à moyen terme.

Les questions politiques doivent être sélectionnées en fonction de leur importance, c'est-à-dire l'impact escompté de l'application d'une politique spécifique sur les principales cibles de la politique de santé de l'enfant, la probabilité de s'accorder sur une politique en quelques mois, et la possibilité d'appliquer la politique elle-même. La sélection doit donc être très réaliste. Les décideurs politiques auront plus de chances de discuter et d'arriver à un consensus sur des propositions politiques plausibles et pragmatiques présentées par l'Équipe spéciale qui semblent « abordables » que sur une longue liste qui est coupée des réalités de l'environnement politique présent. Les politiques doivent être à la fois réalisables et susceptibles d'avoir un effet visible et mesurable sur la santé de l'enfant.

Regrouper les politiques en un seul document

Le processus d'élaboration du document d'orientation a pour but de formuler de nouvelles politiques et de regrouper les principales politiques liées à la santé de l'enfant — à la fois nouvelles et existantes – en un seul document.

- La première étape consiste à répertorier par domaine les politiques valables en place, avec les références, qui reflètent les

pratiques courantes, les directives ou les décisions prises dans le passé, mais qui peuvent être « réparties » dans différents documents ou formulées verbalement uniquement. Cette étape du processus devrait être simple et recueillir une réaction positive. Parmi les exemples d'éléments de la politique de santé de l'enfant existants, citons le programme national de vaccination PEV, certains aspects de la liste des médicaments essentiels, ou les directives cliniques pour les affections actuellement visées par la stratégie de la PCIME. Débuter de la sorte permet de reconnaître les efforts déjà faits dans le système de santé pour traiter certains problèmes de fond, de créer une disposition positive à l'égard de nouvelles questions, et de révéler l'avantage d'un regroupement en un seul document de toutes les politiques liées à la santé de l'enfant.

- L'étape suivante consiste à énumérer les mesures proposées pour les questions récemment identifiées, en exposant de façon détaillée l'effet escompté de ces questions sur la santé de l'enfant si elles étaient correctement traitées, et l'impact possible des solutions proposées.
- Chaque point doit être soigneusement justifié, en soulignant toutes les implications, y compris les implications financières, que chaque décision politique peut avoir.

Cette approche, qui consiste à débiter par les politiques existantes puis à combler les lacunes, est de nature à créer un environnement plus favorable pour discuter de questions plus complexes à l'avenir. Certains éléments de la politique nécessiteront probablement plus d'échange d'informations et un débat animé avec de nombreux partenaires, par ex. les décisions pour assurer l'égalité d'accès aux services de santé pour tous les jeunes enfants, y compris ceux dont les familles ont des ressources très limitées. Même des questions complexes peuvent souvent être analysées et décomposées en plusieurs questions, qui pour certaines pourraient être traitées avec un résultat escompté à moyen terme.

De toute évidence, le premier document d'orientation sur la santé de l'enfant, tout en relevant certains défis, ne doit pas tenter de traiter toutes les questions, car cela ne serait pas réaliste et pourrait provoquer trop de controverse, et finirait par paralyser l'ensemble du processus. S'il reste réaliste, le processus peut avoir un effet catalytique et stimuler le dialogue et les actions pour les questions pouvant être traitées à long terme et eu égard aux engagements internationaux comme les objectifs du Millénaire pour le développement.

Chaque pays peut créer son propre schéma de document d'orientation. Les éléments de la politique peuvent être groupés par composantes (par ex. gestion, planification, accès aux services) et par thèmes de santé publique prioritaires (par ex. aspects particuliers de la lutte contre les maladies transmissibles, traumatismes, état nutritionnel et alimentation, développement psychosocial).

Formulation des éléments stratégiques

Le document d'orientation doit être concis et facile à consulter. La justification pour chaque élément de politique ou élément stratégique décrit dans le document d'orientation sera indiquée dans les conclusions de l'analyse de la situation. Le rapport de l'analyse de la situation, préparé sous forme d'un document distinct, peut simplement être mentionné, pour garder le document d'orientation court et pratique.

Le document d'orientation doit couvrir les trois points suivants pour chacun des problèmes de fond traités :

- 1) la justification (un paragraphe très court, faisant référence à l'analyse de la situation pour des détails sur la question, ou un résumé des principales conclusions de l'analyse de la situation) ;
- 2) les objectifs (ce que la décision politique doit permettre d'atteindre) ; et
- 3) la décision politique en détail et son effet probable sur la santé de l'enfant.

Le document doit indiquer clairement comment évaluer la mise en œuvre de chaque grand élément stratégique et comment mesurer ses effets sur la santé de l'enfant. Il est essentiel d'inclure cet aspect de « surveillance » dans le document d'orientation, pour en faire un instrument valide et orienté vers l'action. Le document doit également noter les principales stratégies adoptées par le ministère de la santé pour traiter les questions de santé publique de l'enfant dans le pays et améliorer la qualité de vie de l'enfant.

Méthodologie

Des comités ou groupes techniques peuvent être chargés de l'élaboration des différentes parties du document d'orientation. Il est important de suivre un plan formel, de surveiller la progression du travail et d'éviter de longues périodes d'inactivité. L'une des principales particularités de la préparation du document est la forte interaction entre tous les administrateurs de programme, les décideurs et les

partenaires pour traiter des questions techniques, financières et politiques sur les stratégies proposées. Il est possible qu'ils aient besoin de se consulter et de discuter longuement, parfois sur le même élément stratégique. Il est admis que plus le consensus sur la politique est important, plus il y a de chances que la politique soit largement acceptée et appliquée.

La méthode pour préparer et finaliser le document peut être semblable à celle proposée pour l'analyse de la situation :

- préparation de projets de rapports préliminaires sur les différentes parties du document par des groupes techniques
- étude et synthèse des rapports sur les parties du document par l'Équipe spéciale
- révision du document par les groupes techniques sur la base des recommandations de l'Équipe spéciale
- examen par l'Équipe spéciale
- réunion de consensus sur le projet de politique de santé de l'enfant
- finalisation du document d'orientation sur la santé de l'enfant.

La phase d'élaboration du document d'orientation exigerait beaucoup d'efforts de sensibilisation pour promouvoir les éléments stratégiques qui sont proposés pour l'approbation. Il est nécessaire de préparer un plan spécifique pour la promotion, en particulier pour les problèmes de fond les plus épineux ou sensibles, afin de cibler les acteurs les plus influents. Certains hauts responsables du ministère de la santé doivent être tenus informés de l'évolution du travail régulièrement, conformément au plan d'action, afin de maintenir leur intérêt et leur soutien.

Phase III : adoption officielle du document d'orientation

Réunions de sensibilisation pour les décideurs politiques de haut rang et les partenaires

Plus le niveau d'adoption d'une politique nationale de santé de l'enfant est élevé, plus elle aura d'influence sur les futures décisions liées à la santé de l'enfant dans le pays, et en définitive la santé de l'enfant.

Comme mentionné précédemment, l'ensemble du processus doit s'accompagner d'une campagne de promotion dès le début, et tout au long des trois grandes phases. Au fur et à mesure que le document d'orientation prend forme et que les discussions sur ses éléments stratégiques s'intensifient, les initiatives de promotion doivent elles aussi s'intensifier. Les réunions avec de hauts responsables pour examiner les décisions politiques proposées sont également des occasions de promouvoir la politique globale et d'obtenir un soutien continu. Dans les pays ayant un système décentralisé, des réunions d'orientation et de sensibilisation doivent également être organisées pour les hauts responsables des gouvernorats ou provinces et, lorsque cela est possible, au niveau du district, avec des représentants de la communauté.

Adoption officielle du document d'orientation

Une fois que le document d'orientation a été finalisé et que toutes (ou presque toutes) les questions les plus débattues ont été traitées de façon adéquate, avec un large consensus, la dernière étape est l'adoption officielle du document d'orientation de la politique nationale de santé de l'enfant par le plus haut niveau politique possible dans le pays, par ex. le chef d'État. Cette dernière étape doit bénéficier de suffisamment de temps et de ressources. Un travail préparatoire doit débuter très tôt, en engageant une action de promotion auprès des partenaires les plus influents même pendant la phase d'analyse de la situation. La couverture médiatique de l'événement doit être assurée.

Annexes

Annexe 1. Composition de l'Équipe spéciale de la CHPI

Ci-dessous figurent des exemples d'Équipe spéciale de CHPI qui ont été créées dans différents pays. Les exemples ont pour but de montrer l'éventail de la représentation des membres. L'équipe de base des Équipes spéciales est généralement de taille réduite, conformément aux recommandations dans ce document. De nombreux spécialistes ont également été désignés en dehors de l'Équipe spéciale de la CHPI afin que les secteurs et partenaires concernés soient largement représentés ; les spécialistes ne sont pas cités dans les exemples ci-dessous.

Exemple 1 : Tunisie

Président de l'Équipe spéciale

- Directeur des Soins de Santé primaires

Membres de l'Équipe spéciale

- Point focal
 - Coordonnateur national de la PCIME
- Autres membres
 - Point focal national pour la composante communautaire de la PCIME et un autre membre de l'équipe PCIME
 - Administrateur du PEV
 - Administrateur du programme de soins périnataux
 - Épidémiologiste
 - Nutritionniste
 - Du terrain : points focaux de la SME et des SSP de 2 gouvernorats différents, respectivement

Organisations internationales

- UNICEF

Exemple 2 : Soudan

Président de l'Équipe spéciale

- Directeur des Soins de Santé primaires

Membres de l'Équipe spéciale

- Point focal
 - Administrateur national de la PCIME
- Autres membres
 - Directeur du Département de Nutrition
 - Directeur et sous-directeur, Direction de la Santé génésique
 - Directeur du Centre national d'information sanitaire
 - Directeur, Direction de la Planification sanitaire
 - Administrateur du PEV
 - Président de l'Association nationale de pédiatrie et pédiatre principal du ministère de la santé

Organisations internationales

- UNICEF
- OMS

Exemple 3 : Égypte

(Exemple de pays qui a créé à la fois un Comité directeur et une Équipe spéciale pour la CHPI)

► **Comité directeur**

Président du Comité directeur

- Premier Sous-secrétaire pour le secteur des Soins de Santé primaires et des Soins préventifs

Membres du Comité directeur

- Directeur de l'Organisation de l'Assurance maladie
- Secrétaire général de l'Organisation des Hôpitaux et Instituts universitaires
- Sous-secrétaire aux Soins de Santé primaires
- Premier sous-secrétaire au secteur de la Population et de la Planification familiale
- Sous-secrétaire aux Affaires pharmaceutiques
- Directeur général, Direction des Pneumopathies

► **Équipe spéciale**

Président de l'Équipe spéciale

- Sous-secrétaire aux Soins de santé primaires

Membres de l'Équipe spéciale

- Point focal
 - Administrateur national de la PCIME
- Autres membres :
 - Sous-secrétaire à la Recherche et au Développement (ancien directeur de la PCIME)
 - Directeur de la SMI
 - Directeur du programme de lutte contre les IRA
 - Directeur du programme de soins pour les enfants avec des besoins spéciaux

Organisations internationales

- OMS

Exemple 4 : République arabe syrienne

(Cet exemple montre la composition d'une Équipe spéciale qui à l'origine comprenait un grand nombre de membres. Avec l'expérience, et notamment les difficultés rencontrées par un grand groupe pour se réunir souvent, la composition est maintenant revue en faveur d'une Équipe spéciale plus petite, tout en re-désignant certains des membres originaux comme spécialistes).

Président de l'Équipe spéciale

- Vice-ministre de la santé

Membres du Comité sur la Santé de l'enfant

- Ministère de la Santé
 - Directeur des Soins de Santé primaires
 - Administrateur du département Santé de l'enfant
 - Administrateur du département Santé génésique
 - Administrateur du département Nutrition
 - Administrateur du PEV
 - Administrateur de la PCIME
 - Administrateur du programme de promotion des modes de vie
 - Responsable du département Santé de l'enfant dans la capitale
- Ministère de l'Éducation nationale
 - Chef du département de néonatalogie de l'hôpital pédiatrique universitaire

Organisations internationales

- Organisation non gouvernementale
- UNICEF
- OMS

Exemple 5 : Maroc

(L'exemple suivant concerne un pays dans lequel une initiative importante sur les enfants est en cours. L'Initiative Politique de santé de l'enfant a par conséquent été intégrée dans ce processus, en utilisant les structures de gestion disponibles pour l'initiative concernant les enfants. Une Équipe spéciale de la CHPI a été créée pour faire office de groupe de base du grand comité pour la santé de l'enfant pour l'initiative des enfants).

Président de l'Équipe spéciale de la CHPI

- Directeur de la Direction de la Population

Membres de l'Équipe spéciale de la CHPI

- Point focal
 - Point focal national pour la stratégie de la PCIME
- Autres membres
 - Chef de la division SMI
 - Pédiatre (faculté de médecine)
 - Administrateur du programme national de lutte contre les carences en micronutriments
 - Point focal pour la promotion de l'allaitement au sein
 - Administrateur national du PEV

Annexe 2. Exemples de documents examinés

Ci-dessous se trouve une liste d'exemples de documents spécifiques étudiés dans certains pays pendant l'analyse de la situation de la CHPI. Notons que les documents cités ici ne constituent qu'une petite partie des nombreux documents rassemblés et examinés. Dans certains pays, une bibliothèque ressemblant plusieurs dossiers de documents a été créée pour servir de référence sur la santé de l'enfant à l'avenir.

Législation, réglementation, déclarations présidentielles et de haut niveau

- Loi sur les enfants
- Déclaration présidentielle sur la protection de l'enfant et les soins aux enfants
- Lois sur le certificat prénuptial, l'allaitement au sein et la maternité
- Conférence nationale pour la législation de la fonction publique
- Décrets ministériels concernant les vaccinations obligatoires
- Déclaration sur la réforme de la formation du personnel infirmier et paramédical

Plans stratégiques et de développement et documents d'orientation

- Plans stratégiques sur 25 ans du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation nationale
- Plan de développement sanitaire national : orientations stratégiques et objectifs du plan national de développement
- Stratégie nationale sur 20 ans du ministère de la Santé
- Rapport du pays sur les objectifs du Millénaire pour le développement
- Cheminement de carrière des médecins et politiques de formation
- Ressources humaines pour la santé ; plan de 10 ans pour le développement des ressources humaines
- Réalisations et conception de l'avenir
- Programme d'action national pour la prochaine décennie
- Plan de création de moyens du ministère de la Santé
- Révision et normalisation des niveaux et fonctions des établissements de soins de santé
- Directives sur la formation PCIME avant l'emploi pour les facultés de médecine

Études et données

- Situation sur l'enfance et la maternité dans le pays (Conseil National de l'Enfance et de la Maternité)
- Rapport national sur le suivi du Sommet mondial pour les Enfants pour la dernière décennie
- Réalisations pour les enfants dans les années 1990
- Analyse de la situation de la capacité du ministère de la Santé
- Examen approfondi des soins de santé primaires dans le pays
- Situation des enfants dans le pays
- Situation démographique et perspectives dans le pays
- Projections démographiques
- Comptes nationaux de la santé
- Rapport sur l'examen de la PCIME
- Rapports internes des programmes du ministère de la santé
- Études des partenaires
- Rapports statistiques annuels

Enquêtes

- Étude nationale sur les causes des décès chez les moins de cinq ans
- Enquêtes sur la LMD et la mortalité et morbidité des IRA
- Enquêtes PCIME sur les établissements de santé
- Enquêtes démographiques et de santé (EDS)
- Enquêtes dans le cadre du Projet panarabe pour la Santé de l'Enfant (PAP-CHILD) et Santé de la Famille (PAP-FAM)
- Sondages par grappes à indicateurs multiples (MICS)
- Enquête d'évaluation de la prestation des services (de santé), études communautaires

Ce document fait partie d'une série de documents produits par l'Unité Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, destinés à aider les pays dans leurs efforts visant à améliorer la qualité de vie de l'enfant par des approches intégrées. Une politique nationale de santé de l'enfant constitue un instrument important pour établir des orientations claires à long terme et pour regrouper les principaux éléments de la santé de l'enfant. Alors que tous les États Membres se sont engagés à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, une politique de santé nationale va permettre « d'institutionnaliser » cet engagement et de le convertir en une action plus énergique, et va également servir de référence pour harmoniser les actions entre les partenaires.

Le présent document est l'un des résultats de l'Initiative Politique de santé de l'enfant (CHPI) récemment entreprise par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale afin de guider les pays dans la formulation de leur politique de santé de l'enfant et de promouvoir les soins de santé primaires de l'enfant au plus haut niveau politique. Étant donné que la politique nationale de santé de l'enfant doit reposer sur un examen approfondi de la situation actuelle des soins de santé à l'enfant, ce document se concentre sur la première phase du processus d'élaboration d'une politique, à savoir l'analyse de la situation. Le document propose des étapes concrètes et pratiques pour organiser le travail pendant l'analyse de la situation. Il donne également une description du rapport sur l'analyse de la situation.



Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Unité Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH)
Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale
B.P. 7608 Cité Nasr
Le Caire 11371 (Égypte)
Tél. +20-2-670 2535 ■ Télécopie +20-2-670 2492/4
Courriel: CAH@emro.who.int