



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR 62<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

*Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2010*

---

*Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire*

CD50/13 (Fr.)

11 août 2010

ORIGINAL : ESPAGNOL

### STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA RÉDUCTION DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

#### **Introduction**

1. Les groupes de population aux niveaux les plus bas de l'échelle socio-économique présentent des taux plus élevés de morbidité et de mortalité et cette association se manifeste tout au long de la hiérarchie sociale. Les mécanismes qui expliquent cette situation sont complexes et varient probablement selon les pays et les cultures. Cette complexité tient en partie au fait que la condition socio-économique n'est pas une variable directement observable mais un concept plurifactoriel, lié à un tissu de circonstances matérielles, environnementales et personnelles qui interagissent et se conditionnent mutuellement et tendent à se perpétuer sur le plan intergénérationnel.
2. Une composante clé de ce tissu est la nutrition, qui n'est pas un simple facteur intermédiaire entre l'économie personnelle et familiale et la santé mais qui joue, en tant que telle, un rôle causal sur deux plans : en tant que lien entre l'économie et la santé et comme facteur crucial de développement.
3. La malnutrition depuis l'étape de la préconception, pendant la vie intra-utérine, dans l'enfance et tout au long de la vie, augmente le risque de maladie et de mort prématurée, et ses conséquences sont d'autant plus graves si elle se manifeste tôt. (1-2) De même, elle a un effet délétère sur la croissance et le développement et réduit même la réponse immunologique, la capacité physique et mentale et la capacité d'apprentissage.(3) Toutefois, la compréhension de la relation entre la nutrition inadéquate lors de périodes essentielles de la vie prénatale et postnatale et le risque de maladies chroniques non transmissibles à l'âge adulte est un champ d'activité beaucoup plus récent et encore en évolution.

4. Le retard de croissance des femmes accentue le risque obstétrique pour la mère et la malnutrition maternelle affecte la croissance et le développement fœtal, ce qui augmente le nombre de nouveau-nés présentant un retard de croissance intra-utérine et la morbidité et la mortalité néonatales. D'autre part, ce retard associé à la diminution du capital humain, à la réduction de la productivité et des revenus individuels (4) et collectifs, et à de plus grandes dépenses sociales liées aux décès évitables, aux soins et au traitement des conséquences de la malnutrition et au coût imputable aux années perdues par manque de productivité, avec pour effet de perpétuer le cycle de malnutrition et de pauvreté.

5. La malnutrition chronique, dont le meilleur marqueur est la petite taille par rapport à l'âge, résulte de multiples facteurs, au nombre desquels il faut souligner : les causes immédiates comme la malnutrition maternelle, l'alimentation inadéquate et les infections répétées ; les causes sous-jacentes comme le faible niveau de scolarité de la mère, les grossesses lors de l'adolescence, les soins insuffisants de la femme et de l'enfant, les pratiques inadéquates d'éducation des enfants, le manque d'accès à l'assainissement de base et aux services de santé, entre autres et finalement, les causes de base comme les inégalités de chances, l'exclusion et la discrimination basée sur le sexe, la race ou une autre croyance politique. Ces facteurs agissent en synergie et simultanément au cours de périodes prolongées. (5-6)

6. La petite taille par rapport à l'âge reflète objectivement les déséquilibres des déterminants ; elle est relativement facile à mesurer et fait partie des évaluations de routine en matière de nutrition et de santé. En outre, elle permet d'évaluer les inégalités sociales entre les pays et entre les régions. C'est pourquoi elle est considérée comme un indicateur d'estimation des conditions de vie de la population et un indicateur efficace pour surveiller et évaluer, à moyen et long terme, les politiques et les programmes destinés à lutter contre la pauvreté. Tout ceci en fait un outil efficace pour prôner la mise en place de politiques et de programmes de la lutte contre la pauvreté.

### **Antécédents**

7. La présente Stratégie et le plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique proposent une série d'actions novatrices pour répondre sur une base compréhensive et intersectorielle aux engagements pris par les États membres dans le cadre de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, du Sommet mondial sur l'alimentation, du Sommet mondial pour l'enfance, de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la résolution sur le soutien apporté aux efforts pour l'éradication de la malnutrition infantile aux Amériques, OEA (AG/RES. 2346 (XXXVII-O/07). Par ailleurs, la stratégie appuie les activités proposées dans la Stratégie et le plan d'action pour la nutrition et le développement 2006-2015 et dans le Plan stratégique 2008-2012 de

l'OPS et intègre les principes des soins primaires renouvelés, de la promotion de la santé et de la protection sociale. La stratégie utilise comme cadres de référence une perspective axée sur la santé familiale et communautaire, l'égalité entre les sexes et l'interculturalité. Elle fait suite aux conventions et engagement envers les droits de la personne et elle emploie comme instances opérationnelles l'initiative « Visages, voix et lieux », l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement pour la réalisation des OMD et le Groupe inter-organisationnel pour la nutrition et le développement de l'OPS.

### **Cadre conceptuel**

8. Sur le plan opérationnel, on considère comme souffrant de malnutrition chronique toute personne dont la taille par rapport à l'âge est inférieure à moins de deux écarts types (ET) du point de référence établi par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), lequel, exception faite d'un petit nombre de cas qui peuvent être attribués à des causes biologiques, reflète le résultat de l'effet accumulé de conditions nutritionnelles, sanitaires et sociales défavorables qui ont affecté ou affectent le rythme de croissance.

### **Principes**

- a) mettre l'accent sur la modification des déterminants et ne pas se contenter de s'occuper de leurs effets,
- b) focaliser les actions non seulement sur les individus mais aussi dans les secteurs géo-démographiques fortement vulnérables et réduire les inégalités d'accès,
- c) promouvoir une perspective plurisectorielle qui traite des déterminants sociaux et environnementaux de la santé,
- d) reconnaître les opportunités d'intervention tout au long de la vie,
- e) coordonner des actions conjointes sur le plan local, national, transnational et régional,
- f) identifier des interventions intégrées et durables sur la base des preuves et les élaborer, les surveiller et les évaluer de manière unifiée et
- g) assurer l'autonomie, l'exercice des droits de la personne et la participation sociale.

### **Preuves et enseignements tirés**

9. Il existe de nombreux exemples couronnés de succès de réduction du taux de prévalence de la malnutrition chronique comme phénomène démographique, dans des délais relativement brefs au moyen de stratégies qui traitent des déterminants sociaux (7) et font appel à des interventions de soins de santé primaires à l'efficacité prouvée. (8)

10. **Brésil** : Entre 1996 et 2006, on a observé une diminution considérable de la malnutrition chronique (de 13,5 % à 6,8 %) chez les enfants de moins de 5 ans et la

quasi-élimination de la malnutrition aiguë. (7) C'est précisément dans la région la plus pauvre du pays, le Nord-est, que la plus forte réduction a été obtenue (de 22,2 % à 5,9 %). Il y a eu une différence marquée entre les régions. (9) Les facteurs qui ont le plus contribué à ce succès par ordre décroissant sont l'amélioration de l'éducation de la femme, l'augmentation du pouvoir d'achat des familles les plus pauvres, un accès accru, grâce au programme de santé familiale et à l'amélioration de la qualité de l'eau et l'assainissement, aux services de santé de la mère et l'amélioration de leur qualité.

11. **Mexique** : Entre 1988 et 2006, la prévalence de la petites taille a été réduite de 27 % à 15,5 %. Dans le sud, la région la plus pauvre du pays, elle est passée de 39 % à 22 %, témoignant d'une diminution des inégalités. (10) À partir de 1999, le programme « Progresa », appelé plus tard « Oportunidades », s'est centré sur les communautés rurales les plus défavorisées avec des transferts monétaires conditionnels, ainsi que sur l'amélioration des soins aux enfants dans les services de santé et les écoles. Des éléments clés de la stratégie ont été la focalisation, la création d'une demande pour les services de la part de la population bénéficiaire et l'établissement d'un système de suivi et d'évaluation de l'impact pour démontrer non seulement l'efficacité des actions mais aussi pour justifier leur poursuite dans le cadre de gouvernements successifs.

12. **Pérou** : Pendant les années 90, la prévalence nationale de la petite taille s'est maintenue à un niveau constant aux alentours de 30 %. Cette « stabilité » apparente était due à l'aggravation de la situation dans les régions les plus pauvres et à des améliorations modérées parmi les moins défavorisées, ce qui reflétait les inégalités existantes. À partir de 2004, les causes de la malnutrition ont été analysées et les facteurs les plus critiques mis en exergue étaient le manque de scolarité maternelle, de graves problèmes d'assainissement de base et de sécurité environnementale, les grossesses lors de l'adolescence, la forte incidence de maladies infectieuses et l'insécurité alimentaire. À partir de 2006, avec le soutien des agences internationales, la stratégie nationale « CRECER », a été mise en place sous la direction du Président de la République et coordonnée par la Présidence du Conseil des Ministres. Cette stratégie a permis d'accorder la priorité aux régions en situation de pauvreté extrême, de coordonner le travail intersectoriel, d'encourager la participation des collectivités territoriales et de réaliser une vaste gamme d'interventions sur les déterminants critiques : la promotion de l'enregistrement de tous les nouveau-nés, l'expansion de la couverture des services de santé, une campagne pour améliorer les conditions de logement, un programme d'alphabétisation, entre autres. Toutes ces activités ont rendu possible une réduction entre 2007 et 2009 dans les zones rurales, de la malnutrition chronique de plus de cinq points de pourcentage ; en outre, l'objectif de réduction de la mortalité infantile proposé pour 2015 a été atteint avec six ans d'avance.

### **Analyse de la situation**

13. On estime que 35 % des décès des enfants de moins de 5 ans et 11 % du fardeau global de la maladie peuvent être attribués aux carences nutritionnelles dans leur ensemble. (1) L'anémie pendant la grossesse est associée à 20 % de la mortalité maternelle ainsi qu'à une perte de 10 % des revenus individuels pendant le cycle de vie et à une perte de 2 % à 3 % du produit intérieur brut.

14. La malnutrition chronique constitue le trouble de la croissance le plus commun en Amérique latine et dans les Caraïbes. Près de neuf millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique. (1) En outre, 22,3 millions d'enfants en âge préscolaire, 33 millions de femmes en âge de procréer et 3,6 millions de femmes enceintes souffrent d'anémie. (11) Il s'agit de chiffres inacceptables sur le plan moral pour une Région dont la capacité à produire des aliments dépasse de 30 % le niveau nécessaire pour répondre de façon adéquate à tous les besoins de l'ensemble de sa population.

15. Les moyennes estimées de prévalence de la malnutrition masquent des différences profondes entre les sous-régions, les pays et au sein des pays : la prévalence varie entre 5,6 % au Costa Rica et 54,5 % au Guatemala. (6) C'est au Pérou que sont apparues les plus grandes inégalités internes, avec des niveaux de 53 % à Huancavelica et de 2,1 % à Tacna (ENDES 2009) et les enquêtes démographiques et de santé effectuées de 1992 à 2006 montrent que la prévalence de la petite taille dans les zones rurales est presque trois fois supérieure à celle des zones urbaines (40,3 % contre 14,2 %). Ce même indicateur montre des prévalences de 20 %, de 22 % et de 20 % chez les enfants non autochtones de moins de 5 ans en Bolivie, en Équateur et au Pérou, respectivement, et de 40 %, 50 % et 45 % chez les enfants autochtones dans ces mêmes pays. (12) La situation est similaire pour l'anémie, dont la prévalence chez les enfants de moins de 5 ans varie entre 14 % et 64 %, avec une moyenne régionale de 39,5%. Parmi les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes, la prévalence varie entre 20 % et 64 %, avec une moyenne régionale de 23,5 % et 31,1 %, respectivement (2).

16. Les données de neuf pays de la Région montrent que 33 % des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans les foyers du quintile le plus bas en termes de revenus souffrent de malnutrition chronique, contre 4,6 % pour ceux qui vivent dans des foyers du quintile le plus élevé. Cette même étude montre que seules 32,5 % des femmes entre 15 et 49 ans du quintile de revenus le plus bas terminent la cinquième année d'enseignement primaire. Selon une étude multicentrique, 40 % de la malnutrition des enfants est liée à l'éducation de la mère. (13) Le faible niveau de scolarité détermine aussi le manque de développement ou de formation des capacités et compétences pour le travail, et l'accès limité à un travail digne et bien rémunéré.

17. La malnutrition fœtale et/ou au cours des premières étapes de la vie est l'un des facteurs de risque de surpoids, d'obésité et de maladie chronique chez les jeunes et chez les adultes, problème dont la croissance est exponentielle dans la Région, en particulier chez les populations ayant le plus bas niveau socio-économique. (14-16) Des études effectuées en Amérique latine ont fait apparaître la coexistence dans une même maison d'enfants de petite taille et de mères obèses et en surpoids. Ce surpoids est généralement dû à la consommation exagérée d'aliments très caloriques ayant une faible valeur nutritionnelle combinée à une réduction relative de l'activité physique.

18. La malnutrition aiguë (rapport poids/taille inférieur à -2ET par rapport au point de référence) est relativement peu fréquente dans la Région. À Haïti, le pays ayant la plus forte prévalence, 10,3 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë. (6) Toutefois, l'intensification des crises financières, alimentaires et de combustibles associée aux effets du changement climatique constituent des facteurs qui peuvent accroître la malnutrition aiguë et ses conséquences, comme cela a été constaté récemment dans certains pays de la Région.

19. La promotion de l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire peuvent permettre d'éviter 19 % de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. (17) Des études effectuées avec des données des EDS montrent que les interventions combinées pour améliorer la nutrition, fournir une eau sûre et un assainissement de base et utiliser des combustibles propres peuvent réduire de 14 % la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. (18) Il existe des études qui montrent que les interventions visant à promouvoir le développement précoce doivent être menées en synergie avec les interventions nutritionnelles et leur être complémentaires.

20. Les chiffres élevés de malnutrition auront pour conséquence d'importantes pertes en capital humain, provoqueront un impact négatif sur le taux de morbidité et la mortalité et l'augmentation des années potentiellement perdues en raison des décès ou de l'invalidité. Ils diminueront aussi la productivité et auront un coût économique et social élevé.

### **Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de la réalisation des OMD**

21. En juillet 2008, les Directeurs régionaux des agences des Nations Unies ont constitué « l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement » (APND)<sup>1</sup> dans le but de proposer et de mettre en œuvre des programmes compréhensifs, intersectoriels, coordonnés et durables, dans le cadre des droits et de l'accent mis sur la question du genre, qui améliorent la nutrition et la santé, encouragent le développement

---

<sup>1</sup> Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (en espagnol) : <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1438>.

et contribuent à accélérer la réalisation des OMD. À date, l'Alliance est composée de 15 institutions qui ont formé une équipe technique régionale chargée de coordonner les prémisses conceptuelles et stratégiques, de fournir une assistance technique aux équipes de pays des Nations Unies et de remplir le rôle d'entité consultative du Groupe de Directeurs régionaux pour l'Amérique latine et la Caraïbe.

22. L'APND repose sur deux piliers de base : a) les déterminants sociaux de la santé et de ses inégalités et b) une perspective sur le cycle de vie. Sa stratégie d'action est fondée sur ces deux principes fondamentaux ; elle est guidée par les déterminants et leurs synergies lors d'actions dans le secteur de la santé et fondée sur des interventions plurisectorielles intégrées, visant à prévenir et à contrôler la malnutrition (malnutrition aiguë et clinique, le surpoids et l'obésité, ainsi que les déficiences de micronutriments) chez les enfants en bas âge et dans les espaces géo-démographiques présentant une forte vulnérabilité, et coordonnées sur le plan local, national, transnational et régional, faisant l'objet d'un suivi et d'une évaluation. (1-2).

23. L'APND élabore des interventions intersectorielles intégrées et simultanées en vue d'améliorer a) l'environnement physique et social des personnes, b) l'accès à un logement sûr et sain, y compris l'accès permanent à une eau propre, un assainissement de base et des conditions d'hygiène, c) l'éducation et l'information, les soins de la femme et de l'enfant et les pratiques en matière d'éducation des enfants, d) la sécurité alimentaire, e) l'accès à des services de santé de qualité comprenant des interventions nutritionnelles à l'efficacité prouvée au cours du cycle de vie, ainsi que la promotion de la santé génésique en mettant l'accent sur la grossesse et la pré-grossesse, f) le travail décent, les conditions d'emploi et les revenus et g) la participation sociale, l'autonomisation, le plein exercice des droits de l'homme, les libertés fondamentales, la question du genre et l'interculturalité. (3)

24. L'APND est un instrument qui permet de réunir et de coordonner les efforts et les ressources de la coopération internationale pour promouvoir, décider, mettre en œuvre, surveiller et évaluer des interventions plurisectorielles et inter-programmatiques effectives et reposant sur des preuves, dans une perspective multi-causale de la malnutrition. Elle offre aussi la possibilité de planifier sur la base des enseignements tirés et des expériences obtenues dans les pays. D'autre part, elle vise à reconnaître et à harmoniser d'autres initiatives, comme le Consensus stratégique inter-agences pour la réduction de la morbidité néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes, le Groupe de travail inter-agences Régional pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, l'Alliance pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le Programme « Visages, voix et lieux », « l'Initiative pour l'Amérique latine sans faim », et le Plan d'ensemble de nutrition du Système mésoaméricain de santé publique, entre autres, et à les appuyer en apportant un cadre propice pour l'intégration et la

concrétisation des efforts et de certaines valeurs conceptuelles et stratégiques complémentaires.

### **Projets du Fonds de réalisation des ODM**

25. Le Fonds de réalisation des Objectifs de développement du Millénaire (F-ODM)<sup>2</sup> est un mécanisme de coopération internationale qui se consacre à la lutte contre la pauvreté et cherche à accélérer le processus de réalisation des ODM au moyen d'interventions intersectorielles et interprogrammatiques. À ces fins, le Fonds comporte huit secteurs programmatiques, dont l'un d'entre eux est l'enfance, la sécurité alimentaire et la nutrition qui encourage la mise en œuvre d'interventions intégrée pour réduire la faim et la malnutrition, la promotion de politiques qui favorisent l'accès à l'alimentation et la nutrition des enfants, et le renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation.

26. Au niveau des pays, les programmes sont menés par le truchement des institutions des Nations Unies en collaboration avec les administrations nationales et locales, ainsi que les organisations gouvernementales et non gouvernementales. L'Organisation panaméricaine de la Santé a fourni une coopération technique aux pays de la Région pour la préparation et la mise en œuvre de projets dans les différents secteurs programmatiques du Fonds. Il faut souligner sa participation à huit projets axés sur le secteur programmatique de l'enfance, la sécurité alimentaire et la nutrition qui portent profit aux enfants et aux femmes de différents groupes ethniques qui vivent dans des conditions de pauvreté ou d'insécurité alimentaire dans huit pays.

27. À la lumière de cette Stratégie et du Plan d'action, est inclus le cadre d'interventions considérées dans les projets du Fonds; mais plus encore, son approche interministérielle cherche à intégrer et à potentialiser les effets d'autres initiatives et interventions visant les déterminants sociaux de la santé ou à accélérer le processus de réalisation des Objectifs de Développement du Millénaire.

### **Proposition**

#### ***Stratégie***

28. La présente stratégie se fonde sur l'approche des déterminants de la santé en vue de la réduction des inégalités, une perspective axée sur le cycle de vie dans le cadre de la famille et de la communauté, l'autonomie, l'exercice des droits de la personne, la perspective du genre et l'interculturalité. Elle utilise les principes des soins primaires renouvelés, de la promotion de la santé et de la protection sociale universelle et propose à cet effet cinq domaines stratégiques :

---

<sup>2</sup> Fonds de réalisation des ODM (F-ODM). <http://www.mdgfund.org/es/aboutus>



- a) *La génération et l'échange d'informations stratégiques et d'enseignements tirés* pour la prise de décisions fondée sur des éléments de preuve. Il s'agit de promouvoir des systèmes de suivi de la nutrition, de la santé et de leurs déterminants sociaux ainsi que le système de reddition de comptes qui permettent d'orienter les politiques, les plans et les programmes intersectoriels en vue de prévenir la malnutrition et de promouvoir le développement.
- b) *Le plaidoyer et la coordination au niveau interministériel et inter-agences* pour l'élaboration de politiques et de programmes intersectoriels. Elle s'adresse au plus haut niveau politique, afin de créer l'environnement nécessaire pour établir une coordination supra-sectorielle qui coordonne et met en œuvre des politiques publiques bien conçues, ainsi que des plans et des programmes interministériels qui rendent possible l'examen des principaux déterminants de la nutrition sur une base intégrée et combinée.
- c) *Le développement des capacités et renforcement de systèmes de santé fondés sur les soins primaires renouvelés* pour la prestation de services de santé intégrés, la réalisation de la couverture universelle et la mise en œuvre d'interventions d'efficacité prouvée et en accord avec les normes mondiales et régionales.
- d) *L'intégration d'actions au sein de la famille et des communautés.* Il s'agit de promouvoir l'habilitation de la femme, de l'adolescent et de l'enfant, la participation sur un pied d'égalité des hommes et des femmes de divers groupes populations, de leurs familles et de leurs communautés dans la planification et la prise de décisions, en mettant l'accent sur la façon de traiter des déterminants sociaux.
- e) *La mobilisation de ressources et les alliances stratégiques.* Il s'agit de promouvoir la formation d'alliances intersectorielles aux différents niveaux de gouvernance, comme les organismes bilatéraux et multilatéraux de coopération internationale, les organisation non gouvernementales et les organisations d'excellence au niveau national, ainsi que l'intégration des mandats, la planification conjointe et l'utilisation efficace des ressources allouées aux politiques, plans et programmes pour la nutrition, la santé et le développement, en encourageant les principes de la Déclaration de Paris et l'Agenda d'action d'Accra.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et programme d'action d'Accra  
<http://www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf>

***Plan d'action sur 5 ans***

29. *Objectif* : Contribuer à la réalisation des OMD 1, 2, 3, 4, 5<sup>4</sup> et améliorer la santé de la population d'Amérique latine et des Caraïbes tout au long de la vie, dans une perspective plurisectorielle, sexospécifique, pluriethnique et multiculturelle, avec le respect plein et entier du droit à la santé.
30. *Buts* : Améliorer la nutrition, la santé et le développement tout au long de la vie.
31. *Objectif fixé pour la région des Amériques d'ici 2015* :
- a) Avoir réduit de cinq points de pourcentage la malnutrition chronique (taille en rapport avec l'âge <-2ET du schéma de référence de l'OMS) chez les enfants de moins de cinq ans.
  - b) Avoir réduit de cinq points de pourcentage la prévalence d'anémies nutritionnelles chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.
  - c) Avoir prévenu l'augmentation ou avoir réduit la prévalence du surpoids et de l'obésité.

**Objectif 1**

Développer, renforcer et mettre en pratique des politiques, des plans, des programmes interministériels pour la nutrition, la santé et le développement qui remplissent les conditions suivantes : a) l'approche des déterminants sociaux, b) l'allocation de ressources, c) la coordination et la planification interministérielles, d) la participation active des administrations nationales, municipales et locales et e) le suivi, l'évaluation et la reddition de comptes des programmes et des interventions.

**But 1**

Le nombre de pays ayant approuvé des politiques, des plans et des programmes interministériels avec des ressources allouées aux niveaux national, municipal et local pour traiter des déterminants de la nutrition et de la santé, en mettant l'accent sur l'éducation des filles et des femmes, la sécurité alimentaire, les revenus et le pouvoir d'achat de la famille, la santé de l'adolescent, de la femme, de la mère et de l'enfant et l'accès à un logement sain (qualité de l'air, eau propre, assainissement de base et hygiène) aura doublé.

---

<sup>4</sup> OMD 1 : réduire l'extrême pauvreté et la faim.  
OMD 2 : assurer l'éducation primaire pour tous.  
OMD 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme.  
OMD 4 : réduire la mortalité infantile.  
OMD 5 : améliorer la santé maternelle.

**Indicateur 1**

Huit pays ont approuvé des politiques, des plans, des programmes interministériels (santé, agriculture, éducation, travail, environnement, logement, femmes, développement, finances) avec des ressources allouées aux niveaux national, municipal et local pour prévenir la malnutrition chronique et promouvoir le développement.

***Activités des États membres***

- 1.1 Identifier, évaluer et structurer le rôle des principaux déterminants sociaux de la nutrition.
- 1.2 Mettre en place un mécanisme de coordination supra-sectoriel qui garantit la participation des ministères et des institutions nationales afin de développer des politiques et des programmes intégrés en faveur de la nutrition et du développement.
- 1.3 Identifier, mobiliser et allouer des ressources interministérielles pour la mise en œuvre des politiques, des plans et des programmes.
- 1.4 Inclure la question de la lutte contre la malnutrition dans les sommets régionaux et mondiaux comme thème central devant être examiné en priorité.
- 1.5 Inclure les progrès sur le plan de la nutrition et de la santé dans les rapports présidentiels à la nation.

***Activités du Bureau sanitaire panaméricain***

- 1.6 Prôner, au plus haut niveau politique, l'intégration de la lutte contre la malnutrition comme axe intégrateur des programmes sociaux.
- 1.7 Apporter une coopération technique pour l'analyse et la hiérarchisation des déterminants de la nutrition.
- 1.8 Apporter une coopération technique pour la planification interministérielle conjointe et coordonnée et le renforcement de la coopération technique décentralisée au niveau local.
- 1.9 Documenter et diffuser des expériences couronnées de succès.
- 1.10 Plaider pour le développement de la coopération inter-agences décentralisée en coordination avec les autorités nationales et dans le cadre de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement, et diriger des alliances stratégiques avec des organismes bilatéraux et multilatéraux.

**Objectif 2**

Intégrer des indicateurs de l'état nutritionnel et de ses déterminants sociaux dans les systèmes de surveillance sanitaire qui ne se limitent pas uniquement à la compilation d'informations sanitaires mais comprennent une analyse par genre, origine ethnique et environnement géographique et qui permettent de prévoir et de prévenir les problèmes nutritionnels en temps opportun.

## **But 2**

Le nombre de pays qui ont inclus des indicateurs de l'état nutritionnel<sup>5</sup> et de ses déterminants sociaux dans les systèmes nationaux de surveillance de la santé aura doublé. Des rapports devront être soumis tous les deux ans sur la prévalence de la malnutrition chronique, la malnutrition aigüe, le surpoids, l'obésité, l'anémie chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

## **Indicateur 2**

Huit pays disposent d'informations actualisées, opportunes, fiables et de manière durable sur la prévalence et les tendances de la malnutrition et ses déterminants sociaux.

### *Activités des États membres*

- 2.1 Identifier et classer par priorité, selon leur pertinence et leur opportunité, les indicateurs des déterminants de la malnutrition.
- 2.2 Intégrer les indicateurs des déterminants de l'état nutritionnel, la santé et le développement dans les systèmes statistiques nationaux.
- 2.3. Mettre en place des mécanismes visant à assurer la qualité, la pertinence et l'opportunité de l'information recueillie à travers les systèmes de surveillance de la santé.
- 2.4 Utiliser les informations générées par les systèmes de surveillance dans la formulation des politiques publiques et des programmes intersectoriels et/ou pour leur réorientation.
- 2.5 Assurer l'échange aux niveaux national et international des informations et des enseignements tirés quant à la prévalence et aux tendances de l'état nutritionnel et de santé, ainsi que sur l'analyse de leurs déterminants.
- 2.6 Assurer l'échange aux niveaux national et international d'expériences couronnées de succès.
- 2.7 Mettre en œuvre et institutionnaliser l'évaluation des programmes par entités externes, en toute autonomie de critère, et mettre en application des mécanismes de reddition de comptes et de vérification sociale.

---

<sup>5</sup> Comprenant des indicateurs d'allaitement maternel, d'alimentation complémentaire, anthropométriques, sur l'anémie par insuffisance en fer, vitamine A et iode, désagrégés par âge, genre, lieu de résidence, appartenance ethnique et niveau de revenus.

### *Activités du Bureau sanitaire panaméricain*

- 2.8 Plaider, au plus haut niveau politique en faveur de l'incorporation d'indicateurs de l'état nutritionnel et de ses déterminants sociaux dans les systèmes statistiques nationaux.
- 2.9 Apporter une coopération technique pour l'identification et la priorisation, en fonction de la pertinence et de l'opportunité, des indicateurs des déterminants de l'état nutritionnel et de la santé.
- 2.10 Accorder la priorité à la mesure de la taille par rapport à l'âge et du poids par rapport à la taille dans la surveillance de la population, comme indicateurs anthropométriques les plus pertinents.
- 2.11 Apporter une coopération technique pour incorporer des indicateurs de l'état nutritionnel, de la santé et de ses déterminants dans les systèmes de statistiques nationales.
- 2.12 Apporter une coopération technique pour intégrer l'analyse des déterminants de la nutrition et de la santé dans la formulation et la réorientation des politiques, des plans et des programmes intersectoriels.
- 2.13 Apporter une coopération technique pour promouvoir l'échange d'informations et d'enseignements tirés aux niveaux national et entre les pays.
- 2.14 Apporter une coopération technique et prendre l'initiative de l'institutionnalisation des systèmes d'évaluation, la mise en place de mécanismes de reddition de comptes et de vérification sociale.

### **Objectif 3**

Augmenter le nombre de programmes et d'interventions intersectoriels<sup>6</sup> intégrés<sup>7</sup> en matière d'alimentation,<sup>8</sup> de nutrition,<sup>9</sup> de santé<sup>10</sup> et de développement<sup>11</sup> tout au long de la vie, fondés sur des éléments de preuve, dans les principes de soins primaires renouvelés, de la promotion de la santé, de l'accès universel, des droits de l'homme, du genre et de l'interculturalité.

---

<sup>6</sup> On entend par plans et programmes intersectoriels ceux qui ont été élaborés avec la participation des secteurs liés à la santé, l'agriculture, l'éducation, le travail, l'environnement, le logement, les femmes, le développement, les finances et la société civile.

<sup>7</sup> On entend par plans et programmes intégrés sur le plan de la nutrition, de la santé et du développement aux niveaux municipal et local ceux qui comprennent les impératifs suivants : a) identification et proposition d'interventions sur les déterminants sociaux, b) participation active de la communauté et des collectivités municipales et locales, c) coordination et planification intersectorielle et communautaire, d) surveillance et évaluation des programmes et interventions, e) allocation de ressources et f) renforcement de la gestion au niveau local.

<sup>8</sup> Bonnes pratiques d'achat, de manipulation et de préparation des aliments.

<sup>9</sup> Allaitement maternel et alimentation complémentaire, prévention et gestion des carences en oligo-éléments, évaluation de la croissance.

<sup>10</sup> Santé génésique, prévention de la grossesse chez les adolescentes, espacement des grossesses, immunisation et prévention des infections.

<sup>11</sup> Stimulation précoce, soutien aux familles pour élever les enfants.

### **But 3**

Le nombre de municipalités vulnérables –déterminés selon l'indice de pauvreté extrême ou avec un taux de prévalence excédant 15%<sup>12</sup> de la taille inférieure par rapport à l'âge supérieur - ayant mis en œuvre des programmes ou des interventions intersectorielles intégrées sur le plan de l'alimentation, de la nutrition, de la santé et du développement aura augmenté.

### **Indicateur 3**

Cinquante pour cent des municipalités vulnérables – déterminés selon l'indice de pauvreté extrême ou avec un taux de prévalence excédant 15% de la taille inférieure par rapport à l'âge – qui mettent en œuvre de manière durable des programmes ou des interventions intersectorielles intégrés sur le plan de l'alimentation, de la nutrition et de la santé<sup>13</sup>.

### ***Activités des États membres***

- 3.1 Les États membres doivent se fixer des buts qui soient objectifs et concrets pour la réduction du retard de croissance par rapport à l'âge et au poids par rapport à l'âge, les anémies sur le plan de la nutrition et la ventilation de ces objectifs aux niveaux des départements, des provinces ou des municipalités sous réserve de la diminution ou au moins, de la non-augmentation des écarts internes à l'intérieur du pays.
- 3.2 Développer la capacité de concevoir, d'administrer, de mener à bien, de surveiller et d'évaluer des interventions intégrées en matière d'alimentation, de nutrition, de santé et de développement.
- 3.3 Mobiliser des ressources nationales pour la mise en œuvre de manière durable d'interventions intégrées en matière d'alimentation, de nutrition, de santé et de développement au cours du cycle de vie.
- 3.4 Mobiliser des ressources aux niveaux municipal et local pour l'application durable d'interventions intégrées en matière d'alimentation, de nutrition, de santé et de développement.

---

<sup>12</sup> On utilisera des critères de focalisation intégraux qui incluent la prévalence de la taille par rapport à l'âge, et les indicateurs de développement humain, en accord avec l'origine multifactorielle de la malnutrition.

<sup>13</sup> Les objectifs d'augmentation de la couverture oscilleront entre les pays de la région et seront déterminés en fonction de deux critères fondamentaux: 1) la réduction des taux de retard de croissance par rapport aux niveaux établis par chaque pays et 2) l'atteinte de ces niveaux sans accroissement, si possible, avec réduction des inégalités.

- 3.5 Identifier un ensemble d'interventions au cours du cycle de vie pour promouvoir l'alimentation adéquate, la surveillance de la croissance et du développement physique et cognitif, les soins de santé pour la femme, la mère et l'enfant intégrées à des programmes ou des interventions qui font partie du développement (éducation, production d'aliments, eau et assainissement, logement sain, génération de revenus et participation sociale).
- 3.6 Mettre en place des mécanismes de coordination intersectorielle aux niveaux municipal et local pour mettre en œuvre des interventions au cours du cycle de vie en vue de promouvoir l'alimentation adéquate, le suivi de la croissance et du développement physique et cognitif et les soins de santé pour la femme, la mère et l'enfant, qui soient intégrées à des programmes ou des interventions qui font partie du développement.
- 3.7 Mettre en œuvre des actions pour promouvoir l'utilisation des services de santé.
- 3.8 Renforcer la capacité de réponse des instances intersectorielles.

#### *Activités du Bureau sanitaire panaméricain*

- 3.9 Apporter une coopération technique pour le développement de la capacité de gestion, la conception, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation d'interventions intégrées en matière d'alimentation, de nutrition, de santé et de développement.<sup>14</sup>
- 3.10 Plaider à différents niveaux pour la mobilisation de ressources nationales en vue de mettre en œuvre de manière durable des interventions intégrées en matière d'alimentation, de nutrition, de santé et de développement.
- 3.11 Apporter une coopération technique pour développer un ensemble d'interventions intégrées en vue de promouvoir une alimentation adéquate, la surveillance de la croissance et du développement physique et cognitif et les soins de santé au cours du cycle de vie, qui soient intégrées à des programmes ou des interventions de promotion du développement.
- 3.12 Apporter une coopération technique aux mécanismes de coordination intersectorielle établis aux niveaux municipal et local.
- 3.13 Apporter une coopération technique pour l'intégration de la perspective axée sur le cycle de vie, les droits, le genre, l'interculturalité et la participation communautaire à la conception et à la mise en œuvre d'interventions intégrées.

---

<sup>14</sup> Une composante clé de la coopération technique doit être axée sur la formulation de buts assujettis à la condition de réduction des écarts. Dans cette perspective, il est important de tirer profit des expériences recueillies dans des pays comme le Brésil qui a pu effectuer des réductions sensibles des taux de malnutrition et a réduit les écarts entre des régions géographiques et leurs populations qui visiblement accusaient des inégalités.

#### **Objectif 4**

Améliorer la capacité technico-administrative et de prise de décisions du personnel de santé et d'autres secteurs afin de mener à bien des interventions intersectorielles intégrées en matière d'alimentation, de nutrition, de santé et de développement pendant le cycle de vie.

#### **But 4**

La capacité technique et de gestion sociale des programmes intersectoriels des ressources humaines de la santé et d'autres secteurs visant à réduire la malnutrition aura été renforcée.

#### **Indicateur 4**

Cinquante pour cent du personnel de santé et d'autres secteurs des municipalités vulnérables – déterminés selon l'indice de pauvreté extrême ou avec un taux de prévalence excédant 15% de la taille inférieure par rapport à l'âge – formés en gestion sociale de programmes intersectoriels visant la prévention de la malnutrition.

#### ***Activités des États membres***

- 4.1 Élaborer et financer un plan national de formation des ressources humaines à la gestion sociale des programmes ou des interventions en matière d'alimentation, de nutrition et de santé lors du cycle de vie, qui comprenne la conception, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation d'interventions, de contenus techniques et programmatiques, ainsi que des conseils et une observation directe de l'individu, de sa famille et de sa communauté.
- 4.2 Développer la capacité décisionnelle des services de santé et d'autres secteurs en fonction des problèmes prioritaires en matière d'alimentation, de nutrition et de santé.

#### ***Activités du Bureau sanitaire panaméricain***

- 4.3 Apporter une coopération technique pour la formation des ressources humaines dans le domaine de l'alimentation, de la nutrition et de la santé lors du cycle de vie, qui comprenne la conception, l'exécution, la surveillance et l'évaluation d'interventions, de contenus techniques et programmatiques, ainsi que des conseils et une observation directe de l'individu, de sa famille et de sa communauté.



- 4.4 Mobiliser des ressources inter-agences pour former le personnel de la santé et développer la capacité décisionnelle des services de santé en fonction des problèmes prioritaires en matière d'alimentation, de nutrition et de santé.

### **Objectif 5**

Parvenir à l'autonomisation de la femme et faire en sorte qu'elle participe sur le plan communautaire aux processus de planification de la santé et du développement.

#### **But 5**

Le nombre de municipalités vulnérables –déterminés selon l'indice de pauvreté extrême ou avec un taux de prévalence excédant 15% de la taille inférieure par rapport à l'âge– où la femme et la communauté peuvent prendre une part active aux processus de planification de la santé et du développement au sein de la communauté aura augmenté.

#### **Indicateur 5**

Cinquante pour cent des municipalités vulnérables - déterminés selon l'indice de pauvreté extrême ou avec un taux de prévalence excédant 15% de la taille inférieure par rapport à l'âge - ont établi des mécanismes de participation communautaire au long du processus de planification et de mise en œuvre de leurs plans de santé et de développement.

#### ***Activités des États membres***

- 5.1 Créer des instances municipales qui garantissent la participation active de la femme et des acteurs communautaires à la planification de la santé et du développement.
- 5.2 Développer la capacité (autonomisation) au niveau communautaire pour prendre part aux processus de planification et de gestion des plans et des programmes.

#### ***Activités du Bureau sanitaire panaméricain***

- 5.3 Apporter une coopération technique pour la création d'instances municipales qui permettent la planification participative pour la santé et le développement.
- 5.4 Mener à bien des processus de planification participative de la santé et du développement, selon des modalités qui soient compatibles avec la Convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre la

femme<sup>15,16</sup>, et la Convention de l'OEA sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Convention de Belem do Para)<sup>17</sup> et avec l'appui de l'initiative « Visages, voix et lieux ».

### **Objectif 6**

Constituer des alliances intersectorielles avec des partenaires stratégiques aux différents niveaux de gouvernance qui donnent la priorité à la nutrition, à la santé et au développement dans leurs plans et budgets de travail.

### **But 6**

Le nombre d'alliances intersectorielles avec des partenaires stratégiques aux différents niveaux de gouvernance qui donnent la priorité à la nutrition, à la santé et au développement dans leurs plans et budgets de travail aura augmenté.

### **Indicateur 6**

Cinquante pour cent des municipalités vulnérables- déterminés selon l'indice de pauvreté extrême ou avec un taux de prévalence excédant 15% de la taille inférieure par rapport à l'âge-, ont mis en place des alliances intersectorielles avec des partenaires stratégiques et donnent la priorité aux interventions dans les domaines de la nutrition, de la santé et au développement dans leurs plans et budgets de travail.

### **Activités des États membres**

- 6.1 Encourager la formation d'alliances stratégiques aux différents échelons de gouvernance qui incluent entre autres le secteur public, la société civile, le secteur privé, le secteur universitaire et les institutions de coopération bilatérale et multilatérale.
- 6.2 Établir et renforcer les rapports avec des projets et initiatives aux échelons national et régional visant à favoriser la nutrition, la santé et le développement.

<sup>15</sup> Déclaration sur l'élimination de la violence contre la femme, Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, 48/04, en date du 20 décembre 1993. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.un.org/spanish/events/women/wd/2007/compilacion.pdf>

<sup>16</sup> L'ONU ET LA FEMME. Compilation de mandats, mars 2007; Centre d'information des Nations Unies sur l'Argentine et l'Uruguay. CINU Buenos Aires, mars 2007. Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/spanish/events/women/wd/2007/compilacion.pdf>

<sup>17</sup> Organisation panaméricaine de la santé, 49ème Conseil directeur, Plan d'action pour l'application de la politique d'égalité des sexes. Washington D.C., 15 juillet 2009 (Document CD49/13). Disponible à l'adresse : [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en)

- 6.3 Encourager la planification commune et l'intégration des budgets, en veillant à un usage rationnel des ressources et à la prévention du chevauchement des efforts.

#### *Activités du Bureau sanitaire panaméricain*

- 6.4 Apporter une coopération technique en appui à la constitution d'alliances stratégiques entre le secteur public, la société civile, le secteur privé, le secteur universitaire et les institutions de coopération bilatérale et multilatérale.
- 6.5 Promouvoir et prendre l'initiative de la constitution d'alliances stratégiques entre les différents secteurs

#### **Suivi et évaluation du Plan**

L'OPS mettra en place un système de suivi et d'évaluation qui permette de documenter et de soumettre tous les deux ans un rapport sur les avancées enregistrées dans la mise en œuvre de cette Stratégie et du Plan d'action en fonction des indicateurs suivants :

- Nombre de pays qui ont élaboré des politiques intersectorielles visant à prévenir la malnutrition et à promouvoir le développement.
- Nombre de pays qui ont établi des mécanismes de coordination interministérielle pour aborder la question de la malnutrition et du développement
- Portion du budget de santé alloué aux programmes ou interventions intersectorielles intégrées pour promouvoir l'alimentation.
- Nombre de pays qui disposent d'information actualisée et soumettent des rapports tous les deux ans sur le taux de prévalence de malnutrition chronique, d'obésité, de surpoids et d'anémie chez les enfants mineurs de 5 ans.
- Nombre de municipalités vulnérables- déterminées selon l'indice de pauvreté extrême ou avec un taux de prévalence excédant 15% de la taille inférieure par rapport à l'âge – qui ont mis en œuvre des programmes ou interventions intersectorielles intégrant le logement, l'eau et l'hygiène, l'agriculture, l'éducation et la santé, en vue de promouvoir la nutrition et le développement.
- Nombre de pays qui disposent de plans de formation de ressources humaines dans lesquels la priorité est accordée aux interventions intersectorielles pour aborder les questions de nutrition, de santé et de développement.
- Pourcentage de fonctionnaires du ministère de la santé des municipalités vulnérables - déterminés selon l'indice de pauvreté extrême ou avec un taux de prévalence excédant 15% de la taille inférieure par rapport à l'âge — qui ont reçu une formation en matière de gestion sociale de programmes intersectoriels axés sur la prévention de la malnutrition.
- Nombre de municipalités vulnérables — déterminés selon l'indice de pauvreté extrême ou avec un taux de prévalence excédant 15% de la taille inférieure par

rapport à l'âge — qui disposent d'instances municipales qui permettent une participation active de la femme et d'autres acteurs communautaires à la planification de la santé et du développement.

### **Intervention du Conseil directeur**

32. Il est demandé au Conseil directeur d'examiner la Stratégie et le plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique et d'étudier la possibilité d'approuver le projet de résolution figurant à l'annexe B du document.

### **Références**

1. Black RE et al., *Maternal and child undernutrition : global and regional exposure and health consequences*. Lancet 2008. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
2. Shrimpton R et al. *Worldwide timing of growth faltering : implications for nutritional interventions*. Pediatrics 2001;107(E75).
3. Victora CG et al. *Maternal and child undernutrition : consequences for adult health and human capital*. Lancet; 2008. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
4. Hoddinott J et al. *Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults*. Lancet 2008;371 :411-416.
5. Franzo J, Pronyk P. *An evaluation of progress toward the Millennium Development Goal One Hunger Target : A country-level, food and nutrition security perspective*. Undated. New York: The Earth Institute of Columbia University.
6. Lutter CK, Chaparro CM. *La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe : alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Washington, DC : Organización Panamericana de la Salud; 2008.
7. Monteiro CA et al. *Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996-2007*. Rev Saúde Pública 2009;43(1) :1-8.
8. Bhutta ZA et al. *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. Lancet; 2008. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
9. Monteiro CA et al. *Narrowing socioeconomic inequality in child stunting : the Brazilian experience (1974-2007)*. Bulletin of the World Health Organization 2009. Published online : 8 December 2009.
10. Rivera JA, Irizarry LM, González-de Cossío T. *Overview of the nutritional status of the Mexican population in the last two decades*. Salud Pública de México 2009;51(suplemento 4) : S645-S656.
11. McLean E et al. *Worldwide prevalence of anemia in preschool aged children, pregnant women and non-pregnant women of reproductive age, in nutritional anemia*. Kraemer K, Simmermann MB, editors. Switzerland : Sight and Life Press; 2007.

12. Martínez 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.
13. Smith LC, Haddad L. *Explaining child malnutrition in developing countries : a cross-country analysis*. Washington, DC : International Food Policy Research Institute; 2000.
14. Jacoby E. *PAHO Regional Consultation of the Americas on Diet, Physical Activity and Health. A call to action*. Food Nutrition Bull 2004;25(2) :172-174.
15. Peña M, Bacallao J. *La obesidad en la pobreza : un nuevo reto para la salud pública*. Washington, DC : Pan American Health Organization; 1990.
16. Uauy R, Monteiro CA. *The challenge of improving food and nutrition in Latin America*. Food Nutr Bull 2004;25(2) :175-182.
17. Jones G et al. *How many child deaths can we prevent this year?* Lancet 2003;362 : 65-71.
18. Gakidou E et al. *Improving child survival through environmental and nutritional interventions : the importance of targeting interventions toward the poor*. JAMA 2007;298(16) :1876-1887.

Annexes



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
*Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de*  
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD50/13 (Fr.)  
Annexe A

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

**1. Point de l'ordre du jour :** 4.9. Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique.

**2. Unité responsable :** Santé familiale et communautaire

**3. Fonctionnaire chargé de la préparation :** Manuel Peña

**4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :**

- Associations professionnelles en rapport avec la santé et le développement
- Institut national de santé publique (INSP), Mexique
- Institut de nutrition et d'hygiène des aliments, Cuba
- Institut national de nutrition (INN), Venezuela
- Institut national d'alimentation et de nutrition (INAN), Paraguay
- Institut de recherche en nutrition (IIN), Pérou
- Institut de nutrition et technologie des aliments (INTA), Chili
- Ministères ou Secrétariats de la Santé
- Ministères ou Secrétariats aux Affaires sociales
- Ministères du Développement
- Ministères de l'Agriculture
- Ministères de l'Éducation
- Ministères du Logement
- Ministères du Commerce
- Ministères du Développement
- Universités

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

Au moyen de cette Stratégie et du plan d'action, on espère renforcer l'autorité sanitaire nationale, traiter des déterminants de la santé, augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité, diminuer les inégalités en matière de santé entre les pays et les inégalités à l'intérieur des pays, réduire les risques et le fardeau de la maladie et tirer parti des connaissances, de la science et de la technologie. Concrètement, le Plan d'action vise à élaborer et mettre en œuvre des politiques et des interventions intersectorielles qui améliorent les conditions de logement des personnes (logement sain, accès à l'eau potable et gestion adéquate des excréments), l'éducation et les connaissances des femmes pour leur permettre de prendre des décisions éclairées sur leur santé, la disponibilité et l'accès à un régime alimentaire équilibré pour permettre de répondre aux besoins nutritionnels, la disponibilité et l'accès à des services de santé mettant l'accent sur les soins primaires, la promotion de la santé et les programmes de protection sociale, l'amélioration des conditions de travail, des revenus et du pouvoir d'achat de la famille, ainsi que la garantie de la participation sociale et de l'exercice des droits de la personne.

## 6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

**Objectif stratégique 9 :** Améliorer la nutrition, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire tout au long de la vie, à l'appui de la santé publique et du développement durable.

**Objectif stratégique 4 :** Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé au cours des étapes clés de la vie, comme la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, améliorer la santé sexuelle et génésique et promouvoir le vieillissement actif et sain de toutes les personnes.

**Objectif stratégique 7 :** Aborder les facteurs sociaux et économiques déterminants de la santé au moyen de politiques et de programmes qui permettent d'améliorer l'équité en matière de santé et d'intégrer des perspectives favorables aux plus défavorisés, sensibles aux questions de genre et fondées sur les droits de l'homme.

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

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

**Brésil** - Dans le Nord-est du Brésil, la prévalence de la petite taille par rapport à l'âge (<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans a diminué, passant de 33,9 % en 1986 à 22,2 % en 1996 et à 5,9 % en 2006, soit une réduction d'un point de pourcentage par année au cours de la première période et de 1,6 point de pourcentage au cours de la seconde période<sup>1</sup>. Les facteurs qui ont le plus contribué à ce succès sont, par ordre décroissant, l'amélioration de l'éducation de la femme, l'augmentation du pouvoir d'achat des familles les plus pauvres, l'expansion des services de santé avec une plus grande couverture de la mère et de l'enfant grâce au Programme de santé familiale et l'amélioration des services en eau et assainissement.

**Mexique** - Entre 1988 et 2006, la prévalence de la petite taille a été réduite de 11,5 points de pourcentage. À compter de 1999, le programme « Progresa », appelé plus tard « Oportunidades » s'est focalisé sur les communautés rurales et les plus pauvres avec des transferts monétaires conditionnels, ainsi que sur l'amélioration des soins aux enfants dans les services de santé et les écoles.

**Pérou** - Entre 2006 et 2008, la malnutrition chronique a été réduite de plus de six points de pourcentage dans les zones rurales. La stratégie « Crecer » a donné la priorité aux régions en situation de pauvreté extrême, a coordonné le travail intersectoriel, a promu la participation des collectivités régionales et locales et a déployé une vaste gamme d'interventions sur les déterminants les plus critiques : promotion de l'enregistrement de tout nouveau-né, expansion de la couverture des services de santé, campagne pour améliorer les conditions de logement, programme d'alphabetisation.

## 8. Incidences budgétaires du point l'ordre du jour en question :

L'OPS ne peut pas élaborer seule ce Plan. La collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies et d'autres parties prenantes directement intéressées est fondamentale pour la mise en œuvre du Plan.

Le coût estimé de l'exécution du Plan d'action est de 4,6 millions USD par an. Ce coût comprend le maintien du personnel actuel, l'embauche de personnel supplémentaire et l'exécution des activités aux niveaux Régional, infrarégional et national dans huit pays prioritaires.

<sup>1</sup> de Lima AL, da Silva AC, Konno SC, Conde WL, Benicio MH, Monteiro CA. Causes of the accelerated decline in child undernutrition in Northeastern Brazil (1986-1996-2006). *Rev Saude Publica* 2010 Feb;44(1):17-27.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## **50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR** **62<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

*Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2010*

---

CD50/13 (Fr.)  
Annexe B  
ORIGINAL : ESPAGNOL

### ***PROJET DE RÉOLUTION***

#### **STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA RÉDUCTION DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE**

##### ***LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et le Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique* (document CD50/13) ;

Tenant compte des mandats internationaux émanant de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier des résolutions WHA55.23 (2002) et WHA56.23 (2003), ainsi que des engagements des États membres de la Région des Amériques pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;

Reconnaissant les conséquences de la malnutrition infantile pour le développement physique et cognitif, la réponse immunologique et le risque de maladie ou de décès prématuré, ainsi que pour le rendement scolaire et la capacité fonctionnelle, la formation de capital humain, la productivité et le bien-être individuel et collectif ;

Reconnaissant le droit des enfants de se développer physiquement, mentalement, moralement, spirituellement et socialement de manière saine et normale, ainsi que dans des conditions de liberté et de dignité ;

Reconnaissant que les conditions de vie et la malnutrition lors des premières années de la vie influencent le développement de la surcharge pondérale, de l'obésité et



des maladies chroniques (diabète, hypertension, athérosclérose, entre autres) avec des conséquences graves pour le bien-être de la population et quant au fardeau social du fait de l'invalidité en résultant et quant aux années de vie productive perdues ;

Soulignant que, dans la Région des Amériques, l'indicateur de la taille par rapport à l'âge constitue une meilleure représentation du manque prolongé d'accès à une alimentation adéquate et de l'effet des autres facteurs sociaux liés à la pauvreté, et qu'au vu de la tendance actuelle de cet indicateur, il est possible que, d'ici à 2015, plusieurs pays ne parviennent pas à atteindre le but 2 de l'OMD 1 et qu'ils aient des difficultés à atteindre l'OMD 4 et l'OMD 5 ;

Réitérant que la nutrition est un facteur qui conditionne le développement humain et est affecté également par un ensemble de déterminants sociaux et économiques ;

Reconnaissant le haut degré de complémentarité entre cette stratégie et d'autres comme la Stratégie et le Plan d'action régionaux sur la nutrition dans la santé et le développement 2006-2015 et la résolution de l'Assemblée générale de l'OEA sur l'appui aux efforts pour l'éradication de la malnutrition infantile aux Amériques, (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]) ;

Saluant avec satisfaction le cadre conceptuel et opérationnel permettant de lutter contre la malnutrition (la malnutrition aiguë et chronique, la surcharge pondérale, l'obésité et les carences en micronutriments spécifiques) obtenu par le consensus inter-agences au sein de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (APND),

### ***DÉCIDE :***

1. D'appuyer la Stratégie et le Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique et leur prise en compte dans les politiques, les plans et les programmes de développement, ainsi que dans les propositions et la discussion des budgets nationaux, ce qui permettra de créer les conditions propices pour la prévention de la malnutrition chronique.
2. De prier instamment les États membres :
  - a) d'accorder la priorité aux actions intersectorielles visant à la prévention de la malnutrition chronique ;
  - b) de promouvoir le dialogue et la coordination entre les ministères et d'autres institutions du secteur public, ainsi qu'entre les secteurs public et privé et la société civile, pour parvenir à des consensus nationaux axés sur les déterminants

- sociaux et pour adopter des approches considérant le cycle de vie entier afin de prévenir la malnutrition chronique ;
- c) de proposer et de mettre en œuvre des politiques, des plans, des programmes et des interventions interministérielles visant à prévenir la malnutrition chronique à tous les niveaux administratifs de l'État membre ;
  - d) de mettre en place un système intégré de contrôle, d'évaluation et de responsabilisation pour les politiques, les plans, les programmes et les interventions, qui permettra non seulement de déterminer leurs répercussions en termes de réduction de la malnutrition chronique mais aussi la situation de leurs déterminants sociaux et d'orienter la prise de décisions de manière opportune ;
  - e) d'établir mettre en œuvre des processus de révision et d'analyse internes sur la pertinence et la viabilité de la présente Stratégie et du Plan d'action, , et sur la base des priorités, des besoins et des capacités au niveau national.
3. De demander à la Directrice :
- a) de fournir un appui aux États membres, en collaboration avec d'autres agences internationales, pour entamer un processus d'analyse interne de l'applicabilité de la Stratégie et du Plan d'action et de la mise en œuvre des activités concernant leur exécution ;
  - b) de promouvoir la mise en œuvre et la coordination de la Stratégie et du Plan d'action, en garantissant leur caractère transversal au sein des différents domaines programmatiques et des différents contextes régionaux et infrarégionaux de l'Organisation ;
  - c) de promouvoir et de consolider la collaboration avec les pays et entre ces derniers, ainsi que l'échange d'expériences et d'enseignements tirés ;
  - d) de promouvoir les évaluations externes indépendantes ;
  - e) d'appuyer le développement et la constitution de capacités en matière de ressources humaines et de prestation de services de qualité ;
  - f) de promouvoir la formation d'alliances nationales, municipales et locales avec d'autres agences internationales, institutions scientifico-techniques, organisations non gouvernementales et la société civile organisée, le secteur privé et autres, en suivant l'ensemble des interventions intégrées décidées par l'APND ;

- g) d'informer périodiquement les Organes directeurs sur les progrès et les limites concernant l'élaboration de la Stratégie et du Plan d'action, ainsi que leur adéquation aux circonstances et aux besoins spécifiques.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
*Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de*  
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD50/13 (Fr.)  
Annexe C

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

**1. Point de l'ordre du jour :** 4.9. Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique.

**2. Lien avec le budget programme :**

**a) Domaine d'activité :**

**Objectif Stratégique 9 :** améliorer la nutrition, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire tout au long de la vie, à l'appui de la santé publique et du développement durable

RER 9.1.1  
RER 9.2.1  
RER 9.3.1, RER 9.3.2  
RER 9.4.1, RER 9.4.2, RER 9.4.3

**Objectif stratégique 4 :** réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé au cours des étapes clés de la vie, comme la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, améliorer la santé sexuelle et génésique et promouvoir le vieillissement actif et sain de toutes les personnes.

RER 4.1.1  
RER 4.3.1  
RER 4.4.1  
RER 4.5.1  
RER 4.6.2  
RER 4.7.1

**Objectif stratégique 7 :** aborder les facteurs sociaux et économiques déterminants de la santé au moyen de politiques et de programmes qui permettent d'améliorer l'équité en matière de santé et d'intégrer des perspectives favorables aux plus défavorisés, sensibles aux questions de genre et fondées sur les droits de l'homme.

RER 7.1.1  
RER 7.2.3  
RER 7.4.1  
RER 7.5.3  
RER 7.6.1

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

RER 10.1.3  
RER 10.1.4  
RER 10.2.1

**b) Résultat escompté :**

Entre 2010 et 2015,

- avoir réduit de cinq points de pourcentage la malnutrition chronique (taille par rapport à l'âge <-2ET) chez les enfants de moins de cinq ans.
- avoir réduit de cinq points de pourcentage les anémies nutritionnelles chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.
- avoir prévenu l'augmentation ou avoir réduit la prévalence du surpoids et de l'obésité.

**3. Incidences budgétaires :**

**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) :**

L'OPS ne peut pas élaborer seule ce Plan. La collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies et d'autres parties prenantes directement intéressées est fondamentale pour la mise en œuvre du Plan.

Le coût estimé de l'exécution du Plan d'action est de 4,6 millions USD par an. Ce coût comprend le maintien du personnel actuel, l'embauche de personnel supplémentaire et l'exécution des activités aux niveaux Régional, infrarégional et national dans huit pays prioritaires.

Le projet Cours de vie saine doit mobiliser des ressources pour augmenter son budget et être en mesure de répondre à l'accroissement de la demande résultant de la Stratégie et du plan d'action.

Dans le cadre du processus de planification, les États membres doivent faire une estimation des coûts de mise en œuvre de ce plan d'action dans leurs pays et introduire les ajustements budgétaires indispensables.

**b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :**

4,6 million US\$ par an.

- |  |                  |
|--|------------------|
| c) Personnel actuel aux niveaux régional et national | 2,0 million US\$ |
| d) Personnel additionnel dans les pays prioritaires  | 0,6 million US\$ |
| e) Aide aux interventions dans les pays prioritaires | 2,0 million US\$ |

**c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? : 2.0 million US\$ pourraient être inclus dans les activités programmatiques existantes.**

#### 4. Incidences administratives

- a) **indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :** La prévention de la malnutrition chronique doit être réalisée dans tous les pays de la Région. La priorité est toutefois accordée aux pays ayant la prévalence la plus élevée (Bolivie, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay et Pérou), où l'effet des interventions contribuera de manière significative à la prévention de la malnutrition chronique. À Haïti le problème sera abordé de manière séparée, dans le cadre de la réponse à la situation d'urgence que traverse le pays. Au niveau national, la priorité est accordée aux municipalités en situation de pauvreté ou de pauvreté extrême et aux zones géo-démographiques vulnérables. Les interventions sont intégrées à d'autres programmes de l'Organisation.

##### **Mécanismes de coordination à l'appui de la Stratégie et du Plan d'action**

- **Niveau Régional :** Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement ; équipes techniques inter-organisationnelles, Centres collaborateurs de l'OPS/OMS dans la Région.
  - **Niveau infrarégional :** Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP).
  - **Niveau national :** Bureaux dans les pays de l'OPS, Ministères de la Santé, agences du Système des Nations Unies, agences de coopération bilatérale, ONG.
- b) **Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :** Embaucher des consultants nationaux à temps plein affectés aux pays prioritaires, qui remplissent le profil suivant : professionnel du secteur de la santé avec formation universitaire en nutrition, santé publique et ayant une expérience en 1) négociation, élaboration et mise en œuvre de politiques et de programmes intersectoriels intégrés, selon une perspective axée sur les droits, le genre et l'interculturalité, 2) élaboration et mise en œuvre de systèmes d'information qui permettent de surveiller l'état nutritionnel et ses déterminants, 3) élaboration, mise en œuvre et évaluation d'interventions lors du cycle de vie qui contribuent à améliorer l'état de santé et la nutrition, 4) coordination intersectorielle au niveau local (logement, environnement, éducation, agriculture, santé, travail, développement) pour promouvoir et mettre en œuvre des interventions intégrées et 5) application des principes de soins primaires renouvelés à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes et d'interventions en matière de santé, d'alimentation et de nutrition dans une perspective intersectorielle.

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

2010	Approbation et diffusion de la Stratégie et du Plan d'action, élaboration du diagnostic initial.
2011-2012	Mise en œuvre et surveillance et évolution dans quatre pays prioritaires (4/8).
2013-2014	Mise en œuvre et surveillance et évolution dans quatre pays prioritaires (8/8) et expansion à d'autres pays.
2015	Évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action.