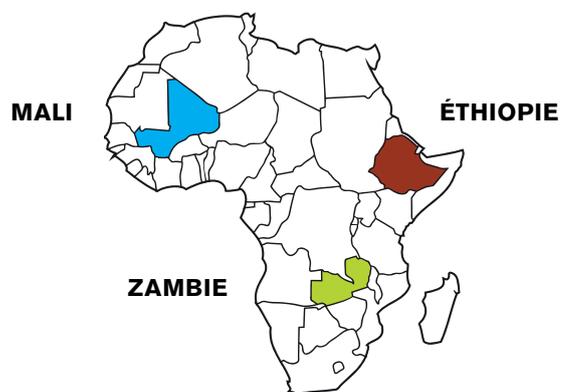




DIALOGUES D'ACTION CONTRE LA DIARRHÉE

Des politiques jusqu'aux résultats

Appel à une action urgente pour la prévention de la première cause de mortalité infantile en Afrique subsaharienne



tearfund

 **PATH**
A catalyst for global health

Rédigé par

Stephanie Gill

Tearfund

Janie Hayes

PATH

Sue Coates

WEDC

Traduction

Catherine Roux

Basé sur des recherches effectuées par

Georges Mikhael et **Dr Pippa Scott**

pour le *Water, Engineering and Development Centre (WEDC)*,
Université de Loughborough

WEDC est un département de l'Université de Loughborough qui se spécialise dans la formation, la recherche et la diffusion des connaissances dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes individuelles, le personnel de PATH et les partenaires de Tearfund que nous avons interviewés et dont les contributions précieuses ont fourni la base de ce rapport.

Nous remercions les réviseurs externes

Sue Cavill

WaterAid/SHARE

Silvia Gaya

UNICEF Zambie

Mulonda Mate

Ministère de la Santé, Zambie

Nicolas Osbert

UNICEF Mali

Giveson Zulu

UNICEF Zambie

Merci également à

Eileen Quinn

Hope Randall

PATH

Laura Taylor

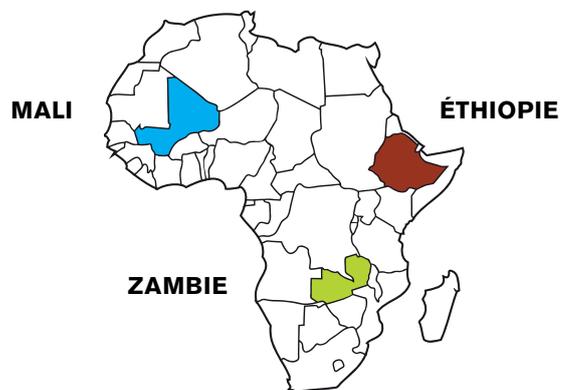
Sue Yardley

Tearfund



DIALOGUES D'ACTION CONTRE LA DIARRHÉE
Des politiques jusqu'aux résultats

Appel à une action urgente pour la prévention de la première cause de mortalité infantile en Afrique subsaharienne



Sommaire

3	Avant-propos
4	Résumé analytique
6	La diarrhée, d'une génération à une autre
7	Introduction
8	Complexités de la diarrhée
8	Définition de la diarrhée
9	Mise en œuvre du contrôle de la diarrhée : efforts mondiaux
11	Contrôle de la diarrhée au Kenya
13	Assainissement total piloté par la communauté
13	Les approches verticales par rapport aux approches horizontales
13	Mise en œuvre du contrôle de la diarrhée : efforts nationaux
14	Gestion intégrée des maladies infantiles
16	L'étude
18	Profil du pays : Mali
18	Vision globale de la structure sanitaire
18	Étude historique
19	Contrôle de la diarrhée au Mali aujourd'hui
19	Aperçu du contrôle de la diarrhée au Mali
20	Le fardeau de la diarrhée
20	Opportunités d'amélioration du contrôle de la diarrhée
22	Défis rencontrés dans le contrôle de la diarrhée
24	Profil du pays : Éthiopie
24	Vision globale de la structure sanitaire
25	Contrôle de la diarrhée en Éthiopie aujourd'hui
25	Aperçu du contrôle de la diarrhée en Éthiopie
26	Le fardeau de la diarrhée
26	Étude historique
27	Opportunités d'amélioration du contrôle de la diarrhée
29	Défis rencontrés dans le contrôle de la diarrhée
30	Profil du pays : Zambie
30	Vision globale de la structure sanitaire
30	Contrôle de la diarrhée en Zambie aujourd'hui
31	Aperçu du contrôle de la diarrhée en Zambie
31	Opportunités d'amélioration du contrôle de la diarrhée
32	Le fardeau de la diarrhée
35	Défis rencontrés dans le contrôle de la diarrhée
36	Analyse et conclusions
38	Défis
39	Opportunités
41	Recommandations

Avant-propos

Au cours des cinquante dernières années, la communauté mondiale a beaucoup appris sur la prévention des décès des suites de maladies infantiles banales. Notamment ces vingt dernières années, la mortalité infantile a chuté de manière significative, en partie grâce à un meilleur contrôle de la diarrhée. Les mesures préventives vitales ont englobé : salubrité de l'eau, hygiène et assainissement ; amélioration de la nutrition ; introduction de nouveaux vaccins et amélioration des traitements. Dans de nombreux pays, le quatrième Objectif du millénaire pour le développement (OMD 4), de réduire la mortalité infantile de deux tiers est désormais envisageable.

Toutefois, les familles et les communautés d'Afrique subsaharienne souffrent encore de manière disproportionnée de la diarrhée malgré l'existence de solutions rentables. Première cause de mortalité infantile en Afrique subsaharienne, la diarrhée pèse sur les économies, les moyens de subsistance et, chose plus importante, sur la survie des enfants dans toute l'Afrique – dans les zones rurales et urbaines, les villages ou les bidonvilles, dans les pays grands et petits. Ce sont les pauvres qui souffrent le plus, étant donné qu'ils ont moins accès à l'eau potable et à l'assainissement et possèdent moins de ressources pour accéder aux soins de santé lorsqu'ils en ont le plus besoin.

Cette étude examine l'environnement stratégique du contrôle de la diarrhée dans trois pays d'Afrique, afin de tirer les enseignements des choses réalisées et réfléchir sur les actions supplémentaires qui peuvent être prises pour aborder ce problème. Bien que des solutions existent pour la prévention et le traitement de la diarrhée, la volonté politique et les priorités en matière sanitaire sont encore insuffisantes pour généraliser ces solutions auprès de ceux qui en ont le plus besoin. Les décideurs mondiaux et nationaux ont besoin de prendre des actions urgentes afin d'accélérer les progrès de réduction de la mortalité infantile causée par la diarrhée.

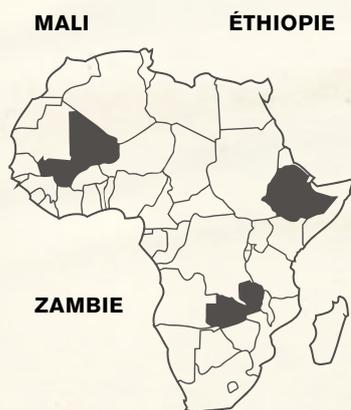
Dans les pays où le fardeau de la diarrhée est élevé, nous estimons que les gouvernements – ainsi que les donateurs, les agences sanitaires et de développement, les défenseurs, le secteur privé et les communautés affectées – doivent entamer un dialogue d'action contre la diarrhée, et déterminer ce que les différentes parties prenantes peuvent faire ensemble pour sauver des vies. Nous sommes convaincus que ce processus sera un catalyseur du changement pour garantir qu'aucun enfant ne meure de la diarrhée.

Matthew Frost

Directeur exécutif
Tearfund

Dr Ayo Ajayi

Vice-président des Programmes sur le terrain
PATH



Résumé analytique

La diarrhée tue un enfant toutes les 20 secondes environ. C'est la seconde cause principale de mortalité infantile dans le monde aujourd'hui, et la première cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans l'Afrique subsaharienne. Des solutions simples et rentables pour prévenir et traiter la diarrhée existent et pourtant demeurent inaccessibles aux enfants et aux familles qui en ont le plus besoin. Ce rapport commence par éclaircir les raisons de ce paradoxe, et ce que les chefs de gouvernement et les défenseurs peuvent faire pour améliorer la situation.

Ces dernières décennies, des progrès énormes ont été réalisés dans la réduction de la mortalité infantile. Sur les 30 % de réduction des décès d'enfants dans le monde au cours des vingt dernières années la plus grande part est le résultat de l'attention et des ressources qui ont été consacrées à des maladies telles que le paludisme et la rougeole. Malgré ces progrès considérables, la diarrhée demeure un fardeau gigantesque et les réponses apportées pour la contrôler sont fragmentées. Au niveau mondial, peu d'attention a été consacrée à la diarrhée depuis les années 1980, et ce manque de focalisation s'est également reflété au niveau national.

En 2009, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont publié une orientation mondiale sous forme d'un « Plan en 7 points » complet pour faire face à la diarrhée, centré sur la prévention et le traitement : l'eau, l'assainissement, le lavage des mains, les vaccins, l'allaitement maternel, l'utilisation du zinc et des solutions de réhydratation orale (SRO). Le Kenya est le seul pays d'Afrique subsaharienne possédant une stratégie complète basée sur ce plan et montrant d'ores et déjà des résultats prometteurs. Partout ailleurs, l'adoption et la dissémination du plan sont lentes et la mise en œuvre s'avère complexe. Le paradoxe entre la disponibilité des solutions et le fardeau de la diarrhée est dû à de nombreux facteurs dont notamment l'offre et la demande, la capacité d'exécution, la formation et l'éducation. La hiérarchisation des priorités est également une question cruciale.

Ce rapport contribue au dialogue d'action existant en cherchant à savoir comment les trois pays d'Afrique s'attaquent à la diarrhée : au Mali et en Éthiopie, où la diarrhée est la première cause de mortalité infantile chez les moins de cinq ans ; et en Zambie où le fardeau est également très élevé. Il examine les politiques et stratégies en place pour prévenir la diarrhée chez les enfants et pour empêcher que les enfants ne meurent une fois qu'ils en sont atteints. En même temps qu'il souligne les défis auxquels chaque pays est confronté dans la mise en œuvre du contrôle de la diarrhée, il examine également les opportunités existantes dans chaque pays qui pourraient être développées pour améliorer la réponse.

Pour finir, ce rapport tire les enseignements clés qui ont été retenus. Il détermine que de plus gros efforts sont nécessaires dans les trois pays et que la coordination du contrôle de la diarrhée devrait être renforcée à tous les niveaux, que ce soit national ou local. Le Mali est le seul pays examiné qui dispose d'une stratégie explicite de lutte contre la diarrhée, et celle-ci ne se concentre que sur les comportements d'hygiène préventive. Ni l'Éthiopie ni la Zambie ne possèdent de cadre pour le contrôle de la diarrhée. Le manque de coordination peut signifier que les lacunes dans les politiques ne sont pas prises en compte, les obstacles à la mise en œuvre sont négligés et des opportunités importantes, telles qu'identifiées dans ce rapport, sont ratées.

Ce rapport se conclut par des recommandations enjoignant les pays à entreprendre un examen complet de leurs politiques existantes relativement au contrôle de la diarrhée et à développer un cadre qui renforcera la coordination. En soi, les politiques et stratégies ne sont pas suffisantes sans la présence de mécanismes solides pour une mise en œuvre efficace et l'exécution du contrôle de la diarrhée au plan local, appuyé par des ressources suffisantes. La communauté internationale a également un rôle clé à jouer en catalysant le dialogue et la volonté politique pour garantir que les ravages causés par la diarrhée ne soient plus une caractéristique du XXI^e siècle.

L'OBJECTIF : sauver chaque jour la vie de 4 000 enfants âgés de moins de cinq ans qui mourront sinon des causes de la diarrhée, et reléguer cette situation évitable au rang de l'histoire ancienne.



**Recommandations
clés pour les parties
prenantes et les
gouvernements
mondiaux de renforcer
l'environnement de
politique nationale
pour le contrôle de
la diarrhée**

1. La communauté internationale devrait utiliser son influence pour attirer l'attention sur la diarrhée et catalyser la volonté politique dans les pays où le problème est le plus sévère.

La communauté internationale, notamment l'UNICEF et l'OMS, doit encourager la promotion et l'adoption des orientations du Plan en 7 points de l'UNICEF et de l'OMS.

2. Les gouvernements doivent effectuer un examen de toutes les politiques et stratégies existantes qui incorporent des éléments de contrôle de la diarrhée au niveau national.

Le ministère de la Santé devra coordonner un examen complet des politiques et stratégies relatives au contrôle de la diarrhée tel qu'établi dans le Plan en 7 points de l'UNICEF et de l'OMS. Cet examen doit établir : les lacunes des politiques et programmes, les domaines de contrôle de la diarrhée qui nécessitent une introduction urgente ou une accélération, et les opportunités existantes qui peuvent être exploitées. Des alliances intersectorielles entre la santé, le programme WASH et l'éducation seront essentielles.

3. Les intervenants du gouvernement et les partenaires doivent développer un cadre de coordination national pour le contrôle de la diarrhée.

Suite à cet examen complet, un cadre de coordination devra être établi, soulignant les responsabilités de toutes les parties prenantes au contrôle de la diarrhée, et comprenant des mécanismes de responsabilisation. Ceci pourrait prendre la forme d'une politique comme au Kenya. Le but d'un tel cadre est d'assurer des résultats maximum grâce à la coordination au niveau de l'élaboration jusqu'à la mise en œuvre aux niveaux des districts et de la communauté. Avoir des données de suivi comparables dans plusieurs ministères est crucial à la coordination.

Domaines de focalisation spécifiques relatifs à la coordination et à la mise en œuvre qui sont ressortis de cette étude :

● **Les travailleurs sanitaires de la communauté ont besoin d'être mieux soutenus pour mener à bien leur rôle.**

Les travailleurs sanitaires communautaires ont besoin de davantage de soutien pour leur permettre d'atteindre les populations rurales. Cela implique que les centres de santé aient suffisamment de personnel pour permettre aux travailleurs de la communauté de faire leur travail de sensibilisation et que des efforts soient déployés pour améliorer le recrutement et la rétention de personnel.

● **La coordination entre les stratégies pour changer les comportements a besoin d'être renforcée.**

Au niveau du district, les rôles des personnes qui participent à la mise en œuvre des programmes pour changer les comportements et des stratégies, telles que l'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) et la Gestion intégrée des maladies infantiles (GIMI), doivent être clairement définis, les chevauchements doivent être identifiés et des efforts d'harmonisation des approches doivent être faits. De cette manière, du point de vue du pourvoyeur de soins, les messages sont complémentaires et couvrent tous les messages essentiels de prévention et de traitement nécessaires pour contrôler la diarrhée.

● **L'utilisation des SRO, du zinc ainsi que la couverture vaccinale du rotavirus doivent augmenter.**

Des sachets de SRO et du zinc devraient être plus facilement disponibles localement, sans que les gens n'aient d'abord besoin de se rendre à un centre de santé et de payer une consultation médicale. Les fabricants locaux doivent être identifiés et mobilisés, et le processus d'inscription pour le zinc doit être simplifié. Les vaccins du rotavirus doivent être introduits par le biais des programmes de vaccination nationaux dans les pays où la diarrhée fait des ravages.

● **L'amélioration de l'accès à l'assainissement a besoin de devenir une plus grande priorité politique.**

L'accès à des installations sanitaires de base tout comme l'amélioration des pratiques d'hygiène, est crucial pour aider à contrôler la diarrhée. La couverture est faible dans toute l'Afrique subsaharienne, et en plus dans de nombreux pays, l'accès à l'eau potable, essentielle pour utiliser les SRO, est médiocre. Une augmentation des financements pour promouvoir l'assainissement et l'hygiène au niveau national est requise de toute urgence.

La diarrhée d'une génération à l'autre

Durant toute son enfance, elle a connu des épisodes répétés de diarrhée, certains ne durant qu'un jour ou presque, d'autres plus longs. Elle remarque qu'elle a du sang dans les selles et elle a des crampes intestinales. Comme elle va à l'école, elle se débrouille toute seule et parfois reste à la maison. Elle défèque dans un champ près de chez elle, ou utilise une latrine sale de l'école. Lorsqu'elle est malade, l'effort de se rendre aux toilettes est colossal et parfois, elle arrive trop tard. Se cachant à la vue de tous, elle espère que l'odeur et les taches ne seront pas remarquées par ses amis et ses frères et sœurs. Elle se demande s'ils souffrent de la même chose, mais personne n'en parle.

Maman pour la première fois, elle veut à tout prix que sa fille grandisse en bonne santé et qu'elle le reste toute sa vie. Elle essaie d'allaiter son bébé et elle est fière d'avoir donné la vie. Elle ne sait pas si les selles trop liquides sont normales chez un bébé ou si quelque chose ne va pas. Elle se débrouille, donne à son bébé la tisane que lui a fourni le guérisseur du village. Peut-être que cela aide : elle n'en sait trop rien. Elle songe à demander conseil à une infirmière mais le centre de santé est trop loin, les médicaments sont coûteux, alors elle ira peut-être une prochaine fois.

Grand-mère, elle écoute les inquiétudes de sa fille sur la faim et le faible poids de ses enfants. Le plus jeune a à nouveau la diarrhée. Elle se souvient du décès inexpliqué de son second enfant et espère que l'histoire ne va pas se répéter. Elle lui dit que la maladie va passer et elle prend de l'eau dans un seau pour faire de la tisane et la donner à sa petite-fille qui pleure de douleur allongée dans son lit, sous la moustiquaire.



**Des solutions
accessibles existent
pour lutter contre
la diarrhée...
Aujourd'hui, il est
temps que tous ces
moyens soient mis
à la disposition des
pays qui en ont le
plus besoin.**

Introduction

La diarrhée est une maladie que tout le monde comprend mais son impact, notamment sur les enfants, varie énormément selon le pays et la culture. Au niveau mondial, elle tue un enfant toutes les 20 secondes,¹ ce qui en fait la deuxième cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.²

Dans les nations riches, la diarrhée a tendance à n'être rien de plus qu'un désagrément. Mais 90 % des décès liés à la diarrhée interviennent dans les pays en voie de développement,³ et en Afrique subsaharienne, elle emporte plus d'enfants chaque année que n'importe quelle autre maladie.⁴ Toutefois, la position de la lutte contre la diarrhée sur l'échelle des priorités sanitaires – à la fois au niveau mondial et dans les pays lourdement affectés – demeure faible, compte tenu du lourd tribut subi par les communautés et les familles.

Des solutions accessibles existent pour lutter contre la diarrhée. Au cours du siècle dernier, un mélange efficace d'interventions de prévention et de traitement – l'eau potable, l'assainissement, l'hygiène, les vaccinations, l'allaitement maternel, la réhydratation orale et le zinc – ont réussi à pratiquement éliminer les décès dus à la diarrhée dans les pays à hauts revenus. Aujourd'hui, il est temps que tous ces moyens soient mis à la disposition des pays qui en ont le plus besoin. Toutefois, les solutions doivent fonctionner à l'échelle – parmi des populations entières – pour fournir à ceux qui apportent des soins aux malades (les prestataires de soins) des interventions simples et rentables qui peuvent sauver des vies.

Travailler à l'échelle est difficile mais réalisable. Dans toute l'Afrique, les gouvernements nationaux sont responsables de piloter les efforts du pays pour réduire la mortalité infantile en établissant des programmes de mesures, des stratégies et des priorités de financements pour la santé. Les responsables politiques nationaux peuvent fournir une volonté politique essentielle afin d'attirer l'attention du public sur les questions urgentes, comme cela s'est produit dans de nombreux pays sur des questions telles que le VIH et le paludisme.

Toutefois, les ripostes des gouvernements face à la diarrhée sont confrontées à de nombreux problèmes importants. Le manque de ressources, le manque de hiérarchisation des priorités et le manque de coordination sont trois des plus grands obstacles à surmonter. Davantage de dialogue est nécessaire pour partager les leçons apprises et susciter un meilleur engagement pour l'action future.

Ce rapport examine les approches nationales en matière de contrôle de la diarrhée dans trois pays subsahariens. **L'Éthiopie et le Mali**, qui se placent mondialement au 5ème et 14ème rang respectivement en termes de mortalité infantile causée par la diarrhée, et **la Zambie**, un autre pays où la diarrhée fait des ravages.⁵ Par le biais d'études de cas qui examinent les environnements favorables au contrôle de la diarrhée, le rapport étudie comment on aborde le problème de la diarrhée au niveau national dans ces trois pays. Il examine les efforts de contrôle de la diarrhée selon des perspectives importantes telles que le contexte historique et socioculturel, les politiques et le financement, et l'intégration intersectorielle afin de recueillir des idées, de souligner les défis et d'identifier les opportunités de prévenir les décès et la maladie. Avant toute chose, ce rapport a pour vœu de partager les leçons apprises et soutient les appels à un plus grand débat et une action urgente en faveur du contrôle de la diarrhée. **Le dialogue d'action contre la diarrhée doit à tout prix continuer.**

Les complexités de la diarrhée



DÉFINITION DE LA DIARRHÉE

La diarrhée est le fait d'avoir des selles très molles ou liquides trois fois par jour ou plus. La diarrhée n'est pas une maladie en soi mais plutôt un symptôme d'autres maladies,¹ le plus souvent dues à une infection intestinale transmise par la voie fécale-orale et disséminée par l'eau contaminée, le manque d'assainissement, la préparation alimentaire non hygiénique et une médiocre hygiène personnelle. Il existe trois types cliniques de diarrhée : la diarrhée aqueuse aiguë (dont le choléra), la diarrhée sanglante aiguë (ou dysenterie) et la diarrhée persistante (durant 14 jours ou plus).⁶ Le rotavirus et l'*Escherichia coli* (*E. coli*) sont les causes les plus courantes de diarrhée dans les pays en voie de développement et 25 à 40 % des enfants africains hospitalisés présentant une diarrhée sont infectés au rotavirus.⁷ Alors que la réhydratation et le zinc réussissent à raccourcir les épisodes et empêcher la déshydratation, les antibiotiques ne s'avèrent pas efficaces contre la diarrhée comme dans le cas d'autres maladies courantes.

La diarrhée est l'une des premières causes de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans.

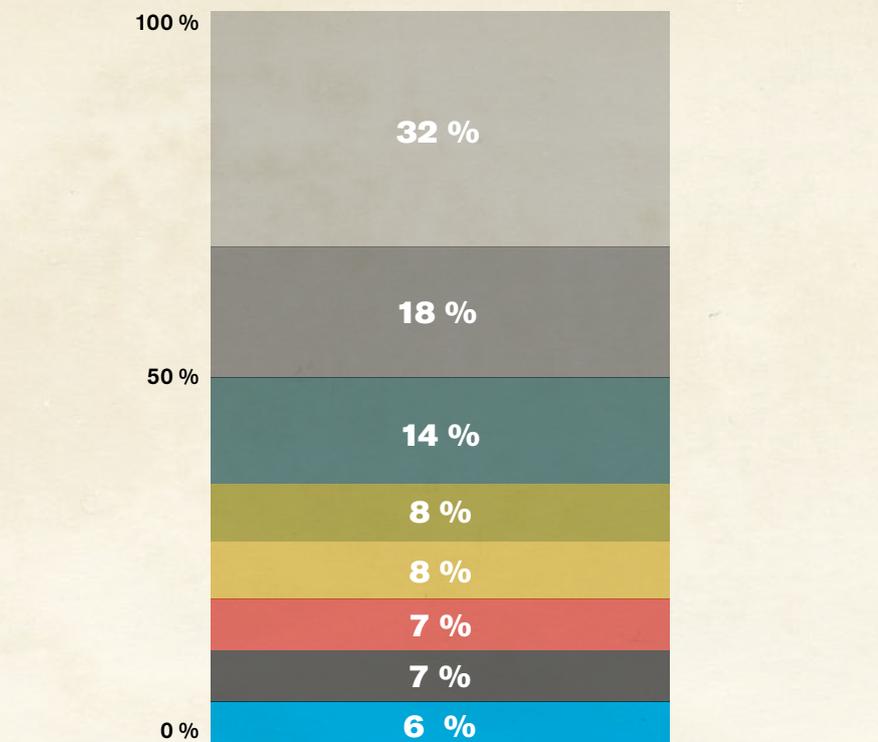
La diarrhée est également associée au paludisme et à la rougeole et est courante parmi les personnes présentant une déficience immunitaire.⁸ La diarrhée est l'une des causes principales de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans. Sans diarrhée, le statut nutritionnel des enfants sous-alimentés s'améliore rapidement, et plusieurs études ont montré qu'il n'existe pratiquement pas de sous-alimentation grave chez les enfants sans présence de diarrhée.⁹

¹ Plutôt que d'utiliser le terme de maladies diarrhéiques, ce rapport utilise le terme diarrhée du début à la fin.

Figure 1.

Questions de santé que les décideurs et bailleurs de fonds perçoivent comme des priorités pour la population sanitaire mondiale.¹⁰

Source : Plaidoyer contre la maladie diarrhéique de PATH : Résultats d'un survol de la politique mondiale et du paysage de financement, 2008



La réduction de la mortalité infantile n'exige pas nécessairement de nouvelles techniques et interventions mais une optimisation et une application des interventions existantes et rentables.

MISE EN ŒUVRE DU CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE : EFFORTS MONDIAUX

La réduction de la mortalité infantile n'exige pas nécessairement de nouvelles techniques et interventions mais une optimisation et une application efficaces des interventions existantes et rentables. En 1978, la déclaration d'Alma Alta reconnaissait le rôle préventif au sein des soins primaires, notamment l'assainissement, bien que ceci n'ait pas été pleinement intégré à la mise en œuvre des priorités sanitaires. Dans les années 1980, les programmes nationaux de contrôle de la diarrhée, stimulés par l'engagement d'organisations multilatérales telles qu'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ont réussi à sensibiliser les décideurs politiques et les pourvoyeurs de soins. Ceci a entraîné une augmentation de l'accès au traitement et à l'utilisation du traitement de réhydratation orale (TRO). Le financement consacré au contrôle de la diarrhée s'est accru et dans de nombreux pays, des programmes nationaux et pilotés par des bailleurs de fonds, centrés spécialement sur la diarrhée, ont été mis en place.

Mais dans le milieu des années 1990, toutefois, les priorités ont changé et la baisse des taux de mortalité a entraîné un grand nombre d'intervenants à croire que « le travail était terminé ». Avec le temps, le financement a chuté, l'impact a régressé et les progrès importants réalisés dans la couverture de solutions de réhydratation orale (SRO) ont été perdus. Le déplacement des priorités au sein du secteur sanitaire a signifié que le contrôle de la diarrhée est devenu une priorité moins importante. Les connaissances de la population en matière de diarrhée sont restées au point mort et ceci, conjugué au manque d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène, a entraîné une augmentation du nombre de décès. En 2008, on a demandé aux décideurs politiques mondiaux et aux donateurs d'indiquer, sur une liste de problèmes clés, ce qui constituait selon eux les priorités de la population mondiale au niveau sanitaire. Chose très révélatrice, la diarrhée est apparue comme la priorité la moins importante (voir **Figure 1** ci-dessus).

Figure 2.
Plan en 7 points
de contrôle de la
diarrhée – actions
thérapeutiques et
préventives.¹²

ACTIONS THÉRAPEUTIQUES

1. **SRO – Remplacement liquidien** pour prévenir la déshydratation
2. **Traitement au zinc** pour réduire la sévérité et la durée de la diarrhée
 - Plus la poursuite de l'alimentation**, y compris l'allaitement maternel durant les épisodes de diarrhée et l'utilisation de fluides appropriés disponibles au domicile si la SRO n'est pas disponible, en plus de **l'augmentation de l'apport en liquides** en général.

ACTIONS PRÉVENTIVES

3. Accélération de **la vaccination contre le rotavirus et la rougeole**
4. Promotion de **l'allaitement maternel exclusif** dès la naissance et des suppléments en vitamine A
5. Promotion du **lavage des mains au savon**
6. **Amélioration de la quantité et de la qualité de l'eau**, y compris traitement et conservation salubres de l'eau des ménages
7. Promotion de **l'assainissement à l'échelle de la communauté et de l'hygiène**

'Nous savons où les enfants meurent de la diarrhée. Nous savons ce qu'il faut faire pour empêcher ces décès. Nous devons travailler avec les gouvernements et les partenaires pour mettre en œuvre ce Plan en 7 points.'¹¹

– Directrice générale de l'OMS Dr Margaret Chan

■ **Thérapie de réhydratation orale (TRO)/solution de réhydratation orale (SRO).** La diarrhée sévère peut entraîner une déshydratation qui met la vie en danger. Le TRO et la SRO consistent à réhydrater les enfants en remplaçant les fluides et les électrolytes perdus par la diarrhée. La méthode d'intervention la plus large, le TRO, consiste à réhydrater les enfants par le biais de l'augmentation de fluides appropriés et disponibles et d'une poursuite de l'alimentation pour empêcher et traiter la déshydratation associée à la diarrhée. La SRO est une manière spécifique d'appliquer le TRO. Il s'agit d'un mélange simple de sucre et de sel ajouté à de l'eau propre et qui peut être administré au domicile. Le TRO et la SRO sont utilisés de manière interchangeable dans tout le rapport.

■ **Traitement au zinc et autres micronutriments.** Le traitement de la diarrhée au moyen de suppléments de zinc peut réduire la sévérité et la durée des épisodes de diarrhée. Il peut également prévenir les épisodes futurs jusqu'à une durée de trois mois. D'autres micronutriments, notamment la vitamine A, sont également importants dans le contrôle des épisodes sévères.

■ **Vaccins.** Le vaccin contre le rotavirus protège les enfants contre la cause la plus courante et la plus mortelle de diarrhée. Le vaccin contre la rougeole aide à protéger de la diarrhée qui peut être associée à des complications de la rougeole.

■ **Allaitement maternel exclusif et alimentation complémentaire optimale.** L'allaitement maternel exclusif (sans ajout d'aliment ni de liquides) fournit aux bébés de six mois et plus jeunes tous les nutriments essentiels et les facteurs immunitaires qui les protègent à la fois de la diarrhée et qui accélèrent le rétablissement de la diarrhée lorsqu'un épisode se produit. L'alimentation complémentaire optimale avec la poursuite de l'allaitement maternel pour les bébés et les jeunes enfants âgés de six à 24 mois est essentielle pour garantir qu'ils sont bien nourris et mieux à même de survivre à la diarrhée.

■ **Eau salubre, amélioration des installations sanitaires et hygiène correcte.** L'eau et les mains sales sont deux des causes primaires de diffusion de la diarrhée et 88 % des cas de diarrhée sont dus à de l'eau, un assainissement et une hygiène médiocres (WASH). Le lavage des mains au savon, l'élimination salubre des déchets humains et animaux et l'eau potable propre aident tous à empêcher la diffusion de la diarrhée.



‘Le Kenya a réduit les décès liés à la diarrhée auparavant mais les données récentes indiquent que nous avons encore du travail à faire pour améliorer l’utilisation de traitements de base tels que la thérapie de réhydratation orale. Bien que de nombreux Kenyans aient désormais accès à de l’eau potable salubre, la majorité manque toujours d’accès à des installations sanitaires correctes. Cette politique mise à jour pour combattre la maladie diarrhéique utilise nos réussites et les leçons apprises durant la mise en œuvre de la précédente politique formulée dans les années 1990.’¹³

– Beth Mugo MP,
Ministre de la Santé
publique et de
l’Assainissement, Kenya

Gros plan : Contrôle de la diarrhée au Kenya

La diarrhée est la principale cause de mortalité infantile au Kenya.¹⁴ Une enquête gouvernementale menée en 2006 a révélé que pour 21 % de ceux ayant reçu un diagnostic de diarrhée, elle s’est avérée mortelle.¹⁵ En 2010, dans le cadre de ses efforts d’atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, le gouvernement du Kenya a mis au point de nouvelles orientations de politique dans l’objectif de réduire de moitié le nombre de décès dus à la diarrhée parmi les enfants de moins de cinq ans d’ici 2013.

Cette politique préconise une approche intégrée qui promeut un éventail d’interventions sur toute la gamme de la prévention jusqu’au traitement, exigeant la coopération entre les secteurs de la santé infantile, WASH et de la nutrition.

L’une des raisons de mettre au point de nouvelles orientations était que le pays ne possédait pas de déclaration de politique nationale sur la gestion du contrôle de la diarrhée. Un aspect clé de la stratégie est l’intégration de la politique nationale à des approches de terrain solides et atteignables qui adoptent les progrès récents effectués dans le domaine, tels que la vaccination contre le rotavirus et le groupage du TRO et du zinc. La politique vise également à améliorer non seulement le service disponible dans les dispensaires mais également la qualité de la prévention et des soins que les pourvoyeurs de soins fournissent à leurs propres enfants.

Au cours des trois dernières années, un programme pilote destiné à mettre en œuvre la politique dans une province a donné des résultats solides. Dans le district de Bungoma, la connaissance des mères sur le TRO a augmenté (de 67 % à 83 %) et sur le zinc (de 12 % à 26 %) pendant la durée du programme, et le nombre de mères qui donnaient à leurs enfants davantage de liquides pendant les épisodes de diarrhée est passé de 40 % à 67 %.

En outre, plus de 50 points de TRO ont été revitalisés. Les points TRO sont basés dans des dispensaires et servent de points de distribution du TRO et du zinc. Ils sont un lieu où les pourvoyeurs de soins peuvent donner à leurs enfants la thérapie de réhydratation, sous surveillance médicale si nécessaire. Les points TRO permettent aussi au personnel de santé d’éduquer les pourvoyeurs de soins en matière d’hygiène, de conditions sanitaires et de nutrition.¹⁶ L’offre de zinc et de TRO a également augmenté, ainsi que la demande. Une infirmière de l’hôpital de mission de Lugulu dit à propos des mères de sa communauté : « En tant que membres de la communauté, une fois qu’elles ont reçu l’éducation [dans les points TRO], elles sont en mesure d’éduquer d’autres personnes de sorte que la diarrhée est également réduite par la communauté. »

Le travail continue maintenant au niveau local pour faire connaître l’approche intégrée, pour soutenir les efforts du gouvernement à maintenir ses engagements sur le long terme et pour traduire les leçons apprises au cours de ce projet à une échelle plus grande en mettant en œuvre la politique nationale.



Au cours de la dernière décennie, du fait d'un regain d'intérêt pour la santé infantile et d'une mobilisation pour l'intégration des programmes, les parties prenantes mondiales se sont à nouveau intéressées au contrôle de la diarrhée. En 2009, l'OMS et l'UNICEF ont publié des orientations mondiales destinées aux pays afin de mettre en œuvre une série d'interventions de santé, sur l'assainissement, l'eau et l'hygiène destinées à contrôler et prévenir la diarrhée, faisant écho aux connaissances apprises sur les programmes efficaces pour la survie des enfants. Le rapport, intitulé « *La diarrhée : pourquoi les enfants meurent encore et ce que l'on peut faire* » est devenu le « **Plan en 7 points pour le contrôle de la diarrhée** » (Figure 2 – page 10), basé sur ses recommandations d'optimisation de sept interventions de prévention et de traitement basées sur des données concrètes.

Un examen plus approfondi de cette « approche complète » révèle les complexités inhérentes à la mise en œuvre et au soutien d'un contrôle de la diarrhée généralisé. La prévention ou le traitement seuls ne sont pas suffisants pour contrôler la diarrhée à l'échelle de manière durable. Au niveau mondial, les mécanismes de financement et de mise en œuvre ont tendance à être séparés d'une manière qui rend difficile le financement de stratégies complètes. Par exemple, les initiatives WASH sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène sont rarement intégrées aux vaccinations ou au traitement pour la diarrhée, qui traditionnellement, sont considérés comme cliniques de par leur nature et comme étant du ressort de la santé infantile. Le contrôle de la diarrhée peut être financé par le biais d'interventions compliquées interconnectées mais souvent non alignées au sein des initiatives de soins primaires, du développement d'infrastructures de base et des campagnes d'assainissement et de promotion de l'hygiène.



Assainissement total piloté par la communauté

L'assainissement total piloté par la communauté (ATPC), une approche qui répond à la demande d'amélioration de l'accès à un assainissement salubre se généralise, par le biais d'une sensibilisation aux dangers que peut provoquer la défécation en plein air. Le concept de l'ATPC est de permettre aux communautés de déterminer leurs propres solutions sanitaires et de les réaliser une fois qu'elles se sont engagées à améliorer leurs pratiques sanitaires collectives. Intrinsèquement, l'ATPC représente un virage par rapport au fait de subventionner la construction de toilettes et vise plutôt à changer les attitudes et les comportements de toute la communauté. Un animateur mobilise une communauté par le biais d'un processus appelé « déclenchement », qui l'aide à analyser la situation de l'assainissement. Ceci provoque souvent choc et dégoût, qui incitent une action par la communauté de stopper la défécation en plein air.¹⁷

Le contrôle de la diarrhée fournit l'occasion aux parties prenantes d'adopter un mélange d'approches de prévention et de traitement et le potentiel de renforcer les systèmes de santé, d'améliorer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH), ainsi que de réduire les décès liés à la diarrhée.

LES APPROCHES VERTICALES PAR RAPPORT AUX APPROCHES HORIZONTALES

Au sein du secteur sanitaire, il existe actuellement un grand débat pour savoir laquelle des approches « verticale » ou « horizontale » de contrôle de la maladie est la mieux adaptée. Alors que les approches spécifiques à la maladie (ou verticales) et les plaidoyers ont apporté l'attention, le financement et la responsabilisation sur de nombreuses questions au cours de ces dernières années, la tendance aujourd'hui va vers les approches horizontales qui mettent en priorité l'intégration et l'attaque des problèmes de santé globaux et renforcent les systèmes de santé plus élargis sur le long terme. Toutefois, des précautions sont à observer avec les approches horizontales, de façon à garantir qu'elles possèdent la coordination et la responsabilisation solides que l'on trouve dans les réponses verticales. Le contrôle de la diarrhée fournit l'occasion aux parties prenantes d'adopter un mélange d'approches de prévention et de traitement et le potentiel de renforcer les systèmes de santé, d'améliorer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH), ainsi que de réduire les décès liés à la diarrhée.

MISE EN ŒUVRE DU CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE : EFFORTS NATIONAUX

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, un grand nombre d'interventions recommandées dans le Plan en 7 points sont potentiellement accessibles, à l'exception du vaccin contre le rotavirus, qui toutefois, devient maintenant disponible par le biais de programmes de vaccination nationaux à l'initiative des gouvernements. La plupart des responsables gouvernementaux reconnaissent le besoin de réduire la diarrhée et dans certains pays, on note des progrès dans les efforts d'intégration entre divers secteurs. Globalement, les secteurs de la santé, de l'eau et de l'assainissement ont conscience des bénéfices que peuvent apporter des réponses intégrées.



Gestion intégrée des maladies infantiles

Introduites au niveau mondial par l'OMS dans le milieu des années 1990, la Gestion intégrée des maladies infantiles (GIMI) et la GIMI basée dans la communauté (GIMI-C) visent à prévenir, détecter et traiter les maladies infantiles à haut risque en s'appuyant sur des données d'efficacité fournies par un certain nombre d'interventions. L'approche reconnaît que plus d'une cause sous-jacente contribue souvent à la maladie de l'enfant. Même si la gestion des maladies infantiles se concentre sur le traitement, elle fournit aussi l'occasion de mettre en valeur la prévention de la maladie par le biais de l'éducation sur les vaccinations et l'amélioration de la nutrition. Dans la plupart des pays, la GIMI fournit un cadre autour duquel toutes les interventions sanitaires de la communauté peuvent être apportées à l'enfant via les pourvoyeurs de soins. Cela implique la promotion de « pratiques sanitaires et d'hygiène familiales essentielles » connues comme réduisant la mortalité et la morbidité infantile. Les travailleurs sanitaires communautaires occupent une position charnière pour pouvoir transmettre ces messages aux foyers.¹⁸

Toutefois, il y a une différence entre reconnaître que quelque chose devrait se produire et l'action elle-même. Le contrôle de la diarrhée est souvent fragmenté au niveau des politiques et des stratégies. Étant donné que la diarrhée demeure une priorité politique faible et que le financement pour la santé reste insuffisant pour répondre aux besoins prodigieux des pays, les gouvernements se retrouvent souvent avec une capacité et des financements limités pour optimiser les programmes qui ont prouvé leur efficacité. Contrairement aux autres questions sanitaires, la responsabilité du contrôle de la diarrhée est souvent décentralisée et s'étale sur plusieurs ministères et secrétariats. Dans un grand nombre de pays, la responsabilité du contrôle de la diarrhée est partagée entre le gouvernement, la société civile, les populations et les ménages. Pour compliquer le tableau, les volets de financement pour les interventions en faveur du contrôle de la diarrhée peuvent rarement être désolidarisés des budgets de programmes plus vastes desquels ce financement est tiré – tels que l'eau et l'assainissement, la santé infantile ou la nutrition. La situation fait qu'il est donc extrêmement difficile d'évaluer de quelle manière le financement réservé au contrôle de la diarrhée est réparti par rapport au fardeau de la diarrhée – et qu'il est difficile de demander aux décideurs de rendre des comptes sur leur soutien en faveur du contrôle de la diarrhée.

Cette situation complexe présente des défis lorsque l'échelle entre en jeu. Un grand nombre d'institutions ont besoin de se mettre d'accord sur la politique, le financement et la stratégie. Par ailleurs, il existe un besoin urgent d'augmenter le nombre de personnel formé – médecins, infirmiers/-ières, travailleurs sanitaires, ingénieurs des eaux, travailleurs du développement et agents de vulgarisation communautaires, enseignants et spécialistes en sciences sociales, qui ont tous une interaction avec les populations et les foyers. Par exemple, dans de nombreux pays, la fourniture de travailleurs sanitaires formés ne parvient pas à suivre les cibles nationales d'accès aux soins de santé primaire. Des difficultés



Il est nécessaire de déterminer si le portefeuille actuel de politiques liées à la diarrhée – qui vont de la santé à la nutrition en passant par l'éducation et l'eau – est suffisamment structuré et adéquatement financé pour apporter un contrôle efficace de la diarrhée.

semblables sont citées concernant WASH du fait que les responsabilités pour cela sont divisées entre plusieurs ministères, départements et services aux niveaux national et local. Le ministère principalement responsable de l'assainissement varie d'un pays à l'autre, et les investissements ainsi que l'engagement politique sont très en retard par rapport aux progrès réalisés dans l'amélioration de l'eau potable.

Les trois pays examinés dans ce rapport sont confrontés à un grand nombre de ces difficultés. Cependant, deux approches de santé publique ont émergé comme étant des opportunités majeures de contrôle de la diarrhée au niveau de la communauté. Le programme d'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) et le programme de Gestion intégrée des maladies infantiles (GIMI) ainsi que d'autres programmes associés sont soulignés de manière plus détaillée ci-dessus (voir pages 13 et 14). Ces approches sont également mises en œuvre par plusieurs autres pays d'Afrique subsaharienne, pour augmenter l'accès à l'assainissement et améliorer la santé infantile.

Il est nécessaire de déterminer si le portefeuille actuel de politiques liées à la diarrhée – qui vont de la santé à l'eau en passant par l'éducation et la nutrition – est suffisamment structuré et adéquatement financé pour apporter un contrôle efficace de la diarrhée. Bien qu'aucun des pays ciblés dans ce rapport n'ait mis au point une politique complète pour le contrôle de la diarrhée qui soit basée sur le Plan en 7 points de l'UNICEF/OMS, la chose s'est produite ailleurs. Par exemple, en 2010, le ministère de la Santé publique et de l'assainissement du Kenya a lancé une politique spécifique pour le contrôle de la diarrhée chez les enfants.

L'ÉTUDE

Trois études qualitatives de pays ont eu lieu au Mali, en Éthiopie et en Zambie dans le but d'explorer différentes approches vis-à-vis du contrôle de la diarrhée actuellement entreprises dans les pays d'Afrique subsaharienne. Le choix de pays a été basé en fonction de l'importance du problème que représente la diarrhée, de la stabilité du gouvernement, de la représentation géographique, de l'étendue des activités connexes sur le terrain et de l'accès aux diverses parties prenantes. Dans chaque pays, des entrevues et perspectives au niveau national et territorial ont été recherchées. Les districts ayant rapporté avoir des approches « réussies » ont reçu la plus grande attention. Le Plan en 7 points de l'UNICEF/OMS a été utilisé comme outil d'évaluation des approches de contrôle de la diarrhée utilisées dans chaque pays.^{2,3} En outre, les chargés d'étude se sont particulièrement intéressés :

- au fardeau que représente la diarrhée
- aux perspectives historiques et leçons apprises
- à l'engagement politique
- à l'environnement de politiques et
- aux stratégies et approches de mise en œuvre

Dans les trois pays, plus de 100 parties prenantes ont été interviewées (voir **Tableau 1**). Ces parties prenantes représentaient des ministères de tutelle (dans la santé, l'eau et l'assainissement, les finances, et les travaux publics) ; des bailleurs de fonds et des agences locales d'exécution ; des responsables des gouvernements régionaux, nationaux et provinciaux, des responsables des gouvernements locaux et des travailleurs sanitaires de la communauté ; et des universitaires et des spécialistes du développement des capacités. Le processus a impliqué l'organisation de tables rondes, d'interviews semi-structurées et un examen de documents basé sur une collecte de données standard et un protocole d'analyse. Une analyse documentaire des expériences mondiales avant les visites de pays a également appuyé le rapport. Les informations rassemblées ont permis de dresser les points communs et les différences d'approches dans le contrôle de la diarrhée.

Cet examen fournit également un aperçu des politiques et approches clés du contrôle de la diarrhée dans les trois pays. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, compte tenu de la largeur et de la diversité des différents domaines que couvre le contrôle de la diarrhée. Les opportunités et problèmes qui sont apparus au cours de l'étude risquent de ne pas être exclusifs à ce pays. L'accès aux données dans certains pays s'est avéré problématique, et dans aucun des pays, il n'a été possible de ventiler le financement consacré au contrôle de la diarrhée des programmes plus vastes, tels que la santé infantile, la nutrition ou l'eau et l'assainissement. Cette situation fait qu'il est difficile d'évaluer les niveaux actuels de financement, de faire des recommandations sur l'amélioration des attributions ou d'identifier les opportunités d'obtenir davantage de financement pour les interventions de lutte contre la diarrhée.

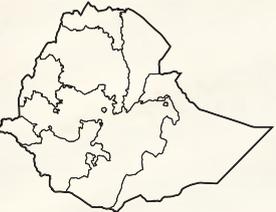
Nous reconnaissons qu'il existe une myriade d'ONGI, d'ONG nationales, de donateurs, d'agences de l'ONU et d'autres institutions qui font des contributions précieuses pour aborder les divers éléments du contrôle de la diarrhée. Cependant, cette étude est principalement centrée sur le rôle des gouvernements en termes de politiques et stratégies, bien que nous reconnaissons que les partenaires du développement jouent un rôle clé dans ceci et dans la mise en œuvre des politiques.

L'objectif de cette étude est de fournir un aperçu des opportunités et défis existants dans le contrôle de la diarrhée, de tirer des leçons plus larges de ceux-ci et de faire avancer le dialogue pour trouver de meilleurs moyens de contrôler la diarrhée dans des pays où le problème est très grave.

² L'ATPC a été la première approche utilisée dans les zones visitées et par conséquent a reçu plus d'attention dans cette étude que d'autres approches clés, telles que l'approche de transformation de l'hygiène et de l'assainissement (PHAST).

³ Les données pour le TRO (qui comprend les SRO et des liquides recommandés à domicile), la vaccination contre la rougeole, l'allaitement maternel exclusif et les suppléments de vitamine A sont tirées des *Statistiques de l'OMS*, rapport 2011. Les statistiques utilisées sont pour la période 2000-2010, à l'exception de la vaccination contre la rougeole qui est tirée de 2009.

Tableau 1

	Partie prenante	National	Territorial/ régional	Local
MALI : 26 PARTIES PRENANTES INTERROGÉES				
	Gouvernement	Direction nationale de l'assainissement, du contrôle des pollutions et des nuisances (DNACPN) Direction nationale de la santé Direction Nationale de L'Hydraulique (DNH)	Direction régionale de l'assainissement, du contrôle des pollutions et des nuisances, Koulikoro Direction régionale publique de la santé Koulikoro	Centre de référence sanitaire District de Kolokani Contrôle de l'assainissement, des pollutions et des nuisances, district de Kolokani
	Bailleur de fonds/ multilatéral	UNICEF – Mali Programme de santé USAID Assistance Technique Nationale Plus		
	Société civile	WaterAid – Mali Organisme de Développement pour l'Espérance au Mali (ODES) Promesse du millénaire		Village de Sebecoro Gouehzena, District de Kolokani
	Recherche/ universitaire	Centre MDG Afrique occidentale et centrale		
ÉTHIOPIE : 36 PARTIES PRENANTES INTERROGÉES				
	Gouvernement	Ministère fédéral de la Santé Ministère de l'Eau et de l'Énergie	Bureau régional de santé, SNNPR	Bureau de la santé Shebedino Woreda, SNNPR Bureau administratif Woreda 6
	Bailleur de fonds/ multilatéral	DFID UNICEF Éthiopie WSP – Banque mondiale Banque mondiale		
	Société civile	GOAL PATH Ramboll Tearfund – Éthiopie WaterAid – Éthiopie		
	Recherche/ universitaire	RIPPLE		
ZAMBIE : 38 PARTIES PRENANTES INTERROGÉES				
	Gouvernement	Politique et planification, ministère de la Santé Unité rurale d'approvisionnement en eau et d'assainissement, Ministère des Collectivités territoriales et du Logement		Conseil du district de Choma Bureau médical du district de Choma Département des affaires de l'eau, Choma
	Secteur privé/ Services d'utilité publique	Southern Water and Sewerage Company		
	Bailleur de fonds/ multilatéral	Coopération internationale allemande (GIZ) JICA Médecins Sans Frontières (MSF) WSP – Banque mondiale DFID		
	Société civile	Africare Zambia CARE (WASH Plus)/CARE Zambia Association sanitaire des églises de Zambie (CHAZ) Development Aid from People to People (DAPP) FHI (WASH Plus) Oxfam – Zambie PATH UNICEF – Zambie World Vision – Zambie		
Recherche/ universitaire	Centre for Global Health & Development (CGHD) Centre for Infectious Disease Research in Zambia (CIDRZ) Zambia Centre for Applied Health Research & Development (ZCHARD)			

Profil du pays : MALI



Les éléments de contrôle de la diarrhée figurent au programme sanitaire du Mali depuis au moins trois décennies.

VISION GLOBALE DE LA STRUCTURE SANITAIRE

Le ministère de la Santé dirige un système de santé décentralisé qui inclut une structure « pyramidale » pour les centres de consultation sanitaire :¹⁹ cinq centres de soins tertiaires, six centres de soins secondaires, 59 centres de référence sanitaire et 1043 centres de soins primaires. Le rôle des centres de soins primaires est de fournir une série minimum de soins de santé curative et préventive et de promotion de la santé. Un lien critique permettant d'étendre les soins de santé dans la communauté est représenté par les agents sanitaires qui fournissent le traitement, et les travailleurs sanitaires locaux qui transmettent des messages de prévention sanitaire.

ÉTUDE HISTORIQUE

Les éléments de contrôle de la diarrhée figurent au programme sanitaire du Mali depuis au moins trois décennies. Durant les années 1980 et 1990, le Mali a mis au point des programmes sanitaires nationaux pour lutter contre les taux élevés de mortalité et de morbidité infantile. La diarrhée a été attaquée principalement par le biais du TRO. Comme dans les autres pays, toutefois, les programmes de TRO ont décru dans les années 1990 et l'incidence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans continue d'augmenter⁴ et est actuellement la cause principale de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans,²⁰ comme susmentionné. Dans les années 1990, le Mali a adopté une approche intégrée intitulée Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant, comprenant trois programmes qui incluaient la GIMI, bien que l'accent principal fût porté sur les interventions sanitaires pilotées par le ministère de la Santé.

⁴ Entre 2004 et 2010, le taux d'incidence de la diarrhée pour les bébés de moins d'un an est passé de 79,12 à 89,14 pour 1000 (Direction Nationale de la Santé Annuaire SLIS 2004 et 2010)

**La diarrhée demeure
la cause principale
de mortalité chez
les enfants de moins
de cinq ans au Mali.**



MALI

Profil du pays : MALI

CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE AU MALI AUJOURD'HUI

Depuis la fin des années 2000, une réorientation nette s'est produite. Les nouvelles politiques ont mis l'accent sur les messages de prévention et sur la collaboration intersectorielle entre la santé et WASH. Le contrôle de la diarrhée a également pris de l'importance dans le calendrier des priorités sanitaires. Les messages sont robustes et certaines des stratégies sont prometteuses. Plus récemment, le ministère de la Santé a produit un plan stratégique qui cible une approche intégrée dans la prévention de la diarrhée.²¹

Toutefois, bien que des politiques et des cadres intersectoriels prometteurs soient en place, la diarrhée demeure la première cause de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. Il semble que les plus grands problèmes que rencontre le Mali sont ceux de la mise en œuvre et du travail intersectoriel fructueux au niveau local, ainsi qu'un accès suffisant au traitement et à la prévention (voir **Figure 3**).

Aperçu du contrôle de la diarrhée au Mali

1. TRO/SRO (traitement /solution de réhydratation orale) : *Ministère de la Santé*

Au Mali, 24 % des enfants de moins de cinq ans ayant la diarrhée reçoivent un TRO. Les sachets de SRO sont disponibles par le biais du système de fourniture gouvernementale et sont achetés par les utilisateurs.

2. Le zinc : *Ministère de la Santé*

Le zinc figure parmi la liste du gouvernement des 100 médicaments essentiels mais sa distribution et couverture ne sont pas encore universelles. Les ONG et les organisations bilatérales travaillent avec le ministère de la Santé pour appuyer la distribution du zinc. Il n'existe pas de données nationales sur la couverture du zinc.

3. Les vaccinations et la vitamine A : *Ministère de la Santé*

La couverture vaccinale contre la rougeole parmi les enfants de un an est de 71 % et 72 % des enfants reçoivent des suppléments de vitamine A.²² Ces messages sont incorporés à la GIMI. La généralisation du vaccin contre le rotavirus est prévue pour 2012.

4. L'allaitement maternel exclusif : *Ministère de la Santé*

Au Mali, 34 % des bébés sont exclusivement allaités au sein maternel pendant les six premiers mois de leur vie.²³ La promotion de l'allaitement maternel exclusif est un message clé pour la GIMI.

5. L'approvisionnement en eau : *Ministère de l'Énergie et de l'Eau*

L'accès à l'eau potable dans les zones rurales plafonne à seulement 51 % et s'élève à 87 % dans les zones urbaines.²⁴ Il est estimé que 34 % des pompes manuelles ne fonctionnent pas.²⁵

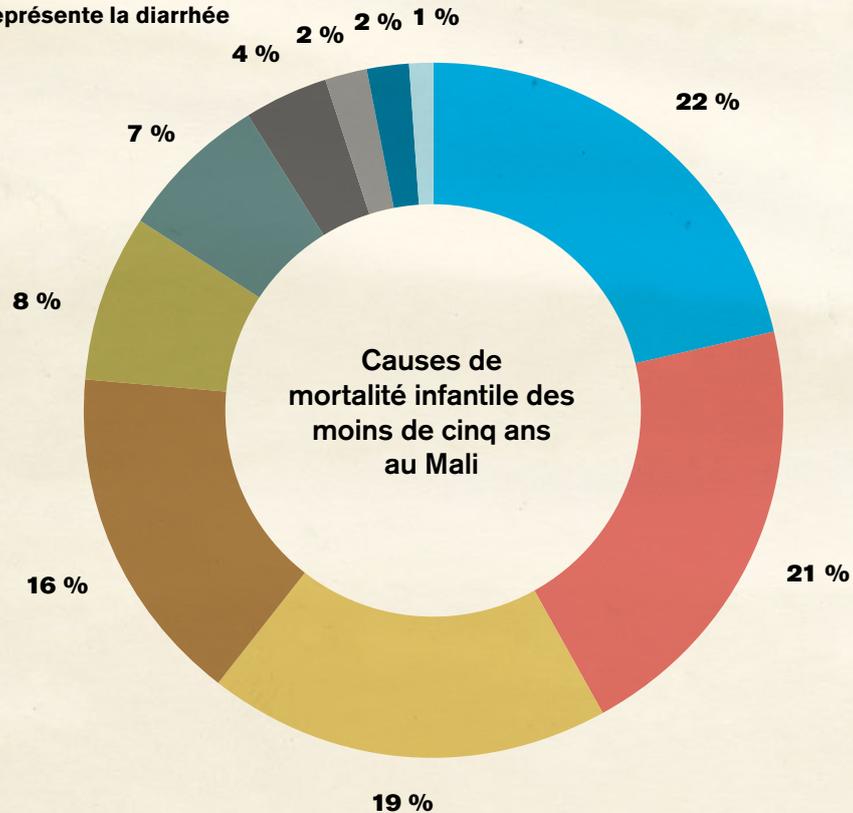
6. Lavage des mains avec du savon 7. Assainissement dans toute la communauté :

La couverture de l'assainissement est faible, à 14 % dans les zones rurales et 35 % dans les zones urbaines.²⁶

- *Ministère de la Santé* : Trois messages transmis par la GIMI incluent WASH.
- *Ministère de l'Environnement et de l'Assainissement* : Une nouvelle direction a été formée pour l'assainissement.
- *Niveau intersectoriel* : Il existe une stratégie faisant intervenir de multiples parties prenantes pour le contrôle de la diarrhée par le biais de pratiques d'hygiène. L'ATPC est optimisé sous la direction du ministère de l'Environnement et de l'Assainissement et en collaboration avec le ministère de la Santé. Le programme « WASH dans les écoles » fait intervenir le ministère de l'Éducation, de l'Alphabétisation et des Langues nationales.

Figure 3 : Le fardeau que
représente la diarrhée

Source : Statistiques
OMS 2011



La diarrhée a été reconnue comme l'une des principales causes de morbidité et de mortalité infantile par le premier grand Programme de développement sanitaire et social de dix ans du ministère de la Santé (1998–2009).

OPPORTUNITÉS D'AMÉLIORATION DU CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE

- **La diarrhée est une nouvelle priorité sanitaire nationale**

La diarrhée a été reconnue comme l'une des principales causes de morbidité et de mortalité infantile dans le premier Programme fondamental de développement sanitaire et social de dix ans du ministère de la Santé (1998–2009). Ceci a énormément contribué à augmenter la visibilité de la diarrhée au Mali, et a poussé le ministère de la Santé à produire un plan stratégique (2011–2015) spécialement ciblé sur le contrôle de la diarrhée à travers la promotion des pratiques d'hygiène.²⁷ Bien que la mise en œuvre ait pris du retard, et qu'il n'y ait actuellement pas de cadre de suivi en place, son objectif est « d'encourager les pratiques et les environnements hygiéniques pour un impact maximal sur la prévention des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans par le biais d'une consolidation des pratiques WASH ».²⁸ Sous la houlette du ministère de la Santé, cette stratégie prévoit une synergie intersectorielle soulignant les responsabilités entre les diverses parties prenantes notamment : la Direction de l'assainissement et du contrôle des pollutions et des nuisances ; le Laboratoire national de la santé ; et le Laboratoire national de la qualité de l'eau.

- **Les messages de prévention atteignent les populations**

Les messages de prévention relatifs au contrôle de la diarrhée atteignent les populations via un certain nombre de stratégies et sont relayés par un soutien politique. Essentiellement, ceci est opéré par le biais de la GIMI et les messages sont transmis au



niveau local par des travailleurs sanitaires communautaires ; six d'entre ces messages ont trait au contrôle de la diarrhée et trois à l'initiative WASH.⁵

L'ATPC a été introduit en 2009. Il fournit également un moyen de sensibiliser les populations sur la prévention de la diarrhée et est en train de connaître une optimisation au niveau national. Connu sur place comme ATPC+, en raison de l'accent supplémentaire mis sur le lavage des mains, il est dirigé par le ministère de l'Environnement et de l'Assainissement en collaboration avec le ministère de la Santé. Une évaluation de ce programme est actuellement en cours, ce qui est très encourageant car elle prévoit de mesurer les taux de diarrhée chez les enfants de moins de deux et cinq ans, les frais de santé des ménages et la qualité de l'eau.⁶

Les enfants sont également ciblés par le biais d'un programme sur l'hygiène basé en milieu scolaire, piloté par un partenariat multisectoriel entre les ministères de l'Éducation, de la Santé, de l'Eau, de l'Environnement et de l'Assainissement et par des partenaires du développement.

Le soutien politique est reflété par la promotion de « journées mondiales ». Plusieurs politiciens et hauts fonctionnaires contribuent à accroître la visibilité de l'assainissement et du lavage des mains. En 2009, le Président Toumani Touré s'est fait le champion de la Journée mondiale du lavage des mains et plusieurs représentants publics ont donné leur approbation confirmant que la « défécation en plein air » a été éliminée suite à l'application de l'ATPC.

⁵ Ces pratiques sont : la vaccination et la vitamine A ; kit médical de traitement de la fièvre et faire soigner les enfants dans les services de santé ; allaitement maternel exclusif ; points d'eau améliorés ; assainissement et lavage de mains.

⁶ L'évaluation de l'impact de l'ATPC va avoir lieu entre mai 2011 et octobre 2012.



**Le pourcentage
d'enfants qui
reçoivent un TRO
est faible, à 24 %.**

- **Création d'une direction pour se focaliser sur l'assainissement**

Le ministère de l'Environnement et de l'Assainissement a formé une nouvelle direction ayant la responsabilité spécifique de l'assainissement : la Direction nationale de l'assainissement et du contrôle des pollutions et des nuisances. Cette décision a permis de faire la distinction entre les différentes compétences et approches requises pour l'approvisionnement en eau et pour l'assainissement. Par ailleurs, cette direction traverse un changement important de priorité afin d'équilibrer les interventions motivées par l'ingénierie, telles que la construction de stations d'épuration et de réseaux d'égouts, avec la promotion de l'hygiène et la mobilisation de la population pour changer les comportements.

DÉFIS RENCONTRÉS DANS LE CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE

- **Accès limité au traitement**

Le pourcentage d'enfants recevant le TRO est faible, à 24 %. Ceci pourrait être en partie dû aux coûts des sachets de SRO, de la consultation médicale et des trajets, et à la façon dont les ménages placent de telles dépenses dans leurs priorités.⁷ La distance qu'il faut parcourir pour aller au centre de santé est également un facteur, étant donné qu'il existe des disparités dans la distribution des services sanitaires

⁷ En comparaison, les médicaments contre le paludisme sont distribués gratuitement aux enfants de moins de cinq ans, en raison de volets de financement vertical qui subventionnent les médicaments. En 2006, le nombre d'enfants fébriles de moins de cinq ans qui prenaient des médicaments antipaludiques était de 32 % (DHS 2006).

La couverture de l'assainissement est faible, à seulement 14 % dans les zones rurales et légèrement plus élevée à 35 % dans les zones urbaines.

entre les populations, suivant si elles habitent dans un rayon de 5 km d'un centre de consultation communautaire ou en dehors.²⁹ Bien que des comprimés de zinc soient disponibles, leur distribution et couverture ne sont pas encore universelles.

● **Problèmes rencontrés par les travailleurs sanitaires**

Au niveau du district, le personnel interrogé a indiqué son inquiétude concernant les problèmes opérationnels importants auxquels sont confrontés les travailleurs sanitaires communautaires : renforcer la capacité du personnel, maintenir du personnel dans les districts, agrandir les services sanitaires selon les besoins et manque global de travailleurs au niveau de la communauté.⁸ En outre, certaines pratiques traditionnelles représentent un obstacle à l'adoption de certains éléments du contrôle de la diarrhée, ce qui constitue un défi continu pour les travailleurs sanitaires et leur interaction avec les guérisseurs traditionnels. Par exemple, dans le district de Koulikoro,⁹ les travailleurs sanitaires communautaires et les centres de soins primaires ont signalé que certains pourvoyeurs de soins ne voulaient pas allaiter leur enfant au sein maternel durant les six premiers mois du fait de croyances traditionnelles.

● **Accès médiocre à l'eau et à l'assainissement**

Le manque criant d'accès à l'eau potable et salubre et à un assainissement de base dans de nombreuses communautés présente un obstacle à la réduction des épisodes diarrhéiques. La couverture de l'assainissement est faible, à seulement 14 % dans les zones rurales et légèrement plus élevée à 35 % dans les zones urbaines. Il existe une bien plus grande divergence de couverture pour l'accès à des points d'eau améliorés : dans les zones urbaines, cet accès est à 87 % contre 51 % dans les zones rurales.³⁰

● **Stratégies d'assainissement divergentes**

Compte tenu de la faiblesse de l'accès à l'assainissement, il est inquiétant de constater que les opinions divergent quant aux méthodes les plus appropriées à adopter pour mettre en œuvre l'assainissement et l'hygiène au niveau communautaire. Au niveau national, l'ATPC est reconnu comme un outil efficace pour changer les comportements. Toutefois, bien que des normes minimum aient été convenues pour améliorer l'assainissement entre les ministères, au niveau des régions et districts, certains personnels du ministère de la Santé ont exprimé des inquiétudes quant à la qualité des latrines suite à l'application de l'ATPC et les opinions sont partagées. La Banque africaine de développement met en œuvre un programme d'assainissement de cinq ans qui subventionne 90 % des coûts de construction de latrines,³¹ stratégie qui est en opposition directe aux principes de l'ATPC. Bien que peu de latrines aient été construites par le biais de ce programme, ceci est un exemple d'un problème plus important au Mali où les interventions des bailleurs de fonds ne sont parfois pas alignées sur les priorités nationales.

● **Difficultés concernant la coordination au niveau du district**

Des questions sont également posées concernant les conflits et la duplication des rôles relatifs aux agents de vulgarisation de l'assainissement et de la santé. Au niveau du district, ces différences d'opinion sont encore plus apparentes et les rôles encore plus séparés. Bien que l'atmosphère de collaboration soit maintenue, ces tensions ont besoin d'être résolues pour garantir que toutes les approches de contrôle de la diarrhée soient aussi efficaces que possible. En outre, les messages des travailleurs sanitaires et de ceux qui mettent en œuvre les stratégies d'assainissement telles que l'ATPC ont besoin d'être coordonnés et complémentaires.

⁸ En 2007, on comptait 2,7 travailleurs pour 10 000 habitants (Childinfo.org).

⁹ Une région du Mali qui contient des zones connues pour conserver des pratiques traditionnelles.

Profil du pays :
ÉTHIOPIE



La diarrhée demeure la première cause de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans en Éthiopie.

VISION GLOBALE DE LA STRUCTURE SANITAIRE

L'Éthiopie possède un système de santé décentralisé, et la responsabilité de mettre au point et d'appliquer le système de santé est partagé entre le ministère fédéral de la Santé, les Bureaux de santé régionaux et les Services de santé du district. L'Éthiopie possède un système de prestation sanitaire à trois niveaux : des unités de soins de santé primaire (réseaux de centres de santé, postes de santé locaux et hôpitaux de district), hôpitaux centraux et hôpitaux spécialisés.³² C'est par le biais de ce système que le fameux Programme de vulgarisation sanitaire (Health Extension Programme – HEP) est fourni.

L'HEP est le programme phare de l'Éthiopie ayant pour vœu de fournir des soins primaires au niveau communautaire et il est basé sur l'expansion des infrastructures sanitaires physiques et le déploiement des agents de vulgarisation sanitaire (Health Extension Workers – HEW) qui font la promotion des messages de prévention, en même temps qu'ils fournissent des services de santé curative de base. Deux agents féminins de vulgarisation ont été désignées à un poste sanitaire dans chaque village et sont censées passer entre 75 % à 80 % de leur temps à des activités de sensibilisation au sein des communautés. Chaque agent de vulgarisation est responsable de 500 à 1000 familles.³³ Pour aider cette sensibilisation, les agents HEW forment et soutiennent des travailleurs sanitaires communautaires bénévoles qui sont également là pour faire la démonstration des bonnes pratiques sanitaires.



ÉTHIOPIE

CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE EN ÉTHIOPIE AUJOURD'HUI

Aujourd'hui, l'HEP fait des progrès positifs en fournissant un nombre plus élevé de travailleurs sanitaires formés pour transmettre des messages cruciaux. Chose importante, on cible désormais les zones rurales. Ces progrès montrent que le besoin de services de santé équilibrés, incitatifs, préventifs et de certains services curatifs est reconnu. Les progrès dans la collaboration intersectorielle entre l'amélioration de la santé publique et l'initiative WASH sont également très encourageants.

Malgré tout, la diarrhée demeure la première cause de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. L'accès au traitement est faible et les taux de couverture d'eau potable et d'assainissement dans les zones rurales ont besoin d'être abordés d'urgence. Les travailleurs font également face à des problèmes dans la mise en œuvre des stratégies sanitaires et WASH au niveau local (voir **Figure 4**).

Aperçu du contrôle de la diarrhée en Éthiopie

1. TRO/SRO : *Ministère fédéral de la Santé*

En Éthiopie, 32 % des enfants de moins de cinq ans atteints de diarrhée reçoivent un TRO.³⁶ La SRO est un médicament inscrit à la pharmacopée et donc, pour y avoir accès, les gens doivent se rendre dans les services sanitaires.¹⁰

2. Le zinc : *Ministère fédéral de la Santé*

Le zinc est un médicament inscrit à la pharmacopée mais est en attente d'accords de production ou d'importation. Il fait partie des orientations de Gestion intégrée des maladies néonatales et infantiles (GIMNI) et est mentionné comme indicateur dans le plus récent Programme de développement du secteur sanitaire 2010/2011 à 2014/2015 (HSDP-IV). Il n'existe pas de données nationales sur la couverture du zinc.

3. Les vaccinations et la vitamine A : *Ministère fédéral de la Santé*

La couverture vaccinale contre la rougeole parmi les enfants de un an est de 75 % et représente un message clé transmis par l'intermédiaire de l'HEP. Des suppléments de vitamine A sont reçus par 46 % des enfants.³⁷ Les campagnes de vaccination contre la rougeole ont bénéficié d'une grande visibilité au niveau national et territorial et incluent la vitamine A. La généralisation du vaccin contre le rotavirus est prévue pour 2012.

4. L'allaitement maternel exclusif : *Ministère fédéral de la Santé*

En Éthiopie, 49 % des bébés sont exclusivement allaités au sein maternel pendant les six premiers mois de leur vie.³⁸ Le HSDP-IV est centré sur la nutrition qui englobe l'allaitement maternel exclusif.

5. L'approvisionnement en eau : *Ministère fédéral de l'Eau et de l'Énergie*

Il existe de grandes disparités entre les zones urbaines et rurales, où l'accès se situe à 97 % et 34 % respectivement.³⁹ Il est estimé que 35 % des pompes manuelles ne fonctionnent pas.⁴⁰ Le Plan d'accès universel a été prolongé jusqu'en 2015.

6. Lavage des mains avec du savon 7. Assainissement dans toute la communauté :

La couverture est médiocre, située à 29 % dans les zones urbaines et à seulement 19 % dans les zones rurales.⁴¹

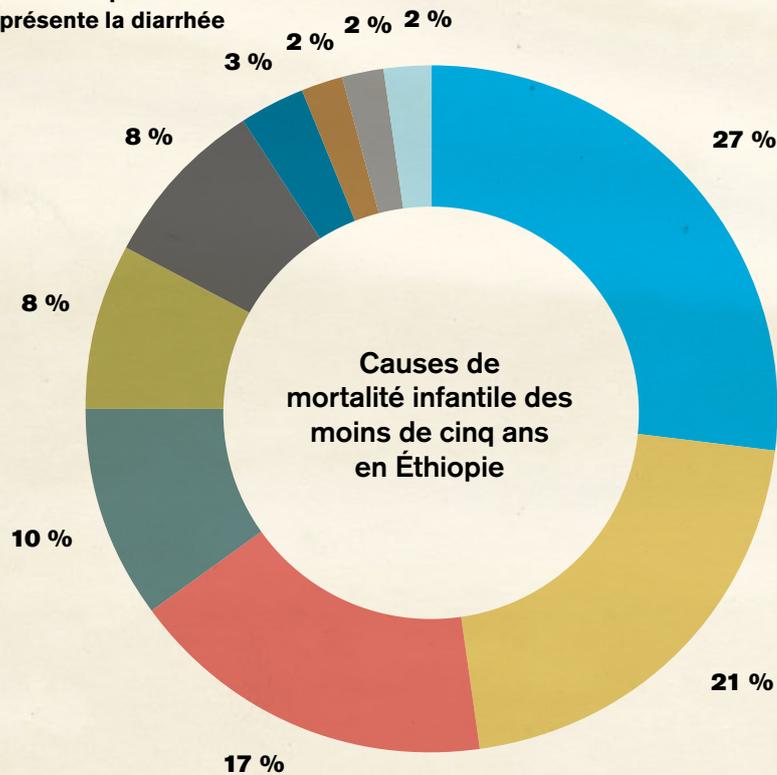
- *Ministère fédéral de la Santé* : L'ATPC avec une composante hygiène est en train d'être optimisé. Le HSDP-IV contient une focalisation sur l'hygiène et la santé environnementale, et trois messages transmis par le biais des agents de vulgarisation comprennent WASH.
- *Niveau intersectoriel* : Il existe un protocole d'accord entre les ministères pour augmenter la coordination de WASH. Le Groupe de travail national sur l'hygiène et l'assainissement a produit une stratégie pour l'hygiène et l'assainissement, et la Stratégie nationale sur le lavage des mains cible les enfants scolarisés.

¹⁰ Le TRO est disponible dans des essais pour la Gestion intégrée des maladies néonatales et infantiles (GIMNI).

Figure 4. Le fardeau que représente la diarrhée

Source : Statistiques OMS 2011

- Diarrhée
- Autres maladies
- Pneumonie
- Asphyxie
- Prématurité
- Septicémie néonatale
- Blessures
- Paludisme
- Anomalies congénitales
- VIH/SIDA
- Rougeole



ÉTUDE HISTORIQUE

À la fin des années 1990, les services de santé de l'Éthiopie fédérale étaient essentiellement urbains et basés dans des centres, comptant sur des travailleurs sanitaires médiocrement formés et trop peu nombreux pour pratiquer les interventions de soins. Le pays avait besoin d'un moyen d'atteindre les quelque 68 millions de gens vivant en milieu rural³⁴ à une période où les secteurs de la santé, de WASH et de l'éducation travaillaient de manière indépendante. En 1993, une politique de santé a été mise au point pour rétablir l'équilibre entre les services de santé curative et préventive. Depuis le lancement de cette politique par le Gouvernement fédéral de transition d'Éthiopie d'alors, quatre programmes de développement du secteur sanitaire ont été mis au point, chacun couvrant une période de cinq ans. En 2003, le ministère de la Santé a lancé l'Expansion accélérée de la couverture de santé primaire¹¹ par le biais du Programme de vulgarisation sanitaire.

La GIMI a été considérée comme trop technique pour les travailleurs sanitaires, y compris pour les agents de vulgarisation, et elle ne prenait pas en compte les maladies néonatales. En 2007, la nouvelle Gestion intégrée des maladies néonatales et infantiles (GIMNI) a été lancée par le ministère fédéral de la Santé et par d'autres partenaires du développement, et elle est en train d'être incorporée à la formation des agents de vulgarisation.³⁵

¹¹ Cela fait partie du Programme de développement accéléré et durable pour mettre fin à la pauvreté (PASDEP) – Communication stratégique de réduction de la pauvreté en Éthiopie (PRSP)



Le plus récent Programme de développement du secteur sanitaire reconnaît la diarrhée comme l'une des principales causes de mortalité infantile, bien qu'elle ne soit pas spécifiquement ciblée de la même manière que le paludisme, le VIH ou la tuberculose.

OPPORTUNITÉS D'AMÉLIORATION DU CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE

- **Les messages de prévention atteignent les populations**

Au niveau politique, l'existence de l'HEP est sans doute le plus grand engagement visible effectué pour améliorer la santé publique. Dans le cadre de l'HEP, les populations se voient exposées à au moins cinq messages relatifs au contrôle de la diarrhée, communiqués par le biais des agents de vulgarisation sanitaire, dont trois incluent WASH.¹² Des progrès sont réalisés dans la fourniture d'un nombre plus élevé de travailleurs sanitaires formés pour atteindre les mères et les enfants des zones rurales. Une réserve a été prévue pour les salaires des travailleurs sanitaires, la construction de centres de santé et pour les coûts de fonctionnement de base associés à l'HEP qui doit être financé principalement par les autorités sanitaires territoriales.

Le plus récent Programme de développement du secteur sanitaire (HSDP-IV) reconnaît la diarrhée comme l'une des principales causes de mortalité infantile, bien qu'elle ne soit pas spécifiquement ciblée de la même manière que le paludisme, le VIH ou la tuberculose. Un accent important est toutefois mis sur la nutrition qui englobe l'allaitement maternel, et sur l'hygiène et la santé environnementale qui placent une priorité importante sur l'initiative WASH.⁴²

Les communautés sont également exposées à des messages de changement du comportement par le biais de l'optimisation de l'ATPC, connu localement comme ATPCH avec l'ajout de l'hygiène. Ceci est piloté par le ministère fédéral de la Santé, qui a comme cible ambitieuse d'atteindre l'élimination de

¹² Ces messages sont liés à la santé maternelle et infantile, à la vaccination, à l'hygiène personnelle, à l'approvisionnement en eau et aux latrines sanitaires.



la défécation en plein air dans 80 % de tous les villages d'ici 2015.⁴³ Cependant, comme au Mali, des inquiétudes ont été exprimées quant à la qualité des latrines construites suite à ce processus.

Ces approches menées par la communauté sont appuyées par des manifestations à grande visibilité faisant la promotion du lavage des mains pour avoir un plus grand impact. Par exemple, en 2011, des athlètes et des célébrités du pays se sont joints au gouvernement pour lancer la Journée mondiale du lavage des mains, avec une partie consacrée à un télé-crochet éthiopien intitulé « *Hand-washing Idol* » (la star qui se lave les mains), concours national pour dénicher des stars et destiné à promouvoir les pratiques de lavage des mains.⁴⁴

● **La collaboration intersectorielle pour WASH est en augmentation**

Au niveau national, on a constaté une augmentation notable de collaboration intersectorielle pour augmenter l'efficacité et la coordination des services WASH, ce qui représente une étape significative pour le contrôle de la diarrhée. Un protocole d'accord existe désormais entre le ministère fédéral de la Santé, le ministère de l'Eau et de l'Énergie et le ministère de l'Éducation visant à augmenter la coopération et la coordination dans la diffusion des services WASH. Une version révisée du protocole d'accord propose le ministère des Finances et du développement économique en tant qu'organe de supervision.

Ceci a ouvert la voie à des stratégies WASH innovantes, telles que le Groupe de travail national sur l'hygiène et l'assainissement¹³ et l'Inventaire national WASH. Le Groupe de travail a mis

¹³ Il s'agit d'un organe multi-agences présidé par le ministère de la Santé. Il est responsable de la coordination globale de WASH et a trait à la santé publique.

La SRO est un médicament inscrit à la pharmacopée, ce qui signifie que son accès dépend du fait que les gens se rendent à un centre de santé. Cela peut être un facteur contribuant à son faible usage – seuls 32 % des enfants atteints de diarrhée ont accès au TRO.

La couverture globale d'assainissement amélioré est également faible, à 21 %.

au point un Plan d'action stratégique national d'hygiène et d'assainissement, et une Stratégie nationale de lavage des mains avec une campagne ciblant les enfants scolarisés. L'Inventaire national WASH fournira de nouvelles données sur les plans urbains et ruraux d'approvisionnement en eau, les pratiques d'assainissement et d'hygiène dans les foyers et sur l'état de l'approvisionnement en eau et en installations d'assainissement dans les établissements sanitaires et scolaires. Le gouvernement a également lancé un Programme d'accès universel⁴⁵ qui a pour cible ambitieuse de fournir 100 % de couverture en eau et assainissement d'ici 2012 – désormais prolongé jusqu'en 2015. Ceci reflète l'importance croissante que WASH représente au sein des stratégies gouvernementales.

DÉFIS RENCONTRÉS DANS LE CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE

Malgré ces nombreux signes positifs, l'Éthiopie se place toujours dans les 15 premiers pays du monde en termes de mortalité infantile causée par la diarrhée qui demeure la principale cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Cette étude souligne certains obstacles considérables qu'il y a encore à surmonter :

- **Accès limité au traitement**

La SRO est un médicament inscrit à la pharmacopée, ce qui signifie que pour y avoir accès les gens doivent se rendre à un centre de santé. Cela peut être un facteur contribuant à son faible usage – seuls 32 % des enfants atteints de diarrhée ont accès au TRO. L'utilisation de traitement au zinc est également faible, bien qu'il soit répertorié comme traitement. L'un des principaux obstacles à ces deux traitements est la difficulté de trouver des fabricants locaux qui répondent aux exigences de réglementation du pays.¹⁴ Les ONG et les organisations bilatérales travaillent toutefois avec le ministère de la Santé afin de soutenir la distribution du zinc, et de former les agents de vulgarisation sanitaire et le personnel au niveau du district sur l'importance du zinc en tant que traitement pour la diarrhée.⁴⁶

- **Accès médiocre à l'eau potable et à l'assainissement et suivi médiocre**

Malgré des initiatives WASH intersectorielles prometteuses, l'accès à des points d'eau améliorés demeure faible, à 44 %. Il existe des disparités énormes entre les zones urbaines et rurales, avec 97 % des personnes qui vivent en milieu urbain ayant accès à des points d'eau améliorés contre seulement 34 % dans les zones rurales. L'amélioration globale de la couverture d'assainissement est également faible, à 21 %, bien que l'accès se soit amélioré dans les zones rurales de seulement 8 % en 2008 à 19 % en 2010. La couverture dans les zones urbaines au cours de la même période est restée faible à 29 %.⁴⁷ Même si les progrès dans ce domaine sont prometteurs, un grand travail reste à faire, et des ressources sont nécessaires de manière urgente pour optimiser rapidement ces efforts.

- **DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES SANITAIRES ET WASH**

Comme au Mali, tandis qu'il existe des cadres sanitaires et WASH clairs au niveau national, la mise en œuvre des politiques et stratégies au niveau local présente des difficultés, notamment lorsqu'il s'agit de cibler les groupes vulnérables. Par exemple, même s'il est encourageant que le HSDP-IV reconnaisse l'importance d'atteindre les communautés pastorales avec l'HEP, des orientations et des ressources supplémentaires sont nécessaires pour que les stratégies sanitaires tout comme les stratégies WASH atteignent les groupes vulnérables tels que les personnes handicapées, les personnes âgées et les personnes vivant dans des communautés reculées.

Les agents de vulgarisation sanitaire manquent également de recommandations basées sur des données sur comment identifier les maladies avec la plus forte prévalence dans leur région et par conséquent sont confrontés à des difficultés lorsqu'ils évaluent les priorités et les messages sanitaires les plus importants pour leur communauté. Ceci peut faire obstacle à la diffusion des messages de contrôle de la diarrhée dans des zones où le problème est très présent.

¹⁴ Le TRO était disponible dans des essais pour la Gestion intégrée des maladies néonatales et infantiles (GIMNI), et le zinc a été adopté par le ministère de la Santé et incorporé à la Stratégie de survie infantile et au GIMNI communautaire.

Profil du pays :
ZAMBIE



La couverture SRO augmente et est en libre accès, et l'accès à l'eau et à l'assainissement est bien plus élevé qu'au Mali et qu'en Éthiopie.

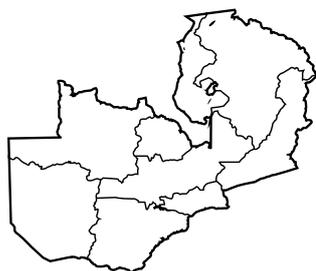
VISION GLOBALE DE LA STRUCTURE SANITAIRE

La décentralisation du gouvernement a débuté dans les années 1990 et a été officialisée en 2003 avec le lancement d'une Politique de décentralisation nationale. Au niveau du district, la responsabilité de la santé revient aux Équipes de gestion de la santé du district qui rendent des comptes aux bureaux de la santé de la province qui, à leur tour, sont sous les ordres du ministère de la Santé. Bien qu'ils soient encore relativement faibles, les bureaux sanitaires des provinces augmentent progressivement leur influence et leur rôle au fur et à mesure que le processus de décentralisation progresse lentement. Au niveau de la communauté, le ministère de la Santé est représenté par des travailleurs sanitaires communautaires choisis par la communauté et formés pour fournir une Gestion intégrée des maladies infantiles dans la communauté (GIMI-C).

CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE EN ZAMBIE AUJOURD'HUI

La Zambie a effectué des progrès prometteurs sur certains aspects du contrôle de la diarrhée. La couverture SRO est en augmentation et est en libre accès, et l'accès à l'eau et à l'assainissement est bien plus élevé qu'au Mali et qu'en Éthiopie. L'ATPC est en phase d'optimisation rapide, et un essai du vaccin contre le rotavirus est en train d'être mené dans la capitale Lusaka. Malgré tout, la diarrhée reste encore l'une des principales causes de mortalité infantile (voir **Figure 5**).

Cependant, malgré le soutien d'un groupe de travail intersectoriel, la décentralisation incomplète demeure un obstacle et a entraîné une fragmentation des politiques et stratégies. Les communautés rurales sont confrontées à des difficultés pour accéder à des services de base et les travailleurs sanitaires communautaires ont du mal à atteindre les populations du fait du manque de personnel dans les structures de santé et d'une très faible infrastructure de transport.



ZAMBIE

**Des progrès
considérables sont
effectués concernant
l'allaitement
maternel exclusif,
et le message est
transmis par les
travailleurs sanitaires
communautaires via
la GIMI-C.**

Aperçu du contrôle de la diarrhée en Zambie

1. TRO/SRO : *Ministère de la Santé*

En Zambie, 67 % des enfants de moins de cinq ans atteints de diarrhée reçoivent le TRO.⁴⁸ Les SRO sont en libre accès dans toutes les structures de santé et dans certains cas, en pharmacie.

2. Le zinc : *Ministère de la Santé*

Le gouvernement n'a pas encore mis le zinc à la disposition des populations.

3. Les vaccinations et la vitamine A : *Ministère de la Santé*

La couverture vaccinale pour la rougeole parmi les enfants de un an est de 85 % et 60 % des enfants reçoivent des suppléments de vitamine A.⁴⁹ En janvier 2012, un partenariat entre une ONG et le gouvernement a piloté l'introduction du vaccin contre le rotavirus dans la capitale, Lusaka, et le déploiement à l'échelle nationale est prévu en 2013.

4. L'allaitement maternel exclusif : *Ministère de la Santé*

En Zambie, 61 % des bébés sont exclusivement allaités au sein maternel pendant les six premiers mois de leur vie.⁵⁰ Cela fait partie des messages clés transmis par la GIMI.

5. Les points d'eau améliorés : *Ministère des Collectivités territoriales et du Logement*

La couverture urbaine est de 87 % et celle du milieu rural de 46 %.⁵¹ Il est estimé que 32 % des pompes manuelles ne fonctionnent pas.⁵² Le gouvernement vise à atteindre la cible des OMD d'amélioration de l'eau potable d'ici 2015 et l'accès universel d'ici 2030, bien que les progrès soient en retard par rapport au calendrier.

6. Lavage des mains avec du savon 7. Assainissement dans toute la communauté :

La couverture de l'assainissement se situe à 43 % dans les zones rurales et 57 % dans les zones urbaines.⁵³

- *Ministère de la Santé* : L'un des messages clés de la GIMI basée dans la communauté est l'élimination des matières fécales et le lavage des mains. LATPC est en phase d'optimisation dans la majorité des districts de Zambie.
- *Ministère des Collectivités territoriales et du Logement* : Le Programme national rural d'approvisionnement en eau et d'assainissement (2006 à 2015) vise à réduire de moitié le nombre de personnes sans accès à un assainissement adéquat d'ici 2015 et à atteindre la couverture universelle d'ici 2030. En 2009, il a introduit une composante assainissement et hygiène qui place une grande priorité sur les écoles.
- *Niveau intersectoriel* : Des comités à parties prenantes multiples travaillent pour assurer une prise de décision commune et une coordination concernant WASH et une mobilisation au niveau national et territorial.

OPPORTUNITÉS D'AMÉLIORATION DU CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE

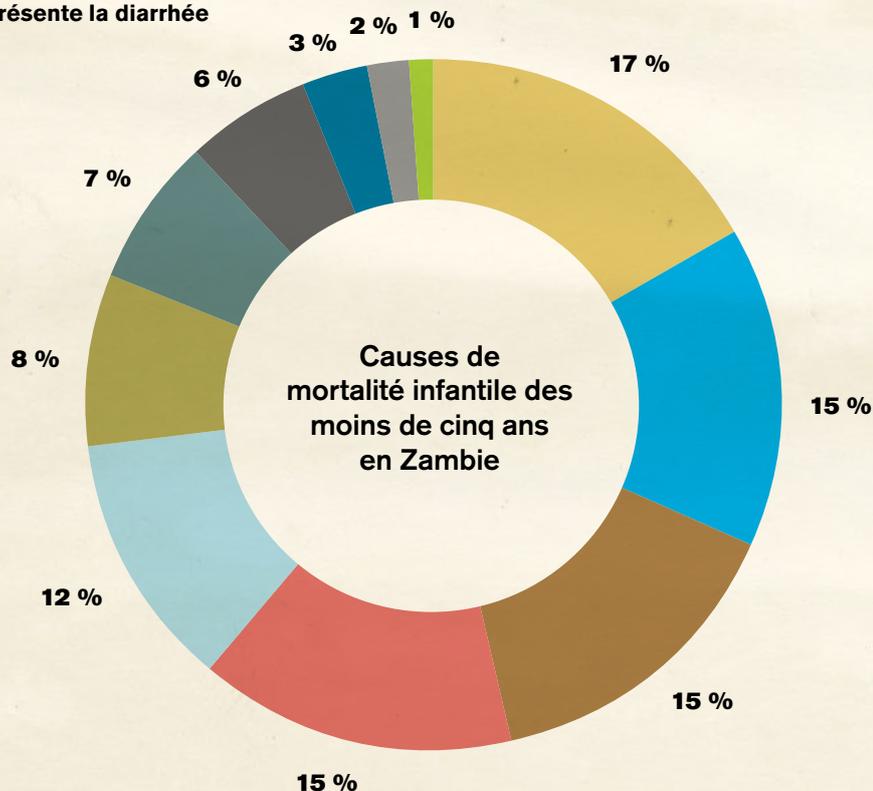
● Accès des populations au traitement et à la prévention

Le pourcentage d'enfants atteints de diarrhée qui reçoivent un TRO est élevé, à 67 %. Contrairement à l'Éthiopie et au Mali, les SRO sont en libre accès pour tous les âges dans les structures de santé et, dans certains cas, en pharmacie. Récemment, d'autres approches visant à augmenter la prise ont été pilotées, notamment en emballant les sachets de SRO à vendre par le biais de réseaux de distribution du secteur privé.⁵⁴ Des progrès significatifs ont été réalisés dans l'allaitement maternel exclusif, le message étant délivré par les travailleurs sanitaires communautaires par le biais de la GIMI-C. Sur les 16 messages délivrés par le biais de cette stratégie, quatre messages sont en lien direct avec le contrôle de la diarrhée.¹⁵

¹⁵ Ils sont : allaitement maternel exclusif des bébés de moins de six mois ; vaccination ; élimination des matières fécales et lavage des mains ; et augmentation de la prise de liquides et de lait maternel.

Figure 5. Le fardeau que représente la diarrhée

Source : Statistiques
OMS 2011



La couverture vaccinale contre la rougeole est très étendue, à 85 %. Ceci est appuyé par l'intervention intitulée Semaine de la santé infantile, qui a lieu deux fois par an et qui entre autres choses, fournit l'occasion aux enfants de recevoir le vaccin contre la rougeole et des suppléments en vitamine A. La distribution du vaccin contre le rotavirus est actuellement en essai pilote à Lusaka – dans le contexte d'un programme plus large de prévention et de traitement qui inclut l'hygiène, les SRO et le zinc – en avant-première d'une généralisation nationale du vaccin prévue pour 2013.⁵⁵

● **Amélioration de la coordination des politiques sanitaires**

Sous l'égide du ministère de la Santé, il existe un éventail de politiques comprenant des éléments relatifs au contrôle de la diarrhée, qui couvrent des domaines comprenant la nutrition, WASH et la santé scolaire. En réponse aux défis de la décentralisation incomplète et de la fragmentation des politiques, le Plan stratégique national de santé (2011 à 2015) représente la suite du premier plan de cinq ans introduit en 2006, conçu pour harmoniser les politiques et la législation existantes et en incorporer de nouvelles, notamment :

- La Politique nationale sur l'alimentation et la nutrition de 2002 identifie le lien entre l'eau, l'assainissement et la malnutrition, et possède des mesures spécifiques concernant l'allaitement maternel et les suppléments diététiques.
- La Politique nationale sur la santé et la nutrition à l'école de 2006 engage le gouvernement et d'autres parties prenantes à améliorer la santé et la nutrition des écoliers, ce qui augmentera les inscriptions, la rétention et les résultats scolaires. Cette



politique inclut des déclarations concernant l'eau potable et salubre, l'assainissement adéquat, la vaccination et la nutrition.

- **Amélioration de la coordination des programmes WASH**

Au niveau national et territorial, des comités intersectoriels aident un certain niveau de prise de décisions concernant les ressources WASH. Au niveau national, le Groupe de travail national sur l'assainissement est présidé par le ministère des Collectivités territoriales et du Logement et comprend des représentants de l'Éducation et de la Santé, ainsi que des partenaires du développement. Son but est de coordonner et, si possible, intégrer les activités WASH et de santé.⁵⁶

Au niveau du district, les comités sur l'eau, l'assainissement et l'éducation sanitaire du district (D-WASHE) et des partenaires du développement ont été établis et sont présidés par le conseil du district. Ces comités jouent un rôle important dans le soutien des conseils de district et des autorités locales en coordonnant les projets qui sont mis en œuvre par différents groupes représentés au comité. En outre, des Comités pour la santé du voisinage soutiennent le travail officiel des travailleurs sanitaires communautaires.



Le pouvoir détenu par les chefs, individuellement et collectivement, est perçu comme critique pour augmenter l'assainissement des foyers et la réussite de l'ATPC.

● **Focalisation communautaire pour un accès rural à WASH**

Suite à un essai pilote réussi de l'ATPC en 2007, où la couverture d'assainissement a augmenté en deux mois de 23 % à 88 %, le ministère de la Santé a choisi de généraliser l'approche au niveau national.⁵⁷ Au niveau local, l'ATPC est appuyé par les chefs des villages. L'un d'entre eux, Chef Macha, a même reçu les félicitations du Président en 2011 pour son soutien de l'assainissement, ce qui souligne également le soutien politique envers l'assainissement au niveau national. Le pouvoir détenu par les chefs, individuellement et collectivement, est perçu comme critique pour augmenter l'assainissement des foyers et la réussite de l'ATPC.

Le Plan d'action du ministère de la Santé de 2011 concède que seuls 19 % des travailleurs sanitaires communautaires sont en fait disponibles pour sensibiliser les populations.

DÉFIS RENCONTRÉS DANS LE CONTRÔLE DE LA DIARRHÉE

● **Décentralisation incomplète**

Malgré les efforts d'améliorer la coordination des politiques et programmes de santé et de WASH, la décentralisation incomplète compromet l'efficacité des autorités locales dans les secteurs de la santé et de WASH. Comme dans beaucoup de pays en voie de développement, la situation risque d'entraîner le fait que les responsables du district assument la responsabilité du déploiement de services sanitaires basés dans la communauté, sans autorité pour contrôler les ressources ou prendre des décisions en temps voulu.

● **Accès limité des travailleurs sanitaires communautaires aux populations rurales**

Le Plan d'action du ministère de la Santé de 2011 admet que seuls 19 % des travailleurs sanitaires communautaires sont en fait disponibles pour fournir des services de sensibilisation aux populations.⁵⁸ Preuve de cela, plusieurs personnes interrogées ont mentionné que les travailleurs sanitaires communautaires doivent passer davantage de leur temps dans les structures de santé qu'au sein des populations, en raison du manque de personnel dans les centres de santé.

Les populations rurales sont encore plus désavantagées du fait de la médiocrité de l'infrastructure routière et de transport, qui fait obstacle à l'accès à des centres de santé. Moins de 50 % de la population rurale vit dans un rayon de 5 km d'un centre de santé. Bien que des plans existent pour atteindre davantage de zones rurales, ils n'incluent pas les zones géographiques les plus difficiles.⁵⁹

Les travailleurs sanitaires communautaires sont confrontés à la difficulté d'une responsabilisation partagée étant donné qu'ils sont recrutés et rémunérés par les conseils de district, mais sont supervisés et rendent des comptes au ministère de la Santé. De même, il n'existe pas de recommandations précisant comment la promotion de l'hygiène par les travailleurs sanitaires communautaires et par ceux qui apportent l'eau et l'assainissement en milieu rural devrait être coordonnée.

● **Imposition de l'ATPC**

Il est largement reconnu que les chefs de village jouent un rôle significatif dans la promotion de l'assainissement, ce qui contribue à la réussite rapide de la mise en œuvre de l'ATPC.⁶⁰ Toutefois, dans certains cas, la construction de latrines et l'utilisation de latrines sont imposés par le biais des tribunaux via la structure sociale traditionnelle : un procédé qui pourrait être considéré en opposition avec l'éthique de l'ATPC.

● **Problèmes de coordination entre les systèmes de suivi**

Comme dans de nombreux pays, le ministère de la Santé et le ministère des Collectivités territoriales et du Logement utilisent différents systèmes de suivi.¹⁶ Le ministère de la Santé collecte des informations des structures de santé du niveau primaire et inclut la morbidité et la mortalité par maladie, les services maternels et de l'enfance et la prestation de service.⁶¹ Les données sont collectées en fonction de la zone de rayonnement de chaque centre de santé. Le ministère des Collectivités territoriales et du Logement, cependant, collecte des données en fonction des limites géographiques de chaque district et inclut l'eau, l'assainissement et des indicateurs intersectoriels tels que le VIH.⁶² La corroboration des données s'avérerait bénéfique pour surveiller le contrôle de la diarrhée. Toutefois, l'utilisation de différents systèmes de suivi et zones de rayonnement rend cette tâche extrêmement difficile.

¹⁶ Le ministère de la Santé utilise un Système de gestion des informations sanitaires et le ministère des Collectivités territoriales et du Logement utilise un système de suivi et d'évaluation des informations.

Analyse et conclusions



En soi, les politiques et stratégies ne sont pas suffisantes sans la présence de mécanismes solides pour une mise en œuvre efficace et l'exécution du contrôle de la diarrhée au plan local, appuyé par des ressources adéquates.

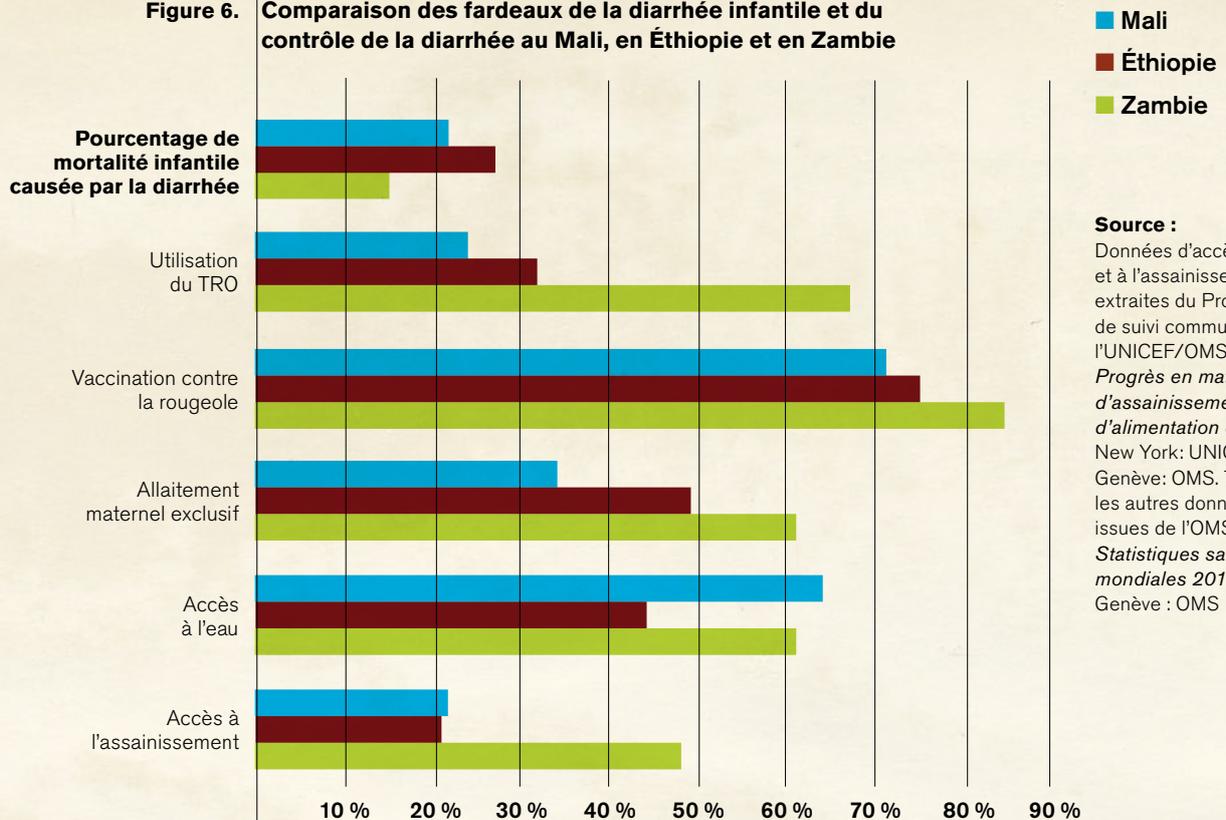


Ce rapport examine les approches utilisées pour aborder les différents éléments du contrôle de la diarrhée dans trois pays clés. Il identifie les défis et opportunités d'augmenter l'efficacité des politiques et des stratégies. Il souligne également la variété de couverture des interventions dans les pays, tel que montré dans le graphique ci-dessous.

Sur les trois pays étudiés, l'utilisation du TRO est nettement plus élevée en Zambie, ce qui reflète le fait que le TRO est en libre accès là-bas, alors qu'au Mali et en Éthiopie, la SRO est un médicament inscrit à la pharmacopée qui exige d'abord une consultation. La Zambie possède également une couverture d'assainissement nettement plus élevée et, chose intéressante, la diarrhée représente une proportion de décès moindre chez les enfants de moins de cinq ans. Des recherches supplémentaires sont requises, toutefois, afin d'établir les raisons exactes de ce phénomène.

De plus gros efforts sont nécessaires dans les trois pays. **La diarrhée reste encore l'une des principales causes de mortalité infantile chez les moins de cinq ans en Zambie ; et au Mali et en Éthiopie elle est la principale cause de mortalité.** Aux niveaux national et international, un plus grand engagement est nécessaire pour lutter contre la diarrhée. En soi, les politiques et stratégies ne sont pas suffisantes sans la présence de mécanismes solides pour une mise en œuvre efficace et l'exécution du contrôle de la diarrhée au plan local, appuyé par des ressources adéquates. Les seules recommandations internationales pour le contrôle de la diarrhée sont le Plan en 7 points de l'UNICEF et de l'OMS, et pourtant, au cours de cette étude, il est apparu que ces recommandations n'étaient pas particulièrement bien connues.

Figure 6. Comparaison des fardeaux de la diarrhée infantile et du contrôle de la diarrhée au Mali, en Éthiopie et en Zambie



Source :

Données d'accès à l'eau et à l'assainissement extraites du Programme de suivi commun de l'UNICEF/OMS (2012) *Progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau*. New York: UNICEF/Genève: OMS. Toutes les autres données issues de l'OMS (2011) *Statistiques sanitaires mondiales 2011*. Genève : OMS

Le Mali est le seul pays examiné qui dispose d'une stratégie explicite de lutte contre la diarrhée, et celle-ci ne se concentre que sur les comportements d'hygiène préventive.

La coordination du contrôle de la diarrhée a besoin d'être renforcée à tous les niveaux, que ce soit national ou local. Le Mali est le seul pays examiné qui dispose d'une stratégie explicite de lutte contre la diarrhée, et celle-ci ne se concentre que sur les comportements d'hygiène préventive. Il y a eu aussi des retards dans sa mise en œuvre et il n'existe actuellement aucun cadre de suivi en place. Ni l'Éthiopie ni la Zambie ne possèdent de cadre pour le contrôle de la diarrhée. L'absence d'un tel cadre complet signifie qu'il n'existe aucun foyer institutionnel pour la responsabilisation verticale ou horizontale des efforts déployés vis-à-vis de la réduction de la diarrhée. **Le manque de coordination peut signifier que les lacunes dans les politiques ne sont pas prises en compte, les obstacles à la mise en œuvre sont négligés et des opportunités importantes, telles qu'identifiées dans ce rapport, sont ratées.**

Le Kenya est actuellement le seul pays d'Afrique subsaharienne doté d'une politique complète qui incorpore des recommandations sur la prévention et le traitement de la diarrhée (voir page 11). Bien que cette politique soit relativement récente, et que par conséquent, son impact soit difficile à mesurer, elle a d'ores et déjà donné lieu à une augmentation des recommandations pour les provinces et les districts, et est parvenue également à garantir l'engagement du gouvernement sur cette question.

DÉFIS

Bien qu'il existe des politiques et cadres en place prometteurs, la mise en œuvre de ces politiques et stratégies de manière efficace s'avère problématique.



La mortalité due à la diarrhée peut être prévenue, et cependant un enfant meurt des causes de la diarrhée toutes les 20 secondes environ. Il reste de nombreux problèmes à résoudre d'urgence.

1. Obstacles à la mise en œuvre de politiques communes et de la coordination du suivi

Un thème fondamental qui émane de cette étude est que, bien qu'il existe des politiques et cadres en place prometteurs, la mise en œuvre de ces politiques et stratégies de manière efficace s'avère problématique. Malgré l'existence de politiques interministérielles encourageantes au niveau national, les rôles et responsabilités ont besoin d'être mieux définis aux niveaux régional et du district, au fur et à mesure que les modalités pratiques de travail de manière intégrée deviendront plus difficiles.

Au Mali, la divergence d'opinion sur les stratégies d'assainissement les plus appropriées s'est faite particulièrement ressentir au niveau territorial, notamment les inquiétudes concernant la qualité des latrines suite à l'ATPC. Par ailleurs, des tensions ont été soulignées concernant les stratégies opposées mises en œuvre qui impliquent à la fois des approches d'assainissement subventionnées et non subventionnées. En Zambie, il n'existe pas de cadre officiel d'intégration, bien que les comités intersectoriels et les groupes de travail coordonnent les activités WASH. La coordination entre les politiques sanitaires était également faible, bien qu'un plan stratégique ait été introduit en 2006 afin d'harmoniser les politiques existantes et en introduire de nouvelles. Ceci a été renouvelé en 2011.

L'étude de la Zambie a également souligné le besoin de coordonner les processus de suivi entre les secteurs. Le suivi devrait être effectué d'une manière comparable et compatible de façon à ce que les résultats et les ressources investies dans le suivi soient maximisés.

2. Absence de mécanisme de coordination pour l'exécution de la GIMI et de l'ATPC

La GIMI et l'ATPC sont toutes deux des stratégies importantes pour promouvoir le changement de comportement lié au contrôle de la diarrhée et impliquent la transmission de messages de prévention aux populations. Au Mali, toutefois, le personnel de district a souligné les tensions qui existent dans l'exécution des deux stratégies et a perçu une duplication des rôles des travailleurs sanitaires communautaires et des 'agents de l'ATPC', notamment en ce qui concerne les messages.¹⁷ Sans la présence d'un mécanisme de coordination, il est difficile d'établir si les ressources utilisées sont efficaces pour garantir que ces deux approches sont complémentaires et qu'elles se renforcent mutuellement. On ne sait pas non plus si elles soutiendront les populations au fur et à mesure que celles-ci changent de comportement au long terme suite à ces stratégies. Les pays bénéficieraient d'une rationalisation de ces interventions, du niveau national au niveau local, pour garantir un impact maximum et une meilleure utilisation des ressources. Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour savoir de quelle manière elles pourraient être harmonisées de façon à produire les meilleurs résultats.

3. Difficultés empêchant les travailleurs sanitaires communautaires d'atteindre les populations

Les travailleurs sanitaires communautaires ont un rôle essentiel à jouer dans la promotion du traitement et dans la transmission des messages de prévention sur le contrôle de la diarrhée au niveau des foyers. Toutefois, les programmes manquent de ressources et d'incitations pour les travailleurs. Le personnel de district des trois pays a souligné les difficultés se présentant aux travailleurs communautaires qui ne parviennent pas à atteindre efficacement les populations rurales. En Zambie, le manque d'infrastructure de transport, de moyens de transport et de budget

¹⁷ Dans certains cas, les rôles sont effectués par la même personne.



Bien que les vaccins contre le rotavirus soient de plus en plus courants en Afrique subsaharienne, aucun des trois pays étudiés n'a encore adopté les vaccins dans le programme de vaccination national.

OPPORTUNITÉS

pour les déplacements a été la principale raison invoquée. Les travailleurs sanitaires communautaires doivent par conséquent être soutenus pour atteindre les communautés rurales. En outre, le manque de personnel dans les centres de santé fait que les travailleurs communautaires doivent apporter leur aide aux centres plutôt que de faire de la sensibilisation des populations. D'autres problèmes rencontrés par les travailleurs communautaires incluent la rotation du personnel, les lourdes charges de travail et le potentiel limité de promotion.

4. Obstacles à l'accès des populations au traitement et à la prévention

Bien qu'il soit prouvé que le TRO s'avère essentiel dans le traitement de la diarrhée, il n'est pas largement accessible. L'étude sur le Mali a souligné les coûts encourus pour obtenir le TRO, y compris les coûts de déplacement et de consultation médicale, en plus du coût des sachets eux-mêmes. En Éthiopie, le TRO est un médicament inscrit à la pharmacopée et son accès dépend donc du fait que les personnes se rendent dans les services de santé. L'utilisation du zinc est faible dans les trois pays ; les obstacles clés incluent les difficultés associées à son enregistrement en tant que médicament officiel et au fait d'identifier et de garder des fabricants locaux.

En plus de ces barrières d'accès au traitement, il existe également des obstacles à la prévention. **L'accès à l'eau et à l'assainissement demeure un problème et le manque d'eau potable a un effet négatif sur l'efficacité du TRO.** Environ un tiers des pompes manuelles dans les trois pays ne fonctionnent pas et plus de la moitié de la population des trois pays manque d'accès à des installations sanitaires améliorées, notamment dans les zones rurales. Malgré les progrès réalisés en matière d'ATPC et l'augmentation de l'intégration entre les secteurs, la couverture d'assainissement demeure insuffisante et exige un déploiement et des financements supplémentaires. Par ailleurs, bien que les vaccins contre le rotavirus soient de plus en plus courants en Afrique subsaharienne, aucun des trois pays étudiés n'a encore adopté les vaccins dans le programme de vaccination national malgré l'importance de ceci.

5. Connaissance et adoption médiocres du Plan en 7 points de l'UNICEF et de l'OMS

Alors que l'UNICEF et l'OMS ont publié des orientations mondiales destinées aux parties prenantes des pays par le biais du Plan en 7 points, de nombreuses parties prenantes interrogées dans les trois pays ignoraient l'existence de ce document. Il n'est pas surprenant, par conséquent, que ces orientations n'aient pas été largement adoptées. Sans augmenter le dialogue sur les approches complètes entre les parties prenantes mondiales et nationales, la diarrhée peut continuer de rester une priorité faible dotée d'un ensemble d'approches fragmentées.

Dans les pays où la diarrhée est l'une des principales causes de mortalité, une action coordonnée devrait être adoptée pour empêcher cela. Un point de départ essentiel est d'examiner les politiques qui englobent des éléments de contrôle de la diarrhée de façon à renforcer les réponses actuelles et se servir des opportunités existantes internes aux pays. Les opportunités fondamentales d'améliorer le contrôle de la diarrhée dans les trois pays étudiés sont présentées ci-dessous.

1. Les politiques et stratégies sont en place pour permettre aux populations de recevoir les messages essentiels sur le contrôle de la diarrhée

Les politiques sont en place dans les trois pays étudiés pour permettre aux populations de recevoir des messages essentiels sur le contrôle de la diarrhée et des progrès très encourageants ont été réalisés. Par exemple, plutôt que de cibler uniquement les interventions curatives, les travailleurs sanitaires font maintenant passer des messages WASH de prévention. On a vu des exemples d'approbation politique appuyée par des célébrités concernant des messages sur l'assainissement et le lavage des mains dans les trois pays étudiés, ce qui aide à faire passer le message dans tout le pays.



Dans les trois pays, on voit des signes de renforcement et diverses formes de coordination entre les secteurs, avec un accent particulier sur les liens entre santé et eau, assainissement et hygiène.

Il existe également des signes encourageants du renouvellement de l'attention pour atteindre les populations rurales. Ceci est constaté en Éthiopie grâce aux progrès réalisés par l'HEP. Au Mali, on le voit avec la relativement nouvelle direction responsable de l'assainissement, qui améliore l'équilibre entre les efforts consacrés aux infrastructures urbaines et ceux consacrés à la promotion de l'hygiène dans les zones rurales ainsi que la mobilisation de la population. Les campagnes de vaccination contre la rougeole ont eu une portée considérable et il est prévu d'introduire le vaccin contre le rotavirus dans les trois pays. De fait, un essai pilote a déjà commencé en Zambie.

L'ATPC, en tant que stratégie de changement des comportements, a atteint un bon élan et se développe dans les trois pays, de plus en plus avec une composante sur le lavage des mains. Cette stratégie est en train de gagner de la reconnaissance et de la crédibilité au sein du ministère de la Santé dans les trois pays, ce qui l'aide à être incorporée aux efforts réalisés pour améliorer les résultats sanitaires. En Éthiopie et en Zambie, ceci a mené le ministère de la Santé à prendre la tête du développement de l'ATPC.

2. Des efforts sont faits pour renforcer la coordination entre les secteurs

Dans les trois pays, on voit des signes de renforcement et diverses formes de coordination entre les secteurs, avec un accent particulier sur les liens entre santé et eau, assainissement et hygiène. Par exemple, le plan stratégique du Mali pour le contrôle de la diarrhée établit les différentes responsabilités des différentes parties prenantes. En Éthiopie, les ministères de la Santé, de l'Eau et de l'Énergie et de l'Éducation possèdent un protocole d'accord pour augmenter l'efficacité et la coordination des services WASH.

Un tel travail intersectoriel représente une étape importante vers l'augmentation de l'accès à WASH et maximise l'impact des ressources disponibles. Cela peut donner lieu à des progrès intéressants tels que la formation du Groupe de travail national sur l'hygiène et l'assainissement en Éthiopie. On note également une participation croissante du secteur de l'éducation dans les trois pays, qui cible les enfants scolarisés par des campagnes sur le lavage des mains.

3. Il y a eu une augmentation de l'harmonisation et de l'alignement de l'aide

Les financements pour la diarrhée n'ont pas pu être désolidarisés des autres volets de financement tels que la médecine infantile, les vaccinations ou l'eau et l'assainissement dans les trois pays. Malgré tout, l'harmonisation et l'alignement de l'aide ont figuré dans cette étude en tant que processus qui accélère l'action sur la santé infantile et les interventions WASH. Les approches par secteur et la mise en commun des financements ont gagné de la vitesse dans de nombreux pays et sont constatées en Zambie et en Éthiopie. L'Éthiopie applique également le programme compact du Partenariat international pour la santé qui soutient le concept de « un seul plan, un seul budget et un seul rapport » pour la santé. La transparence dans les financements en Éthiopie est également apparente, avec l'introduction de la Plate-forme de gestion de l'aide destinée à améliorer les flux d'aide, augmenter la prévisibilité et améliorer les sorties de fonds.

RECOMMANDATIONS

Les domaines
spécifiques de
coordination et de
mise en œuvre qui
sont ressortis de
cette étude sont les
suivants :

1. La communauté internationale devrait utiliser son influence pour attirer l'attention sur la diarrhée et catalyser la volonté politique dans les pays où le problème est le plus sévère.

La communauté internationale, notamment l'UNICEF et l'OMS doivent encourager la promotion et l'adoption des orientations du Plan en 7 points de l'UNICEF et de l'OMS.

2. Les gouvernements doivent effectuer un examen de toutes les politiques et stratégies existantes qui incorporent des éléments de contrôle de la diarrhée au niveau national.

Le ministère de la Santé devra coordonner un examen complet des politiques et stratégies relatives au contrôle de la diarrhée tel qu'établi dans le Plan en 7 points de l'UNICEF et de l'OMS. Cet examen doit établir : les lacunes des politiques et programmes, les zones de contrôle de la diarrhée qui nécessitent une introduction urgente ou une accélération, et les opportunités existantes qui peuvent être exploitées. Des alliances intersectorielles entre la santé, le programme WASH et l'éducation seront essentielles.

3. Les gouvernements devront développer un cadre de coordination pour le contrôle de la diarrhée.

Suite à cet examen, un cadre de coordination devra être établi, soulignant les responsabilités de toutes les parties prenantes au contrôle de la diarrhée, et comprenant des mécanismes de responsabilisation. Ceci pourrait prendre la forme d'une politique comme au Kenya. Le but d'un tel cadre est d'assurer des résultats maximum grâce à la coordination au niveau de l'élaboration jusqu'à la mise en œuvre aux niveaux des districts et de la communauté. Avoir des données de suivi comparables dans plusieurs ministères est crucial à la coordination.

● **Les travailleurs sanitaires communautaires ont besoin d'être mieux soutenus pour mener à bien leur rôle.**

Ils ont besoin de davantage de soutien pour leur permettre d'atteindre les populations rurales. Cela implique que les centres de santé aient suffisamment de personnel pour permettre aux travailleurs de la communauté de faire leur travail de sensibilisation et que des efforts soient déployés pour améliorer le recrutement et la rétention de personnel.

● **La coordination entre les stratégies pour changer les comportements a besoin d'être renforcée.**

Au niveau du district, les rôles des personnes qui participent à la mise en œuvre des programmes pour changer les comportements et des stratégies, telles que l'ATPC et la GIMI, doivent être clairement définis, les chevauchements doivent être identifiés et des efforts d'harmonisation des approches doivent être faits. Il est important que du point de vue du pourvoyeur de soins, les messages soient complémentaires et couvrent tous les messages essentiels de prévention et de traitement nécessaires pour contrôler la diarrhée.

● **L'utilisation du TRO, du zinc ainsi que la couverture vaccinale du rotavirus doivent augmenter.**

Des sachets de SRO et du zinc devraient être plus facilement disponibles localement, sans que les gens n'aient d'abord besoin de se rendre à un centre de santé et de payer une consultation médicale. Les fabricants locaux doivent être identifiés et mobilisés, et le processus d'inscription pour le zinc doit être simplifié. Les vaccins du rotavirus doivent être introduits par le biais des programmes de vaccination nationaux dans les pays où la diarrhée fait des ravages.

● **L'amélioration de l'accès à l'assainissement a besoin de devenir une plus grande priorité politique.**

L'accès à des installations sanitaires de base tout comme l'amélioration des pratiques d'hygiène, est crucial pour aider à contrôler la diarrhée. La couverture est faible dans toute l'Afrique subsaharienne, et en plus dans de nombreux pays, l'accès à l'eau potable, essentielle pour utiliser le TRO, est médiocre. Une augmentation des financements pour promouvoir l'assainissement et l'hygiène au niveau national est requise de toute urgence.

- 1 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la santé (OMS). *Diarrhée : Pourquoi des enfants continuent d'en mourir et ce que l'on peut faire*. New York: UNICEF/Genève: OMS; 2009. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598415_eng.pdf
- 2 Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. « Global, Regional, and National Causes of Child Mortality in 2008: A Systematic Analysis. » *The Lancet*. 2010; 375(9730):1969-1987.
- 3 Organisation mondiale de la santé (OMS). *Combating Waterborne Disease at the Household Level*. Genève: OMS; 2007. Disponible sur : http://www.who.int/household_water/advocacy/combating_disease/en/index.html.
- 4 Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. « Global, Regional, and National Causes of Child Mortality in 2008: A Systematic Analysis. » *The Lancet*. 2010; 375(9730):1969-1987.
- 5 'A 7-Point Plan for Comprehensive Diarrhoea Control' page. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) site web 7pointplan. Disponible sur : <http://7pointplan.org/diarrhoea-control.html> Consulté le 8 mars 2012.
- 6 *Diarrhoeal disease fact sheet page*. Site web de l'Organisation mondiale de la santé. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/index.html>. Consulté le 8 mars 2012.
- 7 PATH. *Common Virus and Senseless Killer: A Briefing Paper on Rotavirus*. Washington, DC: PATH; 2009. Disponible sur : http://www.path.org/publications/files/VAD_rotavirus_br.pdf.
- 8 *Diarrhoeal disease fact sheet page*. Site web de l'Organisation mondiale de la santé. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/fr/index.html>. Consulté le 8 mars 2012.
- 9 La Banque mondiale. *Environmental Health and Child Survival: Epidemiology, Economics, Experiences*. Washington, DC: The World Bank; 2008. Disponible sur : <http://siteresources.worldbank.org/INTENVHEA/Resources/9780821372364.pdf>
- 10 PATH *Diarrheal Disease Advocacy: Findings from a Scan of the Global Policy and Funding Landscape*; 2008. Disponible sur : <http://defeatdd.org/take-action/sites/default/files/node-images/Diarrheal-Disease-Advocacy-Report.pdf>
- 11 'A 7-Point Plan for Comprehensive Diarrhoea Control' page. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) site web 7pointplan website. Disponible sur : <http://7pointplan.org/diarrhoea-control.html>. Consulté le 8 mars 2012.
- 12 *ibid*
- 13 'New policy unveiled to combat diarrhoeal disease, a leading killer of Kenyan children' [press release]. Seattle; PATH; March 31, 2010. Disponible sur : <http://www.path.org/news/pr100330-diarrhea-policy.php>.
- 14 Countdown to 2015. *Maternal, newborn and child survival: Kenya country profile 2010*. Geneva: Countdown to 2015; 2010. Disponible sur : <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/Profile-Kenya.pdf>.
- 15 Ministère Kenyan de la Santé publique et de l'assainissement. *Policy Guidelines on Control and Management of Diarrhoeal Diseases in Children Below Five Years in Kenya* (Orientations politiques sur le contrôle et la prise en charge des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans au Kenya). Nairobi : ministère de la Santé publique et de l'assainissement ; 2010. Disponible sur : <http://www.path.org/files/kenya-diarrhoea-policy.pdf>.
- 16 Enquête finale pour le programme de contrôle de la maladie diarrhéique améliorée au Kenya, Province de l'Ouest. PATH; 2011 (PATH, données non publiées, 2011).
- 17 Tearfund. *Adoption of Community-Led Total Sanitation: Guidance for Programming of CLTS in Tearfund-Supported Projects*. Tearfund; 2010 (Adoption de l'assainissement total piloté par la communauté : orientations pour la programmation de l'ATPC dans les projets soutenus par Tearfund). Disponible sur : http://tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Topics/watsan/CLTS_web.pdf Pour un complément d'information, consultez <http://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/cltshandbook.pdf>
- 18 Page « What is IMCI ? ». Site web du Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Disponible sur : http://www.unicef.org/health/23958_imci.html. Consulté le 8 mars 2012.
- 19 Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), Ministère de la Santé, Mali, 1999.
- 20 Organisation mondiale de la santé (OMS). *Statistiques sanitaires mondiales, 2011*. Genève: OMS ; 2011. Disponible sur : http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf.
- 21 Service national de la Santé (Mali) *Plan stratégique de promotion des pratiques d'hygiène à grands impacts dans le cadre de la prévention des maladies diarrhéiques (2011–2015)*.
- 22 Organisation mondiale de la santé (OMS). *Statistiques sanitaires mondiales, 2011*. Genève: OMS. 2011. Disponible sur : http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf.
- 23 *ibid*
- 24 Programme de suivi commun de l'UNICEF/OMS (2012) *Progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau*. New York: UNICEF/Genève : OMS
- 25 Rural Water Supply Network – Handpump data, selected countries in sub-Saharan Africa (Réseau rural d'alimentation en eau – données sur les pompes manuelles, dans certains pays d'Afrique subsaharienne) <http://www.rwsn.ch/documentation/skatdocumentation.2009-03-09.7304634330/file>
- 26 Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS). *Progrès en matière d'assainissement et d'eau potable*. New York: UNICEF/Genève: WHO; 2012. *Op Cit*
- 27 Service national de la santé (Mali) *Plan stratégique de promotion des pratiques d'hygiène à grands impacts dans le cadre de la prévention des maladies diarrhéiques (2011–2015)*
- 28 *ibid*
- 29 Ministère de la Santé (2011) Rapport Évaluation, Programme de Développement Sanitaire et Social II

- 30** Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS). *Progrès en matière d'assainissement et d'eau potable*. New York: UNICEF/Genève ; OMS; 2012. *Op Cit*
- 31** Banque africaine du développement Mali <http://www.afdb.org/en/countries/west-africa/mali/>
- 32** Ministère fédéral de la santé en Éthiopie 2012 <http://www.moh.gov.et>
- 33** Ministère fédéral de la santé en Éthiopie. *Health Extension Program in Ethiopia: Profile*. Addis Ababa: Ethiopia Ministry of Health; 2007. (Programme de vulgarisation sanitaire en Éthiopie. Profil. Addis Ababa : ministère de la Santé d'Éthiopie) Disponible sur : <http://www.moh.gov.et/English/Resources/Documents/HEW%20profile%20Final%202008%202007.pdf> et ministère fédéral de la Santé – Health Sector Development Programme IV Final Draft <http://phe-ethiopia.org/admin/uploads/attachment-721-HSDP%20IV%20Final%20Draft%2011Octoberr%202010.pdf>
- 34** OMD 6 – page « Bringing care to communities in Ethiopia ». Department for International Development website. (Apporter des soins aux populations d'Éthiopie : site web du département de développement international) Disponible sur : <http://www.dfid.gov.uk/Stories/Case-Studies/2011/MDG-6---Bringing-care-to-communities-in-Ethiopia/>. Consulté 8 mars 2012.
- 35** USAID. *Essential Services for Health in Ethiopia – Final Report* (Services essentiels pour la santé en Éthiopie). Novembre 2003-septembre 2008 Disponible sur http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACP065.pdf
- 36** Organisation mondiale de la santé (OMS). *Statistiques sanitaires mondiales, 2011*. Genève: OMS; 2011. *Op Cit*
- 37** *ibid*
- 38** *ibid*
- 39** Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS). *Progrès en matière d'assainissement et d'eau potable*. New York: UNICEF/Genève ; OMS; 2012. *Op Cit*
- 40** Rural Water Supply Network – Handpump data, selected countries in sub-Saharan Africa (Réseau rural d'alimentation en eau – données sur les pompes manuelles, dans certains pays d'Afrique subsaharienne) *Op Cit*
- 41** Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS). *Progrès en matière d'assainissement et d'eau potable*. New York: UNICEF/Genève ; OMS; 2012. *Op Cit*
- 42** Ministère fédéral de la santé – Health Sector Development Programme IV Final Draft (Version finale IV Programme de développement du secteur sanitaire) *Op Cit*
- 43** *ibid*
- 44** Journée mondiale du lavage des mains 2010 <http://ghwd.nascentsolutions.com/ViewActivity.aspx?ID=239>
- 45** RiPPLE. *Reaching Universal Access: Ethiopia's Universal Access Plan in the Southern Nations, Nationalities, and People's Region (SNNPR)*. Addis Ababa: RiPPLE; 2009. Disponible sur : <http://www.rippleethiopia.org/documents/stream/20090220-gap-synthesis-paper>.
- 46** USAID. *Child Survival Project Second Year Annual Report*. Westport: Save the Children; 2009. Disponible sur : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACP688.pdf
- 47** Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS). *Progrès en matière d'assainissement et d'eau potable*. New York: UNICEF/Genève ; OMS; 2012. *Op Cit*
Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956_eng_full_text.pdf.
- 48** Organisation mondiale de la santé (OMS). *Statistiques sanitaires mondiales, 2011*. Genève: OMS; 2011. Disponible sur : http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf.
- 49** *ibid*
- 50** *ibid*
- 51** Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS). *Progrès en matière d'assainissement et d'eau potable*. New York: UNICEF/Genève ; OMS; 2012. *Op Cit*
- 52** Rural Water Supply Network – Handpump data, selected countries in sub-Saharan Africa (Réseau rural d'alimentation en eau – données sur les pompes manuelles, dans certains pays d'Afrique subsaharienne) *Op Cit*
- 53** Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS). *Progrès en matière d'assainissement et d'eau potable*. New York: UNICEF/Genève ; OMS; 2012. *Op Cit*
- 54** 'The starting point for the ColaLife Pilot' page. Colalife website. Disponible sur : <http://www.colalife.org/2010/11/09/the-starting-point-for-the-colalife-pilot/>. Consulté le 8 mars, 2012.
- 55** Page Zambia. Absolute Return for Kids website. Disponible sur : <http://www.arkonline.org/health/zambia>. Consulté le 8 mars 2012.
- 56** Université Turku de Sciences appliquées. *Expériences des toilettes sèches en Afrique méridionale*. Turku: Université Turku de Sciences appliquées; 2008. Disponible sur : <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522160782.pdf>.
- 57** Harvey PA, Mukosha L. *Community Led Total Sanitation: Lessons from Zambia*. 2008. Disponible sur : <http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/community-led-total-sanitation-lessons-zambia>
- 58** Ministère de la santé de la République de Zambie. Plan d'action 2011 du ministère de la Santé. Zambie; 2011.
- 59** République de Zambie. Cinquième Plan national de développement 2006–2010. République de Zambie; 2006. Disponible sur : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2007/cr07276.pdf>.
- 60** Page Zambia. Site web Assainissement total piloté par la communauté. Disponible sur : <http://www.communityledtotalsanitation.org/country/zambia>. Consulté le 8 mars 2012
- 61** Ministère de la Santé, Zambie 2007
- 62** Ministère des Collectivités territoriales et du Logement http://www.danidadevforum.um.dk/NR/rdonlyres/1DF67975-598E-4C17-81AA-5FE0DE94FF2F/0/Zambia_SH_Component_Overview_090922.pdf



PATH est une organisation internationale à but non lucratif qui crée des solutions durables, culturellement pertinentes, permettant aux populations du monde entier de rompre les cycles perdurables de la mauvaise santé. En collaborant avec divers partenaires du secteur public et privé, PATH aide à fournir des technologies sanitaires appropriées et des stratégies vitales qui changent la façon dont les personnes pensent et agissent. Le travail de PATH améliore la santé et le bien-être mondiaux.



Tearfund est une agence chrétienne humanitaire et de développement basée au Royaume-Uni qui travaille avec un réseau mondial d'églises pour apporter une contribution à l'éradication de la pauvreté. Tearfund soutient des partenaires locaux dans plus de 50 pays en voie de développement et possède des programmes opérationnels en réponse à des catastrophes spécifiques.

Mentions photographiques

Will Boase / Will Boase Photography
Page 34

Jay Butcher / Tearfund
Page 13

Geoff Crawford / Tearfund
Pages 1 (image de droite), 24, 27

Amy Gottlieb
Pages 21, 38, 39

Clive Mear / Tearfund
Page 18

Uygar Ozel / iStock
Page 6

Marcus Perkins / Tearfund
Page 28 et quatrième de couverture (image de droite)

M&H Sheppard / iStockphoto
Couverture (image de droite), page 1 (image de droite), pages 8, 36

Samuel Hauenstein Swan
Page 22

Layton Thompson / Tearfund
Page de couverture (image de gauche), pages 12, 14, 15, 33, 40 et quatrième de
couverture (image de gauche)

Conception graphique
Tony Frye Design

Mise en page
Wingfinger



tearfund

100 Church Road, Teddington, TW11 8QE, Royaume-Uni
Tél. : +44 (0) 20 8977 9144

www.tearfund.org

Œuvre no. 265464 (Angleterre et Pays de Galles)
Œuvre no. SC037624 (Écosse)

 **PATH**
A catalyst for global health

455 Massachusetts Avenue NW, Suite 1000, Washington, DC 20001 USA
Tél. : +1 (202) 822 0033

www.path.org

N° d'identification fiscale 91-1157127