

La Societat Catalana de Pediatria acull el Centre Internacional de l'Enfance. París.

Coordinadors: JM. Bosch Banyeras i P. Royer.

Participants: C. Martí Henneberg, J. Brouste, L. Houlemare, N. Guérin, E. Chevallier, D. Baudin.

Treball rebut: 19.11.92.

Treball acceptat: 28.2.93.

El Centre Internacional de l'Enfance i la Societat Catalana de Pediatria: Una col·laboració en el futur

C. Martí Henneberg

Societat Catalana de Pediatria

El Centre Internacional de l'Enfance (CIE) va ser fundat el 1949 pel Prof. Robert Debré amb l'ànim de complementar la seva obra de renovació de la pediatria francesa. La missió del centre era en un principi la de fer arribar als països francòfons el paper de la medicina europea. El Centre es va convertir en capdavanter en la formació de la medicina preventiva maternal i infantil en els països subdesenvolupats.

És interessant adonar-se de com aquesta experiència impulsada per pediatres de París de formació bàsicament hospitalària els transformà a ells mateixos.

La Dra. Natalie Masse, primera coordinadora del C.I.E., era una de les millors alumnes del Prof. Debré a l'Hôpital d'Enfants Malades. Era pediatre, però la seva formació en medicina preventiva va ser autodidacta i en canvi a través de la seva labor en el C.I.E. es va convertir en una figura senyera i mundial que portà a molts països la bona nova de la necessitat de protegir el nen.

Va ser aquest coneixement de la problemàtica del nen en el tercer món la que va fer néixer la idea de preparar utensilis fàcils, poc costosos i científics per a la pediatria general en aquests països. D'aquí va sorgir la idea de fer mesurar el creixement en talla i en pes com a índex de salut. Però també va posar en evidència la necessitat d'establir una estandardització en aquest estudi. Així fou com el C.I.E va encarregar a un grup d'investigadors europeus que realitzessin un estudi longitudinal de vint anys destinat a establir quina era la corba de creixement humana. Tots tenim avui sobre la nostra taula de treball aquestes corbes que utilitzem cada dia en el tractament del nen malalt i també del sa.

No oblidem, doncs, que va ser el contacte globalitzador amb la problemàtica del nen la que va donar impuls al C.I.E per fer sorgir les corbes de creixement.

Aquesta visió globalitzadora de la realitat del nen, que s'obté tenint un peu en els països desenvolupats i un altre en els països en vies de desenvolupament, s'ha convertit en l'actitud més moderna en pediatria. La Societat Catalana de Pediatria, en apropar els seus contactes amb les institucions que divulguem aquesta actitud, es posa, doncs, en primera línia. El pediatre del futur confrontat a tot el món amb una societat cada dia més multiracial i multicultural necessitava aquesta visió com un plantejament de base de la seva actitud professional.

Què podem, doncs, oferir als membres de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) en obrir una via de contacte i col·laboració amb el C.I.E? En primer lloc, una possibilitat de formació. El centre de documentació del C.I.E està plenament orientat cap a la pediatria. Els aspectes de prevenció, organització assistencial, malalties transmissibles, demografia sanitària en pediatria, nutrició i creixement, estan plenament desenvolupats en aquesta visió mundial.

També els cursos del C.I.E, especialment el dedicat a la mare i el nen. Aquests cursos, a més de la formació en ella mateixa, ofereixen la possibilitat de contactes amb metges que vénen del món de fora.

Per als nostres socis, el C.I.E potser també és un lloc d'orientació en la recerca. Especialment per una qualitat a la qual aquí s'atorga un gran valor: l'establiment de xarxes d'investigadors situats a diferents països i amb objectius interrelacionats. Tots aquells plans de recerca que puguin comportar grups integrats amb

investigadors de països desenvolupats i països en vies de desenvolupament trobaran en el C.I.E un punt de confluència essencial.

La S.C.P., que desenvolupa un curs de «nova puericultura», trobarà també en el C.I.E la col·laboració necessària per elevar el seu nivell i per introduir en el seu

desenvolupament aquesta visió àmplia de la realitat del nen que el farà plenament actual.

Intercanvis de molt diversa naturalesa són els que la S.C.P i el C.I.E poden desenvolupar i estic segur que les persones que regeixen la nostra societat els desenvoluparan en un pròxim futur.

Martí Henneberg C. El Centre Internacional de l'Enfance i la Societat Catalana de Pediatria: Una col·laboració en el futur. But Soc Cat Pediatr 1993; 53: 123-124.

La situació de la salut del nens en el món a l'hora actual

P. Royer

Centre International de l'Enfance. París.

Quin és l'estat de salut del nen, al començament del «quart decenni» del desenvolupament, tal com ha estat definit per les organitzacions internacionals? Potser cal recordar que la protecció de la salut de la mare i del nen és un problema bàsic per a la supervivència de l'espècie i per a l'esdevenidor de les societats humanes. Sempre ha preocupat, aparentment, els grups humans i ha estat resolt en cada moment de la història dels homes en funció del fons cultural, de la situació econòmica i demogràfica de les comunitats. Aquesta adaptació inevitable s'ha de guardar a la memòria.

La conferència estarà limitada a sis punts. 1) Les estratègies de salut pública. 2) L'evolució durant el tercer decenni del desenvolupament. 3) Les necessitats no satisfetes dels nens en els països en desenvolupament. 4) Les necessitats no satisfetes en els països desenvolupats. 5) Proposició de programa per al quart decenni (Congrés Mundial del Nen, 1990). 6) Adaptacions i recerques.

Les estratègies de salut pública i el paper dels «indicadors»

Les estratègies d'acció a favor de la salut del nen depenen, en part, «d'indicadors» aportats pels estudis epidemiològics fets sobre les dones gestants, que al·leten i sobre els nens. Els indicadors més utilitzats són la mortalitat i la morbiditat infantils i perinatals. Són senzills, tot i que l'obtenció de xifres exactes comporta encara discussió i investigació, com ho va mostrar el col·loqui que tingué lloc a París al Centre Internacional de la Infància el 1987. De tota manera, en les comparacions entre països afavorits i països pobres, s'ha fet evident que les desviacions eren encara més grans per altres indicadors: la mortalitat infanto-juvenil (0-5 anys o MM5) i la mortalitat materna, desviacions que empenyen actualment cap a accions prioritàries dins d'aquests dominis.

És evident que els indicadors de «salut» s'han de completar amb indicadors macroeconòmics (PIB, producció industrial i agrícola, comerç, transports, treball i allotjament), indicadors demogràfics (esperança de vida, piràmide d'edats, domini de nens i adolescents, zones d'urbanització ràpida) i amb estudis antropològics (acceptabilitat) i sociològics (problemes dels exclosos i dels no-inclosos dels sistemes de salut i d'educació).

Aquests indicadors demostren que les situacions de salut del nen són molt variables i que l'estat mundial és molt heterogeni. Això és evident entre els països desenvolupats i els països desfavorits. De tota manera, el grau de desenvolupament i de subdesenvolupament tenen moltes variants. A més, cap nació no està completament desenvolupada, ni completament subdesenvolupada. Cada ètnia, cada comunitat, cada regió, cada classe social té les seves particularitats. Veiem així juxtaposar-se els problemes tradicionals de les malalties transmissibles i de les alteracions alimentàries i els problemes que han emergit més recentment dels nous coneixements científics, en particular dels que concerneixen la genètica i la biologia del desenvolupament humà, o les accions patogèniques de l'entorn físic, vivent, familiar i social de la mare i del nen. Aquesta multiplicació d'àrees d'acció necessita nous mitjans d'informació, de formació de personal, de programació nacional i internacional. Això ha estat testimoni, en el tercer decenni del desenvolupament, per les decisions preses a Alma-Ata per l'Assemblea Mundial de la Salut i els programes GOBI i els derivats de l'UNICEF. Com ho testimonien també, per al quart decenni, les decisions del Congrés Mundial per als Nens de setembre de 1990 a la seu de l'ONU a Nova York, preparades per la taula rodona mundial «Els nens d'avui. El món de demà», la primavera de 1990 a París, al Centre Internacional de la Infància.

L'evolució de la salut de la mare i del nen durant el tercer decenni del desenvolupament (1980-1989)

L'Any Internacional del Nen, el 1979, ha desencadenat per al tercer decenni un interès considerable per als problemes de supervivència, de protecció i desenvolupament dels nens, en els països rics i en els països desfavorits. L'estratègia dels serveis de base i la fórmula d'atenció primària, la posada en marxa del Programa Ampliat de Vacunació (PAV) i del Programa de Sanejament i d'Aprovisionament d'Aigua Sana han estat beneficioses, malgrat que la recessió econòmica, durant els anys 80-85, ha compromès la seva aplicació a gran escala. Les accions portades a terme han permès de salvar la vida anualment a 7 milions de nens: 1.5 milions pel PAV, amb una taxa de cobertura vacunal del 10 al 50%, i 1 milió gràcies a la rehidratació oral en les diarrees.

La incidència de la poliomielitis s'ha reduït fortament. L'alletament matern baixa encara en els països pobres, però augmenta en els afavorits. L'aprovisionament d'aigua sana s'ha assegurat a 700 milions de persones més i equipament sanitari a 480 milions de persones, sobretot a la Xina, Índia, Pakistan i Nigèria. Les malalties per carència de vitamines i oligoelements (anèmia, goll, xeroftalmia) no s'han beneficiat encara suficientment de les possibles accions. L'educació bàsica i l'alfabetització han progressat, però estan sovint limitades per la demografia i les dificultats econòmiques.

La mobilització d'organitzacions no governamentals i de la comunitat internacional ha estat cada vegada més vigorosa i organitzada per als nens del carrer i per a aquells implicats en les guerres civils o internacionals o en les catàstrofes naturals (fam, inundacions, terratrèmols).

En els països afavorits s'han de citar diversos progressos: l'ampliació de la baixa per maternitat i de vegades la creació de la baixa per paternitat; una millor protecció i prevenció de les deficiències; una seguretat més gran contra els accidents i intoxicacions; una recuperació de l'alletament matern; l'organització de l'atenció prenatal i perinatal ha permès de reduir la taxa de mortalitat infantil, de mortalitat perinatal, de mortalitat de menys de cinc anys de manera impressionant.

En conclusió, a despit de certs resultats espectaculars, el tercer decenni de la salut ha estat sovint el de les ocasions perdudes per a la infància a nombrosos països desfavorits. Tanmateix, va ser un període joïós de reflexió i d'ampliació d'ambicions, i testimonià de manera molt clara l'adopció, per l'ONU, de la Convenció Internacional dels Drets de la Infància i la signatura per nombrosos països, la llista dels quals continua creixent.

Les necessitats no satisfetes dels nens dels països desfavorits

Al començament del quart decenni del desenvolupament l'anàlisi general de la salut dels nens en el món posa en evidència la persistència de problemes majors. Alguns punts forts es resumeixen aquí. Cent cinquanta-cinc milions de nens (40 milions a les ciutats, 115 milions a zones rurals), a part de la Xina, viuen per sota

del nivell crític de pobresa. Cent milions de nens de països en desenvolupament, 20% dels quals en edat d'escolarització primària, no van a l'escola. Vint per cent dels nens de menys de quinze anys viuen en condicions d'extrema dificultat: guerra, catàstrofes naturals, ruptura dels lligams familiars (orfes i abandonats). La majoria dels 30 milions de refugiats o persones desplaçades són nens.

S'entén que els problemes específics de sanitat siguin, en aquestes condicions, difícils d'explicar. En els països desfavorits, 14 milions de nens de menys de cinc anys moren cada any de malalties i d'accidents evitables; 3 milions estan afectats d'incapacitats greus lligades a causes evitables. Les principals causes de mort són, en aquests països, les diarrees (4 milions), les malalties transmissibles evitables per la vacunació (3 milions), el paludisme (2 milions), les infeccions respiratòries agudes (2 milions) i diverses afeccions per a la resta, tot sobre un fons de malnutrició aguda o crònica. La meitat dels nens de menys d'un any no estan completament vacunats contra les sis malalties del PAV. Només el 20% dels nens amb diarrea reben tractament de rehidratació oral.

La meitat dels nens dels països desfavorits no disposen d'aigua potable i els dos terços no tenen accés a un sistema de sanejament. En fi, 40% dels de menys de cinc anys pateixen malnutrició protídica, 50% anèmia nutricional, 500.000 es tornen cecs per falta de vitamina A. Vuit-cents milions de persones, la majoria nens, pateixen manca de iode; 200 milions tenen goll i 3 milions desenvolupen un cretinisme hipotiroïdal.

La salut materna està encara més greument afectada i 500.000 dones moren cada any durant l'embaràs i el part. Menys del 40% de les dones casades en edat fèrtil saben com prevenir els embarassos no desitjats.

Les necessitats no satisfetes en els països afavorits

S'ha posat en evidència, gràcies als estudis fets amb motiu de l'Any Internacional del Nen, que la situació del nen en els països afavorits no era encara adequada. Deu anys després, malgrat els progressos indiscutibles, és clar que la vacunació generalitzada dels nens encara no es realitza, i diversos objectius no s'han assolit a nombrosos d'aquests països i sobretot en determinades capes de la població, en particular: la prevalença de l'alletament matern, la prevenció del dèficit ponderal a la naixença, la prevenció i tractament de les deficiències motores, sensorials i mentals, l'atenció perinatal, la prevenció de l'exploació abusiva dels nens, l'organització de la medicina dels adolescents, l'estimulació pre-escolar del nen, la prevenció dels accidents i de les intoxicacions.

Proposició d'un programa per al decenni 1991-2000 feta al Congrés Mundial per als Nens (Nova York, 1990)

La Convenció Internacional per als drets del nen i el Congrés Mundial per als Nens de 1990 són els actes fo-

namentals que consagren la presa de consciència internacional de la primàcia del nen.

Dins l'àrea dels objectius de salut, hem de recordar sobretot 3 grups de decisions, per millorar la salut del nen:

Primer, la **salut del nen** amb:

- l'erradicació de la poliomielitis;
- l'eliminació del tètan neonatal;
- la reducció dels casos de rubèola en un 90%;
- la cobertura vacunal d'almenys el 90% dels nens de menys d'un any;
- la reducció de la meitat de les morts per diarrea i del terç de les morts per infeccions respiratòries agudes;
- l'eliminació de la malaltia deguda al cuc de Guinea.

Després, la **protecció de la salut de les nenes i les dones**:

- accés de totes les parelles als serveis de planificació familiar;
- accés de totes les dones a l'atenció prenatal i a una assistència qualificada en el curs del part;
- reconeixement de les necessitats particulars de les nenes i de les dones en l'àrea de la salut i de l'alimentació.

Finalment, **els problemes de la nutrició**:

- reducció a menys del 10% de dèficit ponderal a la naixença;
- reducció d'un terç de casos d'anèmia ferropènica en les dones;
- eliminació quasi total dels problemes imputables a la manca de vitamina A i de iode;
- promoció de l'alletament matern durant els 4 o 6 primers mesos de vida;
- difusió de coneixements que permetin a les famílies d'assegurar-se la seguretat alimentària;
- institucionalització a tots els països de la promoció i de la vigilància del creixement.

Adaptació i execució locals dels preceptes generals

Ningú no discuteix el paper admirable i eminent de les diferents organitzacions, OMS i UNICEF en particular, i de certs organismes humanitaris no governamen-

tals (ONG) en la salvaguarda de la vida amenaçada de mares i nens i en la distribució de conceptes i de mitjans. El Centre Internacional de la Infància ha jugat i juga aquest paper a l'Àfrica, Amèrica llatina i Àsia, amb mitjans propis, en accions a mitjà i llarg termini concorrent la circulació d'informació, la formació de personal, la reflexió analítica sobre els problemes nous o oblidats i la direcció d'estudis i de recerques. De tota manera, està clar que a cada nació, a cada regió, a cada comunitat, estudis operacionals locals adaptats a les particularitats culturals, econòmiques, polítiques, han de ser comentades i posades a punt, sota l'única responsabilitat de les instàncies locals. La sèrie «projectes locals» organitzats en els països africans de llengua francòfona, gràcies al mecenatge de l'Associació Internacional de Pediatria i del Centre Internacional de la Infància, és un exemple d'aquest tipus, la síntesi del qual es va presentar a Montréal el juliol de 1987. Els diferents sistemes de sanitat (hospitals, centres de salut, protecció materna i infantil, atenció primària), tenen els seus avantatges i inconvenients. Cal estudiar la seva combinació i aplicar-la segons les particularitats nacionals, regionals i comunitàries i ve condicionada per diversos mitjans. Les universitats, ara distribuïdes arreu, poden tenir un paper eminent en aquesta «adaptació» al desenvolupament dels coneixements i a les responsabilitats culturals i econòmiques de cada país, de cada regió, de cada comunitat, i que elles es tornin sensibles a les anàlisis fetes a nivell de les comunitats rurals o urbanes.

Aquesta «adaptació» necessita la posada en marxa vigorosa dels mitjans humans i materials d'estudi i recerca clínica, mitjans tecnològics i operacionals propis de cada país o grup de països. Les universitats, els serveis i els instituts han de tenir un paper important en la recerca biomèdica o en l'àrea de l'ecologia, de l'economia, de la sanitat, de les ciències de l'educació i de l'antropologia. L'oportunitat de desenvolupar la investigació en els països, en desenvolupament ha estat discutida. Actualment, l'OMS, la CEE, el CIE i els organismes nacionals de recerca han admès la necessitat d'aquesta investigació i s'han esforçat a definir els mitjans i el finançament. Així, s'han posat en marxa centres excel·lents, xarxes de cooperació nord-sud i sud-sud, beques i contractes de «recerca-acció-formació», seminaris metodològics.

Els cursos i la formació del CIE

J. Brouste

Centre International de l'Enfance. París.

El CIE intenta afavorir la salut i el desenvolupament de cada nen en el seu entorn físic i humà. Durant els seus 43 anys d'existència, ha posat al servei d'aquest objectiu una sèrie de mitjans i mètodes que no ha deixat d'adaptar en funció de l'evolució dels problemes i dels coneixements. Sense ignorar les necessitats d'ajut urgent per fer front a les situacions imprevistes de conseqüències sovint dramàtiques, privilegia les accions destinades a produir efectes durables.

Dins d'aquesta perspectiva, el CIE considera que és essencial formar homes i dones capaços:

- d'estudiar, sense doctrina *a priori*, les situacions concretes dins les quals neixen i viuen els nens, acudint a les fonts de diverses disciplines (epidemiologia, sociologia, antropologia, psicologia, economia, demografia, etc.);
- d'identificar problemes i aportar solucions que siguin a la vegada ben adaptades a aquelles situacions concretes i susceptibles de comportar resultats a llarg termini;
- de posar en marxa aquestes solucions obtenint l'adhesió activa de les poblacions implicades;
- de posar-se constantment en qüestió, no d'una altra manera que avaluant objectivament els resultats obtinguts.

Les formacions del CIE no han pas d'ésser viscudes pels qui les segueixen com a situacions puntuals dins d'una carrera sinó com a moments d'un programa més ambiciós que s'inscriu dins la durabilitat. Això comporta diverses conseqüències.

Els diferents tipus de formació que assegura el CIE:

- curs per correspondència, cursos internacionals, sessions nacionals o regionals, formacions globals o específiques –no són pas elements aïllats o simplement sobreposats sinó complementaris els uns amb els altres.

Els *cursos internacionals*, organitzats a París, estan actualment centrats al voltant dels subjectes següents:

- la salut de la mare i del nen: planificació i organització de programes comunitaris integrats;
- l'avaluació econòmica dels programes de salut;

- la nutrició i la sanitat pública;

- la metodologia de la recerca en l'àrea de la salut maternal i de la fecunditat.

Aquests cursos aporten un ensenyament de tipus post-universitari a becaris que provenen d'horitzons culturals, professionals i geogràfics diversos. El 1992, per exemple, el curs de salut de la mare i del nen va reunir durant 14 setmanes 24 participants d'Europa occidental i oriental, del nord d'Àfrica i del sud del Sàhara, del sud-est d'Àsia i d'Amèrica llatina. La majoria són metges –pediatres, ginecòlegs-obstetres, generalistes, practicants, responsables administratius o mestres– i d'altres són llevadores, farmacèutics o sociòlegs.

Aquesta confrontació d'experiències tan diferents ofereix l'avantatge de «desestabilitzar» els participants, d'obligar-los a centrar-se, a desenvolupar les seves capacitats de reflexió, de recerca, d'obertura d'esperit, d'escoltar i de creativitat. Així poden disposar de múltiples referències permetent-los, una vegada a casa seva, d'arbitrar, en funció de les realitats locals, entre les diferents possibilitats.

L'experiència ha, tanmateix, provat que aquesta heterogeneïtat de participants posa dificultats que no poden ser pal·liades sense un període d'adaptació més o menys llarg. És, en gran part, per atenuar aquestes dificultats que el CIE ha llançat, després de tres anys d'experiència, l'ensenyament per correspondència a fi d'harmonitzar el nivell de coneixements de base en diverses disciplines i seleccionar millor els candidats aptes per treure profit dels cursos internacionals on els programes poden, des d'ara, ser més ben adaptats a l'objectiu pretès. Els cursos per correspondència estan actualment organitzats en nutrició i sanitat pública, i també en salut maternal i infantil - sanitat comunitària.

Les sessions descentralitzades, organitzades per un país o un grup de països, són generalment més curtes, d'1 a 2 setmanes en lloc de les 4 a 14 setmanes dels cursos internacionals, dels quals constitueixen, en gran part, la preparació i la perllongació a la vegada. La preparació perquè permeten percebre millor els problemes de salut tal com es manifesten realment sobre el terreny, i d'identificar futurs participants als cursos internacionals. La perllongació ja que les persones formades als cursos internacionals poden intervenir-hi, després, com formadors.

Les formacions del CIE entre en sinèrgia amb altres tipus d'activitats

Estudi i recerca

El CIE es compromet a aprofundir en la reflexió sobre les qüestions d'actualitat, a facilitar trobades entre investigadors i practicants, a desenvolupar els programes específics d'investigació sobre temes com ara el lloc i el paper de l'hospital i de les estructures perifèriques en la salut dels nens, l'acceptabilitat i l'accessibilitat de les vacunes, el futur socio-econòmic dels nens i de les famílies afectades per la SIDA, la prevenció de les anèmies nutricionals, les relacions nen-televisió, les condicions de vida dels nens en les zones urbanes desfavorides, etc.

Les activitats en l'àrea de l'estudi i la recerca permeten al CIE d'integrar en les seves formacions els coneixements més recents. Però, més profundament, vol fer comprendre als seus estudiants que la investigació, destinada no solament a adaptar a nous contextos fórmules ja provades arreu sinó també a explorar vies innovadores, és una aportació fonamental, indispensable, que ha de preparar i acompanyar tota política amb vistes a millorar el futur dels nens.

En conseqüència, la formació organitzada pel CIE està dirigida menys a acumular en l'esperit dels participants nous estrats de coneixences que no pas a aportar-los una metodologia exigent i rigorosa per analitzar les situacions sota tots els seus aspectes físics i humans, per proporcionar solucions tan eficaces com possibles en funció dels recursos disponibles, per avaluar finalment de manera objectiva els resultats obtinguts.

La informació

Sensibilitzats, doncs, per l'interès d'una aproximació global, oberta i concreta dels problemes que hauran de resoldre, els antics estudiants del CIE tenen, més que mai, necessitat de completar els seus coneixements de diferents àrees, d'alimentar la seva reflexió, d'estar al corrent de l'evolució de les idees.

Per ajudar-los en aquesta tasca de «formació permanent», el CIE posa a la seva disposició un important servei de documentació. Gràcies a un fons documental molt ric, a una base de dades bibliogràfiques informatitzada de 110.000 referències, a mitjans tècnics moderns, aquest servei pot respondre d'una manera adaptada a les qüestions dels professionals que s'interessen pel benestar de la mare i del nen.

L'acció sobre el terreny

Les persones que forma el CIE són professionals que ja estan implicats en l'acció i destinats a tornar sobre el terreny, dotats d'una tecnologia enriquida, la qual hauran de mirar d'utilitzar de la millor manera possible. El CIE està disposat a ajudar-los en aquesta tasca facilitant-los un suport tècnic en el curs de diferents etapes de posada en marxa de polítiques de salut pública. És evident que aquesta acció sobre el terreny és més eficaç com més és efectuada per equips coherents.

És per això que el CIE s'esforça, mitjançant els seus diferents tipus d'acció i diferents tipus de formació, de crear i de consolidar a poc a poc, en un cert nombre de països, equips multidisciplinaris però solidaris. Es tracta, afavorint els intercanvis fecunds, d'evitar la dispersió d'esforços i de crear una dinàmica a favor d'objectius definits, amb la cooperació de tots.

Brouste J. Els cursos i la formació del CIE. But Soc Cat Pediatr 1993; 53: 127-128.

El Centre Internacional de l'Enfance i l'adolescent

L. Houlemare

Centre International de l'Enfance. París.

Des de fa una desena d'anys, el grup de reflexió sobre l'adolescència del Centre Internacional de la Infància s'ha preocupat de diferents temes d'interès general. Fins fa poc la violència i els accidents eren els principals. Recentment, les preocupacions s'han centrat en

les temptatives de suïcidi, l'ingrés d'adolescents en unitats especialitzades i la sexualitat dels joves.

Exposaré successivament aquests tres temes que ens han semblat essencials, ja que representen una

causa freqüent de mortalitat, sigui perquè normalment no són tractats de manera global o perquè presenten un interès permanent en la pràctica quotidiana.

Finalment, acabaré amb unes consideracions generals.

Les temptatives de suïcidi (1988)

El seminari del desembre de 1988 ha estat publicat en un llibre titulat «Temptatives de suïcidi en l'adolescència».

D'aquesta confrontació, sembla que:

1. Tots els suïcides no consulten pas. El problema s'arregla habitualment a casa en proporcions variables, però certament superiors al 50%.
2. Els intents de suïcidi estan sovint associats a malalties cròniques com ara l'asma, a la violència, sobretot sexual, i notòriament a l'incest.
3. La prevenció dels suïcidis és difícil.

Per tant:

Prevenció primària

En els dies abans del suïcidi, la majoria dels joves expressen la seva intenció de suïcidi al seu entorn:

- la majoria ha consultat un metge sota diversos pretextos i ha sortit amb una recepta;
- el rendiment escolar ha baixat;
- es nota sovint un problema evident d'insomni;
- enquestes a les escoles i a les universitats han mostrat una gran freqüència d'idees de suïcidi.

Prevenció secundària

La prevenció es dirigeix essencialment a les recidives i necessita mesures concretes:

- intervenció precoç del psiquiatre sobre els suïcides;
- hospitalització per uns dies i seguiment bipolar: orgànic i psicològic;
- responsabilització extrahospitalària.

En aquest seminari es va veure que els adolescents suïcides són, de fet, mal acollits als hospitals, principalment en els serveis d'urgències i de reanimació. Diverses investigacions-accions s'han posat, doncs, en marxa amb la Direcció general de Sanitat en els hospitals de França, dirigides a la formació de personal, a la responsabilització pluridisciplinària, a una avaluació de la qualitat de l'atenció en un termini de temps llarg.

L'acolliment dels adolescents en les unitats sanitàries (1989-1990)

Com a conseqüència d'aquest seminari vam decidir de fer una reflexió i una formació sobre l'acolliment dels adolescents en les unitats sanitàries.

Dues reunions van tenir lloc en les condicions següents: fer treballar junts durant uns quants dies equips pluridisciplinaris d'almenys 3 persones (internista, pediatre, psiquiatre, psicòleg, infermera, puericultora, supervisora, assistent social, fisioterapeuta) que s'interessen per l'adolescent en un establiment o en una estructura.

En total, una trentena d'equips van poder ser identificats, la majoria procedents d'hospitals francesos, però també d'Algèria, del Canadà, de Suïssa, de Tunísia.

La constatació: «Els adolescents són en general mal acollits per les unitats sanitàries»:

- por recíproca entre personal sanitari i adolescents;
- el comportament dels adolescents és decebedor: hàbits, vocabulari, actitud. No saben el que volen, per què es troben allà. Si tenen alguna pregunta, no és pas la que expressen. El motiu real de la consulta és sovint difícil d'esbrinar, l'orientació cap a una consulta o una altra no és necessàriament la més pertinent. Per tant, són sovint joves que pateixen.
- el personal sanitari format sovint en serveis de pediatria està molt més acostumat als petits. La confrontació amb l'adolescent els fa reviure situacions antigues oblidades, i són l'ocasió d'una projecció dels seus propis problemes, ja que molt sovint tenen fills adolescents de la mateixa edat a casa seva.

L'acolliment s'ha d'organitzar, per tant, en els serveis:

- establir un reglament, fer respectar un mínim de disciplina, preparar els locals en conseqüència;
- treballar en equip amb tot el personal;
- buscar l'equilibri entre dos components:
 - d'una part assegurar un mínim d'informació sobre l'adolescent perquè les actituds de cada persona no siguin contradictòries, la qual cosa és indispensable per al tractament;
 - d'altra part, respectar la intimitat i la confidencialitat i no traïr la confiança dels joves.
- per cert, l'equip sanitari ha d'evitar d'entrar en el joc dels adolescents, seducció, manipulació, notòriament en certes patologies, com ara l'anorèxia mental; exclusió, agressivitat en d'altres casos.

- s'ha de posar en marxa una col·laboració amb la família, altres adolescents, els metges de família i, segons el cas, el mestre, el jutge, el policia, l'assistent social.
- finalment, sessions de treball explicatives a intervals regulars, a l'interior de l'equip, en presència d'un psicòleg, són sovint necessàries per esborrar les incomprendsions i les tensions entre els diferents membres.

En aquests dos seminaris, els treballs en grup, les presentacions de casos, han permès als diferents participants d'expressar-se, complement indispensable a les exposicions teòriques.

Els adolescents i la sexualitat

Aquest subjecte va ser el motiu d'una reunió internacional important amb l'IPPF (Agència Internacional de Planificació Familiar) i GTZ (Agència de Cooperació Alemanya) organitzada el mes de juliol de 1991, amb una quinzena de països representats, fet que va permetre un intercanvi d'experiències molt diferents: els nens del carrer a Brasil, «scouts» del Senegal o del Burkina Faso, educació sexual a Mèxic, a Quebec, a Suïssa, consultes a França.

D'aquestes experiències, sembla que els coneixements sobre la sexualitat dels adolescents són molt incomplets, parcials i, d'una manera general, elaborats només per adults; tracten del creixement, la pubertat, el desenvolupament psicològic (cognitiu i afectiu...). Pocs estudis inclouen el contingut de les consultes. Se situen en tres nivells diferents:

- El nivell general, nacional, internacional, on apareixen les grans estadístiques referents als embarassos dels adolescents, la importància de les malalties de transmissió sexual (SIDA, etc.), la freqüència de l'avortament habitualment clandestí.

Les estadístiques evoquen una imatge negativa que permet als censors adults d'estigmatitzar el comportament dels adolescents. Les conclusions tretes d'una tal anàlisi no poden ser altres que subjectives, des del moment que no es comparen xifres referents als adolescents amb les revelades pels mateixos problemes sanitaris en els adults.

Les xifres són, això no obstant, importants per als responsables de l'administració i de la identificació de prioritats.

- El nivell individual és el de la consulta on es tracten els problemes de patologia més habituals, on es donen consells i on els adolescents poden ser escoltats (metge, psicòleg, assistent social).

D'una manera general, és la trobada amb l'adult la que ha de saber respectar la intimitat de l'adolescent,

d'una banda, i la confidencialitat, d'una altra, bases de la confiança necessària a tota presa en compte.

- El nivell de grup és un nivell intermediari. Els grups d'adolescents són molt diferents els uns dels altres. Per exemple, els estudiants, els aprenents o els adolescents del carrer no són comparables entre si en quasi bé res.

En el grup, l'adolescent descobreix «l'altre», a la vegada semblant i diferent. El grup li retorna una imatge, uns valors, una organització. És el lloc d'aprenentatge de la societat, de la confrontació, de la competició i de la solidaritat. En aquest nivell apareix el paper essencial de cara als semblants. Molts projectes els donen un lloc educatiu important utilitzant eventualment els líders. Això no es fa pas sense dificultats, tenint en compte el caràcter molt precari dels grups d'adolescents.

En general, aquests caràcters i valors són un reflex de la cultura de la família i el seu coneixement és indispensable per iniciar una educació sexual, una contracepció acceptable i reflexiva.

Durant el seminari s'ha vist que els programes d'educació i de prevenció són molt variables:

- Alguns són antiquats, estructurats, institucionalitzats. Comencen molt aviat i continuen durant tota l'escolaritat. Aquest és el cas de les experiències portades a terme al Quebec o al Cantó de Vaud, a Suïssa.
- D'altres, al contrari, no són més que embrions d'iniciativa variada (agència, dirigent local, els joves mateixos). Aquests programes afecten un nombre reduït de joves, però són de gran interès per:
 - ser el reflex del que pensen els joves;
 - afavorir la mobilització dels joves;
 - fomentar la formació de nous dirigents.

Constitueixen models que posen la qüestió de la continuïtat del programa d'educació sexual i de la seva extensió.

En aquests programes, quin és el lloc dels joves?

Aquest s'hauria de situar a diversos nivells: estudis, mobilització, lideratge, iniciativa, promoció.

Però, estan els professionals disposats a deixar un lloc important als joves en aquests àmbits, sabent que, de totes maneres, tindran un paper important quant a la formació (coneixement i actituds), que hauran d'acceptar d'assegurar el paper de referència cada vegada que calgui?

S'està preparant una publicació sobre aquest tema.

Això per als 3 grans temes que hem tractat recentment.

A part d'aquests temes, hem estat presents i actius en un gran nombre de reunions:

- 1989: Participació a les Discussions Tècniques de l'Assemblea Mundial de l'OMS.
- 1989: Curs sobre l'acolliment de l'adolescent en les estructures sanitàries (13 equips de 3 persones durant 5 dies).
- 1990: Curs sobre la salut de l'adolescent a l'Institut Nacional de Salut Pública d'Algèria (100 a 130 persones durant 5 dies).
- 1990: Curs sobre l'acolliment de l'adolescent en les estructures sanitàries (18 equips de 3 persones durant 5 dies).
- 1990: Jornada «Adolescència i salut: atenció quotidiana» a Cholet (amb la Fundació de França).
- 1990: Recerca-acció amb la Direcció General de la Salut sobre el suïcidi en 7 hospitals francesos.
- 1991: Congrés de Montreux, co-organització CIE /IAAH (International Association for Adolescent Health), el juliol: «L'Adolescent i els mitjans de comunicació». Participació al Congrés de Pediatres del Mediterrani a l'Alger, l'octubre, sobre els temes de pubertat i creixement, seguit d'un curs de l'adolescent a l'INSP/Alger.

Les publicacions:

- 1987: «Adolescents, riscos i accidents».
- 1989: «Temptatives de suïcidis en l'adolescència».
- 1992: Síntesi sobre la sexualitat dels adolescents.

En total, el grup de reflexió ha seguit dos eixos.

1. Hem sortit de serveis hospitalaris universitaris:

Hospital de Bicetre: Pr. Courtecuisse.

Hospital de Sainte Justine de Montreal: Pr. Wilkins.

Com a lloc d'observació: patologia pesada, estadístiques.

Després vam centrar els nostres esforços en la promoció dels serveis hospitalaris no universitaris. Per exemple, Cholet, que associa:

- estructura d'atencions mèdiques;
- cooperació amb el sector psiquiàtric;
- implantació en les ciutats (consultes comunes);
- cooperació amb l'ensenyament, la formació professional, la justícia

amb una gamma de serveis que va, doncs, de l'adolescent malalt a l'adolescent sa.

2. Des del punt de vista de l'acció geogr fica:

- vam arrencar amb les experiències parisenca, de Quebec i Suïssa;
- per estendre'ns a una trentena d'equips francesos, suïssos, algerians i tunisencs;
- abans d'abordar l' frica negra el 1992 (Nairobi (?) -Dakar).

El que desitgem  s ampliar el nostre horitzó, i aprofito aquesta ocasió per fer una crida als nostres col·legues espanyols perquè vinguin a treballar amb nosaltres sobre aquest tema i poder fer un pont amb els països de l'Am rica llatina.

L. Houlemare. *El Centre Internacional de l'Enfance i l'Adolescent*. But Soc Cat Pediatr 1993; 53: 28-131.

Pot ser eradicat el xarampió?

N. Guérin

Centre International de l'Enfance. Paris.

L'eradicació d'una malaltia comporta la seva desaparició a tot el món i el primer exemple és el de l'eradicació de la verola obtinguda el 1977. El xarampió és una malaltia exclusivament humana, sense reservori animal. En la seva presentació habitual comença per un malestar important durant uns dies, es pot complicar amb otitis,

broncopneum nies, laringitis o encefalitis (Fig. 1). Pot comportar també la gravíssima complicació retardada de la panencefalitis esclerosant subaguda (Fig. 2).

Tenint en compte la disponibilitat d'una vacuna eficaç des de fa temps, el xarampió s'hauria de poder eradicar

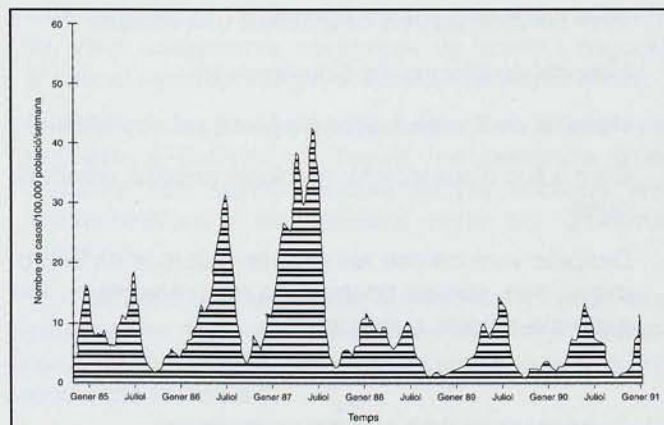


Fig. 1. Incidència mensual del xarampió 1985-1991 (sistema de vigilància centinal).

a través d'una aplicació massiva de la vacuna, d'una supervisió epidemiològica rigorosa i de la instal·lació de mesures per limitar eventuais brots d'epidèmia. La seva eradicació a tot el món és un objectiu a llarg termini.

En aquest sentit s'han definit els objectius per a la regió europea de l'OMS:

- obtenir una cobertura vacunal del 95% per a tots els nens de menys de 2 anys d'edat el 1995.
- eliminar el xarampió autòcton de la regió per a l'any 2000.

Les vacunes disponibles actualment són vacunes derivades de la soca Edmonston, i la majoria dels països utilitzen a Europa la soca Schwarz, conjuntament amb les vacunes contra la rubèola i la parotiditis.

S'aplica en forma d'una sola injecció durant el segon any de vida, a partir dels dotze o quinze mesos segons les directives nacionals. Certs països hi afegeixen una segona tanda en forma de vacunació de tots els nens de menys de sis anys d'edat encara no vacunats.

Les dificultats en l'aplicació d'aquests programes són diverses i varien des de la falta de convicció dels metges sobre l'eficàcia de la vacuna fins a les restric-

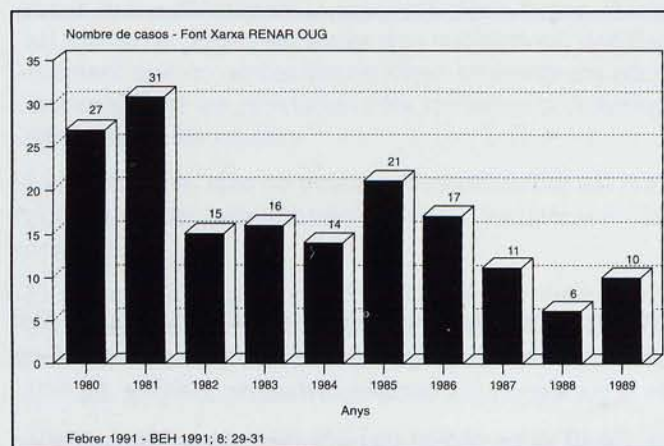


Fig. 2. Panencefalitis esclerosants subagudes a França 1980-1989.

cions degudes a les despeses induïdes per l'aplicació d'aquesta política pels sistemes d'assegurances mèdiques o dels pares.

L'avaluació de l'eficàcia es pot efectuar a dos nivells: la cobertura vacunal, és a dir, la proporció de nens que van rebre la vacuna entre els 12 i els 23 mesos, i la reducció de la incidència de la malaltia.

Malgrat els resultats molt bons obtinguts en cinc anys, Europa només es troba en quart lloc dins de les diferents regions de l'OMS al món quant a cobertura vacunal (Fig. 3). Vuit països encara no han obtingut el 80% (Fig. 4) de nens vacunats a l'edat de dos anys, tot i que s'han fet progressos notables entre 1985 i 1990.

Espanya anuncia el 84% de nens vacunats i França el 77%, el 1991.

La incidència de la malaltia disminueix a la regió europea, però certs països declaren els seus casos amb molts anys de retard (Fig. 5).

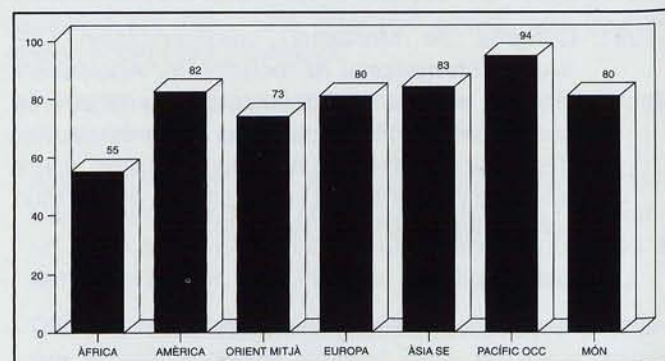


Fig. 3. Estimació de la cobertura de la vacuna del xarampió al món i per regions. Agost 91.

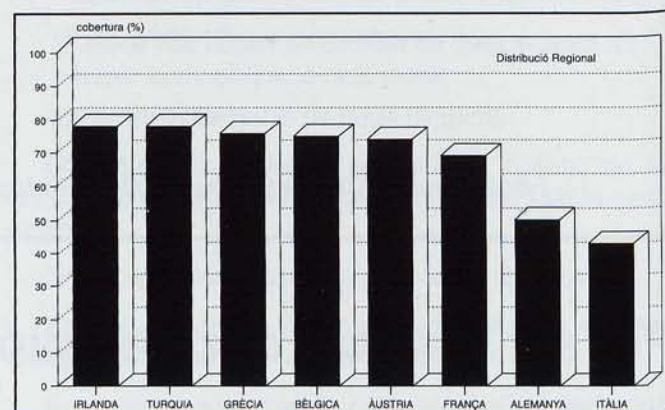


Fig. 4. Cobertura d'immunització a Europa. Xarampió 1990 (Països que notifiquen baixa cobertura).

Desgraciadament, apareix un fenomen inquietant: encara es produeixen epidèmies als països amb una proporció de nens vacunats superior al 90% (Fig. 6). Això passa a diferents països de l'Europa de l'Est i és degut sobretot a una acumulació de persones no vacunades o no protegides per la vacuna (qualitat de la vacuna, edat de vacunació, conservació de la vacuna) més

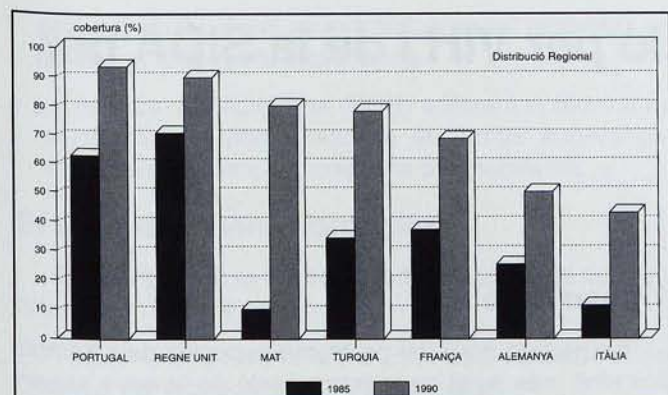


Fig. 5. Cobertura d'immunització a Europa. Vacunes Xarampió/Triple Víria, 1985-1990.

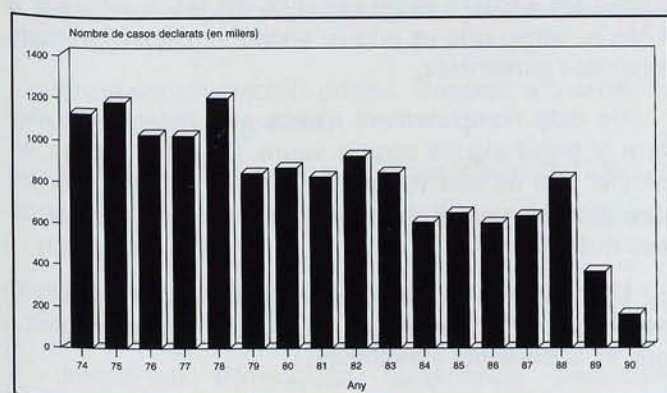


Fig. 6. Incidència del xarampió regió europea (1974-1990).

que no pas a una desaparició progressiva dels anticosos al cap del temps. La persistència de la protecció induïda per la vacuna és demostrada per una durada d'almenys vint anys. Encara que se sap que el 95% dels vacunats estan ben protegits, això implica que un 5% no ho està i queda receptiu malgrat la seva vacunació.

L'anàlisi dels resultats del EEUU el 1990 (Fig. 7) és especialment significatiu. Entre els 27.672 casos declarats, el 81,4% foren en persones no vacunades, de les quals un 44,3% ho haurien d'haver estat. Les altres eren massa joves o «dispensades» per raons filosòfiques o religioses. Solament un 18,4%, o sigui 5.100 persones, havien rebut la vacuna antixarampió en condicions correctes⁸. Les modificacions de la repartició segons l'edat, amb tendència a un augment dels casos a les franges extremes en període no-epidèmic, són atenuades durant les epidèmies. Els de menys de cinc anys representaven el 37% dels casos el 1989 i van representar el 48% durant l'epidèmia del 1990.

Les mesures a prendre en vista d'una epidèmia de xarampió són:

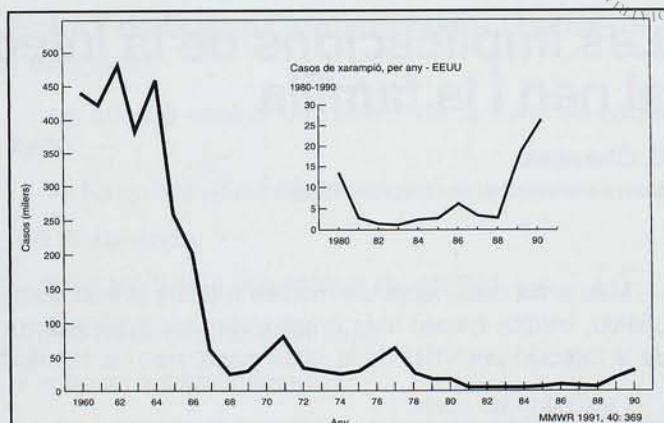


Fig. 7. Casos de xarampió, per any; Estats Units, 1960-1990*.

- vacunar almenys el 95% de la població de nens menors de cinc anys a totes les subdivisions administratives dels països;
- organitzar la supervisió epidemiològica dels últims casos amb confirmació al laboratori del diagnòstic i posada en marxa de mesures d'encerclament de les epidèmies per la vacunació dels contactes;
- quan la cobertura vacunal arriba al 90-95%, preveure una segona dosi de vacuna, als dotze anys com a Suècia, als sis anys com als EEUU, o més aviat, per completar la protecció dels vacunats.

Aquest és el preu per poder obtenir l'eliminació del xarampió.

TAULA I
CLASSIFICACIÓ DELS CASOS DE XARAMPIÓ - EEUU, 1990*

Classificació	No.	% del total
No-vacunats	22,532	81,4
Vacuna indicada	12,268	44,3
Vacuna no rutinàriament indicada	8,698	31,4
Persones 16 mesos d'edat	7,257	26,2
Persones nascudes abans 1957	1,160	4,2
Laboratori/Diagnòstic mèdic	14	0,1
Exempció mèdica	267	1,0
Altres	1,566	5,7
Nacionalitat no americana	142	0,5
Exempció religiosa/filosòfica	1,424	5,1
Apropiadament vacunat*	5,100	18,4
Subtotal	27,632	99,9
Desconegut	40	0,1
Total	27,672	100,0

* Dades provisionals

MMWR, 40: 371

* Vacunats amb vacuna del xarampió amb virus viu el primer anys de vida o després

Les implicacions de la infecció per VIH i de la SIDA per al nen i la família

E. Chevallier

Centre International de l'Enfance. París.

Més enllà dels aspectes mèdics relatius al nen seropositiu, voldria tractar més àmpliament les implicacions de la infecció per VIH i de la SIDA per al nen i la família.

I això en tres parts:

- Primer, posant al dia els actuals coneixements mèdics i epidemiològics.
- Segon, mirant les qüestions més importants que comporta.
- I tercer, descrivint breument com el CIE integra aquesta problemàtica en les seves activitats.

Què sabem?

Epidemiologia:

A finals del 1991, l'OMS estimava en 1,2 milions (aquesta xifra és de vegades discutida) el nombre de casos de SIDA al món, dels quals 400.000 es presenten a Europa, i de 8 a 10 milions el nombre de seropositius, dels quals 3 milions són dones.

Sempre segons l'OMS, 10 milions de nens podrien estar contaminats l'any 2000.

La situació és preocupant sobretot a l'Àfrica sub-sahariana (notablement a l'Àfrica est i central), on s'observa un augment constant de l'epidèmia. En efecte, a certes poblacions, la prevalença dins de la població femenina de les maternitats sobrepassa de vegades el 20%. La SIDA és també la primera causa de mort entre les dones a nombroses poblacions africanes.

A Europa, la situació és menys dramàtica, però, això no obstant, seriosa. A França, per exemple, on s'estima entre 25.000 i 40.000 el nombre de dones seropositives en edat fèrtil, enquestes sobre la prevalença han revelat una taxa de seropositivitat del 4 al 8 per mil en les dones embarassades a la regió de París. En els parts a nivell de tota França, la taxa és superior a l'1 per mil. Per cert, el nombre de nens amb SIDA és actualment 350 i augmentarà amb tota seguretat.

Però hem d'insistir sobretot en l'**impacte més llarg** de la infecció per VIH/sida: la implicació tan notòria dels nens de pares morts per la sida, de 5 a 10 milions d'orfes l'any 2000, segons les diverses prediccions d'organitzacions mundials.

Transmissió

No parlaré aquí del problema específic dels hemofílics sinó més aviat de la transmissió de la mare al nen. Això és essencialment transplacentari i les taxes varien entre el 15 i el 25% en les enquestes realitzades a Europa i als EEUU i el 30 i el 40% en les realitzades a l'Àfrica, sense que es puguin encara explicar clarament aquestes diferències.

No està completament exclòs que l'al·letament matern hi tingui alguna cosa a veure. S'ha comprovat, en efecte, que és una via de transmissió possible, per bé que les opinions divergeixen encara sobre el grau de risc que comporta.

L'embaràs té un efecte sobre l'evolució de la infecció en la mare? Es pensa que no, si està asimptomàtica i que sí, si presenta símptomes.

Aquesta transmissió es produeix sobretot al final de l'embaràs i se sap que, com més avançada és l'evolució de la malaltia, més alta és la probabilitat de transmissió.

Diagnòstic precoç difícil

El diagnòstic precoç és difícil:

- El diagnòstic clínic no és possible: de fet, al neixement, no hi ha cap signe. Aquests apareixen com a molt aviat entre els 3 i els 6 mesos. Les embriofetopaties descrites per certs equips, sobretot americans, estaven en realitat lligades a la toxicomania de la mare.
- El diagnòstic biològic no és fàcil

Les proves existents (ELISA i Western Blot) es basen en la detecció d'anticossos. Però les IgG maternes passen la barrera placentària, i converteixen en «fals» positiva tota prova realitzada al naixement d'un fill de mare seropositiva.

S'espera, dins d'un futur pròxim, poder utilitzar tècniques basades en la detecció d'IgA específiques que no presenten aquests inconvenients.

Altres proves desenvolupades avui dia són:

- el cultiu del virus és prometedor: Un estudi fet a l'hospital Necker revela que la fiabilitat de la mostra al naixement és del 50%; als 3 mesos, del 75%; als 6 me-

sos, del 100%. Però aquest procediment requereix un laboratori amb molta experiència.

- La recerca de l'ADN viral (PCR) utilitzant la tècnica de la *polymerase chain reaction* és també esperançadora. Però existeix un problema d'especificitat.

El futur dels nens contagiats

Observem una evolució bimodal en els nens que han rebut el virus de la seva mare:

- Precoçment severa en 20 a 25% dels casos. Pot ésser un contagi precoç durant l'embaràs.
 - termini d'aparició de la SIDA: de 3 a 15 mesos;
 - infeccions oportunistes freqüents (situació similar a la de l'adult);
 - encefalopatia motriu primer. Després afectació de les funcions cognitives;
 - taxa de supervivència als 5 anys inferior al 10%.
- Lentament progressiva en la majoria dels casos. (Contagi tardà?)
 - termini mitjà d'aparició de la SIDA? Problema de seguiment (de 6 a 8 anys);
 - freqüència d'infeccions bacterianes, parotiditis, pneumopatia intersticial;
 - alteracions del comportament, retard cognitiu (al voltant del 20%);
 - supervivència del 95% als 5 anys.

El tractament

- Simptomàtic de les infeccions oportunistes; és aquí on la majoria del progrés s'ha realitzat
 - a cada episodi;
 - preventiu (cotrimoxazol)
- Antiviral (AZT essencialment).

Les qüestions

La situació que acabem d'evocar posa múltiples qüestions concernent tant aspectes mèdics, psicològics o socials com ètics.

Voldria evocar aquí 3 aspectes:

- L'estudi de la dona embarassada i la qüestió de la cerca d'un embaràs en la dona seropositiva.
- La inserció a la col·lectivitat dels nens portadors del virus.
- El futur d'aquests nens després de la mort d'un o d'ambdós pares.

Estudi de la dona embarassada i cerca de l'embaràs

La qüestió central de l'estudi de la dona embarassada:

Hi ha quatre possibilitats:

- a la demanda;
- dirigit (en funció dels factors de risc);
- molt ampli o quasi sistemàtic;
- imposat obligatòriament.

Avui sabem que existeix un benefici individual (tractament precoç) i col·lectiu que la gent conegui la seva situació serològica.

És, doncs, desitjable que sigui analitzada la majoria. D'aquest fet es deriva una alternativa «proposa/imposa». Consideracions a la vegada d'ordre ètic i d'eficacitat fan inclinar-se per la proposició.

La cerca de l'embaràs

Ens confrontem aquí davant 2 drets fonamentals:

- el dret a la procreació;
- el dret a néixer amb bona salut.

Però només la mare (la parella quan existeix) té la capacitat final de decidir. El paper dels professionals de la salut és d'ajudar en aquesta elecció informant de la manera més rigorosa i senzilla possible. Però no més enllà.

La inserció dels nens seropositius a la col·lectivitat

El problema es posa sovint a la llar d'infants i a l'escola. És important recalcar que aquesta inserció és:

- **Desitjable per al nen.**
- **Sense risc:**
 - ni per als altres nens;
 - ni per als professionals

sempre que les condicions d'higiene normal són respectades.

S'ha de fer dins de l'estricta respecte del secret mèdic. Per això fa falta sensibilitzar el medi educatiu. La inserció no sol tenir problema des que es fa.

El futur dels nens després de la mort dels seus pares

- En els països industrialitzats, existeixen quatre possibilitats:
 - l'adopció;

- col·locació en una família d'acolliment;
- l'apadrinament;
- col·locació dins d'una institució.

L'experiència ens ha ensenyat que certes famílies estaven disposades a acollir els nens, però sota diverses condicions:

- informació de la situació serològica del nen;
- formació;
- ajuda.

- A l'Àfrica

El problema principal és la capacitat de fer-se càrrec d'aquests nens dins les xarxes familiars i comunitàries amb el problema de la fragilització d'aquestes xarxes pel fet de:

- la urbanització;
- la saturació;
- l'estigma social propi de la SIDA.

Inserció d'aquesta problemàtica dins les activitats del Centre Internacional de la Infància

La SIDA té un paper de revelador social i posa a prova les pràctiques professionals.

Aquesta és la raó per la qual abordem aquesta qüestió amb una aproximació global emmarcant-la en les nostres activitats tot tenint en compte el conjunt de problemes de salut de la mare i del nen, i desenvolupem també accions específiques, com ara:

- formació dels professionals per a la prevenció i la responsabilització (més de 1.000 persones l'any passat);
- difusió de la informació i la documentació (el Centre Internacional de la Infància ha publicat el 1990 el primer resum internacional dels treballs publicats en aquest tema);
- afavorir la cooperació internacional, desenvolupar la investigació concernent principalment a l'impacte socio-econòmic de la malaltia.

Chevallier E. Les implicacions de la infecció per VIH i de la SIDA per al nen i la família. But Soc Cat Pediatr 1993; 53: 134-136.

El servei de documentació del CIE

D. Baudin

Centre International de l'Enfance. París.

Per invitació de la Societat Catalana de Pediatria, una delegació de responsables del Centre Internacional de la Infància va acudir a Barcelona el 14 de febrer de 1992.

Al marge de les intervencions dels membres de la delegació, dirigida pel Prof. Pierre Royer, president del CIE, i M. Brouste, director general, el responsable del centre de documentació, M. Daniel Baudin, ha presentat les publicacions i les activitats del CIE i ha assegurat les demostracions del CD-ROM BIRD (Base d'informació Robert Debré).

El centre de documentació del CIE disposa de 16.000 llibres i 400 revistes sobre el nen i el seu entorn. Aquest fons documental es posa a disposició dels lectors i utilitzadors, sigui en el centre mateix, sigui per correspondència. Les 107.000 referències bibliogràfiques

d'aquest fons documental són emmagatzemades en una base de dades anomenada **BIRD: Base d'Informació Robert Debré**. Creada fa més de 10 anys, la base BIRD cobreix set temes majors que resumeixen una diversificació de subjectes densos i variats.

El 1990, el contingut d'aquesta base es va passar a un CD-ROM per permetre la seva difusió internacional. En efecte, un simple micro-ordinador i un lector de CD-ROM són suficients per poder accedir als milers de referències bibliogràfiques contingudes en el disc làser, a qualsevol lloc del món. El CD-ROM BIRD, d'accés senzill i fàcil, és l'únic CD-ROM consagrat específicament al nen i al seu entorn. El seu preu modest, 3.200 FF, el fa una eina indispensable per a tot centre de documentació que s'interessi pel nen.

El centre de documentació del CIE pot així respondre a tota demanda de recerca bibliogràfica sobre el nen i el seu entorn gràcies a l'adequació del seu fons documental i a la destresa dels seus documentalistes.

El centre ofereix igualment cursos destinats a documentalistes de països en vies de desenvolupament.

El CIE respon així als investigadors, als estudiants i als metges de tot el món posant a la seva disposició la riquesa del seu fons documental. Aquest fons ve completat per l'activitat educativa del CIE. En efecte, el CIE produeix i difon butlletins bibliogràfics especialitzats (vacunació,

malalties diarreiques, nutrició en sanitat pública, etc...) i també resums bibliogràfics («El nen i la televisió», «El nen i la SIDA», etc...). A aquesta producció interna, cal afegir la revista bimestral «El nen en medi tropical», difosa en diverses llengües, des de fa 30 anys, i també guies de formació, resums de col·loquis o d'investigacions.

Encarregat d'informar, de formar i de desenvolupar la cooperació, el centre de documentació del Centre Internacional de la Infància s'inscriu plenament dins la missió general del CIE, que consisteix a afavorir la salut i el desenvolupament dels nens al món.

Baudin D. El servei de documentació del CIE. But Soc Cat Pediatr 1993; 53: 136-137.