



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



144^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

Point 7.4.3 de l'ordre du jour provisoire

CE144/INF/4-C (Fr.)

11 mai 2009

ORIGINAL : ESPAGNOL

PRÉPARATIFS DU DÉBAT EN PANEL SUR L'ALLIANCE PANAMÉRICAINNE POUR LA NUTRITION ET LE DÉVELOPPEMENT EN VUE DE LA CONCRÉTISATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Antécédents

1. La dénutrition et l'état de santé sont le résultat d'une conjugaison de nombreux facteurs : certains revêtent un caractère individuel mais bien d'autres sont liés directement aux conditions socioéconomiques qui nous entourent. Il est par conséquent nécessaire de concevoir et de mettre en pratique des activités multisectorielles et interprogrammatiques qui ciblent autant les facteurs contextuels que les facteurs individuels. C'est la raison pour laquelle les directeurs régionaux des Nations Unies ont constitué l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Cette initiative a pour objectif d'unir et de coordonner les efforts et les ressources de la coopération internationale dans le but de proposer, exécuter, surveiller et évaluer des programmes et des interventions intégrés, coordonnés et durables qui soient en mesure de réagir face aux causes multiples de la dénutrition tout en œuvrant dans le cadre des droits de l'homme et de la perspective de la parité hommes-femmes. Grâce aux preuves scientifiques, aux enseignements tirés et aux expériences actuellement en cours dans les pays, cette alliance permettra d'accélérer la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement et de consolider les interventions d'autres alliances et initiatives régionales.

2. L'initiative a pour but d'aborder la question de nutrition selon une perspective multisectorielle, qui incorpore les activités liées aux conditions environnementales et sociales, à la sécurité alimentaire, à l'éducation et à l'accès à l'information, à l'état de santé de la mère et de l'enfant, à l'accès aux services sanitaires et de planification familiale, aux conditions de travail et aux revenus économiques de la famille, ainsi qu'à l'exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

3. Cette perspective, fondée sur les facteurs déterminants de la santé, exige une coopération technique coordonnée et complémentaire de tous les organismes des Nations Unies, la participation et l'engagement de tous les secteurs de l'État, ainsi que l'inclusion de tous les acteurs concernés par le développement et le bien-être de la population.

4. La conjoncture internationale actuelle est caractérisée par une crise financière et économique sans précédent, qui s'étend depuis les centres du pouvoir économique pour atteindre la périphérie pauvre et en développement. Face à cette situation, la santé et la nutrition pourraient constituer le premier signal d'alerte et transformer de ce fait les activités concertées de la communauté des agences des Nations Unies et des pays et gouvernements en un formidable mur de soutènement pour contrecarrer ces menaces et préserver, dans la mesure du possible, les fondations destinées à rétablir et garantir la continuité du développement. Dans ce sens, la constitution de l'Alliance et son orientation explicite vers le traitement des problèmes contextuels et structurels font de cette dernière une ressource inestimable, qu'il faudra consolider du point de vue institutionnel. Les mesures nécessaires doivent être appliquées dans une optique de prévention proactive et dépasser l'approche traditionnelle qui se limite aux facteurs déterminants les plus proches rapprochés de la question de santé et nutrition.

5. Par le biais de cet exercice en panel, il est envisagé de présenter aux ministres de la santé de la Région, aux universitaires, aux dirigeants politiques ainsi qu'aux bailleurs de fonds les bases conceptuelles et opérationnelles de l'Alliance ainsi que ses points forts au vu de la conjoncture actuelle pour réduire au minimum ou atténuer les incidences sur la santé en général et sur la nutrition des groupes les plus vulnérables en particulier.

Objectifs

- Promouvoir l'approche multisectorielle et interprogrammatique ainsi que les interventions intégrées, fondées sur le modèle conceptuel des facteurs déterminants de la santé.
- Réaffirmer l'engagement souscrit par les agences du système des Nations Unies d'œuvrer de concert pour accroître l'impact et la durabilité des interventions visant à lutter contre le problème de la dénutrition dans les pays.
- Inviter instamment les États membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé à adopter cette approche et en faire leur axe politique et stratégique pour accélérer la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
- Identifier des espaces, des partenaires stratégiques et des sources de financement pour mettre en pratique les stratégies et programmes conçus et élaborés selon la perspective de l'Alliance.

Résultats escomptés

- Accorder une plus grande priorité aux thèmes de nutrition et de développement dans le programme politique des États membres de l'Organisation.
- Mettre en commun et promouvoir le concept d'interventions intégrées qui reposent sur l'approche des facteurs déterminants de la santé en tant qu'élément stratégique permettant d'exercer des effets positifs sur l'état nutritionnel des populations de la Région.
- Persuader les États membres de la nécessité de forger des alliances semblables à la présente, de sorte que les pays soient en mesure de faire face plus efficacement aux répercussions de la crise financière et économique actuelle, qui constitue une menace imminente pour les élans de développement.
- Promouvoir et impulser une culture d'évaluation et de suivi des interventions.

Méthode de travail de la séance en panel

- Une présentation du panel (5 minutes) par un modérateur.
- Une vidéo/des messages par la docteure Mirta Roses Periago présentant la situation dans la Région des Amériques (5 minutes).
- Un exposé de 20 minutes par un invité spécial sur le thème « Nutrition et développement : des politiques sociales intégrées pour surmonter la crise », une expérience à niveau national.
- Un exposé de 15 minutes par un invité spécial sur le thème « L'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement : une réponse en temps de crise ».
- Un exposé de 15 minutes présenté par une personnalité du milieu universitaire axé sur les « facteurs contextuels et les facteurs déterminants socioéconomiques de la dénutrition », en complément des deux exposés antérieurs.
- Quinze minutes seront réservées aux interventions d'observateurs experts qui assistent au panel et seront placés au « rang zéro ».
- Quinze minutes de débats en plénière.

Tableau synoptique du panel

Thèmes et intervenants		
Thèmes	Contenu de l'exposé	Intervenants proposés
Présentation du panel (5 minutes)	Présenter l'Alliance	Ministre de la Santé
Vidéo/message (5 minutes)	Situation de la santé dans la Région des Amériques	Dr. Mirta Roses Periago
Nutrition et développement : des politiques sociales intégrées pour surmonter la crise - l'expérience d'un pays (20 minutes)	• Situation nutritionnelle • L'expérience des municipalités productives et saines et la politique sociale intégrée • Expériences nationales pour préserver la santé et le développement dans des situations de crise	Invité spécial
Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (8 minutes)	• Fondements conceptuels de l'Alliance • La dénutrition chez l'enfant de moins de 5 ans: Les initiatives de tolérance ZÉRO • L'approche fondée sur les facteurs déterminants et les interventions intégrées • La pertinence de l'Alliance pour affronter la crise actuelle	Invité du Programme d'alimentation mondiale
Les facteurs contextuels et les facteurs déterminants socioéconomiques de la dénutrition (7 minutes)	• Nutrition, santé et développement • L'approche du cours de la vie • Les facteurs déterminants sociaux de la santé et de la nutrition	Invité spécial
Commentateurs experts (« rang zéro ») (3 à 5 minutes par personne)		
• Représentant d'une agence de financement • Représentant d'un pays donateur • Personnalité politique • ONG internationale • Représentant du Congrès des États-Unis • Personne représentative du milieu artistique ou des médias • Représentant des Instituts nationaux pour la santé (NIH) ou des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC)		
• Plénière (15 minutes)		

Participants et invités

- Ministres de la Santé et autres délégués des États membres
- Hauts fonctionnaires du Gouvernement fédéral des États-Unis (représentants du Département d'État et du Congrès) et du gouvernement local de la ville de Washington, D.C.
- Directeurs d'agences de coopération technique
- Directeurs de banques et d'organismes bailleurs
- Corps diplomatique accrédité à Washington
- Ambassadeurs près l'OEA
- Milieu universitaire de Washington, D.C.
- *Food for The Poor*
- *March of Dimes*
- Entités philanthropiques
- Groupements confessionnels

Annexe

RESUME ANALYTIQUE

ALLIANCE PANAMÉRICAINE POUR LA NUTRITION ET LE DÉVELOPPEMENT EN VUE DE LA CONCRÉTISATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Introduction

1. La dénutrition (en particulier le retard de croissance et l'anémie) est un problème grave de santé publique en Amérique latine et dans la Caraïbe ; elle est le reflet de la pauvreté ainsi que du manque d'équité dans les revenus et dans l'accès aux services de base dont souffrent des millions de personnes dans notre Région.
2. Environ 9 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrent de dénutrition chronique. (1) Au total, 22,3 millions d'enfants d'âge préscolaire, 33 millions de femmes en âge de procréer et 3,6 millions de femmes enceintes souffrent d'anémie. (2) La répartition de ces maux n'est pas homogène entre les pays ni même à l'intérieur de ceux-ci et elle affecte particulièrement les populations rurales et les groupes autochtones, une expression directe des inégalités qui caractérisent notre Région.
3. En Amérique latine, la prévalence du retard de croissance varie entre 3 % (Chili) et 54 % (Guatemala). (3) Ce même indicateur révèle des taux de prévalence de 20 %, 22 % et 20 % chez les enfants de moins de 5 ans non autochtones de Bolivie, de l'Équateur et du Pérou, respectivement, et de 40 %, 50 % et 45 % chez les enfants autochtones de ces mêmes pays. (4) Au Pérou, les programmes d'enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) réalisés entre 1992 et 2006 révèlent que les prévalences de retard de croissance dans les zones rurales sont le double du chiffre en région urbaine. (5)
4. La prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans varie entre 14 % et 64 % avec une moyenne régionale de 39,5 %, tandis que chez les femmes en âge de procréer et enceintes, elle se situe entre 20 et 64 %, avec une moyenne régionale de 23,5 % et 31,1 %, respectivement. (6)
5. La dénutrition est étroitement liée à la pauvreté. (7) Les données issues de 9 pays de la Région montrent que 33 % des enfants de moins de 5 ans vivant dans les foyers appartenant au quintile inférieur en matière de revenus souffrent de dénutrition chronique par rapport à 4,6 % pour le quintile supérieur. (8) L'éducation des mères « explique » environ 40 % de la dénutrition des enfants, tandis que seuls 32,5 % des femmes de 15 à 49 ans du quintile inférieur en matière de revenus achèvent leur cinquième année d'études primaires. (8-9)

6. Hormis la pauvreté, on constate un accès limité à un environnement sain, à un logement adéquat, à une eau saine et à des services d'assainissement de base et de santé opportuns et de bonne qualité. Les études réalisées avec les données des DHS démontrent que les interventions conjuguées pour l'amélioration de la nutrition, l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement de base ainsi que l'utilisation de combustibles non contaminants peuvent réduire de 14 % la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. (10)

Antécédents

7. C'est durant la réunion des directeurs régionaux des Nations Unies qui s'est déroulée les 24 et 25 juillet 2008 au siège de l'OPS à Washington que l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement a été créée, qui a pour objet de proposer et d'exécuter des programmes intégrés, intersectoriels, coordonnés et durables dans le cadre des droits de l'homme, la perspective de la parité hommes-femmes et dans un contexte interculturel pour accélérer le processus aboutissant à la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

8. L'initiative en faveur de la création de l'Alliance part du principe que la dénutrition et l'état de santé en général sont le résultat d'une conjugaison de nombreux facteurs, dont certains revêtent un caractère individuel mais bien d'autres sont liés directement aux conditions socioéconomiques qui nous entourent. (11-12) Ces derniers facteurs sont généralement dénommés les facteurs déterminants sociaux. (13) Les approches traditionnelles du problème de dénutrition ont été axées sur les facteurs individuels par le biais de programmes alimentaires et de programmes verticaux de soins de santé, en délaissant ou en contournant tout simplement l'ensemble des facteurs déterminants sociaux qui sont constitués, entre autres, des éléments suivants: la sécurité alimentaire, l'environnement physique et social, l'éducation, l'accès à l'information, l'état de santé de la mère et de l'enfant, la planification familiale, l'accès aux services de santé, l'exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales, les revenus économiques de la famille et les conditions de travail. Pour corriger ces approches limitatives, il faut une coopération technique coordonnée, simultanée et complémentaire de tous les organismes des Nations Unies et d'autres entités consacrées au développement et au bien-être de la population.

9. L'Alliance est une initiative institutionnelle et inter-institutions, qui permettra d'unir et de coordonner les efforts et ressources de la coopération internationale dans le but de promouvoir, organiser, exécuter, surveiller et évaluer des interventions multisectorielles et interprogrammatiques efficaces, reposant sur des données probantes qui correspondent à une approche fondée sur la multiplicité des causes de la dénutrition. L'Alliance sera l'occasion de planifier des activités en s'appuyant sur les enseignements tirés et les expériences actuelles des pays. L'Alliance n'a pas vocation à concurrencer ou

écarter d'autres initiatives, ni même à y déroger ou s'y substituer mais plutôt à les renforcer ou les consolider, en fournissant un cadre propice à l'intégration et l'articulation des interventions et de certaines valeurs conceptuelles et stratégiques complémentaires.

10. La conjoncture internationale actuelle est caractérisée par une crise financière et économique sans précédent, qui s'étend depuis les centres du pouvoir économique pour atteindre la périphérie pauvre et en développement. Face à cette situation, la santé et la nutrition pourraient constituer le premier signal d'alerte et transformer de ce fait les activités concertées de la communauté des agences des Nations Unies et des pays et gouvernements en un formidable mur de soutènement pour contrecarrer ces menaces et préserver, dans la mesure du possible, les fondations destinées à rétablir et garantir la continuité du développement. Dans ce sens, la constitution de l'Alliance et son orientation explicite vers le traitement des problèmes contextuels et structurels font de cette dernière une ressource inestimable, qu'il faudra consolider du point de vue institutionnel. Les mesures nécessaires doivent être appliquées immédiatement dans une optique de prévention proactive et dépasser l'approche traditionnelle qui se limite aux facteurs déterminants les plus proches rapprochés de la question de santé et nutrition.

Bases conceptuelles

11. La petite taille en fonction de l'âge ou « dénutrition chronique » résulte de facteurs multiples (soins sanitaires insuffisants et infections à répétition tout au long de la vie, manque d'accès à l'assainissement de base, faible niveau d'instruction, etc.) qui agissent simultanément et durant des périodes prolongées. (14) Ce concept est également un indicateur facile à mesurer et fiable, et sa mesure fait partie intégrante des pratiques régulières des services sanitaires et éducatifs. Par conséquent, il est considéré comme révélateur des conditions de vie de la population et est un indicateur utile pour évaluer, à long terme, les politiques et programmes destinés à la lutte contre la pauvreté.

12. La carte de la pauvreté et de la vulnérabilité se superpose à celle de la dénutrition et, en particulier, du retard de croissance. Lorsque l'on met l'accent sur les cas de figure, comme le conçoit l'Alliance en lieu et place du ciblage sur l'individu, le retard de croissance devient un témoin excellent de l'historique des vulnérabilités sur plusieurs années d'évolution. La réduction du retard de croissance est un indicateur sensible, bien que non spécifique, des changements dans la configuration de ses facteurs déterminants.

13. Les interventions qui ont pour objet de prévenir les problèmes nutritionnels, et en particulier le retard de croissance, sont efficaces par rapport à un large éventail d'événements et de conditions qui se présentent tout au long de la vie car elles ont des effets sur la santé et le développement humain (au moyen de la relation bien connue entre la nutrition, la santé et le développement) et sur plusieurs générations. (15-16) Cet

attribut n'est pas propre à la nutrition mais aucune autre condition, et aucun autre indicateur comme le retard de croissance, ne présente un point de rencontre horizontal aussi large et évident avec la santé et le développement et avec leurs facteurs déterminants.

14. D'autre part, aucune autre condition n'est aussi attrayante, en tant que blason politique, pour exercer la promotion de la cause et convoquer les responsables afin qu'ils élaborent et exécutent des politiques publiques.

15. Enfin, pour affronter avec succès le problème de la dénutrition, il est nécessaire que tous les organismes conjuguent leurs efforts, ce qui fait de l'Alliance un moyen fort propice pour concrétiser l'esprit de réforme existant au sein des agences des Nations Unies.

16. Un groupe de facteurs connus fonctionnent comme des déterminants sociaux de la santé : il s'agit du contexte socioéconomique, de la pauvreté et des inégalités, de l'exclusion sociale, de la position socioéconomique, des revenus, des politiques publiques, de l'éducation, de la qualité du logement, du transport, de l'environnement physique et social et des réseaux d'appui social et communautaire. Il est aisé de signaler que ces facteurs s'inscrivent à des degrés hiérarchiques différents. (17) En effet, leur influence n'est pas cumulative ; certains facteurs se comportent comme des causes essentielles et d'autres comme des causes intermédiaires, et certains modifient les effets d'autres causes, au sein d'un mécanisme de causalité dont les rouages sont peu connus et font l'objet de discussions.

17. Si un enfant est stimulé, reçoit une alimentation adéquate et ne tombe pas malade, il est fort probable qu'il concrétisera tout son potentiel biologique et génétique de croissance et d'épanouissement. La conjugaison de ces trois conditions dépendra à son tour d'un entrecroisement serré d'autres conditions qui, dans leur ensemble, constituent les facteurs déterminants sociaux de la nutrition et de la santé. L'alimentation adéquate d'un enfant et l'apport des soins nécessaires à sa santé sont des actions indispensables mais qui, isolément, ne sont pas les plus efficaces car elles n'influent aucunement sur les mécanismes qui provoquent l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité accrue aux maladies, un fait qui, s'il est indéniable au niveau individuel, ne l'est que davantage à l'échelle de la population.

18. Par conséquent, si l'on reconnaît que la santé et la nutrition sont déterminées par des facteurs sociaux, l'objet des interventions devra être non seulement l'individu mais aussi l'environnement physique et social qui produit et reproduit sa santé. Il importe d'aller au-delà des interventions individuelles, indépendamment des preuves à l'appui de leur succès, et de concevoir des programmes qui incorporent ces interventions tout en incluant les liens de synergie qui les unissent.

19. Au vu de ce qui précède, les fondements conceptuels de l'Alliance sont comme suit :

- a) Formuler des approches qui accordent une importance particulière au fait de modifier les facteurs déterminants et pas seulement d'éviter leurs effets, et focaliser les activités sur les personnes tout autant que sur les conditions géographiques et démographiques à forte vulnérabilité.
- b) Remplacer l'approche monosectorielle par une approche multisectorielle qui s'appuie sur les facteurs déterminants sociaux et les inégalités.
- c) Établir un cadre institutionnel adéquat pour coordonner les activités conjointes sur les plans local, national, transnational et régional.
- d) Identifier les interventions intégrées et durables à partir des données probantes disponibles dans les divers secteurs d'activités pour ensuite les formuler, en assurer le suivi et les évaluer de manière unifiée et non morcelée.
- e) Identifier les situations et les espaces géographiques et démographiques propices à l'exécution de ces interventions.

Éléments de politique et de stratégie

20. Les interventions structurelles sont des interventions de santé publique qui ont des effets sur la santé des personnes car elles modifient le contexte structurel qui donne naissance à la santé et la reproduit. (18) L'environnement physique et social est structuré dans un mode hiérarchique : l'environnement le plus proche d'un individu, ou microsystème, est constitué du foyer, de la famille, du groupe ou du collectif de travail, l'environnement physique et social intermédiaire, ou « écosystème », est constitué de l'école, de la collectivité et des services sanitaires, l'environnement le plus lointain de l'individu, ou macrosystème, est composé du système politique et économique, de la culture et de la société. Les interventions structurelles, qui dépassent le cadre de l'individu, doivent cibler un ou plusieurs niveaux de l'environnement physique et social ou écosystème, en fonction d'un modèle théorique quelconque et de circonstances pratiques, propres à chaque situation ou contexte.

21. Les interventions structurelles diffèrent des interventions programmatiques de santé publique car elles font reposer les problèmes de santé sur des facteurs liés au contexte, qui influent sur la vulnérabilité et les risques individuels et sur d'autres facteurs déterminants des maladies et de leurs profils de risque, et non sur les caractéristiques de l'individu. Les approches axées sur les individus supposent que la relation entre ces derniers et la société laisse une large marge d'autonomie individuelle qui permet que chaque individu fasse un choix délibéré entre les options qui s'offrent à lui, tandis que

l'approche structurelle considère que les actions individuelles sont limitées par des contraintes ou des coactions externes. (18)

22. Il est difficile de concevoir des interventions structurelles pures ou radicales. Dans la pratique, il s'agit d'incorporer les caractéristiques précises de l'environnement (politique, culturel, géographique, économique et social) à la conception d'interventions modulaires intégrées (IMI) qui résultent de la synergie des interventions classiques fondées sur des données probantes, assorties desdites conditions structurelles ou contextuelles précises.

23. L'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement a pour vocation de créer un cadre inter-institutions propice à la prestation d'une coopération technique en matière de recherche, d'identification, d'exécution et d'évaluation d'interventions intégrées, qui s'adaptent aux conditions spécifiques de situations préalablement choisies, conformément à des critères de vulnérabilité ou à certains de leurs éléments de substitution. La situation nutritionnelle sera l'une des variables clés de la réponse (mais pas la seule) pour identifier les interventions et les évaluer. Dans ce sens, l'Alliance a pour but d'impulser une culture d'évaluation permettant de dénombrer les stratégies les plus efficaces et les plus efficientes.

24. L'Alliance est un cadre d'intervention collective et intégré qui réunit plusieurs institutions pour progresser vers la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement et, en particulier, ceux qui sont le plus étroitement liés à la nutrition (objectifs 1, 4, 5 et 7). Par ailleurs, l'Alliance trouve sa définition dans son approche (fondée sur les facteurs déterminants sociaux), sa stratégie (intersectorielle) et ses critères de focalisation (vers des espaces géographiques et démographiques vulnérables).

25. Conformément à son essence et à ses buts exprimés au paragraphe antérieur, il est considéré que l'Alliance contribuera largement à :

- Une coordination inter-institutions meilleure et plus efficace.
- Une intégration accrue des mandats et plans de travail.
- Une identification des interventions intégrées et multisectorielles efficaces qui répondent aux déterminants sociaux et à la multiplicité des causes de la dénutrition et de la santé et qui, par conséquent, impulsent le développement.
- Un renforcement et une dynamisation des cadres stratégiques, programmes et initiatives en cours.
- Une mobilisation des ressources et une optimisation de l'efficacité dans leur utilisation.
- La promotion d'une culture d'évaluation des interventions.

- La création d'informations fondées sur des données probantes et la contribution à une visibilité et une exploitation accrues des plateformes existantes, consacrées à la nutrition, à la santé, au développement et à leurs facteurs déterminants.
- La mise en place d'un discours, d'une stratégie et d'un mode d'expression communs pour élargir la portée des interventions vers une formulation des politiques publiques, d'abord au moyen de l'exercice d'une défense active de la cause et, ensuite, en contribuant à canaliser les programmes des pays vers une approche multisectorielle, fondée sur des facteurs déterminants sociaux et une large participation communautaire (« scaling-up/scaling down »).
- L'établissement de barrières qui réduisent au minimum ou atténuent les effets de la crise économique et financière mondiale sur un secteur aussi sensible que la nutrition, dont les effets se répercutent sur la santé à court, moyen et long termes et qui constitue un élément clef pour garantir la continuité du développement.

Références

1. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet. 2008; 19: 243-260.
2. McLean, E. Egli, I. Cogswell M. de Benoist, B. Wojdyla, D. Worldwide prevalence of anemia in preschool aged children, pregnant women and non-pregnant women of reproductive age. In: Badman, J, Kraemer, K and Simmermann, MB. Nutritional Anemia. Sight and Life Press. Switzerland. 2007.
3. Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008. La lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). New York, 2007.
4. Martinez, R, Fernández, A. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2006; 2: 4-7.
5. Lutter CK, Chaparro CM. La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2008.
6. WHO Global database on Anaemia. Disponible en <http://www.who.int/vmnis/anaemia/en/>. Consulté le 18 juin 2008.

7. Peña, M., Bacallao, J. Malnutrition and Poverty. Annual Review of Nutrition 2002; 22: 241-253.
8. Gwatkin, DR., Rutstein, S., Johnson, K., Suliman, E., Wagstaff, A., Amouzou, A. Country Reports on HNP and Poverty. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries - An Overview. HNP. World Bank, September 2007.
9. Gakidou E, Oza S, Vidal Fuertes C, Li AY, Lee DK, Sousa A, Hogan MC, Vander Hoorn S, Ezzati M. Improving child survival through environmental and nutritional interventions: the importance of targeting interventions toward the poor. JAMA 2007; 298:1876-1887.
10. Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. OMS, Série de rapports techniques no. 854. Genève 1995.
11. De Henauw S, Matthys C, de Backer G. Socioeconomic status, nutrition and health. Arch Public Health 2003; 61: 15-31.
12. Smith GD, Brunner E. Socio-economic differentials in health: the role of nutrition. Proceedings of the Nutrition Society 1997; 56: 75-90.
13. Wilkinson R, Marmot M. The solid facts: the social determinants of health (2nd. Ed). Denmark. World Health Organization. 2003
14. Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. OMS, Série de rapports techniques no. 854. Genève 1995.
15. Huang RC, Burke V, Newnham JP, Stanley FJ, Kendall GE, Landau LI, Oddy WH, Blake KV, Palmer LJ, Beilin LJ. Perinatal and childhood origins of cardiovascular disease. Int J Obesitu 2007; 31: 236-244.
16. WHO/NMH/HPS/00.2. A life course approach to health. Genève 2000.
17. Berkman LF, Lochner KA. Social determinants of health: meeting at the crossroads. Health Affairs 2002; 21: 291-293.
18. Blankenship KM, Friedman SR, Dworkin S, Mantell JE. Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research. Bull New Y Acad Sci 2006; 21: 59-72.