

L'Érythrée trouve le moyen d'atteindre son but

L'ÉRYTHRÉE est l'un des rares pays d'Afrique subsaharienne qui est actuellement sur la bonne voie pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le développement no.4. Son taux de mortalité des moins de 5 ans a chuté d'environ 50 %, passant de 147 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 74 pour 1 000 en 2006. Ce recul peut être attribué à un certain nombre de facteurs. On peut notamment citer l'élargissement de la couverture vaccinale, qui a entraîné une diminution de la prévalence des maladies évitables par la vaccination. L'Érythrée a éradiqué la poliomyélite, ainsi que le tétanos néonatal, et aucun cas de décès dû à la rougeole n'a été enregistré au cours des deux dernières années. Le pays affiche également une forte réduction de la morbidité due au paludisme, qui est passée de 125 750 cas en 2001 à 34 100 cas en 2005, ainsi que de la mortalité provoquée par le paludisme, passant de 129 décès en 2001 à 38 décès en 2005.

Depuis son indépendance en 1993, à l'issue de 30 ans de conflit avec le pays voisin Éthiopie, l'Érythrée a déployé des efforts considérables pour garantir l'accès aux services de santé en investissant dans la reconstruction des hôpitaux, la formation d'agents sanitaires et l'approvisionnement en médicaments et en équipements. Dans le cadre de ses activités d'amélioration de son système de santé, le Ministère de la santé a lancé des campagnes pour protéger les enfants contre la poliomyélite et la rougeole, et distribuer des suppléments de vitamine A qui renforcent le système immunitaire et luttent contre l'*héméralopie*, la diminution de la vision de nuit. Cependant, de nombreux enfants vivant sur la côte de la mer Rouge n'ont pas accès aux soins médicaux. On ne sera donc pas surpris d'apprendre que la mortalité infantile est plus élevée dans les deux régions côtières que dans les quatre autres régions du pays.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par la communauté (C-PCIME) : cette approche a été introduite en 2005 dans 17 villages ou groupes de villages. Munis d'informations, de matériel d'éducation et de communication, de chronomètres, de thermomètres, de pèse-personnes, de médicaments, de registres et de cartes de santé, les 37 agents sanitaires participant au programme ont administré des soins à plus de 2 000 enfants et conseillé les adultes qui les élèvent. En 2006, la première évaluation C-PCIME a montré que l'action communautaire

bénévole pouvait contribuer à faire reculer la mortalité infantile; que le seul fait d'administrer les soins dans la communauté éliminait certains obstacles liés à la recherche de soins en établissements de santé et élargissait de ce fait la couverture sanitaire. On a pu constater que les agents de santé étaient enthousiastes, et que les soignants qui administraient des soins curatifs étaient plus motivés que ceux qui devaient se limiter à promouvoir la santé. Les cours de perfectionnement mensuels qui ont été organisés dans les établissements de santé -- avec possibilité de suivre les travaux des agents de santé communautaires -- ont également remporté de grands succès.

Par la suite, en 2007, il a été décidé de lancer l'initiative C-PCIME dans 63 autres villages compte tenu des « leçons apprises ». Adi-Rosso est l'un de ces villages, et les agents sanitaires -- un par groupe de 75 enfants -- choisis par chaque comité villageois ont été envoyés en formation selon un plan décidé par le village. À la fin du processus, ils seront capables d'identifier les maladies infantiles les plus courantes et, si nécessaire, de prescrire des médicaments pour les traiter, et d'aiguiller les cas graves vers les établissements de santé appropriés. Comme la moitié de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent au cours du premier mois de la vie d'un enfant -- et dans la majorité des cas pendant la semaine qui suit la naissance -- le gouvernement a décidé d'ajouter un volet néonatal à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau communautaire.

Alimentation thérapeutique au niveau communautaire : des programmes d'alimentation thérapeutique communautaire ont été introduits en Érythrée en 2006 pour tirer parti du succès de la participation communautaire aux actions visant à éliminer les menaces qui pèsent sur la santé et la survie des enfants. Cette intervention, qui est toujours dans sa phase de mise en œuvre, a pour but d'atteindre les enfants qui n'ont pas accès à l'alimentation thérapeutique hospitalière. L'alimentation communautaire permet aux enfants et à ceux qui les élèvent de rester dans leurs communautés et leurs familles pendant le traitement -- un moyen de tenir compte de la charge de travail des femmes, qui constitue le principal obstacle au traitement hospitalier.

Intervention de proximité : les familles d'Adi-Rosso emmènent leurs enfants dans un centre à Nefasit pour les faire vacciner. Ce déplacement prend au

moins toute une journée et coûte 120 nakfa (8 dollars) aux familles pour la location d'un chameau. Cette somme est importante dans un pays où plus de 60 % de la population vit avec 16 dollars par mois. Pour atteindre les enfants les plus vulnérables, des équipes sanitaires sont donc envoyées dans les villages les plus isolés. Elles emportent avec elles les équipements nécessaires pour traiter les maladies les plus courantes, aiguillent les cas graves vers des centres hospitaliers, et administrent les vaccins essentiels et des suppléments de vitamine A. Le personnel de santé de Foro dans la région septentrionale de la mer Rouge, où près de 40 % de la population n'ont pas accès aux services de santé, explique que pour se rendre dans les villages de montagne les plus retirés, il faut parfois voyager pendant cinq jours à dos de chameau. Bien que cette initiative vienne tout juste de débiter, il semble que, couplée à d'autres campagnes, elle ait déjà fait progresser la vaccination.

Campagnes d'administration de la vitamine A : depuis 2006, le Gouvernement érythréen s'est attaché à administrer des suppléments en vitamine A à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois. Cette mesure est particulièrement importante car les taux de dénutrition sont élevés dans la plupart des régions et les enfants déjà affaiblis par la dénutrition sont exposés à des complications graves provoquées par d'autres maladies. Dans de telles conditions, le renforcement du système immunitaire permet de sauver des vies. Les campagnes vitamine A-plus de 2006 ont été organisées parallèlement à une campagne de vaccination contre la rougeole et de lavage des mains dans les écoles élémentaires et les écoles maternelles. En mai 2007, l'activité est allée de pair avec une campagne de rattrapage organisée dans 16 sous-régions de façon à ce que le taux de vaccination systématique des enfants atteigne au moins 80 % et que la couverture par deux doses de vaccin antitétanique chez les femmes enceintes atteigne au moins 50 %. Le dépistage de la dénutrition chez les enfants de moins de cinq ans a été inclus dans la campagne menée dans la région d'Anseba. La couverture par la supplémentation en vitamine A dépasse les 95 % dans les campagnes -- les agents sanitaires se déplaçant à dos d'âne, de chameau ou en barque pour atteindre les enfants même dans les endroits les plus retirés.

Voir Références, page 50.