



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE **64^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, DC, ÉUA, du 17 au 21 septembre 2012

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CSP28/10 (Fr.)

12 juillet 2012

ORIGINAL : ANGLAIS

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ INTÉGRALE CHEZ L'ENFANT

Introduction

1. Les enfants de la Région des Amériques représentent son plus grand atout. Reconnaître et protéger leurs besoins et leurs droits de l'homme spécifiques est fondamental pour atteindre un développement efficace. La Région a réalisé d'énormes progrès dans la réduction de la mortalité et morbidité infantiles grâce à des interventions fondées sur des preuves, de nouvelles connaissances et la technologie. L'investissement dans la santé infantile est à l'ordre du jour des politiques publiques depuis plus de 40 ans, et les États Membres ont atteint de meilleurs niveaux d'intégration des services de santé infantile dans les établissements de santé. Cependant, pour rendre une telle intégration encore plus efficace, les politiques, stratégies et plans de santé nationaux, ainsi que la législation et la réglementation requièrent une attention renouvelée, guidée par une approche intersectorielle, interprogrammatique, qui inclut toutes les phases de la vie et qui soient compatibles avec les mandats internationaux.

2. La persistance de l'exclusion sociale, des inégalités de genre, de classe et d'origine ethnique, ainsi que les inégalités omniprésentes ont toutes des effets néfastes sur le développement des enfants et constituent l'un des plus grands défis de la Région. Les enfants en retard de développement pendant leurs cinq premières années sont susceptibles de ne jamais rattraper ceux avec un meilleur départ dans la vie (1). Les interventions qui protègent les enfants et qui promeuvent la réalisation de leur potentiel peuvent améliorer le développement cognitif et affectif et stimuler la réussite scolaire, qui à son tour facilite l'accès à un emploi productif, une plus grande mobilité sociale ainsi que la réduction des inégalités futures. De nouvelles recherches démontrent que certains problèmes de santé et certaines affections médicales des adultes sont le résultat de parcours pré-pathologiques qui débutent dans l'utérus ou pendant la petite enfance, et que des interventions précoces peuvent avoir un impact sur la prévalence des maladies non transmissibles (MNT) plus tard dans la vie. D'autre part, selon Heckman, l'éducation préscolaire est un investissement efficace et efficace pour le renforcement du développement économique et de la main-d'œuvre. Plus tôt les investissements sont effectués, plus vite des résultats sont obtenus (2).

3. Cette Stratégie et Plan d'action propose un cadre cohérent avec les engagements pris par les États Membres avec la Convention relative aux droits de l'enfant de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et avec d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et à leurs principes (3-7) et elle soutient d'autres résolutions de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Elle contribuera à développer et à renforcer le continuum de soins pour promouvoir le développement optimal de l'enfant (voir annexe A), à prévenir et réduire le fardeau de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans, à améliorer la nutrition de l'enfant et l'état nutritionnel, à améliorer la qualité des soins dispensés à tous les enfants, à renforcer les capacités du personnel de santé, à responsabiliser les parents, les familles et les communautés dans le soutien des efforts de garde d'enfants, à créer des environnements sociaux et physiques qui favorisent la sécurité et la bonne santé. Elle servira également à renforcer la collaboration entre les différents secteurs et institutions, leur permettant de travailler plus efficacement.

Contexte

4. Cette stratégie est conforme à la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, au Programme d'action sanitaire pour les Amériques (2008-2017), au Plan stratégique de l'OPS (2008-2012), à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant de l'Organisation des Nations Unies (2010), à la Politique de l'OPS en matière d'égalité entre les sexes, à la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), à l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement, et à d'autres initiatives de l'OPS et des organisations internationales ainsi qu'aux résolutions qui contribuent à et qui affectent directement le bien-être des femmes, des enfants et des prestataires de soins. Elle apporte également des ressources importantes, une planification stratégique et technique et des orientations normatives pour le personnel de santé (8-21).

5. Les pays sont confrontés à des défis de renforcement des stratégies de prestation de services de santé, à la fois cliniques et communautaires, pour atteindre les objectifs de santé, et ils doivent également estimer les besoins en ressources et les incidences financières de ces stratégies, en particulier pour les populations exclues. Les efforts qui visent à renforcer les systèmes de santé sont extrêmement sous-financés dans de nombreux pays, avec des ressources insuffisantes pour soutenir la rétention des agents de santé, améliorer les systèmes d'information de santé, garantir l'accès universel aux médicaments essentiels, vaccins et technologies, et pour soutenir la bonne gouvernance dans le secteur. Il est largement reconnu qu'une politique forte, unie à une stratégie et à un cadre de planification pour le secteur de la santé, accompagnés d'un plan national de santé solide et bien financé, sont des éléments cruciaux pour une mise en œuvre efficace.

6. Les avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont été incohérentes au sein et entre les pays, avec une négligence fréquente des groupes les plus pauvres (le plus souvent, les filles et les populations autochtones) et de ceux qui n'ont pas accès à l'éducation (le plus souvent

les populations vivant dans les régions éloignées). Les programmes de développement de la petite enfance ont une faible couverture, et de nombreuses stratégies de survie de l'enfant continuent d'utiliser une approche verticale qui ne tient pas compte des conditions environnementales et d'autres déterminants sociaux de la santé.

7. Ces contraintes constituent des obstacles majeurs à la satisfaction des besoins des enfants, à l'amélioration de leurs conditions de vie et à la protection de leurs droits fondamentaux. Elles ne permettent également pas d'assurer une plus grande égalité entre les différents secteurs sociaux vis-à-vis de la santé infantile.

Analyse de la situation

8. Bien que l'Amérique latine et les Caraïbes (ALC) soit une région à revenu intermédiaire, elle est la Région qui présente le plus d'inégalités dans le monde en matière de revenus. Les pays d'Amérique latine doivent faire face aux défis croissants de la pauvreté. En 2008 et selon les estimations basées sur les revenus des ménages, environ 33 % de la population de la Région vivait dans la pauvreté, et environ 13 % vivait dans des ménages dont les revenus sont insuffisants pour satisfaire leurs besoins nutritionnels de base. Un enfant sur trois vivant dans l'extrême pauvreté est privé de plus d'un des droits fondamentaux dont l'absence constitue la pauvreté. Avec la privation matérielle, cette approche de la pauvreté de l'enfant met l'accent sur l'accès aux services de santé de base et d'autres facteurs associés à la survie, la discrimination et l'exclusion qui affectent le développement psychosocial des enfants (22).

9. L'Indicateur du développement humain a été établi par le Rapport de 2010 sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement comme un moyen pour définir le progrès national à long terme. Parmi les pays dans la région d'ALC, le Guatemala, la Bolivie et le Brésil ont fait les plus grands progrès. D'autres pays de la Région présentaient une scolarisation presque pleine et une moyenne d'espérance de vie de 80 ans (23). La Région a également réussi à augmenter de façon considérable la couverture vaccinale effective au cours de la première année de vie (93 % d'enfants vaccinés contre la rougeole en 2009) (24) et l'éradication de nombreuses maladies infantiles. La protection sociale a été élargie. En dépit des niveaux élevés d'inégalités observés dans la Région, ces progrès ont été possibles.

10. La Région doit faire face à des défis nouveaux et émergents en raison de changements sociaux, de la prévalence croissante des maladies non transmissibles qui devraient continuer à augmenter sensiblement dans les décennies à venir et qui sont également dues aux changements démographiques liés au vieillissement, à l'urbanisation, à la croissance démographique, et à la mobilité. En Amérique latine et les Caraïbes, environ 50 % de toutes les années de vie perdues sont liées aux maladies non transmissibles, tandis que seulement 30 % est dû aux maladies transmissibles et 20 % aux traumatismes (25). En 2010, on estime que 77,7 % de la population dans la Région d'ALC vivait dans les zones urbaines, et ce nombre devrait augmenter à 86,9 % en 2040 (24). Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement supérieur a augmenté seulement à 37,9 %, et il était de 22,3 % en 2000 (24). L'espérance de vie

dans les pays d'ALC est passée de 63,4 ans entre 1975-1980 à 72,2 entre 2000-2005, et le pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus devrait presque doubler, passant de 5,5 % à 9,8 %, entre 2000 et 2025 (24). Les interventions et les programmes de bien-être pour prévenir les maladies non transmissibles peuvent commencer tôt dans la vie et continuer jusqu'à la vieillesse, et ils peuvent être étendus pour atteindre une proportion importante de la population.

11. Entre 1990 et 2010, la moyenne de mortalité des moins de 5 ans en Amérique latine et les Caraïbes a été réduite de 54 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes (26). Pour la Région, cela représente une baisse annuelle moyenne de 4,3 % en moins de 5 ans. En 2010, l'ALC a contribué à seulement 3,3 % des décès de moins de 5 ans du monde, soit beaucoup moins que l'Afrique sub-saharienne (48,7 %) et l'Asie du Sud (33,2 %) (26). Ce taux de diminution indique que la Région dans son ensemble a réussi à réduire la mortalité infantile. Si cette tendance se poursuit, la Région atteindra l'OMD 4.A, cible 4 d'une réduction des deux tiers de la mortalité des moins de 5 ans d'ici à 2015. Cependant, les moyennes régionales pour la mortalité des moins de 5 ans masquent d'importantes disparités de mortalité entre les pays et au sein des pays. Par exemple, en 2011, il a été estimé qu'Haïti et la Bolivie présentaient respectivement des taux de mortalité pour les moins de 5 ans de 87 et 51 décès pour 1000 naissances vivantes, par rapport au taux de mortalité pour les moins de 5 ans de 19 en Colombie, 8 au Chili, et 6 à Cuba (26). Ces différences montrent l'importance d'aborder les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et les inégalités persistantes dans l'accès et l'utilisation des services de santé de base. Les groupes de population vivant dans les foyers de pauvreté, les zones frontalières et les lieux géographiquement éloignés, ainsi que les groupes de population autochtones ont un large éventail de besoins sanitaires non satisfaits qui requièrent plus d'attention et d'investissement.

12. Ces inégalités d'accès peuvent en partie s'expliquer par la part variable de la population qui vit avec moins de USD 1,25 par jour (54,9 % en Haïti, en comparaison au taux de 3,5 % du Venezuela en 2007). Le faible niveau des dépenses nationales de santé dans plusieurs pays constitue un autre facteur. En 2008, par exemple, les dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut étaient de 11,5 % dans les Antilles néerlandaises, comparativement à 1,8 % en République dominicaine (22).

13. En 2010, dans la région ALC, près de la moitié (47 %) de la mortalité des moins de 5 ans a eu lieu dans le groupe d'âge néonatal. Parmi ces décès néonataux, 31 % étaient dus à des infections et 29 % à l'asphyxie. Les décès dans le groupe d'âge post-néonatal (de 1 mois à 1 an d'âge) ont représenté 29 % du total de la mortalité des moins de 5 ans. Les causes principales comprennent les infections respiratoires aiguës (48 %), les maladies diarrhéiques (36 %), et la dénutrition (9 %) (24). Dans les Amériques, l'asphyxie constitue la cause principale de décès chez les enfants de moins de 1 an, et la noyade chez les enfants âgés de 1 à 4 (29). La plupart des décès infantiles sont évitables. Dans les pays à forte mortalité, des interventions à faible coût et à fort impact (27) pourraient réduire le nombre de décès de plus de 50 %, mais

les niveaux de couverture pour ces interventions sont encore trop faibles dans la plupart des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

14. Il a été démontré que la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est associée à la maltraitance des enfants et à la violence contre les femmes par un partenaire intime. Dans de telles situations, l'abus d'alcool et les toxicomanies sont des facteurs de risque communs habituellement présents chez un ou les deux parents. Dans la littérature scientifique, des preuves suffisantes existent pour affirmer que la maltraitance de l'enfant peut être évitée (28). Les enfants qui sont victimes de violence soit directement ou témoins de violences entre leurs parents sont plus à risque d'un certain nombre de résultats négatifs sur la santé, y compris les effets psychologiques et comportementaux. La violence affecte les communautés et les sociétés, conduisant à des pertes dans les secteurs d'activité et à une charge accrue sur les soins de santé et les systèmes de justice. Une fois que les enfants atteignent l'âge de 5 ans, les menaces les plus importantes à leur survie sont les traumatismes, à la fois intentionnels (homicide, maltraitance des enfants, ou la violence collective telle la guerre) et involontaires (accidents de la circulation, brûlures, empoisonnements, chutes). Enfin, la dépression d'un parent, en particulier de la mère, peut également affecter le développement de l'enfant. Le diagnostic correct et le traitement adapté aux problèmes de santé mentale chez les parents sont ainsi essentiels.

15. La prévalence de la malnutrition infantile dans la Région est faible et s'élève à 4,5 % (30). Cependant, la malnutrition chronique est encore l'un des troubles de croissance les plus fréquents dans la région d'ALC, avec près de 9 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans qui souffrent de cette condition (31). Les taux des pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire, essentielles pour une croissance et un développement sains sont loin d'être optimaux. En ALC, seulement 58 % des nouveau-nés sont allaités au sein dès la première heure après la naissance, et seulement 44 % des nourrissons de moins de 6 mois bénéficient de l'allaitement maternel exclusif (32). Des estimations montrent que la promotion de l'allaitement maternel exclusif et de pratiques adéquates d'alimentation complémentaire peuvent éviter 19 % de la mortalité infantile de moins de 5 ans (32). D'autre part, l'obésité infantile est l'un des défis majeurs de santé publique qui affecte les pays de la Région, notamment en milieu urbain. Le problème de l'obésité infantile est si grave dans les Amériques, qu'en 2009, le gouvernement des États-Unis d'Amérique l'a déclarée épidémie nationale. Au Mexique, le président Calderón a annoncé, en 2010, une stratégie nationale visant à lutter contre l'obésité dans le pays. Par ailleurs, entre 7 à 12 % des enfants de moins de 5 ans dans la région d'ALC sont obèses, ce qui représente six fois le pourcentage actuel de la malnutrition pour le même groupe d'âge (33). Les carences en micronutriments ont un impact significatif sur le développement humain et la productivité économique. Dans la région d'ALC, la prévalence de l'anémie est de 44,5 % chez les jeunes enfants (22,5 millions), de 30,9 % chez les femmes enceintes (3,5 millions) et de 22,5 % chez les femmes en âge de procréer (31,7 millions) (34).

16. Les enfants de la Région meurent également d'un certain nombre de causes liées à l'environnement et qui sont facilement évitables. L'expérience montre que, de

plus en plus, la dégradation de l'environnement, les produits chimiques nocifs et les métaux toxiques tels que le plomb et le mercure, les rayonnements, la pollution de l'air et de l'eau, l'amiante, ainsi que la fumée secondaire constituent des menaces majeures pour la santé, le développement et la survie des enfants dans le monde. Ces problèmes sont exacerbés par l'urbanisation croissante et par les effets du changement climatique. Les conditions environnementales ont une influence sur la qualité et la disponibilité de la nourriture, ainsi que les niveaux d'activité physique (35). La pollution de l'air intérieur, due à l'utilisation de combustibles solides, est un problème négligé qui requiert une action urgente. Dans sept pays de la Région, plus de 50 % de la population utilise des combustibles solides (35, 37).

17. La couverture estimée de médicaments antirétroviraux pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant était de 54 % dans la région d'ALC en 2008 (36). Toutefois, ce chiffre masque d'importantes variances au sein des pays, avec une faible couverture pour certains groupes de la population. L'accès aux services de diagnostic infantiles est encore limité et de nombreux enfants sont perdus de vue avant que leur statut VIH ne soit confirmé. Dix-neuf pays au total ont communiqué des données sur le nombre de nourrissons diagnostiqués avec la syphilis congénitale en 2009, avec 5117 cas au Brésil à un cas à la Barbade. Les experts soupçonnent un degré de sous-déclaration important dans de nombreux pays (37).

18. Les géohelminthiases infectent des millions de jeunes enfants à travers l'Amérique latine et les Caraïbes. Les maladies causées par ces parasites intestinaux, y compris l'anémie, la carence en vitamine A, le retard de croissance et la malnutrition, entre autres, ralentissent la croissance mentale et physique des enfants et entraînent des effets à long terme sur la réussite scolaire et la productivité économique (38). Les vers parasites affectent de manière disproportionnée les groupes les plus défavorisés, en particulier dans les zones rurales et les bidonvilles urbains et contribuent à maintenir les personnes vulnérables prises au piège dans un cycle de pauvreté. Heureusement, des interventions ayant fait leurs preuves et avec une excellente rentabilité existent pour traiter les parasites intestinaux. Les interventions vermifuges peuvent facilement être intégrées dans les différents programmes existants que de nombreux pays et leurs partenaires mettent déjà en œuvre dans les domaines de la santé, nutrition, vaccination, éducation, l'eau et l'assainissement, et d'aide aux revenus.

19. La Région des Amériques a certifié, en 1994, l'interruption de la poliomyélite. La Région s'est libérée de la rougeole et de la rubéole endémique depuis que les maladies indigènes ont été éliminées en 2002 et 2009, respectivement, et les efforts visant à éliminer le tétanos néonatal et le syndrome de rubéole congénitale en tant que problèmes de santé publique réalisent des progrès. La diphtérie et la coqueluche sont actuellement sous contrôle : la couverture vaccinale par le DTC3 pour les enfants de moins de 1 an était de 90 % en 2009 (39). De nouveaux vaccins contre les infections à rotavirus et à pneumocoques sont introduits.

20. Les enfants handicapés sont parmi les groupes les plus exclus et ils doivent faire face à de sérieux obstacles pour avoir la pleine jouissance de leurs droits de l'homme (40). Quatre-vingts pour cent de la capacité du cerveau se développe avant

l'âge de 3 ans. La période de développement qui va de la naissance à l'école primaire présente de nombreuses opportunités pour mettre en œuvre des programmes de prévention qui permettent aux enfants handicapés de réaliser pleinement leur potentiel (40).

21. La négligence des besoins de développement des jeunes enfants peut entraîner des conséquences graves pour leur croissance physique et mentale et leur développement. Cette situation est préoccupante notamment en cas d'urgence ou de catastrophe, lorsque les populations sont dispersées et les services de base perturbés. La Région des Amériques a réalisé des progrès dans la conception et la mise en œuvre de programmes de développement de la petite enfance tels les programmes *Primeros Años* en Argentine, *Chile Crece Contigo* au Chili, *De Cero a Siempre* en Colombie, *Arranque Parejo* au Mexique, entre autres. Ces programmes aident les enfants à grandir et à s'épanouir physiquement, mentalement, émotionnellement et socialement, dès la naissance et leurs actions ont été couronnées de succès. Le programme chilien propose aux enfants un accès rapide aux services et avantages en réponse à leurs besoins, avec un soutien permanent à chaque étape de la croissance. L'objectif est de construire une société plus équitable en offrant l'égalité des chances dès la naissance. En 2009, la promulgation de la loi 20.379, qui crée un système de protection sociale intersectoriel, a donné au programme un statut institutionnel.

22. Les modèles et politiques de services de santé intégrés dans la Région sont de plus en plus nombreux, bien que seulement quelques-uns aient été minutieusement étudiés et évalués. Certains utilisent la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). En Guyane, la Stratégie nationale intégrée de la santé infantile (2011-2015) intègre des actions pour la santé des enfants. Au Honduras, la stratégie PCIME est incluse dans le *Programa de Atención Integral a la Niñez*. Au Pérou, le *Modelo de Atención Integral en Salud* est un programme d'intervention majeur pour lutter contre les problèmes de malnutrition du pays, et *CRECER* est le plan national de lutte contre la malnutrition et la pauvreté. Le Nicaragua, en vertu de la loi nationale 423, article 38, a mandaté la création d'un *Modelo de Salud Familiar y Comunitario*, fournissant un ensemble de services de base. Et en Bolivie, le *Programa Desnutrición Cero* constitue une mobilisation massive nationale de santé publique qui utilise la stratégie PCIME pour renforcer les activités de nutrition et de croissance dans de multiples secteurs.

23. La stratégie PCIME, après de rigoureuses évaluations internationales, est devenue la pièce maîtresse des interventions visant à améliorer la santé infantile dans les Amériques, principalement dans les centres de santé (41-46). Les programmes PCIME communautaires ont également montré leur efficacité dans la promotion de la santé infantile (47-50). Dans la région d'ALC, la PCIME s'est attelée à la prévention, au contrôle et au traitement des maladies et conditions affectant les femmes, les fœtus, les nouveau-nés et les enfants, tels que la malnutrition, la carence en acide folique en période périconceptionnelle, la carence en calcium pendant la grossesse, la tuberculose, les caries dentaires, la maladie de Chagas, les affections périnatales et néonatales, les accidents, la violence familiale et la violence en général, les troubles de santé mentale, l'asthme et le syndrome broncho-obstructif, les problèmes de

développement de la petite enfance et le VIH/sida. La stratégie a également été élargie pour améliorer la santé des communautés autochtones.

Stratégie proposée

24. La Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant s'inspire des réalisations des États Membres, des expériences et des initiatives mises en œuvre par un large éventail de partenaires au développement. La coopération horizontale et une approche Sud-Sud seront encouragées. La mise en œuvre nécessitera la participation des alliances existantes qui travaillent à la réalisation des OMD et à améliorer la santé et le développement de l'enfant, et suivra le cadre de responsabilisation et les indicateurs proposés par la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant et par la Convention relative aux droits de l'enfant.

25. Le cadre conceptuel de la Stratégie est basé sur le modèle écologique, qui considère la santé infantile comme le résultat de l'interaction entre les facteurs liés aux systèmes de santé à différents niveaux et les déterminants sociaux de la santé. Ce travail nécessitera une coordination entre les divers secteurs sociaux et gouvernementaux, y compris les pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire, afin d'assurer une solide gouvernance du secteur de la santé, la prestation équitable des services, un financement suffisant du système de santé, un ensemble conséquent d'agents de santé bien formés, des systèmes d'information en bon état de marche et de la mise à disposition de médicaments et de technologies.

26. Un Plan d'action est proposé pour guider les pays dans l'élaboration de politiques et de programmes qui favorisent l'accès opportun des familles et des communautés à un ensemble de services adéquats et intégrés pour protéger les droits de l'enfant et pour promouvoir son développement. Cet ensemble de services constituera un portefeuille de droits composé d'interventions rentables et fondées sur des preuves, qui utilisent une stratégie de soins de santé primaires et une approche basée sur le genre, l'interculturalité, et le droit à la santé. Le Plan d'action devra soutenir et encourager l'élaboration de politiques, lois et plans nationaux pour la protection sociale et contribuer au renforcement des systèmes de santé qui répondent aux besoins des femmes, des familles et des enfants et qui garantissent l'accès sans barrières financières, géographiques, ou sociales.

27. Pour atteindre ce degré de soutien, une étroite collaboration entre les différentes entités du secteur public et privé sera nécessaire. Il s'agit notamment des autorités nationales et locales, des assemblées législatives, des conseils municipaux et des dirigeants communautaires, des organisations non gouvernementales (ONG), des organisations confessionnelles (FBO selon son sigle en anglais), des associations professionnelles, des bureaux des femmes, ainsi que des secteurs de l'éducation, de l'environnement, des finances, de l'agriculture, du logement, de l'énergie, et de l'eau et de l'assainissement. Nous proposons que l'OPS coordonne la réponse régionale, sous la direction directe des ministères de la Santé et d'autres intervenants. Étant donné qu'une partie du Plan sera mis en œuvre dans la période post-OMD, c'est-à-dire, après

2015, des ajustements seront apportés à la lumière des nouveaux accords mondiaux pour la santé et le développement qui pourraient être formulés par les gouvernements nationaux.

28. La proposition appelle à établir une alliance régionale pour la santé intégrale chez l'enfant dans le but de renforcer les partenariats et la collaboration entre les organismes des Nations Unies, les organisations nationales et internationales, les ONG, les organisations confessionnelles, les organisations de la société civile, et autres, afin de promouvoir les interventions sur la santé intégrale chez l'enfant et pour mobiliser des ressources auprès des partenaires nationaux. Un groupe de travail intersectoriel et national pour la santé intégrale chez l'enfant sera formé dans chaque pays et mettra au point une définition pratique nationale sur « la santé intégrale chez l'enfant » compatible avec les politiques, les lois, le profil épidémiologique et les exigences du système de santé du pays. Les groupes de travail devront également fournir une coopération technique et de planification.

29. L'objectif général est d'assurer que les enfants de moins de 5 ans survivent, prospèrent et continuent à mener une vie saine et heureuse. Cela signifie prendre des mesures pour assurer une qualité de vie élevée, exempte de maladies évitables, d'invalidités, de violences sexuelles, de négligence, de blessures et de décès prématurés, et de travailler pour améliorer la santé infantile, éliminer les inégalités, et atteindre l'équité en santé conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant. Nous disposons des moyens et de la technologie. À présent, ce sont l'engagement d'un plus large éventail de parties prenantes et un financement accru pour la santé intégrale chez l'enfant qui sont nécessaires.

Proposition de Plan d'action 2012-2017

30. Le Plan d'action proposé portera sur cinq domaines stratégiques en Amérique latine et les Caraïbes. Pour tous les indicateurs, le niveau de référence est égal à 0 et la cible est de 12 pays.

Domaine stratégique 1 : Développer des politiques harmonisées, intersectorielles et interprogrammatiques, des plans nationaux et des lois pour protéger et améliorer la santé, les droits, et le développement des enfants.

Objectif 1.1 : Créer un environnement favorable pour le plaidoyer, la coordination et l'élaboration de politiques intersectorielles et interprogrammatiques et des programmes pour la santé intégrale chez l'enfant compatibles avec les instruments de protection des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies et l'Organisation des États Américains

Indicateurs :

- Nombre de pays qui ont établi une politique, une stratégie ou plan national de santé intégrale chez l'enfant cohérent avec les cadres légaux et les règlements.

- Nombre de pays ayant un programme de santé intégrale chez l'enfant qui ont un plan d'action à moyen ou long terme, avec des ressources allouées et un coordinateur désigné.

Domaine stratégique 2 : Renforcer les systèmes de santé et les services intégrés et les interventions communautaires grâce à des stratégies alternatives de prestation de services, en particulier dans les régions marginalisées.

Objectif 2.1 : Développer et renforcer la capacité du système de santé pour la gestion, la planification et la mise en œuvre de stratégies intégrées pour la santé de l'enfant, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires.

Indicateurs :

- Nombre de pays qui disposent d'une politique nationale, stratégie ou plan pour renforcer la capacité du système de santé pour étendre efficacement les interventions de santé intégrale chez l'enfant.
- Nombre de pays dotés de programmes de santé intégrale chez l'enfant qui ont élaboré des lignes directrices et des normes techniques basées sur les modèles de l'OPS/OMS.

Domaine stratégique 3 : Développer les compétences du personnel de santé, des établissements universitaires et des familles et communautés en utilisant une approche fondée sur les droits, axée sur la priorité aux soins de santé primaire et qui prend en compte le genre et l'appartenance ethnique.

Objectif 3.1 : Soutenir le développement et le renforcement des programmes de formation en matière de santé intégrale chez l'enfant.

Indicateurs :

- Nombre de pays dotés de ressources humaines disponibles et opérationnelles et d'un programme de formation à la gestion en matière de santé intégrale chez l'enfant.
- Nombre de pays mettant en œuvre des interventions pour la santé intégrale chez l'enfant fondées sur les preuves à l'aide des outils et des matériaux de l'OPS/OMS.

Objectif 3.2 : Promouvoir la mobilisation sociale et la participation communautaire pour la mise en œuvre et l'expansion des interventions efficaces à améliorer les soins intégrés pour les enfants et leur bien-être.

Indicateurs :

- Nombre de pays dotés de mécanismes établis et/ou de stratégies pour promouvoir la participation communautaire dans la mise en œuvre de programmes d'intervention pour la santé intégrale de l'enfant.

- Nombre de pays dotés d'un plan opérationnel pour intensifier et atteindre de nouvelles circonscriptions de la communauté et d'autres membres de la famille, qui favorise les compétences parentales, la mobilisation sociale et la participation communautaire en matière de santé intégrale chez l'enfant.

Domaine stratégique 4 : Renforcer le système d'information sanitaire et améliorer la base de connaissances sur l'efficacité des interventions.

Objectif 4.1 : Renforcer les systèmes d'information par pays et la capacité de surveillance dans le cadre de la santé intégrale de l'enfant et renforcer la capacité des systèmes d'information et de statistiques vitales pour générer et utiliser des informations de qualité, ventilées par sexe, âge, origine ethnique, et le niveau socioéconomique.

Indicateur :

- Nombre de pays qui disposent d'un système national d'information qui fournit des informations annuelles sur base des indicateurs et des données sur la santé intégrale de l'enfant.

Secteur stratégique 5 : Mobiliser les ressources, les alliances stratégiques et les partenariats.

Objectif 5.1 : S'engager dans le plaidoyer pour établir et renforcer des alliances intersectorielles avec des partenaires stratégiques et mobiliser des fonds nationaux et internationaux pour soutenir la mise en œuvre et l'intensification des activités en matière de santé intégrale de l'enfant.

Indicateur

- Nombre de pays qui ont établi un comité intersectoriel de coordination pour la santé intégrale de l'enfant.

Suivi et évaluation

31. Ce plan d'action contribue à la réalisation des objectifs stratégiques (OS) 4,¹ 7.² et 9³ du Plan stratégique de l'OPS. D'autres OS, ainsi que les résultats escomptés à l'échelle régionale spécifiques (RER) auxquels ce Plan d'action contribue sont détaillés dans l'annexe C. Le suivi, l'analyse et l'évaluation de cette Stratégie et Plan

1 **OS4** : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

2 **OS7** : Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.

3 **OS9** : Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.

d'action suivront les lignes directrices établies par l'Organisation. Il intégrera, par conséquent, des actions pour surveiller et évaluer les indicateurs identifiés, et des rapports d'étape seront livrés à mi-parcours et lors de la conclusion du Plan d'action. Les pays travailleront avec tous les secteurs pour parvenir à un accord sur une liste d'indicateurs de base sur la santé intégrale de l'enfant et devront partager les données avec d'autres organismes internationaux en utilisant sites Web, observatoires régionaux, SharePoint, systèmes de portail, et autres réseaux.

32. L'OPS et les États Membres mettront en œuvre des outils de choix pour la planification, l'analyse et l'évaluation pour un suivi actif des politiques, des stratégies et des plans des pays à l'aide des indicateurs de processus et d'impact, les rapports de pays, et les observations finales du Comité sur les droits de l'enfant. Les informations recueillies seront ventilées par âge, sexe et origine ethnique pour permettre aux gouvernements et aux fournisseurs de services de cibler les populations les plus vulnérables ou exclues. Une évaluation finale sera effectuée à la fin du plan en 2017.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

33. La Conférence est invitée à examiner les informations contenues dans ce document et à envisager d'adopter la résolution proposée dans l'annexe B.

Références

1. Jolly, R. Early Childhood development : the global challenge. The Lancet [Internet]. 2007 Jan [cité le 12 janvier 2012]; 369(9555):8-9 Disponible à l'adresse :http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/lancet_child_dev_series_commentary.pdf.
2. Heckman, J. The Heckman equation. Heckman: The Economics of Human Potential. [cité le 12 janvier 2012] Disponible à l'adresse : <http://www.heckmanequation.org/heckman-equation>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes [Internet]. 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2006 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS, 2006 (document CD47/15) [cité le 12 janvier 2012] Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé et droits de l'homme [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS; 2010 (document CD50/12) [cité le 13 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3149&Itemid=2401&lang=fr.

5. Pan American Health Organization. Strategic Plan 2008-2012, modifié (brouillon) [Internet]. 49th Directing Council of PAHO, 61st Session of the Regional Committee of WHO for the Americas; 2009 Sep 28-Oct 2. Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2009 (Official Document No. 328) [cité le 12 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OD-328%20complete%20document.pdf>.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé infantile [Internet]. 42^e Conseil directeur de l'OPS, 52^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 25 au 29 septembre 2000 ; Washington, DC, É-U. Washington (DC) : OPS, 2000 (document CD42/FR) [cité le 11 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : http://www.paho.org/french/gov/cd/cd42_fr-f.pdf
7. Organisation des Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme : article 25 [Internet]. Troisième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; décembre 1948 ; Paris, France. New York (NY): Organisation des Nations Unies ; 1948 [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/fr/documents/udhr/index.shtml#a25>.
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires [Internet]. 45^e Conseil directeur de l'OPS, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2004, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2004 (résolution CD45.R3) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd45.r3-f.pdf>.
9. Organisation mondiale de la Santé. Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants [Internet]. 58^e Assemblée mondiale de la Santé, neuvième séance plénière du Comité, du 16 au 25 mai 2005, Genève (Suisse) : Genève : OMS, 2005 (document WHA58.31) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_31-fr.pdf.
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Politique en matière d'égalité des sexes [Internet]. 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2005 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2005 (résolution CD46.R16) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD46.r16-f.pdf>.
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action régionaux de nutrition en santé et développement [Internet]. 138^e session du Comité exécutif de l'OPS ; du 19 au 23 juin 2006 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2006 (résolution CE138.R2) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/ce/ce138.r2-f.pdf>.

12. Organisation panaméricaine de la Santé. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) [Internet]. 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 23 au 27 septembre 2002, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2002 (résolution CSP26.R10) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/csp/csp26.r10-f.pdf>.
13. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé familiale et communautaire [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2009 (résolution CD49.R13) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R13%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R13%20(Fr.).pdf).
14. Organisation panaméricaine de la Santé. Famille et santé [Internet]. 44^e Conseil directeur de l'OPS, 55^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 22 au 26 septembre 2003 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2003 (résolution CD44.R12) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd44-r12-f.pdf>.
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2008 (résolution CD 48.R4, Rev.1) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48.r4-f.pdf>.
16. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, infantile et juvénile pour atteindre les Objectifs de développement du millénaire énoncés dans la Déclaration des Nations Unies pour le millénaire [Internet]. 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2006 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2006 (résolution CD47.R19) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD47.r19-f.pdf>.
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2009 (résolution CD49.R19) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Fr.).pdf).

18. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques [Internet]. 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2006 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2006 (résolution CD47.R10) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD47.r10-f.pdf>.
19. Organisation panaméricaine de la Santé. Vaccins et immunisation [Internet]. 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 23 au 27 septembre 2002, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2002 (résolution CSP26.R9) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/csp/csp26.r9-f.pdf>.
20. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement 2006-2015 [Internet]. 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2006 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2006 (résolution CD47.R8) [cité le 15 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD47.r8-f.pdf>.
21. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. Conférence internationale sur les soins de santé primaires; du 6 au 12 septembre 1978, Almaty, Kazakhstan [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
22. Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Social Development Division – United Nations Children's Fund (ECLAC-UNICEF). Child poverty: a priority challenge. Challenges [Internet]. 2010 [cité le 25 janvier 2012] ; (10) :5-9. Disponible à l'adresse : www.cepal.org/dds/noticias/desafios.
23. Programme des Nations Unies pour le développement. Rapport sur le développement humain 2010. [Internet]. New York (NY) : PNUD, 2010 [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rdh2010/chapitres/>.
24. Bárcena A (Economic Commission for Latin America and the Caribbean [ECLAC]). El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo de Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad [Internet]. Santiago (Chili) : Organisation des Nations Unies ; juin 2010 [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/39991/portada-indice-intro.pdf>.
25. Anderson GF, Waters H, Pittman P, Herbert R, Chu E, Das K (John Hopkins University Bloomberg School of Public Health). Non-communicable chronic diseases in Latin America and the Caribbean [Internet]. Baltimore (MD) :

- États-Unis Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ; le 19 février 2009 [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.healthycaribbean.org/publications/documents/NCD-in-LAC-USAID.pdf>.
26. Organisation mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2011 [Internet]. Genève : OMS ; 2011 [cité le 24 avril 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html#>.
27. Jones G, Steketee R, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? The Lancet [Internet]. 2003 [cité le 25 janvier 2012] ; 362:65-71. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_child_survival_prevent_deaths.pdf.
28. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Fürniss T. Guide sur prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Organisation mondiale de la Santé, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect ; Genève (Suisse) : 2006 [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789242594362_fre.pdf.
29. Pan American Health Organization. Health in the Americas. (Publication scientifique 622). Édition de 2007 (Vol. I). Washington, DC : OPS ; 2007 [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionaling/HIA07%20Regional%20Vol%20ENG%20Front%20Matter.pdf>
30. La Banque mondiale. Banque mondiale, Rapport annuel 2010 : l'année en revue [Internet]. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2010. [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ACCUEILEXTN/EXTABTUSFRENCH/EXTANNREP2010FRE/0,,menuPK:7201923~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:7201851,00.html>
31. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2010 (document CD50/13) [cité le 13 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-13-f.pdf>.
32. Lutter CK, Daelmans B, de Onis M, Kothari M, Ruel MT, Arimond M, Deitchler M, Dewey KG, Blössner M, Borghi, E. Undernutrition, poor feeding practices and

- low coverage of key nutrition interventions. Pediatrics [Internet]. Décembre 2011 [cité le 25 janvier 2012] ; 128(6):e1418-27. Disponible à l'adresse : <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/11/04/peds.2011-1392.abstract>.
33. Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. Avancées vers l'objectif 1 du Millénaire pour le développement en Amérique latine et aux Caraïbes : de l'importance du choix de l'indicateur de dénutrition. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Janvier 2011 [cité le 25 janvier 2012] ; 89(1):22-30. Disponible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040018/>.
34. Mora JO, Boy E, Lutter C, Grajeda R. Anemia in Latin America and the Caribbean, 2009. Situation analysis, trends, and implications for public health programming. Washington (DC) : Organisation panaméricaine de la Santé ; 2009 (document OPS/FCH/HL/11.3.E) [cité 2012 Jan 25]. Disponible à l'adresse : [Document OPS/FCH/HL/11.3.E](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=987&Itemid=904&lang=en)
35. World Health Organization. Indoor air pollution: National burden of disease estimates. [Internet]. Genève (Suisse) : OMS ; 2007 (document OMS/SDE/EPS/7.01rev) [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/indoorair/publications/indoor_air_national_burden_estimate_revised.pdf.
36. World Health Organization. WHO PMTCT strategic vision 2010–2015: preventing mother-to child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. Genève (Suisse) : OMS, 2010 [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf.
37. Pan American Health Organization. 2010 Situation Analysis, Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas. OPS [Internet]. 2011 [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse :- http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=987&Itemid=904&lang=en.
38. Ault S, Santiago Nicholls R, Idali Saboya M, Gyorkos T. Workshop on integrated deworming intervention into preschool child packages in the Americas – Report; 2011 Mar 24-25; Washington (DC), États-Unis [Internet]. Washington (DC) : OPS et McGill University ; 2011 [cité le 25 janvier 2012] Disponible à l'adresse : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15254&Itemid.
39. Organisation panaméricaine de la Santé. Données des rapports du programme élargi de vaccination. Washington (DC) : OPS ; 2009.
40. Child Development: The Child with a Disability, Concept Note, WHO/UNICEF, 14 septembre 2011.

41. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. La situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant [Internet]. New York : UNICEF, 2007 [cité le 25 janvier 2012] ; p : 3435. Disponible à l'adresse :-
http://www.unicef.org/french/sowc08/docs/sowc08_fr.pdf
42. Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Vaughan JP, Black RE. The multi-country evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. American Journal of Public Health [Internet] 2004 [cité le 25 janvier 2012] ; 94 :406-415. Disponible à l'adresse :
<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.94.3.406>.
43. World Health Organization. The Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE): Progress Report, May 2001 – April 2002. Genève : OMS, 2002 (document WHO/FCH/CAH/02.16) [cité le 25 janvier 2012]. Disponible à l'adresse :
http://www.who.int/imci-mce/Publications/WHO_FCH_CAH_02.16.pdf.
44. Huicho L, Davila M, Campos M, Drasbek C, Bryce J, Victora C. Scaling up Integrated Management of Childhood Illness to the national level: achievements and challenges in Peru. Health Policy and Planning [Internet]. 2005 [cité le 25 janvier 2012] 20 (1) ; 14-24. Disponible à l'adresse :
http://csiunmsm.bravehost.com/publi_indexa/health_v20_1_14.pdf.
45. Victora CG, Huicho L, Amaral J, Armstrong-Schellenberg J, Manzi F, Mason E, et al. Are health interventions implemented where they are most needed? District uptake of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Brazil, Peru and the United Republic of Tanzania. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. 2006 [cité le 25 janvier 2012] ; 84:792-801. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/10/06-030502.pdf>.
46. Cordero, D., R. Salgado et C. Drasbek. An analysis of IMCI implementation process in four countries in Latin America [Internet]. Edité par Tina G. Sanghvi et Mireille Mather. Arlington, (Virginia), United States: BASICS II for the United States Agency for International Development and the Pan American Health Organization; 2004 [cité le 25 janvier 2015]. Disponible à l'adresse : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADC631.pdf.
47. Bhutta Z, Darmstadt G, Hasan B, Haws, R. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. Pediatrics [Internet]. 2005 [cité le 25 janvier 2012], 115, 519 617 Disponible à l'adresse :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15866863>.
48. Harkins T, Drasbek C, Arroyo J, McQuestion M. (2008). The health benefits of social mobilization: experiences with community-based Integrated Management

of Childhood Illness in Chao, Peru and San Luis, Honduras. Promot Educ [Internet]. 2004 [cité le 25 janvier 2012] ; 15 (2) : 1520). Disponible à l'adresse :- <http://pesquisa.bvsalud.org/sde/resources/cid-60716>.

49. McQuestion, MJ, Quijano Calle A, Drasbek C, Harkins T, Sagastume LJ. Social integration and health behavioral change in San Luis, Honduras. Health Educ Behav [Internet]. 2010 [cité le 25 janvier 2012] ; 37 (5) : 694-708. Disponible à l'adresse : <http://heb.sagepub.com/content/37/5/694.abstract?rss=1&patientinform-links=yes&legid=spheb;37/5/694>.
50. Velásquez A. Evaluación del Componente AIEPI del Proyecto PCPCD-OPS/CIDA. Washington (DC) : Organisation panaméricaine de la Santé (document non publié).

Annexes

**QUELQUES EXEMPLES D'INTERVENTIONS POUR LA SANTÉ
INTÉGRALE CHEZ L'ENFANT
(des enfants de moins de 5 ans selon le niveau d'influence)**

Individu – Parentalité positive – Accroître l'accès aux services prénatals et postnatals – Programmes de développement de la petite enfance – Sexe sans risque
Famille et communauté – Environnement sain et sans risques – Reconnaissance précoce des signes de danger et référencement – Cuisinières propres pour préserver la qualité de l'air intérieur* – Éliminer la fumée de tabac et les acariens à l'intérieur des bâtiments – Programmes de communication des risques* – Participation active des acteurs sociaux qui mettent en œuvre des pratiques familiales clés * – Visites pré-natales et post-natales pour réduire l'abus de l'enfant
Prévention* – Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois d'âge – Alimentation complémentaire – Matériaux imprégnés d'insecticide – Assainissement de l'eau et hygiène – Vaccin anti-Hib – Zinc – Vitamine A – Vaccin contre la rougeole – Anatoxine tétanique – Visites à domicile pendant la grossesse
Traitement* – Vitamine A – Antibiotiques contre la pneumonie – Antibiotiques pour la dysenterie – Antipaludiques – Thérapie par réhydratation orale (TRO) – Antibiotiques pour le sepsis – Réanimation du nouveau-né – Zinc (en cas de diarrhée aiguë et grave d'enfants sous-alimentés)
Sociétale – Traduire la Convention relative aux droits de l'enfant en lois nationales – Promouvoir les droits sociaux, économiques et culturels – Offrir une éducation et des soins pour la petite enfance – Assurer l'éducation primaire et secondaire – Réduire l'accès à l'alcool – Surveiller les niveaux de plomb, mercure, pesticides et éliminer les produits toxiques de l'environnement – Contrôler la pollution urbaine de l'air*

*Intervention basée sur des données probantes.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE **64^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, DC, ÉUA, du 17 au 21 septembre 2012

CSP28/10 (Fr.)
Annexe B
ORIGINAL : ANGLAIS

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ INTÉGRALE CHEZ L'ENFANT

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné la Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (Document CSP28/10) ;

Rappelant l'Acte constitutif de l'Organisation mondiale de la Santé, de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, et d'autres instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme qui énoncent le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible ;

Consciente des mandats internationaux émergents de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier la résolution WHA56.21 (2003), *Stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent*, et la résolution WHA58.31 (2005), *Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants*, des engagements pris par les États Membres de la Région des Amériques pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et les autres résolutions de l'OPS qui contribuent et influencent directement le bien-être des femmes, des enfants et de leurs soignants ;

Reconnaissant que les enfants de la Région des Amériques sont sa plus grande ressource, et que la reconnaissance et la protection de leurs besoins et droits de l'homme spécifiques sont essentiels pour un développement efficace, et notant que les politiques, stratégies, plans et lois nationaux de santé exigent une attention renouvelée pour promouvoir l'intégration efficace des services de soins de santé infantile dans les établissements de santé, par le biais d'une approche intersectorielle et de parcours de vie fondée sur les déterminants sociaux de la santé et compatible avec les mandats internationaux ;

Considérant que la présente Stratégie et son Plan d'action proposent d'avancer sur le continuum de soins afin de promouvoir le développement optimal de l'enfant, de prévenir et de réduire le fardeau de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans, d'améliorer la nutrition des enfants, d'habiliter les parents, les familles et les communautés à soutenir les efforts de garde des enfants, de créer des environnements sociaux et physiques qui favorisent la sécurité et la bonne santé, ainsi que de renforcer la collaboration entre les différentes institutions de santé et d'autres secteurs leur permettant de travailler plus efficacement,

DÉCIDE :

1. D'approuver la Stratégie et d'approuver le Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant, et d'encourager sa prise en considération lors de l'élaboration de politiques, plans, programmes et propositions de développement, et de budgets nationaux, en vue de créer les conditions favorables à l'intensification des interventions de santé intégrale chez l'enfant.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de donner la priorité à et de plaider aux plus hauts niveaux la mise en œuvre d'interventions efficaces, fondées sur des preuves, pour prévenir la morbidité et la mortalité infantile et pour atteindre le développement social optimum ;
 - b) de soutenir le développement de politiques, stratégies et plans pour la santé intégrale chez l'enfant dans le cadre de l'ensemble des plans nationaux de santé, à renforcer les capacités des services pour la santé intégrale de l'enfant de bonne qualité, et à assurer l'accès universel à ces services ;
 - c) de promouvoir le dialogue et la coordination entre les ministères et autres institutions publiques et universitaires, ainsi qu'entre les secteurs public et privé et la société civile, en vue de parvenir à un consensus national pour la mise en œuvre de services intégrés de santé infantile basés sur les approches de déterminants sociaux et de parcours de vie ;
 - d) de renforcer les capacités des gestionnaires nationaux et locaux pour la planification des programmes et la gestion efficaces des travailleurs de santé des établissements de santé de référence et de premier niveau pour offrir des services de soins de santé infantiles de qualité ;
 - e) de soutenir le personnel de santé qui travaille aux niveaux familial, communautaire et individuel pour améliorer le comportement axé sur la recherche de soins, la promotion de la santé et les soins à domicile et dans la communauté fondés sur les pratiques de soins de santé primaires ;
 - f) de renforcer les systèmes et services de santé pour soutenir la mise en œuvre des soins de qualité compatibles avec leurs obligations vis-à-vis de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et de mise en œuvre

des processus de formation innovants, y compris l'enseignement à distance et autres modèles novateurs ;

- g) de promouvoir la collecte, le partage et l'utilisation de données sur les soins de santé infantile intégrés, ventilées par âge, sexe et origine ethnique ;
- h) de mettre en place un système intégré de contrôle, évaluation et de responsabilisation des politiques, plans, programmes, lois, et interventions qui permettra de déterminer la qualité des soins et l'impact des services de santé infantiles intégrés ;
- i) de développer des procédés pour effectuer des examens et analyses externes de la mise en œuvre du Plan en fonction des priorités, besoins et capacités nationales.

3. De demander au Directeur :

- (a) d'établir un groupe technique consultatif pour fournir des orientations sur les sujets liés aux soins de santé infantile intégrés ;
- (b) de fournir un soutien aux États Membres, en collaboration avec d'autres organismes et secteurs internationaux pour les aider à travailler collectivement au soutien et au renforcement des plans nationaux et à la mise en œuvre d'activités intégrées de santé infantile au niveau des pays ;
- (c) de promouvoir la mise en œuvre et la coordination de la Stratégie et Plan d'action visant à assurer la transversalité des activités à travers les différents programmes de l'Organisation et les différents contextes régionaux et nationaux ;
- (d) d'établir des repères directement corrélés à des zones stratégiques de la Stratégie et Plan d'action ;
- (e) de promouvoir et de consolider la coopération technique horizontale (Sud-Sud) et le partage des expériences réussies et des leçons apprises par les États Membres ;
- (f) de soutenir et d'optimiser le développement des ressources humaines, le renforcement des capacités, et la prestation de services de qualité ;
- (g) de soutenir le développement de lignes directrices et outils techniques intégrés pour faciliter la mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action ;
- (h) de promouvoir la création d'organismes nationaux, municipaux, et de partenariats locaux avec d'autres organismes internationaux, institutions scientifiques et techniques, institutions académiques, organisations non gouvernementales, la société civile organisée, le secteur privé, le Comité des Nations Unies des droits de l'enfant, entre autres, dans le but de mettre en œuvre des soins de santé infantile intégrés ;

- (i) de procéder à des évaluations à mi-parcours et à la fin et établir un rapport de ces résultats aux Organes directeurs de l'OPS.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CSP28/10 (Fr.)
Annexe C

**Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura
pour le Secrétariat le projet de résolution**

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 : Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant s

2. Lien avec le programme et budget 2012-2013 :

a) Domaine d'activité :

Objectif stratégique 1 : Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles

RER 1.1

RER 1.4

Objectif stratégique 2 : Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

RER 2.1

RER 2.2

Objectif stratégique 3 : Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.

RER 3.1

RER 3.2

RER 3.5

Objectif stratégique 4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

RER 4.1

RER 4.2

RER 4.3

RER 4.4

RER 4.5

Objectif stratégique 7 : Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.

RER 7.1

RER 7.2

RER 7.4

RER 7.5

RER 7.6

Objectif stratégique 8 : Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement

RER 8.2

RER 8.5

Objectif stratégique 9 : Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable

RER 9.1

RER 9.2

RER 9.3

RER 9.4

Objectif stratégique 10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.

RER 10.1

RER 10.2

b) Résultat escompté :

Entre 2012-2017, le Plan aura atteint les objectifs stratégiques visant à : a) l'amplification de la couverture des interventions efficaces de développement de l'enfance, de santé intégrale chez l'enfant et du nouveau-né, b) la création d'environnements sociaux et physiques et la promotion du développement et de comportements sains grâce à l'approche adaptée et dans un cadre intersectoriel, interculturel et de genre adapté et c) le renforcement de la réponse des systèmes de santé aux stratégies alternatives pour atteindre les populations mal desservies.

3. Incidences financières :

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :

La coopération technique et financière avec d'autres organismes des Nations Unies et d'autres intervenants directs, multinationaux, fondations, organisations confessionnelles, du secteur privé, des organisations bilatérales et internationales sont essentielles pour la bonne exécution de ce Plan. De 2012-2017, il est estimé que les dépenses pour le personnel et les activités nécessaires à la mise en œuvre réussie du Plan seront d'environ USD 30,0 millions. Ce chiffre inclut le maintien du personnel actuel, l'embauche de personnel supplémentaire, et la mise en œuvre d'activités aux niveaux régional, infrarégional et national.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2012-2013 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :

Estimation du coût par année = USD 6,0 millions

c) Sur le coût estimatif indiqué au point (b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :

Le financement actuel provenant du budget normal de l'OPS, des fonds extrabudgétaires de l'OMS et des bailleurs de fonds est alarmant. Un effort de mobilisation massive des ressources devra être réalisé. Une amélioration de la coordination et de l'utilisation des fonds entre les objectifs stratégiques de l'OPS aux niveaux régional et national décrits ci-dessus, devra être accomplie. Des fonds supplémentaires devront également être identifiés

au niveau des pays provenant d'autres sources et utilisés de manière appropriée.

4. Incidences administratives

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

Zones régionales, infrarégionales et particulièrement locales présentant une grande vulnérabilité et un accès difficile. Les interventions dans les pays seront intégrées à d'autres organisations et programmes du ministère.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire requis à temps plein en précisant les qualifications requises) :

- Maintien du conseiller sur la santé intégrale chez l'enfant à FCH/HL
- Création d'un poste P4 en développement de la petite enfance à temps plein à FCH/HL
- Création d'un poste d'agent de programme P3 à temps plein à FCH/HL
- Maintien des fonctionnaires à temps plein des pays recrutés dans les pays prioritaires de l'OPS
- Renforcement et amélioration de l'utilisation et de la coordination du personnel actuel de l'OPS travaillant à l'OPS
- Incitation des bureaux de pays à travailler de façon intégrée et à optimiser les ressources humaines

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

- Septembre 2012 : le Conseil directeur de l'OPS approuve la Stratégie et Plan d'action.
- Novembre-Décembre 2012 : les réunions initiales de planification par pays et infrarégionales ont lieu avec tous les partenaires intéressés.
- Décembre 2012 : Diffusion de la Stratégie et Plan d'action en quatre langues.
- Janvier-Juillet 2013 : Plaidoyer, manifestation de l'intérêt des pays, préparation d'un diagnostic initial et développement des plans stratégiques intégrés des pays.
- Mars 2013 : Réunion des partenaires.
- 2013-2014 : Mise en œuvre, surveillance, et développement dans les pays prioritaires.
- 2013: Collecte des meilleures pratiques et évaluation des activités des pays.
- 2013-2016 : Mise en œuvre, surveillance, et développement dans les pays prioritaires.
- 2017 : Évaluation des activités des pays.
- 2017 : Évaluation finale de la mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CSP28/10 (Fr.)
Annexe D

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX
DOMAINES DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 : Stratégie et plan d'action en soins de santé infantile intégrés

2. Unité responsable : Santé familiale et communautaire, Projet Healthy Life Course

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Christopher Drasbek

4. Liste des centres collaborateurs et des institutions nationales liés à ce l'ordre du jour :

- Associations et organisations professionnelles travaillant dans la santé et le développement
- Institut national de santé de l'enfant (Pérou)
- École de médecine, Université de Javeriana (Colombie)
- Hôpital pour enfants du Texas, Huston, É-U
- Ministères ou secrétariats de la Santé
- Ministères ou secrétariats sociaux
- Ministères du Développement
- Ministères des Finances
- Ministères de la Planification
- Ministères de la Protection sociale
- Ministères de l'Éducation
- Ministères du Logement
- Ministères de l'Environnement
- Ministères du Commerce
- Jeune Chambre Internationale (JCI)
- Centres collaborateurs de l'OPS/OMS de santé familiale et communautaire et autres centres de santé infantile
- Institutions de sécurité sociale, forces armées, police, entreprises d'État et autres institutions possédant des services de santé.
- Organisations confessionnelles (église adventiste du septième jour, l'église de Saints des Derniers Jours, les églises catholiques) et autres
- Écoles et universités avec des programmes en sciences de la santé, médecine, soins infirmiers, nutrition et santé publique
- Autres institutions nationales et internationales et fondations en lien avec des services de santé pour les enfants de moins de cinq ans

5. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Le thème proposé Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant est un effort continu visant à soutenir et à élargir le concept d'intégration des actions pour atteindre le bien-être et le potentiel de développement humain de l'enfant au sein des systèmes de santé et des services de santé et aux niveaux communautaire et familial dans les pays membres. La Stratégie et Plan d'action propose d'avancer sur le continuum de soins afin de promouvoir le développement optimal de l'enfant, de prévenir et de réduire le fardeau de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans, d'améliorer la nutrition des enfants ; d'habiliter les parents, les familles et les communautés à soutenir les efforts de garde des enfants, de créer des environnements sociaux et physiques qui favorisent la sécurité et la bonne santé, ainsi que de renforcer la collaboration entre les différentes institutions de santé et autres secteurs leur permettant de travailler plus efficacement,

La stratégie proposée vise à orienter la politique et le développement de programmes des pays pour favoriser l'accès en temps opportun des familles et des communautés à un ensemble, adéquat et intégré de services pour protéger le droit des enfants et pour promouvoir leur développement et les droits fondamentaux de l'homme. Il soutient et encourage les États Membres dans l'élaboration de politiques, lois et plans nationaux de protection sociale pour les enfants, les femmes et les familles. Il contribue à renforcer un système de santé répondant aux besoins de la famille et de l'enfant qui assure progressivement l'accès sans barrières financières, géographiques ou sociales à un ensemble intégré de services sociaux et de santé qui comprend la nutrition, la santé physique, mentale et environnementale, et d'autres interventions cruciales. Cet ensemble de services constitue un portefeuille de droits pour les enfants, composé d'interventions rentables et fondées sur des preuves liées à la stratégie des soins de santé primaires en utilisant une approche de genre, interculturelle, et de droit à la santé.

Ce travail nécessitera des mesures pour assurer une solide gouvernance du secteur public, la prestation équitable des services, un financement suffisant du système de santé, une masse conséquente de travailleurs de santé bien préparés et la coordination entre les différents secteurs sociaux et gouvernementaux, y compris l'exécutif, le législatif et le judiciaire. Le cœur de cette stratégie est la réduction des inégalités de santé infantile. L'objectif général est de s'assurer que les nouveau-nés et les enfants survivent, s'épanouissent, et mènent une vie saine et heureuse. L'objectif est d'atteindre la meilleure qualité de vie, exempte de maladies évitables, d'invalidités, de violences sexuelles, de négligence, de traumatismes et de décès prématurés et de contribuer à l'amélioration de la santé infantile, à l'élimination des disparités et à la réalisation de l'équité en santé conformément au CRC.

6. Lien entre l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

- OS1 :** Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.
- OS2 :** Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.
- OS3 :** Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.
- OS4 :** Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.
- OS7 :** Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux

pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.

OS8 : Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.

OS9 : Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.

OS10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce domaine et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

- Au fil des ans, une vaste collection des meilleures pratiques a été documentée, fondée sur des preuves pour soutenir la mise en œuvre de modules de soins de santé infantile intégrés dans les pays des Amériques. Les expériences avec les modèles et politiques de services de santé intégrés dans la Région sont de plus en plus nombreuses, bien que seulement quelques-unes aient été minutieusement étudiées et évaluées.

En Bolivie, le programme Malnutrition Zéro constitue un effort considérable de mobilisation du secteur public de la santé en utilisant la stratégie de PCIME comme l'une des plateformes pour renforcer les activités de nutrition et de croissance grâce à une approche multi-sectorielle.

La Guyana a développé une stratégie nationale de soins de santé infantile intégrés entre 2011-2015, qui comprend des actions de soins de santé infantile intégrés.

Au Honduras, la stratégie de PCIME est incluse dans le *Programa de Atención Integral a la Niñez*.

Au Nicaragua, en juillet 2008, la loi nationale 423, en son article 38, prescrit la création d'un cadre *Modelo de Salud Familiar y Comunitario* (MOSFC), qui établit un ensemble de services de base dans le pays.

Au Pérou, le *Modelo de Atención Integral en Salud* est un programme d'intervention majeur pour lutter contre les problèmes de malnutrition du pays, et CRECER est le plan national de lutte contre la malnutrition et la pauvreté.

- La Semaine de la vaccination aux Amériques 2010 constitue un bon exemple d'intégration des interventions efficaces de santé infantile. Dans de nombreux pays, les vaccinations ont été fournies et livrées aux familles et aux communautés :
 - Vitamine A en Bolivie, au Mexique et au Honduras.
 - Traitement contre les parasites intestinaux en Bolivie, à Haïti, au Mexique et au Nicaragua.
 - Répartition des sachets de SRO, de vitamines, de suppléments minéraux et d'autres au Mexique.
 - Au Guyana, les campagnes de vaccination de la communauté ont proposé de l'éducation sanitaire et nutritionnelle, ainsi que des informations sur la toxicomanie.
 - Au Panama, les enfants présentant des symptômes révélateurs de la malnutrition ont été redirigés vers les centres locaux de réhabilitation nutritionnelle pour traitement.
- Au fil des années, la stratégie de PCIME dans les Amériques a répondu aux profils d'évolution épidémiologique des pays liés aux maladies courantes en y intégrant les actions supplémentaires pour couvrir d'autres problèmes qui nuisent la santé infantile et qui avaient une incidence défavorable sur la croissance et le développement sains. Les programmes et les plans nationaux de santé infantile ont été modifiés pour refléter ces changements. Depuis 2000, les pays membres ont mis en œuvre avec succès les pratiques familiales clés (KFP) de l'OMS et de l'UNICEF pour la

prévention des maladies infantiles courantes comme la principale intervention pour changer les comportements et améliorer la croissance et le développement aux niveaux familial et communautaire. Ce travail a soutenu des efforts de mobilisation sociale intégrés mis en œuvre par les ministères de la Santé en tandem avec les dirigeants communautaires et les réseaux, les agents de santé communautaires (ASC), les organisations non gouvernementales (ONG), les familles et les autres acteurs sociaux ainsi que les institutions.

- Plus récemment, dans le programme de l'ACDI/OPS sur la prévention et le contrôle des maladies transmissibles prioritaires en Amérique du Sud et le programme d'aide de l'ACDI/OPS : Amélioration de la santé et de la protection contre les maladies transmissibles pour les femmes, les enfants et les populations exclues en Amérique latine et les Caraïbes, des activités de soins de santé infantile intégrés ont été mises en œuvre avec succès avec d'autres programmes aux niveaux national et local ciblant les populations vulnérables pour la prévention et le contrôle des maladies infantiles courantes. Et d'autres programmes de prévention et de contrôle au niveau national ciblent des interventions qui visent à combler les lacunes dans la prestation des services de santé, des systèmes d'information sur la santé, du leadership, de la gouvernance et de la finance, de l'analyse et de l'évaluation.
- Les soins et le développement des jeunes enfants doivent être le fondement des relations sociales et le point de départ des stratégies de développement de ressources humaines de la communauté au niveau national. La Région des Amériques a réalisé des progrès dans le développement et la mise en œuvre des programmes de DPE (par exemple : en Argentine avec *Primeros Años*, au Chili, avec *Crece Contigo*, en Colombie avec *De Cero a Siempre*, au Mexique avec *Arranque Parejo*, parmi d'autres). Ces programmes ont mis en évidence avec succès les processus par lesquels les enfants grandissent et s'épanouissent physiquement, mentalement, émotionnellement et socialement depuis la naissance.

8. Les incidences financières de ce point de l'ordre du jour :

La région d'Amérique latine et des Caraïbes connaît une crise financière sans précédent par sa nature. Dans les Amériques, l'OMD 4 a été catalogué en tant que priorité, mais un financement minimal a été alloué par l'OMS, l'OPS et les donateurs internationaux. Cette situation aura une incidence particulière sur les pays à faible revenu, et pourrait inciter les gouvernements à réduire les dépenses sociales en matière de santé, d'éducation et de protection sociale. De nombreux pays ont réussi à obtenir un soutien bilatéral pour les activités intégrées (Nicaragua-Luxembourg, la Bolivie-ACDI, Haïti-gouvernement français, etc.) Néanmoins, la coopération technique et financière avec d'autres organismes des Nations Unies et d'autres intervenants directs, multi-nationales, fondations, organisations confessionnelles, le secteur privé, les organisations bilatérales et internationales sont essentielles pour la bonne exécution de ce plan. De 2012-2017, il est estimé que les dépenses pour le personnel et les activités nécessaires à la mise en œuvre réussie du Plan seront d'environ USD 30,0 millions. Ce chiffre inclut le maintien du personnel actuel, l'embauche de personnel supplémentaire, et la mise en œuvre d'activités aux niveaux régional, infrarégional et national.