



**ACTION FOR  
GLOBAL HEALTH**

FULL FUNDING  
STRONG SYSTEMS  
FAIR ACCESS

## **ADOPTER UNE APPROCHE CENTRÉE SUR L'ENFANT:**

INTÉGRATION EN VUE DE MAXIMISER  
L'IMPACT SUR LA SANTÉ INFANTILE



Ce document s'appuie sur de récents développements dans les approches intégrées de la programmation en matière de santé infantile. Il entend mettre en exergue des exemples innovants et formuler des recommandations de politiques générales à l'intention des gouvernements nationaux et des partenaires de développement.<sup>1</sup>

## Recommandations

- \* Promouvoir de bons résultats en termes de santé infantile en aidant les systèmes nationaux à mener à bien des programmes intégrés de santé infantile à tous les niveaux.
- \* Promouvoir des stratégies impulsées par les pays et non par les bailleurs de fonds pour renforcer l'appropriation et mettre en oeuvre des programmes de santé infantile qui se concentrent sur les priorités et les besoins locaux.
- \* Intégrer les approches et les interventions en matière de santé infantile de manière à s'attaquer de front à la morbidité et la mortalité.
- \* Soutenir l'évaluation et la documentation d'approches intégrées afin d'améliorer l'efficacité, les performances et les résultats.
- \* Créer et soutenir des cadres et des structures d'aide qui encouragent et donnent des incitations à poursuivre des approches intégrées en matière de santé infantile.
- \* Garantir l'inclusion d'un objectif de santé dans le cadre de développement pour l'après-2015 qui promeuve une collaboration intersectorielle afin d'atteindre des cibles de santé infantile, en reconnaissant qu'une bonne santé est un droit humain universel auquel chacun peut prétendre.

## Introduction

Alors que la communauté du développement s'apprête à faire un dernier effort pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), tout en entamant un processus en vue de définir des objectifs mondiaux de développement pour l'après-2015, il est important de tirer des enseignements des succès et des revers rencontrés dans le combat mené pour relever les défis que pose la santé mondiale.

Les OMD ont contribué à générer un élan politique considérable autour du thème de la santé, aux niveaux mondial et national. Des progrès importants ont été accomplis dans notre lutte contre des maladies comme le VIH/sida et le paludisme. Toutefois, l'adoption de cibles séparées sur des thèmes comme l'alimentation, l'eau et l'assainissement a engendré une réponse fragmentée aux problèmes de santé publique, alors que d'autres domaines importants, tels que les maladies tropicales négligées, manquaient de financement et ne recevaient pas l'attention méritée. Cette absence d'approche intégrée en matière de santé au niveau mondial a contribué à des approches fragmentées au niveau national, à la fois dans les processus de planification du gouvernement et dans la façon d'allouer les fonds d'aide. Les États fragiles ou sortant d'un conflit constituent des exemples frappants de cas où les politiques publiques sont souvent dirigées au gré du financement des bailleurs de fonds, de sorte que les priorités ne sont pas déterminées par une évaluation des besoins, mais plutôt par les fonds spécifiques mis en place par les bailleurs. Par conséquent, on a manqué des occasions de renforcer les systèmes de santé ou de réagir à la charge de morbidité latente d'une maladie dans l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

Des exemples ont montré que les approches verticales pouvaient exacerber la fragmentation au sein du système de santé, créer des structures d'aide à la santé complexes et coûteuses, et éloigner le personnel de santé des soins primaires en faveur de programmes tournés vers des maladies spécifiques; pourtant, dans d'autres cas, les approches verticales se sont révélées efficaces et ont enregistré des succès notables. La structure permettant de rendre compte des OMD, qui était axée sur les moyennes mondiale et nationales, a fait que les progrès inégaux entre différents groupes ou individus, au sein des populations les plus difficiles à toucher dans les divers pays, n'ont pas reçu suffisamment d'attention. Pour preuve, on citera la cible mondiale de l'OMD en matière d'eau potable qui a été atteinte en 2010 grâce aux progrès accomplis en Asie de l'Est, alors que 783 millions de personnes sont toujours sans accès à l'eau et 2,5 milliards de gens n'ont pas accès à des installations sanitaires. Par conséquent, la majorité des décès infantiles est toujours d'origine infectieuse (par exemple la diarrhée) ou liée à des facteurs associés, tels que la dénutrition.

Dans le même temps, les systèmes de santé ont besoin de prévenir tant la morbidité que la mortalité. En termes de santé infantile, cela veut dire qu'il faut se concentrer sur la vie d'un enfant, et non sur sa seule survie. La charge de morbidité invisible, due à des maladies comme la schistosomiase, à des conditions comme le retard de croissance ou un manque d'accès à des services de santé plus larges comme ceux qui promeuvent une bonne santé oculaire, peut obérer le développement d'un enfant et créer des obstacles à l'accès à des services cruciaux tels que l'éducation. L'architecture actuelle de la santé mondiale ne favorise pas les approches qui considèrent conjointement la morbidité et la mortalité.

# Évoluer vers des approches « intégrées »

Ces dernières années, on a vu une prise de conscience renforcée du besoin de collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé, et d'approches plus « intégrées » qui transcendent la simple collaboration pour mener des interventions clés de manière plus efficace et plus performante. Diverses définitions du terme « intégration » sont utilisées par différents secteurs (par exemple par des communautés touchées par une maladie spécifique et dans différents domaines). Toutefois, généralement parlant, les approches intégrées mènent à bien une gamme d'interventions qui répondent à des besoins multiples grâce à une collaboration au sein même et sur une variété de secteurs et de maladies avec la participation de toutes les parties prenantes concernées pour atteindre des objectifs communs par le biais des systèmes nationaux. De telles approches vont bien au-delà de la portée du système de santé pour réagir de manière exhaustive à la charge de morbidité et aux causes d'une maladie.

L'attention accrue accordée à l'intégration s'explique par la prise de conscience du fait que trop souvent l'impact potentiel d'une série d'interventions est annihilé par le manque d'actions dans d'autres domaines. Ainsi, les enfants font l'objet d'un traitement vermifuge répété mais on omet de s'attaquer correctement au manque d'assainissement et d'hygiène qui est à l'origine de la constante réinfection. Dans la plupart des pays, la réponse institutionnelle aux besoins de santé traduit rarement la façon dont la pauvreté, la santé, l'alimentation, le genre, l'éducation et d'autres questions sont imbriqués dans la vie quotidienne. Parallèlement au besoin d'une meilleure intégration entre les différents secteurs, un alignement est aussi nécessaire au sein du système de santé lui-même, trop souvent caractérisé par une approche fragmentée en matière de santé (par exemple, les programmes distincts et non harmonisés portant sur la santé infantile (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) et sur la vaccination (programme élargi de vaccination)).

Les possibilités d'intégration concernent aussi beaucoup de sphères différentes et devraient, pour avoir le maximum d'impact, explorer le rôle des familles et des communautés dans le soutien de l'intégration au niveau local, là où les problèmes et les facteurs qui affectent la santé finissent par converger.



- 1 Cet article s'inspire de la publication par Action Against Hunger, Action for Global Health, End Water Poverty, PATH, Tearfund et WaterAid, 2011: *Join up, scale up – how integration can defeat disease and poverty*. <http://www.actionforglobalhealth.eu/blog/?p=1388>
- 2 Voir OMS/UNICEF, juin 2012: Joint Statement, *Integrated Community Case Management*. [http://www.unicef.org/health/files/ICCM\\_Joint\\_Statement\\_2012.pdf](http://www.unicef.org/health/files/ICCM_Joint_Statement_2012.pdf)

## L'APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT

Une approche axée sur les utilisateurs des services de santé, plutôt que sur les interventions que les services de santé devraient dispenser, offre un terrain fertile pour l'intégration. En réalité, les familles qui cherchent à satisfaire leurs besoins de santé doivent souvent se rendre dans différents dispensaires et consulter différents programmes pour accéder aux services dont elles ont besoin mais elles peuvent se trouver confrontées à de multiples obstacles, qu'il s'agisse d'un manque de temps, de ressources ou encore de l'éloignement géographique. Les installations et programmes de santé devraient fournir des services

de prévention et de traitement qui répondent aux besoins essentiels en termes de santé reproductive, d'accouchement sans risques, de soins néo-natals et de santé infantile.

Le « continuum de soins » pour les femmes et les enfants reconnaît l'importance de l'intégration par la prestation de services essentiels en un même lieu, ainsi que la coordination des services depuis le domicile à travers tous les niveaux du système de santé (p. ex. accès à l'eau et l'assainissement au sein du ménage et dans les écoles et les établissements de soins). Un autre exemple de l'intégration de la santé infantile concerne la stratégie de prise

en charge intégrée des cas dans la communauté (PEC-C) développée par l'OMS et l'UNICEF, qui s'attaque de concert au paludisme, à la pneumonie et à la diarrhée chez l'enfant.<sup>2</sup>

En formant les agents sanitaires communautaires à diagnostiquer et à soigner correctement les cas au niveau de la communauté et en veillant à la fourniture continue de tests de diagnostic rapide et de produits destinés au traitement, le programme a permis de réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Dans le Soudan du Sud, ce programme a été élargi pour englober la lutte contre la malnutrition (voir l'encadré page 4).



# Intégration de la prévention et du traitement

## JETER DES PONTS ENTRE LES DIVISIONS SECTORIELLES

Bien souvent, les interventions de soins de santé primaires et de santé publique sont mises en oeuvre de façon indépendante et par différents organismes. Par conséquent, l'impact de ces interventions n'est pas optimisé. Cette divergence se perçoit dans la marginalisation du rôle de l'eau, l'hygiène et l'assainissement (AEPHA) dans le secteur des soins, malgré leur importance absolument vitale pour la santé. L'importance de l'AEPHA dépasse les liens bien établis avec la mortalité due à la diarrhée et affecte des domaines plus larges, tels que l'alimentation et le retard de croissance,<sup>4</sup> ainsi que des infections moins mortelles mais tout à fait débilantes comme le trachome ou les helminthiases transmises par le sol.<sup>5</sup> Malgré cette prise de conscience, et le fait qu'il soit fait mention de l'AEPHA à maintes reprises dans les documents de politiques générales et les engagements internationaux, il est rare que ce lien donne lieu à une action concrète au niveau programmatique. C'est aussi le cas au sein du secteur de l'eau, car les programmes relatifs aux infrastructures sont parfois planifiés, mis en oeuvre et suivis sans tenir compte des considérations sanitaires. Bien qu'il y ait eu un mouvement en faveur de l'intégration des aspects curatifs des soins pour améliorer la rentabilité (par exemple par le biais de la PEC-C et par l'administration conjointe de la chimiothérapie préventive pour certaines maladies tropicales négligées), des facteurs « extérieurs » aux soins de santé, tels que la santé environnementale ou l'assainissement individuel ou encore les comportements d'hygiène, ne sont pas correctement pris en compte dans les programmes sanitaires. De nouveaux programmes intégrés reconnaissent la complémentarité entre différentes interventions sanitaires afin d'établir un lien plus étroit entre la prévention et le traitement de la maladie. Ainsi:

- \* Le ministère de la Santé au Cambodge a mis en place un programme intégré portant sur la prévention et le traitement de la diarrhée et de la pneumonie dans le district opérationnel de Baray-Suntuk de la province de Kampong Thom, tout en renforçant sa politique nationale. Cette initiative a comporté la fourniture d'intrants clés pour le traitement de la diarrhée et de la pneumonie parallèlement à la promotion de services AEPHA et de l'allaitement maternel. La politique révisée a engendré un engagement national soutenu, alors que le projet de démonstration pilote au niveau du district a fourni simultanément une occasion de mettre en pratique la politique révisée et de procéder au suivi-évaluation des résultats.<sup>6</sup>
- \* Au Népal, le nouveau plan stratégique de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) englobe l'hygiène comme l'un de ses éléments afin de prévenir les infections telles que la diarrhée et la pneumonie. Ceci constitue un tournant stratégique capital dans la mise en oeuvre de la politique de PCIME au Népal, bien que la manière exacte de promouvoir l'hygiène au travers de l'initiative reste encore à définir et à approuver dans le détail.

3 Voir aussi Malaria Consortium, 2013: Project Brief, *Addressing emergency nutritional needs in young children*. <http://www.malariaconsortium.org/resources/publications/192/south-sudan-addressing-emergency-nutritional-needs-in-young-children>

4 London School of Hygiene and Tropical Medicine, SHARE et WaterAid, 2013: *La sous-alimentation et l'eau, l'assainissement et l'hygiène*. <http://www.wateraid.org/uk/~media/Publications/Undernutrition-and-WASH-FRENCH.pdf>

5 The NTDs NGDO Network et WaterAid, 2012: *L'AEPHA: l'arme silencieuse contre les MTN – Travailler ensemble à la prévention, au contrôle et à l'élimination*. [http://www.wateraid.org/~media/Publications/WA\\_Report\\_WASH\\_Silent\\_Weapon\\_French.pdf](http://www.wateraid.org/~media/Publications/WA_Report_WASH_Silent_Weapon_French.pdf)

6 PATH, 2013: *Tackling pneumonia and diarrheal disease through program and policy coordination - A case study of PATH's integrated approach in Cambodia*. [http://www.path.org/publications/files/ER\\_app\\_edd\\_cambodia\\_cs.pdf](http://www.path.org/publications/files/ER_app_edd_cambodia_cs.pdf)

## INTÉGRER LE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE ET DES MALADIES INFECTIEUSES: UN EXEMPLE DU SOUDAN DU SUD<sup>3</sup>

Les enfants qui sont mal nourris courent davantage de risque de tomber malades car leur immunité est fragilisée. Dans le même temps, les enfants qui souffrent d'une maladie infectieuse courent souvent plus de risque de devenir sous-alimentés. Ce « cercle vicieux » fait qu'il est tout à fait justifié d'adopter une approche intégrée en matière de traitement.

Au Soudan du Sud, Malaria Consortium, en partenariat avec le ministère de la Santé, a intégré le traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) et des maladies infantiles les plus répandues – paludisme, pneumonie et diarrhée. Des distributeurs communautaires

de médicaments ont été recrutés pour travailler dans leur propre communauté afin d'évaluer les cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée chez les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans et pour prescrire les médicaments nécessaires au traitement.

Les distributeurs sont aussi chargés de détecter les cas de malnutrition aiguë sévère dans les ménages. Les enfants qui souffrent de MAS sont aiguillés vers un programme thérapeutique en ambulatoire à proximité pour y être soignés ou dans un centre de stabilisation si le cas implique des complications médicales. Ils sont soignés au moyen de la

méthode d'alimentation thérapeutique, mais ils reçoivent aussi un traitement approprié contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée.

Cette approche offre un moyen plus rentable de diagnostiquer et de soigner différents états et maladies que ne permettrait de le faire leur prise en charge séparée. Mais surtout, elle signifie aussi que davantage de cas sont détectés et donc plus de vies sont sauvées. En faisant en sorte d'apporter le traitement à la communauté, plus de gens peuvent avoir accès à des soins de santé; par ailleurs, cela permet de réduire les pressions sur un système de santé déjà surchargé.

*Akek Akol Maehol avec Aweng Atuer Garang, deux ans. Test du bracelet MUAC.*





## Que doit-il se passer à présent?

**1.** Il est urgent de mettre en oeuvre des approches intégrées en matière de santé infantile, tout en maintenant notre attention sur leur élargissement. Dans le même temps, les exemples émergents d'intégration réussie devraient être évalués et documentés, afin de mieux comprendre comment une approche intégrée peut améliorer l'efficacité, les performances et le rapport qualité-prix, tout en livrant des produits et en atteignant des résultats sanitaires. Toutefois, ce besoin d'évaluation ne devrait pas donner lieu à un retard de mise en oeuvre.

Le processus continu d'apprentissage découlant des réussites d'intégration ne devrait pas se faire en vase clos mais doit être répercuté dans des discussions et des processus internationaux, y compris *A Promise Renewed*, *Zero Hunger Challenge / Scale Up Nutrition* et *Every Woman Every Child*. Ces enseignements sont particulièrement utiles au débat concernant les objectifs de l'après-2015, y compris les discussions actuelles sur la couverture sanitaire universelle. Ils devraient éclairer l'interprétation et la mise en oeuvre des objectifs tels que ceux préconisés par le groupe de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015 et peuvent servir de référence à la conception de cibles et d'indicateurs, ainsi qu'à des approches, telles que la Couverture sanitaire universelle, qui intègrent la promotion, la prévention, les traitements et la réadaptation.<sup>7</sup>

On devrait s'attacher à déterminer dans quelle mesure ces approches améliorent **les résultats de santé des enfants** (plutôt que de se contenter de compter les produits et les indicateurs tels que le nombre de moustiquaires, de manuels, de barres de savon et de dalles de latrine distribués); il faut mettre l'accent sur l'impact des programmes sanitaires sur la diminution globale de la mortalité et la morbidité infantiles. De telles mesures des résultats ne devraient pas remplacer les indicateurs de progrès standard, tels que l'accès à des interventions clés salvatrices, mais plutôt être utilisées en parallèle.

La **rentabilité** relative durable à long terme des approches intégrées comparée à la programmation verticale devrait être évaluée afin d'éclairer l'adoption de ce genre d'approches par des agences d'aide et des gouvernements nationaux. Le manque flagrant de données concrètes sur la rentabilité de l'intégration peut déboucher sur une réticence de la part des bailleurs et des gouvernements à mettre en oeuvre des programmes intégrés qui transcendent la portée et les flux de financement des programmes existants.

Par ricochet, cela peut déboucher sur un manque encore plus marqué de données factuelles. Un examen de son portefeuille de projets AEPHA<sup>8</sup> par le Département britannique du développement international (DFID) a préconisé l'exploitation du « potentiel de gains de performances par une meilleure intégration des programmes sanitaires et AEPHA pour avoir plus d'impact sur la santé » en guise de moyen d'optimiser la rentabilité (p. 8), soutenant que des gains de performance pourraient être atteints grâce à une « meilleure intégration de l'AEPHA dans d'autres interventions du DFID dans des domaines comme la santé, l'alimentation et l'éducation afin de maximiser les synergies potentielles entre eux » (p. 77). Cette approche a été renforcée récemment par le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD),<sup>9</sup> qui soutient que puisque les déterminants de la pneumonie et de la diarrhée sont souvent les mêmes, les stratégies de prévention et les plateformes d'administration sont également analogues.

La promotion conjointe des interventions pertinentes devrait donc être encouragée pour arriver à un maximum d'avantages.



<sup>7</sup> Action for Global Health: *Civil Society Call to Action on Universal Health Coverage*. <http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=303>

<sup>8</sup> Département britannique pour le développement international (DFID), mars 2012: *Water, Sanitation and Hygiene Portfolio Review*. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/214187/DFID\\_20WASH\\_20Portfolio\\_20Review.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214187/DFID_20WASH_20Portfolio_20Review.pdf)

**2.** Les partenaires du développement (bilatéraux, multilatéraux et ONG) devraient contribuer à créer des incitations en faveur de l'adoption d'approches intégrées dans la façon qu'ils décaissent les fonds, mesurent les résultats et influencent les politiques mondiales et nationales. Pour faciliter l'intégration, les partenaires de développement devraient tendre à créer les cadres et les incitations qui conviennent.

L'adoption réussie et l'élargissement des approches intégrées en matière de santé infantile exigent un signal clair de la part des décideurs de haut niveau pour montrer que ces approches sont souhaitables et même préférables. Cela exige aussi un changement dans la politique d'aide, pour permettre aux pays d'amorcer et de déployer des programmes qui bâtissent des systèmes de santé qui répondent aux circonstances propres d'un pays et à la charge de morbidité qu'on y trouve.

L'aide à la santé devrait donc être rendue plus souple en termes de circuits et de calendriers, pour répondre aux priorités nationales et financer des approches multisectorielles dont le succès se mesure en termes d'améliorations sanitaires à long terme. Dans la mesure du possible, les systèmes de suivi-évaluation de l'impact sur la santé des fonds des bailleurs et des fonds multilatéraux doivent être intégrés dans les systèmes nationaux existants, afin d'empêcher la duplication des efforts, mais aussi comme un moyen de renforcer les systèmes d'informations sanitaires nationaux. Par ailleurs, le renforcement des systèmes d'informations existants est nécessaire pour garantir des données de qualité, qui sont critiques pour comprendre les besoins sanitaires et garantir la priorisation des interventions en fonction de la charge de morbidité des maladies.

Cette souplesse devrait être étendue à la conception de programmes, en favorisant une approche qui transcende les intrants et les extrants ordinaires en matière de prestations de services pour inclure des éléments tels que le changement

de comportements et la création d'une demande de services de santé et autres, comme l'assainissement. Ainsi, le GAPPD offre un cadre utile pour une approche exhaustive permettant de s'attaquer à deux fléaux mortels d'envergure tout en intégrant la protection, la prévention et des aspects curatifs, alors que la stratégie SAFE (l'acronyme anglais pour chirurgie, antibiotiques, propreté du visage et amélioration environnementale)<sup>10</sup> pour l'élimination du trachome cécitant rassemble quatre interventions curatives et préventives autour d'un objectif commun. La stratégie fait office de plateforme utile de coordination intersectorielle; par ailleurs, plusieurs bailleurs de fonds se sont récemment engagés à lutter contre le trachome par le biais de la mise en oeuvre intégrale de la stratégie SAFE, au lieu de financer un aspect curatif ou préventif particulier.



## AFIN D'OBTENIR DE BONS RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ INFANTILE, NOUS RECOMMANDONS QUE LES BAILLEURS DE FONDS ET LES GOUVERNEMENTS NATIONAUX:

- \* Promeuvent de bons résultats en termes de santé infantile en aidant les systèmes nationaux à mener à bien des programmes intégrés de santé infantile à tous les niveaux.
- \* Promeuvent des stratégies impulsées par les pays et non par les bailleurs de fonds pour renforcer l'appropriation et mettre en oeuvre des programmes de santé infantile qui se concentrent sur les priorités et les besoins locaux.
- \* Intègrent les approches et les interventions en matière de santé infantile de manière à s'attaquer de front à la morbidité et la mortalité.
- \* Soutiennent l'évaluation et la documentation d'approches intégrées afin d'améliorer l'efficacité, les performances et les résultats.
- \* Créent et soutiennent des cadres et des structures d'aide qui encouragent et donnent des incitations à poursuivre des approches intégrées en matière de santé infantile.
- \* Garantissent l'inclusion d'un objectif de santé dans le cadre de développement pour l'après-2015 qui promeuve une collaboration intersectorielle afin d'atteindre des cibles de santé infantile, en reconnaissant qu'une bonne santé est un droit humain universel auquel chacun peut prétendre.

9 UNICEF et OMS, 2013: *Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025 – Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée*. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/global\\_action\\_plan\\_pneumonia\\_diarrhoea/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global_action_plan_pneumonia_diarrhoea/fr/)

10 Sightsavers et WaterAid, 2013: *WASHing away blinding trachoma*. [http://www.sightsavers.org/blogs/insights/helen\\_hamilton/19621\\_J0552\\_Trachoma%20Policy%20Brief%20v%205.pdf](http://www.sightsavers.org/blogs/insights/helen_hamilton/19621_J0552_Trachoma%20Policy%20Brief%20v%205.pdf)



---

[www.actionforglobalhealth.eu](http://www.actionforglobalhealth.eu)

Facebook: [www.facebook.com/actionforglobalhealth](https://www.facebook.com/actionforglobalhealth)

Twitter: @AFGHnetwork

**Photographie:**

Anna Kari/WaterAid: couverture, page 3, page 7

Abir Abdullah/WaterAid: page 6 (à droite)

Malaria Consortium: page 5

Ernest Randriarimalala/WaterAid: page 6 (à gauche)

Produit par le Groupe de travail sur la santé infantile du Réseau Action for Global Health Royaume-Uni, octobre 2013

**Maquette et production:**

March Design Studio

+44 (0)1995 608961

[www.marchdesignstudio.co.uk](http://www.marchdesignstudio.co.uk)

© Action for Global Health, octobre 2013