

ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



Numéro 11

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF**

La protection de l'enfant dans le domaine de la santé : le cas du Congo

Naasson LOUTETE-DANGUI

CNSEE, Brazzaville, Congo

Les années 1990 se sont ouvertes sous d'heureux auspices pour les enfants, grâce à l'énorme enthousiasme suscité par l'Année Internationale de l'Enfant (AIE) en 1979. Il en est résulté ainsi un intérêt sans précédent pour les problèmes de survie, de développement et de protection des enfants aussi bien dans les pays en développement que dans les nations industrialisées.

Au Congo, les problèmes de protection de l'enfant notamment dans le domaine de la santé font l'objet des débats devant aboutir à des stratégies et orientations opérationnelles en vue de remédier aux causes structurelles et sous-jacentes de morbidité et de la mortalité qui frappent les enfants.

1. La situation sanitaire de l'enfant au Congo

En raison de l'existence de données limitées, l'analyse détaillée concernant la situation sanitaire de l'enfant au Congo s'avère délicate ; les quelques renseignements fournis par les études, enquêtes, recensements démographiques, état-civil ou les formations sanitaires sont souvent incomplets et peu fiables.

En 1984, le taux de mortalité infantile était de 123,8‰ avec des disparités entre les zones rurales (145,3‰) et urbaines (104,3‰). L'enquête réalisée à Brazzaville, auprès de 700 femmes enceintes admises pour accoucher dans les formations sanitaires de la ville, a permis d'estimer à 103 ‰ la probabilité de décès des enfants de 0 et 2 ans.

Les estimations faites par l'INED en 1997 situent le taux de mortalité infantile au Congo à 103‰. Cet indice permet de mesurer l'impact des interventions sanitaires sur la survie des enfants.

1.1 Les causes de mortalité chez l'enfant

Le tableau ci-après présente les principales causes de mortalité dans la jeune enfance.

TABLEAU 1 : PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ DANS LA JEUNE ENFANCE ENTRE 1980 ET 1985

Rang	Brazzaville 1981	Zone rurale (Linzolo)	Brazzaville 1984
1	Rougeole : 17%	Rougeole : 34%	Rougeole : 32%
2	Prématurité : 15%	Infections respiratoires : 27%	Maladies diarrhéiques : 14%
3	Maladies diarrhéiques : 10%	Malnutrition : 14%	Infections respiratoires
4	Infections respiratoires : 10%	Maladies diarrhéiques : 11%	Paludisme

D'après ces trois études menées à Brazzaville (zone urbaine) et à Linzolo (zone rurale) entre 1980 et 1985, la mortalité par rougeole semble la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Toutefois, elle a subi une baisse sensible parmi les causes de mortalité chez les jeunes enfants depuis 1985. Cette baisse s'expliquerait essentiellement par une forte diminution de son incidence alors que son taux de létalité reste stationnaire.

1.2 Les causes de morbidité chez l'enfant

Depuis plus de 15 ans, le tableau de la morbidité chez les enfants s'est modifié par le recul des maladies cibles du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Toutefois, la morbidité est toujours dominée par les maladies transmissibles et non transmissibles comme les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques et le paludisme. En 1990, 70% des motifs d'hospitalisation d'enfants de moins de 5 ans à l'hôpital de Linzolo étaient dus au paludisme, maladies diarrhéiques et infections respiratoires. Sur l'ensemble du territoire national, le paludisme constitue le principal motif de consultation des enfants de moins de 6 ans. Il est en tête des motifs d'hospitalisation. Cette situation serait le résultat d'une transmission quasi permanente du parasite.

Par ailleurs, trois maladies non transmissibles affectent particulièrement la santé des enfants. Il s'agit de la drépanocytose, les traumatismes d'origine accidentelle ou non et le goitre par carence en iode.

2. Perception de l'état de santé des enfants

C'est un phénomène récent qui a des effets sur la santé, mais qui n'a pas encore fait d'observations systématiques et d'études approfondies. Deux enquêtes modestes effectuées à Brazzaville en 1986, l'une auprès des mères en consultation dans les SMI, l'autre dans les quartiers de la ville auprès des personnes âgées de 20 à 70 ans permettent de tirer quelques conclusions.

TABLEAU 2 : PERCEPTION DES SIGNES DE MAUVAISE SANTÉ DES ENFANTS.

Lieu	Perception	Effectif	%
S M I	Amaigrissement	35	23,5
	Aspect physique	34	22,8
	Démarche	28	18,8
	Pâleur	22	14,4
	Aspect des yeux	16	10,7
	Fatigue	11	7,4
	Tristesse	3	2,0
	TOTAL	149	100
Quartiers	Fatigue, Tristesse	38	37,6
	Pleurs	27	26,7
	Manque d'appétit	26	25,7
	Fièvre, diarrhée, vomissement	10	10,0
	TOTAL	101	100

On note un niveau élevé de vigilance pour les signes de mauvaise santé. En effet, les mères rencontrées dans les S.M.I. de Brazzaville sont sensibles au moindre signe qui pourrait révéler un état de malaise ou de maladie chez l'enfant. La vigilance des personnes rencontrées est démontrée par la multiplicité et la diversité des signes aussi bien dans les S.M.I. que dans les quartiers. Les signes qui doivent alerter la mère constituent l'essentiel des critères évoqués.

Pour les mères rencontrées dans les S.M.I., le maintien de la santé dépend surtout du respect scrupuleux des règles d'hygiène et de santé, ensuite d'une bonne alimentation. La protection de l'enfant s'obtient aussi par des prières ou le port des médailles pieuses. Ces croyances justifient le recours aux pasteurs et tradi-praticiens lorsque la médecine moderne s'avère impuissante devant la maladie.

TABLEAU 3 : PERCEPTION DE LA RESPONSABILITÉ DU DÉCÈS DE L'ENFANT.

Responsabilité	Effectif	%
Raisons familiales	38	37,6
Négligence du corps médical	31	30,7
Comportement de la mère	29	28,7
Comportement du père	2	2,0
Difficultés financières	1	1,0
TOTAL	101	100,0

Quant à la perception de la responsabilité du décès de l'enfant, on évoque des raisons familiales, la négligence du corps médical, le comportement de la mère et du père, et les difficultés financières. Ici on peut se demander quel type de responsabilité recouvrent les raisons familiales évoquées.

3. Rôle et impact des institutions sur la santé des enfants

Au terme de la loi 14-92 du 29 avril 1992 il a été adopté au Congo un « Programme National de Développement Sanitaire » (PNDS) ; celui-ci a pour objectifs centraux de :

- améliorer l'état de santé de la population par le renforcement du système de santé des districts sanitaires ;
- développer la couverture sanitaire nationale en vue de fournir à la population des soins de santé primaires de qualité avec leur entière participation ;
- renforcer la capacité nationale à la gestion du système de santé .

À travers le PNDS, le Congo qui possède des infrastructures sanitaires importantes devrait ainsi parvenir à réduire les distorsions entre régions et surtout entre les grandes villes et les zones rurales.

3.1 Le cadre chargé de la mise en œuvre du Programme National de Développement Sanitaire

3.1.1 Le cadre administratif

La mise en œuvre du Programme National de Développement Sanitaire sur l'ensemble du territoire est la mission essentielle assignée à la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP) constituée de plusieurs directions centrales divisionnaires dont les missions sont exprimées en termes de planification, de coordination, de mise en œuvre et d'évaluation des actions de santé.

La départementalisation de la DGSP induit une forte dispersion des informations et des ressources. Il en résulte ainsi une multiplication considérable des centres de décisions ; aussi la mise en œuvre du PNDS connaît-elle une coordination imparfaite.

Au niveau périphérique, l'action est souvent limitée faute de moyens et de réelle décentralisation régionale. Les directions régionales de santé éprouvent de réelles difficultés à exercer leurs responsabilités d'encadrement des activités socio-sanitaires. Actuellement, les prestations socio-sanitaires en faveur des enfants s'inscrivent dans le cadre des programmes nationaux et projets de coopération bilatérale ou multilatérale. Malgré l'intégration dans les structures de santé existantes des activités de ces programmes et projets, le caractère vertical des activités support et l'absence de coordination réelle entre les directions concernées constituent un frein à la rationalisation des actions entreprises.

3.1.2 L'organisation opérationnelle

Les opérations sanitaires en faveur des enfants menées sur le territoire national passent par un cadre officiel qui est déterminé selon le statut juridique et la hiérarchie fonctionnelle. Selon le statut juridique, le secteur d'État au Congo représente l'essentiel du réseau d'établissements sanitaires ; celui-ci a pour principe de base la gratuité des soins de santé. À côté de ce secteur, on note celui du para-étatique constitué des réseaux d'installations sanitaires généralement articulés autour d'un service de santé maternelle et infantile.

Enfin, on note aussi l'exercice libéral de la médecine et des professions para-médicales, autorisé depuis 1988. Celui-ci connaît un essor considérable ces dernières années.

Selon la hiérarchie fonctionnelle, l'ensemble des établissements sanitaires est structuré suivant un modèle pyramidal dont la hiérarchisation s'établit de la manière suivante :

*CHU -> Hôpital Général -> Hôpital Régional / de Commune -> Hôpital de base ->
Centre de Santé Intégré-> Poste de santé*

La localisation géographique est le principal critère utilisé pour déterminer le type d'établissement. Mais le fonctionnement d'ensemble de ce réseau ne présente guère les caractéristiques d'un système d'orientation - recours cohérent.

3.2 Les ressources pour la santé de l'enfant

3.2.1 Les établissements

TABLEAU 4 : ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AUX FORMATIONS SANITAIRES (DISTANCE ≤ 5 KM)

Lieu	Centre de santé	Centre de vaccination
Brazzaville	100%	100%
Pointe-Noire	100%	100%
Centre secondaires	100%	97%
Zones rurales	75%	48%

Selon l'enquête nationale sur l'état nutritionnel des enfants d'âge pré-scolaire au Congo réalisée par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales en 1986 en zone urbaine (Brazzaville) puis en zones rurales (localités de moins de 30.000 habitants), le Congo se caractérise par une accessibilité géographique importante aux établissements sanitaires existants. Toutefois, il est à noter que l'accès aux soins est très inégal selon les circonscriptions et entre zones rurales et zones urbaines.

TABLEAU 5 : INFRASTRUCTURES SANITAIRES EN 1999

Structures	Nombre
Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	1
Hôpitaux généraux	3
Hôpitaux secondaires	14
Hôpitaux de base	30
Centres de Soins Intégrés	127
Dispensaires	481
Autres	38

Notons que les trois quarts de ces établissements se trouvent dans les zones urbaines et Brazzaville, la Capitale du Congo, en est le plus grand bénéficiaire.

Au-delà des Centres de Soins Intégrés (CSI), les activités de base relatives à la santé de l'enfant sont développées dans la majorité des établissements de première ligne, y compris les hôpitaux. Mais les infrastructures sanitaires présentées dans le tableau 5 ne reçoivent pas tous les équipements conformes à leurs fonctions et attributions. Il y a donc des distorsions en terme de sur-équipement, sous-équipement ou défaut de comptabilité.

3.2.2 Le personnel

Selon les données de l'Annuaire statistique du Congo 1997-2001, le Congo dispose d'un effectif de 7049 agents de santé en 2000. La répartition de ces agents présente des disparités importantes selon les localités. Cette situation, qui serait due à l'attrait des villes sur le personnel de santé qui déserte les campagnes, s'est encore aggravée avec les événements socio-politiques de 1993-1999.

Par ailleurs, d'après les conclusions d'une étude sur les Services de Santé Maternelle et Infantile, le fonctionnement de ces structures est affecté par le manque de formation continue des agents de santé et l'absence de certaines catégories de personnel technique.

TABLEAU 6 : RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ AU CONGO EN 2000

Catégorie	Nombre	Ratio/habitant
Médecins	540	1/5 358
Pharmaciens	75	1/38 579
Sages-Femmes Principales	232	1/12 472
Assistants sanitaires	752	1/3 848
Infirmiers Diplômés d'État	1439	1/2 011
Sages-Femmes Diplômées d'État	347	1/8 338
Techniciens Supérieurs de Laboratoire	92	1/31 450
Agents techniques de santé	1396	1/2 073
Agents Techniques de Laboratoire	276	1/10 483
Ingénieurs	5	1/578 680
Personnel Administratif	878	1/3 295
Autres	1017	1/2 845
TOTAL	7049	1/410

4. Couverture sanitaire et recours thérapeutique des enfants

Les prestations de santé en faveur des enfants sont au centre des préoccupations des centres de santé maternelle et infantile (S.M.I.). Ces centres intègrent des activités tant curatives que préventives ou promotionnelles.

En raison du manque d'indicateurs pertinents, les informations actuellement disponibles, permettant un examen plus ou moins exhaustif de la couverture pour les différents types d'intervention sanitaire en direction des enfants dans le secteur formel, ne concernent que les premiers déterminants de la couverture, c'est-à-dire la disponibilité, l'accès et l'utilisation, plus rarement la continuité et l'efficacité des soins ou services.

4.1 La prévention des maladies

Comme dans bon nombre de pays africains, au Congo, les objectifs concernent essentiellement la prévention des maladies évitables par la vaccination grâce au Programme

Élargi de Vaccination (P.E.V.) et le dépistage des enfants à risque de malnutrition (surveillance de croissance).

Le Programme Élargi de Vaccination vise la réduction de l'incidence de six maladies cibles notamment la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole, par la vaccination des enfants de moins d'un an.

L'impact du PEV au Congo est démontré par la réduction importante des maladies cibles, en particulier la rougeole et la poliomyélite. Ce résultat a été obtenu grâce à une couverture vaccinale élevée et une efficacité satisfaisante.

TABLEAU 7 : COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE UN AN

Antigène	% d'enfants vaccinés (enquête)	% d'enfants vaccinés (données administratives)
BCG	90%	86%
DT COQ-3	79%	77%
POLIO ORAL-3	79%	77%
ROUGEOLE	75%	77%

4.2 La réhydratation par voie orale

Outre le Programme Élargi de Vaccination, la réhydratation est une technique qui se situe à mi-chemin entre les activités de prévention et les activités curatives. La Réhydratation par Voie Orale (RVO) vise tout à la fois à prévenir et à traiter la déshydratation d'origine diarrhéique. Longtemps confiné aux seuls grands centres urbains, le Programme National de Lutte contre les Maladies diarrhéiques intéresse maintenant tous les autres centres de santé. Par rapport au PEV, le Programme National de Lutte contre les Maladies diarrhéiques n'a pas encore atteint l'impact voulu. Selon l'étude réalisée à Brazzaville et à Pointe-Noire en 1986, 25% des enfants diarrhéiques de Brazzaville bénéficient d'une réhydratation par voie orale à domicile ou au centre contre 27% à Pointe-Noire. Le recours à un centre de santé se fait dans 40% des cas.

Enfin, l'impact du programme de réhydratation par voie orale serait affecté par les éléments suivants :

- un soutien politique et une mobilisation sociale très inférieure à celle du P.E.V. L'adhésion des agents de santé à cette technique est encore mitigée.
- une résistance de la communauté médicale, encouragée par la pression des délégués médicaux ;
- une réhydratation par voie orale qui consiste trop souvent en une simple distribution de sachets de sel de réhydratation aux mères des enfants diarrhéiques ;
- une logistique encore insuffisante ;
- une information des mères qui doit être plus explicite sur les conduites à tenir en cas de diarrhée.

4.3 La prise en charge thérapeutique des maladies de l'enfant

Il s'agit de la consultation des enfants malades dans les différents types de structures sanitaires. L'utilisation de ces services semble en perte de vitesse au profit des établissements privés, reconnus ou non. Les raisons avancées concernent l'accueil, l'absence de médicaments et la qualité de l'examen. L'enquête effectuée en 1986 dans six centres de S.M.I. de Brazzaville indique que dans 93% des cas, les enfants venant en consultation pédiatrique repartent avec une ordonnance et dans 38% des cas, l'enfant repart également avec des médicaments.

4.4 L'éducation pour la santé

Elle est assurée par le Service de l'Éducation pour la Santé de la Direction Nationale des Soins de Santé Primaires et de la Section de l'Éducation pour la Santé de la Direction de la Santé de la Famille. Les médias (essentiellement la radio et la télévision) et l'organisation des séances d'éducation dans les S.M.I. sont les deux canaux qui sont les plus utilisés en faveur de la santé des enfants. Ici des efforts particuliers sont réalisés dans des domaines bien précis comme le Programme Élargi de Vaccination, la lutte contre le VIH/SIDA, la promotion de l'allaitement maternel, des techniques de sevrage, de la solution salée sucrée et de la surveillance de la croissance.

4.5 Recours thérapeutiques

Dans les grands centres urbains, l'offre thérapeutique se caractérise par une multiplicité de recours possibles « traditionnels » ou modernes, publics et officiels, privés et semi-clandestins. En zone rurale, l'éventail est plus réduit, mais l'opposition entre « moderne institutionnel » et « informel moderne » ou « traditionnel » subsiste.

Les informations disponibles pour déterminer l'importance des différents modes de recours sont peu nombreuses ; elles concernent essentiellement le secteur urbain.

Les résultats de l'enquête effectuée en 1986 auprès des mères se présentant à la consultation dans une S.M.I. et d'habitants des quartiers de Brazzaville indiquent que le recours le plus utilisé concerne les établissements sanitaires publics tant pour les activités préventives que curatives. Dix pour cent des femmes interrogées affirment avoir recours à d'autres modes (herboriste, pasteur) ou à tous les modes successivement. Mais ces résultats sont à prendre avec précaution en tenant compte des biais de l'étude : sélection de l'échantillon, difficulté à susciter des réponses franches sur le recours au secteur informel ou traditionnel. Mais dans la grande majorité, le mode thérapeutique utilisé est médicamenteux (95%).

5. Quelques perspectives en matière de protection de l'enfant dans le domaine de la santé

Elles portent sur les objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité, les problèmes prioritaires liés à leurs causes immédiates, sous-jacentes et structurelles et sur les orientations stratégiques et opérationnelles.

5.1 Les objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité

Ils peuvent se résumer ainsi :

- réduction de la mortalité infantile ;
- réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants en âge pré-scolaire ;
- réduction de l'incidence de la rougeole chez les enfants de moins de 5 ans ;
- éradication de la poliomyélite et du tétanos prénatal ;
- réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans liée aux maladies diarrhéiques.

5.2 Les problèmes prioritaires liés aux causes de la mortalité et de la morbidité élevées des enfants

Si les causes immédiates de la mortalité et de la morbidité chez les enfants sont des maladies (rougeoles, paludisme), il existe aussi des causes sous-jacentes et des causes structurelles qu'il importe de connaître, d'appréhender et de combattre. Pour les causes sous-jacentes, on peut citer :

- l'accès insuffisant à des structures de soins offrant des services décentralisés, permanents et polyvalents ;

- l'intégration insuffisante des soins dans les structures existantes ;
- la continuité des soins compromise par un manque de médicaments dans les structures sanitaires étatiques et le prix élevé dans les officines privées ;
- le cloisonnement excessif des activités médicales et la tendance à la spécialisation y compris pour le personnel médical ;
- le recours systématique aux structures sanitaires de référence, même pour des affections qui ne le justifient guère ;
- le recours au secteur informel de la médecine qui expose les utilisateurs à des pratiques dangereuses.

Quant aux causes structurelles, on note que :

- les crédits alloués au fonctionnement des unités de premier échelon ne reflètent pas les priorités définies dans la politique sanitaire nationale ;
- les médicaments sont vendus à des prix trop élevés pour le revenu moyen de la plupart des ménages congolais ;
- la décentralisation effective de la santé n'existe pas ;
- la participation de la communauté à la gestion de sa santé n'est pas organisée de manière effective ;
- l'utilisation rationnelle des médicaments et des ressources par les agents de santé se heurte à l'absence de motivation et de responsabilité des agents de santé.

5.3 Les orientations stratégiques

Elles se rapportent aux voies à explorer pour remédier aux causes structurelles et sous-jacentes de la mortalité et de la morbidité qui frappent les enfants. Elles peuvent être définies comme suit :

- élaboration et application d'une programmation sanitaire nationale visant le renforcement des systèmes de santé des régions socio-sanitaires selon un découpage qui privilégie la décentralisation et l'intégration des services ainsi que le renforcement de l'organisation et de la participation communautaire en vue d'assurer la viabilité des structures ;
- mise en place d'une politique de formation médicale et paramédicale conforme aux besoins réels des secteurs public et privé ;
- révision de la politique nationale du médicament.

5.4 Les orientations opérationnelles

Elles concernent :

- la qualité des soins (continuité, intégration et globalité) à assurer par la mise en place des services permanents, polyvalents et décentralisés ;
- le maintien et le renforcement des acquis du Programme Elargi de Vaccination (P.E.V.) dans l'optique de l'éradication de la poliomyélite et de l'élimination du tétanos néonatal ;
- le renforcement des acquis de la thérapie de réhydratation orale (T.R.O.) ;
- l'approche multisectorielle et la décentralisation des activités de lutte contre le VIH/SIDA. Des mécanismes associant les services socio-sanitaires, les familles et les associations devront être identifiés en vue d'assurer une réponse plus efficace aux problèmes socio-économiques, démographiques et humains que pose la maladie ;
- l'éducation pour la santé/planification familiale. Une communication plus participante, à base d'expérience vécues devrait être stimulée ;

- l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services périphériques favorisant la réduction de la mortalité liée aux affections respiratoires aiguës ;
- la recherche opérationnelle et le recueil de statistiques socio-sanitaires par la mise en place d'un système d'informations sanitaires visant une meilleure planification des actions socio-sanitaires, la définition de meilleures politiques et l'évaluation des programmes et projets.

Conclusion

Les tableaux de la mortalité et de la morbidité des enfants se sont notablement modifiés depuis plus de 15 ans. Si l'incidence de certaines maladies est en recul (la rougeole et la poliomyélite sont en voie d'éradication) grâce au Programme Élargi de Vaccination (P.E.V.), le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le VIH/SIDA et la tuberculose constituent encore aujourd'hui les problèmes de santé les plus sévères de l'enfant, en termes de morbidité, de létalité et de handicap.

Et l'augmentation importante du VIH/SIDA, à elle seule, a remis en cause les efforts accomplis ces dernières années pour améliorer la survie des enfants.

Par ailleurs, les autorités congolaises n'ont pas encore réussi à offrir un système de santé véritablement efficace, malgré des choix déclarés en faveur de la médecine préventive et de soins de santé primaires.

De même, si la réussite du P.E.V. (75% de couverture vaccinale) peut être considérée comme est un fait isolé, les autres programmes tels que la planification familiale, la surveillance de la croissance ou le suivi prénatal présentent des résultats moyens.

Enfin, au Congo, la situation sanitaire de l'enfant reflète l'insuffisance de la couverture effective en soins de santé curatifs, préventifs et promotionnels adaptés aux besoins prioritaires de la population. Le renforcement des structures de premier échelon apparaît comme une priorité dans ce contexte. Sur le plan institutionnel et individuel, ceci devrait impliquer une meilleure compréhension des problèmes et une meilleure gestion des ressources affectées à la santé. Ce défi serait à relever parallèlement à la mobilisation de ressources communautaires supplémentaires.

BIBLIOGRAPHIE

- CENTRE NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (CNSEE), *Annuaire statistique du Congo 1997-2001*, Brazzaville, Septembre 2002.
- LOUTETE-DANGUI N., *Aperçu sur le niveau de la mortalité infantile à Brazzaville en 1980-1981* ; CASP, Brazzaville, mai 1989.
- Population et Sociétés* ; « Tous les pays du monde » ; Bulletin Mensuel d'Information de l'INED, numéro 326, Paris, Juillet-Août 1997 ;
- UNICEF, *Analyse de la situation des enfants et des femmes au Congo*, Brazzaville, 1992.
- UNICEF, *Les enfants et l'environnement, une stratégie de l'UNICEF pour un développement durable*, New-York, USA, octobre 1989.
- UNICEF, *Les stratégies d'aide à l'enfance pour les années 1990*, New-York, USA, novembre 1989.