



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



42^e CONSEIL DIRECTEUR 52^e SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 25-29 septembre 2000

Point 4.10 de l'ordre du jour provisoire

CD42/14 (Fr.)

18 juillet 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

SANTE INFANTILE

La santé infantile constitue un défi sérieux dans la Région des Amériques. Dix ans après le Sommet mondial de l'enfance, on peut observer des progrès réguliers dans les domaines de la lutte contre les maladies infectieuses, l'immunisation, les aspects nutritionnels, les soins prénataux et les compétences en soins d'accouchement. La santé, dans son sens véritable, est une construction sociale qui est à la fois un facteur déterminant et un produit du développement humain et, en conséquence, le progrès humain. Il est bien connu que des politiques et stratégies judicieuses peuvent contribuer à changer pour le mieux la réalité de la vie et créer des attentes de valorisation humaine grâce au développement des enfants. C'est la clé du progrès vers l'équité et le développement global de la Région.

Bon nombre des pays de la Région traversent actuellement une phase de transition épidémiologique et démographique, devant faire face à de nouveaux défis et à d'anciens non encore relevés, ainsi qu'à l'apparition de nouvelles maladies et à des problèmes sociaux qui ont un impact sur la santé. En même temps, ces pays doivent être vigilants et poser les bases nécessaires pour que les enfants jouissent d'une bonne santé toute leur vie durant. Il existe des raisons humaines, éthiques, sociales et économiques pour que la santé de l'enfant constitue une priorité, tant en matière d'action que d'investissement. Le nouveau millénaire offre l'occasion de revoir la situation, de diffuser les succès et de concevoir des stratégies judicieuses pour cette phase de transition que connaît la Région.

Le présent document, est le produit d'une étude interne des diverses unités de l'Organisation panaméricaine de la Santé chargées de la santé infantile et est soumis à l'examen du Conseil directeur. Reconnaissant que tant une approche pluridisciplinaire que des mesures plurisectorielles sont nécessaires pour promouvoir le développement intégral de l'enfant, ce document se concentre dans la mesure du possible sur le secteur de la santé et sa contribution à l'égard de cet effort intégré. Le document commence par une analyse de la situation actuelle et établit un cadre de référence pour réorienter les efforts d'accomplissement de la santé infantile (en s'appuyant sur les observations des différentes disciplines). Le document suggère des stratégies et des lignes d'action, assorties de projections des résultats escomptés. Enfin, le rôle de l'OPS est défini, accompagné d'une estimation des coûts entraînés. Le Comité exécutif a étudié ce thème à sa 126^e session et a proposé une résolution à l'examen du Conseil directeur (voir CE126.R17 en annexe).

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
1 Introduction.....	3
2. La Région des Amériques : analyse de la situation de la santé infantile	4
2.1 Situation démographique.....	4
2.2 Situation épidémiologique.....	4
2.3 Situation nutritionnelle	6
2.4 Travail, santé mentale, violence, abandon et mauvais traitements des enfants	6
2.5 Problèmes environnementaux	7
2.6 Services de santé.....	7
3. Cadre politique et conceptuel de la santé infantile	9
3.1 Accords internationaux.....	9
3.2 Preuves et leçons tirées.....	9
3.3 Cadre conceptuel : proposition de développement intégral de l'enfant	13
3.4 Résultats escomptés.....	15
4. Orientations suggérées pour mettre en œuvre le développement intégral de l'enfant	15
4.1 Principes de base pour l'élaboration d'un Plan stratégique de santé intégrale de l'enfant pour la Région des Amériques	17
4.2 Objectifs stratégiques à prendre en considération dans les orientations de l'OPS et de ses Etats Membres pour la santé et le développement intégral de l'enfant	18
5. Répercussions de la mise en œuvre du nouveau paradigme sur le développement intégral de l'enfant.....	19
5.1 Développement des ressources humaines.....	19
5.2 Progrès continu de la connaissance	19
5.3 Plans, programmes et services.....	20
5.4 Mobilisation des ressources.....	20
6. Rôle de l'Organisation panaméricaine de la Santé	21

Bibliographie

Annexe : Résolution CE126.R17

1. Introduction

Dans la Région des Amériques, les conditions de santé des enfants de 0 à 10 ans¹ se sont régulièrement améliorées par suite du développement social, économique, environnemental et technologique, de la lutte contre les maladies contagieuses et de la plus grande diffusion et meilleure qualité des services de santé. Cependant, il subsiste un défi, des problèmes non résolus et des questions non traitées, qu'il faut relever si l'on veut produire une génération d'enfants heureux et en bonne santé, capables de contribuer à leur propre bien-être et à celui de leur famille, des sociétés et des nations.

Dix ans après le Sommet mondial de l'enfance, il est nécessaire d'examiner la situation dans le contexte des réalités démographiques, épidémiologiques, économiques, sociales et politiques – de la Région des Amériques.

Les bases du développement intégral commencent à être posées dès la préconception et pendant la gestation, l'accouchement, l'allaitement, l'école maternelle et l'école primaire. Ces bases ont un impact sur la santé et l'environnement de l'individu qui dure toute la vie. Il est bien connu que l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux, économiques, culturels et politiques, ainsi qu'avec l'environnement plus immédiat, détermine la susceptibilité à la maladie et renforce les facteurs de protection contre les affections.

En raison de l'impact démontré en favorisant le développement intégral pendant la jeune enfance, il existe un consensus sur le fait que l'investissement social le meilleur et le plus rentable est celui qui est engagé dans les enfants. Le secteur de la santé, en collaboration avec d'autres secteurs, dispose d'une occasion de prendre les devants et de contribuer à fixer des priorités, en investissant dans un futur meilleur à travers la bonne santé des enfants.

Le présent document analyse la situation actuelle de la santé infantile et les services destinés à servir cette population. Il fournit un cadre de référence qui peut servir à réorienter les efforts, en s'appuyant sur les observations des différentes disciplines. Il offre aussi des stratégies et des lignes d'action nécessaires pour promouvoir la santé et le développement intégral des enfants, assorties de projections sur les résultats escomptés. En conclusion, le document propose des suggestions pour entamer la préparation d'un Plan régional, qui rende opérationnel le rôle projeté de l'OPS, accompagnées d'une estimation des coûts entraînés.

¹ D'après les Nations Unies, les enfants ont de 0 à 18 ans et les adolescents ont de 10 à 18 ans. L'OMS subdivise ce groupe entre la petite enfance de 0 à 10 ans et l'adolescence de 11 à 20 ans. Etant donné que l'OMS dispose déjà d'une politique générale sur l'adolescence (document CD40/21 du Conseil directeur, (1997)), le présent document se concentrera sur les enfants de 0 à 10 ans.

Il est demandé au Conseil directeur de bien vouloir examiner le présent document et de donner son avis pour définir l'orientation et les priorités de l'OPS dans ce domaine.

2. La Région des Amériques : analyse de la situation de la santé infantile

2.1 *Situation démographique*

Un déclin marqué de la croissance démographique a été enregistré, même si dans l'ensemble, les enfants constituent toujours la majorité de la population dans de nombreux pays avec une concentration démographique plus élevée en milieu rural. Les migrations de plus en plus marquées du milieu rural vers les villes ont entraîné une croissance chaotique. Il en résulte que les enfants ne bénéficient guère des services publics de base, vivant dans des conditions de surpeuplement et de pauvreté et exposés à toutes sortes de risques et de mauvais traitements. Les conflits armés et les catastrophes naturelles ont contribué à cette situation précaire. Ces tendances démographiques sont en train de produire des groupes familiaux encore plus petits, dispersés et plus nucléaires, avec pour conséquence une réduction des réseaux d'appui social disponibles.

2.2 *Situation épidémiologique*

2.2.1 *Mortalité*

Dans tous les pays de la Région, le taux de mortalité infantile a baissé, mais les profils varient. Malgré une réduction considérable du taux de mortalité infantile au cours des 40 dernières années, il existe toujours de nombreux fossés, preuves manifestes d'iniquités; à titre d'exemple, la mortalité infantile causée par les maladies contagieuses est 10 fois plus élevée en Amérique latine et aux Caraïbes qu'au Canada.

Les preuves montrent que la mortalité infantile est plus élevée dans les régions rurales et pauvres, et qu'elle est jusqu'à 300% supérieure parmi les enfants dont les mères n'ont pas reçu d'instruction. Par exemple, les décès résultant de troubles périnataux sont étroitement liés à la malnutrition maternelle et fœtale. Les infections néonatales et fœtales, la rupture prématurée des membranes, les naissances prématurées, l'hypertension chronique, la dystocie, les naissances iatrogènes et l'hypoxie fœtale et néonatale tiennent aussi une grande place dans les raisons de mortalité infantile. La pauvreté influence dans des mesures disproportionnées ces résultats en matière de santé.

Les causes principales de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans sont les maladies contagieuses et les accidents. Les causes extérieures et les maladies congénitales sont relativement plus élevées dans les pays qui ont déjà des taux de mortalité infantile faibles. Les maladies contagieuses associées à la malnutrition sont plus répandues dans les pays à mortalité élevée, bien que les causes extérieures continuent à y être importantes. Les

accidents constituent également la cause principale de mortalité chez les enfants de 5 à 10 ans, entraînant une brusque augmentation de cette tendance.

2.2.2 Morbidité

Les informations sur la morbidité proviennent des cas identifiés dans les services de santé. Ces informations ne fournissent qu'un tableau partiel pour diverses raisons. Il n'existe pas de projections pour la population non desservie. Les chiffres, tout en démontrant l'importance relative des accidents ne montrent pas ce que les accidents représentent en matière de services, de coûts et d'incapacités pour les individus et les familles. Par exemple, pour chaque enfant de la tranche d'âge de 1 à 14 ans écrasé dans la rue, 16 enfants du même groupe ont été traités dans un dispensaire ou un centre d'urgence. Les coûts de la morbidité vont souvent bien au delà du contact avec le système formel de santé.

D'après les informations disponibles, on sait que les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques aiguës constituent toujours les maladies d'enfance principales. La septicémie, la méningite, la malnutrition et le paludisme sont les causes principales de morbidité dans certains pays (représentant tous ensemble quelque 50% à 95% des consultations et hospitalisations). La stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), mise en œuvre dans 19 pays de la Région, a été un facteur important de réduction dans la majorité des indicateurs relatifs aux maladies contagieuses.

Les vaccinations ont épargné bien des vies tout au cours de la petite enfance. De 1977 à 1999, la vaccination des enfants de moins d'un an est passée de 25% à plus de 80 pour cent. En 1971, le continent américain a été la première zone d'élimination de la variole; l'élimination de la poliomyélite a suivi en 1991 et la Région est sur le point d'éliminer la rougeole. La majorité des pays administrent six vaccins pour prévenir les principales maladies responsables de la morbidité et de la mortalité dans la Région : poliomyélite, coqueluche, tétanos, rougeole, diphtérie et tuberculose. Des progrès ont été réalisés pour introduire d'autres vaccins, notamment contre la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, les infections causés par l'*Haemophilus influenzae* de type B (Hib) et l'hépatite B. L'impact des immunisations s'accroît avec l'incorporation du vaccin Hib et du vaccin viral triple (rougeole, oreillons et rubéole) aux programmes de vaccination de la majorité des pays de la Région des Amériques.

Il existe d'autres causes de morbidité émergentes dans la Région des Amériques qui sont préoccupantes. Le pourcentage de cas pédiatriques de SIDA par rapport au total cumulé des cas signalés dans la Région est de 1,8%. Les soins dentaires sont une raison principale de consultation au niveau des soins primaires. D'après les estimations, 90% des enfants entre 5 et 14 ans ont des caries et environ 50% souffrent d'inflammation des

gencives. Une question préoccupante est la diminution de l'ouïe et de la vue à un jeune âge. Souvent ces pertes sont découvertes au cours de dépistages effectués dans les écoles lorsque le manque de soins dans les premières années de la vie a déjà entraîné des problèmes sérieux pour le développement de l'individu.

2.3 *Situation nutritionnelle*

D'après les estimations, 8% des nouveau-nés de la Région sont d'un poids insuffisant, problème fortement lié à la mortalité néonatale ou aux risques de retard de la croissance et du développement. Certaines études suggèrent qu'il existe une relation entre l'insuffisance de poids à la naissance et une prévalence plus marquée des maladies chroniques non contagieuses à l'âge adulte. Bien que le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans soit difficile à mesurer, 20% d'entre eux sont affectés, d'après les estimations, en particulier parmi les enfants de moins de deux ans.

Les stratégies pour encourager l'allaitement maternel ont augmenté le nombre de mères qui allaitent leurs enfants; 90% des nouveau-nés sont maintenant allaités. Cependant, la proportion de femmes qui allaitent pendant la période de quatre à six mois recommandée est beaucoup plus faible. L'anémie continue d'être un problème grave dans la Région, avec une prévalence de 20% à 60% chez les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans. La carence de vitamine A nécessite une attention urgente au Brésil, en République dominicaine, au Guatemala, au Pérou, au Salvador et au Mexique. Etant donné que 97% des pays disposent de sel iodé, les problèmes liés au iode concernent la durabilité et la surveillance. Certains pays ont commencé à fortifier les produits alimentaires avec de l'acide folique.

La production et la distribution alimentaires continuent de présenter des problèmes qui accentuent davantage les écarts d'équité et de développement dans certains pays.

2.4 *Travail, santé mentale, violence, abandon et mauvais traitements des enfants*

L'entrée précoce sur le marché du travail est un problème émergent dans la Région, en particulier en milieu rural. D'après les estimations, 20 millions d'enfants de moins de 15 ans travaillent, et plus de la moitié d'entre eux ont moins de dix ans. Dix pour cent de ces enfants travaillent dans le secteur formel où, en théorie du moins, ils auraient accès aux services sociaux. En plus d'empêcher les enfants de bénéficier de l'enseignement, le travail des enfants accentue les inégalités du développement de l'enfance, exposant les enfants aux abus sexuels, aux mauvais traitements, à des risques accrus d'accident, à la délinquance et à des comportements à risque (tabac, drogue, activité sexuelle). En outre, les enfants qui sont privés d'enseignement recevront au cours de leur vie un revenu 20% inférieur par rapport à ceux qui auront reçu une instruction.

Les études effectuées indiquent la présence de dépression, de passivité, et de troubles du sommeil et de l'appétit chez les enfants. Bien que les informations recueillies systématiquement sur l'abandon et les mauvais traitements des enfants soient peu nombreuses, un grand nombre de pays commencent à être préoccupés par le nombre croissant d'enfants qui ne reçoivent pas d'instruction ni ne bénéficient du réseau d'appui direct – les soi-disant "enfants de la rue". Si leur nombre est difficile à estimer, on sait qu'ils sont soumis à de nombreux risques physiques, psychosociaux et environnementaux qui affectent leur croissance et leur développement.

La violence, tant au sein de la famille qu'au sein de la société, et autres problèmes de santé publique, comme le tabac et la toxicomanie, continuent de s'accroître parmi certaines populations, exerçant un impact non seulement sur la santé des enfants concernés, mais aussi sur leurs futurs enfants, étant donné que les preuves indiquent que les enfants maltraités répètent le même cycle. L'abus sexuel commence à être reconnu comme un problème de santé publique, la proportion des filles en pâissant augmentant à partir de l'âge de cinq ans. La pornographie utilise chaque jour de nouveaux enfants et s'est aggravée avec l'expansion de la communication au niveau global, et la crainte de contracter le SIDA a stimulé et intensifié la demande sexuelle en garçons et filles.

Les enfants souffrant d'incapacités sont souvent privés non seulement de services, mais aussi de leurs droits. Bien que les données soient insuffisantes, il continue de courir des rumeurs d'isolement et d'abandon d'enfants qui ne sont pas considérés "normaux".

2.5 *Problèmes environnementaux*

Les risques de santé environnementale traditionnels associés à la pauvreté et au sous-développement concernent l'absence d'eau potable et de services d'élimination des excréments, la pollution de l'air à l'intérieur du domicile et la contamination des aliments. La vie moderne a apporté d'autres risques, tels que l'accumulation de déchets solides dangereux, la pollution de l'air résultant des émissions toxiques des industries et des véhicules, la pollution des ressources en eau par les déchets industriels, l'utilisation abusive de substances chimiques ou radioactives dans le cadre des nouvelles technologies, les accidents de la circulation et les changements climatiques et atmosphériques, comme la réduction de la couche d'ozone et l'effet de serre. Tous ces facteurs affectent la santé de la population en général, mais leurs effets sont plus intenses parmi les groupes les plus vulnérables, en particulier les jeunes enfants.

2.6 *Services de santé*

La majorité des pays de la Région sont en train de procéder à la réforme du secteur de la santé et à la décentralisation politique et administrative, et ils connaissent des conflits paradigmatiques entre la prédominance des soins curatifs traditionnels et la

promotion sanitaire et prévention des maladies. A quelques rares exceptions, les services de santé répondent à la demande spontanée entraînée par la morbidité, en suivant une approche de soins de l'individu qui est principalement biomédicale, curative et dépersonnalisée. Les activités préventives à l'intention des enfants sont concentrées principalement sur la vaccination, alors que les programmes de promotion de la santé et de dépistage rapide des problèmes de croissance et de développement continuent d'être rares. Dans certains systèmes de soins, les activités de promotion de la santé sont séparées des activités curatives et préventives, éliminant ainsi des occasions d'éducation sanitaire.

La capacité d'intervention au niveau des soins de santé primaires est relativement faible. Plusieurs études soulignent que l'absence de confiance dans le système ou la qualité des services réduit leur emploi. Les systèmes inefficaces d'aiguillage vers le service médical compétent entravent la poursuite des soins, comme le prouvent les réseaux de services inarticulés et l'accès difficile aux niveaux d'une plus grande complexité. Ces difficultés affectent en particulier les secteurs de la population aux ressources plus limitées.

L'adoption des stratégies d'immunisation et de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a renforcé le secteur de la santé en matière d'information, planification et évaluation épidémiologique. En outre, ces stratégies ont insisté sur l'attention à accorder aux enfants dans le développement de ces services de santé. Les programmes de vaccination et le suivi de la croissance et du développement portent les mères à effectuer des visites régulières aux services de santé dans l'année qui suit la naissance de leur enfant. Cependant, après la première année, le contact de l'enfant avec le système de soins de santé n'est qu'occasionnel et motivé par des épisodes de morbidité aiguë. Les systèmes de santé n'offrent pas de programmes de soins pendant la période critique de développement de l'enfant, de un à cinq ans.

En bref, la situation de santé des enfants de la Région est critique. Les processus de transition contribuent à des écarts importants en matière de morbidité et de mortalité entre les pays et au sein de ces pays, et de nouveaux problèmes liés au développement socio-économique sont en train de surgir, s'accompagnant de répercussions sur les environnements physiques et psychosociaux. Dans leur processus de réforme, les systèmes de santé ont porté leur attention sur les aspects financiers, mais il reste encore beaucoup à faire sur le plan de l'organisation et du fonctionnement des services et de leur rôle pour promouvoir la santé et le bien-être de l'enfant. Les preuves recueillies permettent d'affirmer le besoin de réorienter les services de santé vers des activités mieux intégrées à l'intention des enfants et des familles, les accompagnant pendant tout le cycle de vie.

3. Cadre politique et conceptuel de la santé infantile

3.1 *Accords internationaux*

Dans la Région des Amériques, la santé des enfants constitue un défi important, non seulement en raison des problèmes de morbidité et de mortalité existants, mais aussi parce qu'elle encourage activement le développement humain des enfants et qu'elle est la clé du progrès vers l'équité et le développement global de la Région. Il n'y a aucun doute qu'il est nécessaire de poursuivre la lutte contre les maladies par la prévention et le traitement; cependant, il est aussi nécessaire d'incorporer au répertoire du secteur de la santé des stratégies qui encouragent la santé et le développement des enfants.

Le Sommet mondial de l'enfance, qui s'est tenu en 1990, a représenté une étape importante dans les efforts pour améliorer la santé et les conditions de vie des enfants du monde entier. Les engagements pris au Sommet ont pour cible la santé, la nutrition et l'éducation des enfants, ainsi que l'environnement. Dans la Région des Amériques, ces buts ont été réitérés et élargis avec l'élaboration du Plan d'action Régional et au cours des réunions interministérielles de suivi qui se sont tenues au Mexique (Déclaration de Tlatelolco, 1992), en Colombie (Engagement de Nariño, 1994), au Chili (Accords de Santiago, 1996) et au Pérou (Accords de Lima, 1998). Les gouvernements de la Région ont en outre pris l'engagement d'exécuter les accords conclus à la Conférence mondiale des droits de l'homme (Vienne, 1993), à la Conférence internationale de la population et du développement (Le Caire, 1994), au Sommet mondial du développement social (Copenhague, 1995) et à la quatrième Conférence mondiale sur la femme (Beijing, 1995).

La majorité des pays de la Région ont ratifié la Convention internationale des droits de l'enfant, qui constitue le cadre éthique et juridique d'exécution des politiques publiques concernant l'enfance et l'adolescence. Ils ont aussi réclamé l'élimination de toutes les formes de discrimination contre la femme, facteur qui a un impact énorme sur la santé des enfants. De plus, les accords sur la promotion de la santé (Ottawa 1986, Djakarta 1997) ont énoncé des lignes directrices claires et pratiques pour faire face aux complexités des efforts pour procurer la santé à tous.

L'OPS a soutenu toutes ces déclarations et en novembre 1999 elle a accordé une importance supplémentaire à la poursuite des efforts pour promouvoir la santé de l'enfant en inaugurant "Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002". Cette initiative soutient une campagne visant à réduire de 100.000 les décès d'enfants d'ici à l'an 2002.

3.2 *Preuves et leçons tirées*

Chaque étape du cycle de vie de l'enfant, de la période précédant la conception à la pré-adolescence, en passant par la grossesse, la première enfance, l'âge préscolaire et l'âge primaire, contribue au développement optimal. Ces étapes suivent une continuité,

où les omissions ou les maux des étapes antérieures affectent la capacité de progrès des étapes suivantes et où, inversement, les bons résultats entraînent un plus grand et meilleur développement dans les étapes suivantes.

Les grossesses compliquées par la mauvaise santé maternelle s'accompagnent généralement de risques de morbidité du nouveau-né et de décès pendant la petite enfance. Des études récentes prouvent l'existence d'une corrélation étonnante entre les conditions intra-utérines et les propension à souffrir des différentes maladies au cours de la vie. Le poids à la naissance, en tant que valeur représentative des conditions maternelles pendant la grossesse, a été utilisé pour prouver la tendance aux allergies, au diabète, à l'hypertension et à un taux de cholestérol élevé, aux problèmes liés aux fonctions du cerveau, du foie et des reins, et aux risques de cancer du sein et d'obésité. Bon nombre de ces effets, bien qu'en rapport avec des occurrences intra-utérines, n'apparaissent pas avant le milieu de la vie.

Des liens ont été établis, non seulement pendant la période prénatale mais aussi pendant les premières années de la vie, entre le développement du système nerveux et la nutrition, les soins, les rapports affectifs et les stimulants environnementaux. Par contre, des expériences négatives, notamment la négligence sérieuse des soins et l'absence de stimulation ou la stimulation inappropriée, ont des effets irréversibles sur le développement optimal. Les neurosciences ont désormais confirmé qu'il existe un rapport déterminant entre le développement préliminaire et les observations faites par la suite dans le cadre de la santé, comme le développement social et cognitif et la tolérance au stress.

Une étude de l'INCAP portant sur trois générations a démontré l'efficacité de suppléments en protéines et en calories pour les femmes enceintes. Les enfants de ces femmes étaient plus grands à la naissance et avaient moins d'infections que les autres. La découverte exceptionnelle a été que, sans autre intervention, la seconde génération, c'est-à-dire les petits-enfants des femmes qui avaient pris les suppléments, révélait toujours les mêmes avantages. En outre, les interventions conduites auprès de cette génération d'enfants ont révélé un effet de potentialisation si elles étaient combinées, comme par exemple dans les travaux de McGregor à la Jamaïque qui associaient des stratégies de nutrition et de stimulation pour de plus grands résultats, que si l'une ou l'autre des stratégies était appliquée uniquement.

Les études sur le développement ont montré que la formation d'attitudes commence dans les premières années de la vie de la personne. Les enfants acquièrent des connaissances sur les relations et forment des attitudes concernant le comportement et le style de vie bien avant d'atteindre l'âge scolaire. Les modes de comportement qui complètent leurs phases principales de développement à l'âge de sept ans sont considérablement influencés par les attitudes et le comportement des parents, en

particulier le parent/pourvoyeur de soins avec lequel l'enfant passe la plupart du temps (le Tableau 1 illustre des exemples de certains des facteurs psychosociaux identifiés dans la littérature comme ayant une influence directe sur la santé et le bien-être des enfants et pour lesquels des stratégies peuvent être élaborées).

Tableau 1 : Facteurs psychosociaux qui contribuent à la santé et au bien-être des enfants

Niveau	Facteurs psychosociaux	
	Facteur à risque	Facteur protecteur
Individuel	Hostilité, désespoir, sous-estime personnelle, alexithimie, manque d'assurance	Résilience, haute estime personnelle, assurance, mécanismes pour faire face aux difficultés
Familial	Divorce, réseau d'appui limité, dysfonction familiale, violence	Résilience, communication, sens de l'humour
Communauté	Altération des modèles culturels et absence de passé historique commun dans les zones de peuplement périurbaines. Absence de cohésion sociale	Réseaux d'appui social. Communauté organisée. Résilience, sens de la responsabilité (niveau de participation)

Les programmes d'alimentation supplémentaire à l'âge préscolaire et scolaire ont fait preuve de succès avec l'accroissement de la taille et du poids, l'acquisition d'aptitudes verbales et mathématiques et le recul de l'anémie. Il se dégage des données sur l'éducation que la participation scolaire des parents est importante pour la réussite des enfants. L'extension logique serait la participation de la personne qui prend soin de l'enfant aux activités du secteur de la santé. En effet, les stratégies PCIME se sont étendues pour incorporer à cette initiative la formation des parents et des communautés. Les gains d'énergie procurés par un régime alimentaire plus complet sont en rapport direct avec la croissance économique de l'Angleterre.

Il se dégage de recherches récentes une relation directe entre l'état de santé et le bien-être d'un homme ou d'une femme adultes et leur capacité à faire face aux problèmes, leur résilience, estime de soi, confiance, respect et assurance. On dispose de preuves solides que ces qualités sont acquises durant les premières années de la vie. Une preuve souvent citée en exemple est le Projet préscolaire Perry mené aux Etats-Unis. Ce programme est une expérience longitudinale étudiant depuis plus de 30 ans les effets de l'éducation préscolaire qui prend en compte les besoins sanitaires, éducationnels et sociaux de l'enfant. Les résultats de cette étude révèlent les avantages psychosociaux et économiques d'intervenir suffisamment tôt. A l'âge adulte, les participants de l'étude ont

fait preuve d'un meilleur comportement intellectuel et social, obtenant de meilleurs emplois et une rémunération plus élevée. Sur le plan économique, l'étude a révélé que l'investissement produisait sept fois sa valeur en économies de dépenses de services d'aide sociale, d'enseignement spécial et de justice. Dans cette Région, le Brésil a conclu, dans ses projections sur les coûts de ses programmes publics, que les programmes préscolaires intégrés étaient un investissement économique judicieux.

Des données sur le Mexique ont révélé que l'intervention intensive suffisamment tôt auprès d'individus et de familles d'enfants pour lesquels des difficultés de développement avaient été diagnostiquées pouvait entraîner au cours d'une période de quelques années la récupération de capacités fonctionnelles dans de nombreux domaines. Il y a également des preuves que des interventions, même de courte durée, au début de l'âge scolaire atténuent les comportements antisociaux et dépressifs chez les adultes et adolescents, entraînant une réduction des coûts de personnel et de services.

Les expériences conduites dans la majorité des pays qui ont essayé de mettre en œuvre des programmes importés ont souligné à nouveau le fait que les caractéristiques individuelles de chaque enfant et de sa famille, de la communauté et de l'environnement physique et psychosocial devaient être prises en compte pour qu'un changement véritable se produise. La construction d'un cadre commun de référence et de lignes directrices pour des programmes de qualité offrant suffisamment de souplesse pour s'adapter aux conditions locales et régionales s'est régulièrement révélé être l'intervention la plus efficace.

Etant donné que le développement au cours de la petite enfance s'est révélé être l'un des indicateurs les plus sensibles, non seulement aux différences de revenu (dans la mesure où il s'agit des besoins de base), mais aussi aux iniquités présentes dans un contexte particulier, le facteur d'équité est extrêmement important. A cet égard, un débat se poursuit sur le fait qu'il serait désirable de cibler les groupes spécifiques à plus gros risque de maladie en raison de leur prédisposition biologique, de leur condition socio-économique ou de leurs caractéristiques ethniques, culturelles et géographiques. Cette stratégie s'est révélé un succès, en particulier dans le traitement des problèmes de santé qui prend en compte les informations épidémiologiques. Il a ainsi été possible d'identifier et de corriger des iniquités dans les prestations de services. Cependant, cette approche, si elle n'est pas bien conçue, peut entraîner le compartimentage de services qui mettent l'accent sur la maladie au lieu de la santé.

La recherche et l'expérience portent à croire que les interventions couvrant l'ensemble de la communauté sont celles qui conviennent le mieux dans la majorité des thèmes, accompagnées le cas échéant d'activités de renforcement spécifiques à l'intention des familles ou des individus à plus gros risque. L'efficacité des volets de visites à domicile d'un certain nombre de projets a été un résultat intéressant pour l'élaboration

des programmes. Ces visites constituent apparemment une approche plus réaliste aux changements nécessaires et permettent de créer une relation de confiance mutuelle entre le personnel du projet et les parents/pourvoyeurs de soins.

L'enfance, d'après les preuves recueillies, est une occasion unique et irremplaçable d'acquérir les outils nécessaires au développement d'un potentiel maximum et à l'acquisition de conditions de santé optimales pendant le cycle de vie de la personne. Pour atténuer la pauvreté et les iniquités dans la Région, il est nécessaire que le développement intégral de l'enfant soit reconnu comme une priorité dans les politiques publiques et privées. Il existe des raisons valides, à la fois morales, techniques, sociales et économiques, d'accorder la priorité à la santé et au bien-être des enfants. La théorie et les preuves existent pour être en mesure de s'engager dans cette voie. Il est maintenant temps de faire des choix sociaux et politiques qui rompent les cycles de maladie et d'iniquité et de progresser vers un nouveau paradigme qui soulignera l'importance particulière de procéder précocement au développement intégral de l'enfant.

3.3 *Cadre conceptuel : proposition de développement intégral de l'enfant*

Au cours des ans, l'OPS a favorisé des stratégies qui ont entraîné des améliorations de la santé et du bien-être des enfants. L'apparition de nouveaux problèmes et scénarios et la reconnaissance de la complexité et de la variété des facteurs de santé déterminants requièrent des changements. L'examen des connaissances nouvelles, les succès et les échecs des stratégies passées, ainsi que les espoirs croissants de bien-être des enfants de la Région, ont prouvé que le temps est venu d'investir en priorité dans la santé infantile.

L'OPS propose d'aller de l'avant en adoptant un modèle de développement intégral de l'enfant (DIE), ayant pour pilier central la santé. Le DIE doit être compris comme un processus qui engage l'exercice des droits du citoyen à atteindre la qualité de vie la meilleure possible et l'épanouissement humain complet pendant ce moment spécifique du cycle de vie. Ceci suppose d'associer les modèles actuels axés sur le risque et la maladie aux stratégies de promotion et de développement de la santé afin de construire un pont pour le nouveau paradigme biopsychosocial. Pour atteindre ce but, il est indispensable d'adopter une approche pluridisciplinaire et de créer, au sein de la population, une culture de santé, en en faisant une valeur et une norme, envisageant la santé comme un processus participatif et évolutionnaire positif. Le secteur de la santé peut prendre les devants, en se joignant aux autres secteurs et institutions dans un effort synergique et en inscrivant définitivement au programme public le développement de l'enfant et de la famille.

Le modèle proposé comporte une approche de renforcement à multiples points d'entrée. Les programmes et services qui ne traitent qu'un niveau, qu'il soit individuel,

familial, communautaire ou démographique, n'apporteront pas les changements nécessaires. Chaque point d'entrée doit être abordé en tenant compte de ses propres caractéristiques afin d'élaborer le modèle DIE.

Au niveau individuel, ceci suppose l'intégration des aspects biopsychosociaux et l'établissement concerté de programmes de promotion, de prévention et de prestation de services curatifs. Pour la famille,² ceci suppose de comprendre l'importance d'un milieu sain et sûr pour le développement de la bonne santé des enfants. Les aspects environnementaux comprendront les éléments physiques et psychosociaux appropriés qui, en relation les uns avec les autres, se sont révélés avoir un impact positif sur la santé et le bien-être.

La famille est le groupe le plus efficace pour le développement social et affectif de l'enfant. De nombreuses études ont souligné que les relations et interactions de l'enfant avec les parents/pourvoyeurs de soins au cours des premières années de la vie ont une incidence décisive sur son développement en tant qu'être humain, sa capacité d'apprentissage et sa capacité à régler et modérer ses émotions, à contrôler son comportement et à limiter ses risques de maladie. Aujourd'hui, des familles innombrables font l'objet de stress en raison d'iniquités importantes, de concurrence, d'individualisme, d'exode, de prise en charge des enfants par un seul parent, de systèmes d'aide sociale insuffisants et d'absence de cohésion sociale. Il est donc nécessaire de mettre au point des activités de renforcement familial pour favoriser le développement de l'enfant. Les observations montrent aussi le besoin de soutenir et de préconiser le développement de la santé avec les autres pourvoyeurs de soins/grand-parents et de mettre en contact les enfants avec des groupes du même âge à mesure qu'ils grandissent ainsi que de reconnaître les formes différentes de "famille" et l'accroissement du nombre de groupes de référence immédiats à mesure que l'enfant grandit.

Il a été reconnu que la communauté joue un rôle important pour apprécier la valeur de la santé et assurer sa place dans le programme public. La durabilité, autre élément important pour atteindre des résultats en matière de DIE, s'obtient par la responsabilisation communautaire des programmes et la responsabilisation s'obtient par la participation. Le développement de réseaux d'information à travers les différents secteurs et sources de soutien est un rôle indispensable que la communauté doit assumer pour promouvoir le DIE; souvent, des activités parallèles se produisent sans synergie, ce que le développement de réseaux pourrait éviter. La communication sociale doit faire partie des stratégies appliquées pour s'assurer que tout le monde participe à la création

² Le terme famille, dans ce document, est compris comme le groupe fonctionnel qui fournit le soutien et le cadre de base sur le plan économique, affectif, social et physique. Dans bien des pays de la région, ces fonctions sont assumées par des personnes qui ne répondent pas à la définition stricte de la structure familiale, à savoir mère, père et enfant.

d'une culture de santé. Au niveau démographique, l'encouragement de politiques favorables à l'enfant et à la famille, avec la préconisation d'une approche de développement pour la bonne santé des enfants, doit constituer une priorité.

Les efforts doivent démarrer tôt et se poursuivre pendant tout le cycle de vie. Le concept de l'écologie et du développement a été défini comme une forme d'interaction dans laquelle l'individu en cours de développement joue un rôle actif, par exemple, au niveau de la maison, de l'école et du quartier. Ces systèmes sont interconnectés et constituent des éléments déterminants efficaces du développement intégral et de l'état de santé de l'enfant. Avec une participation active, l'enfant cesse d'être le receveur passif d'actions ou d'incitations et devient à la place un agent proactif dans son environnement.

Le secteur de la santé devra systématiser les points d'intervention à entrées multiples aux niveaux individuel, familial, communautaire et démographique qui se renforceront les uns les autres pour entraîner le bien-être de l'enfant. (Voir Tableau 2 pour un exemple des activités qui pourraient être renforcées à différents points du cycle de l'enfance.)

3.4 Résultats escomptés

Avec la mise en œuvre de ce cadre de référence dans les pays de la Région, on pourra s'attendre à des changements dans plusieurs domaines. Il y aura des améliorations dans les bases de connaissance et une main-d'œuvre compétente pour mettre en œuvre une approche de développement des enfants quel que soit le milieu dans lequel ils se trouvent, ce qui démontre aussi comme il est important de comprendre les actions familiales et communautaires pour renforcer une culture de santé. Un processus de révision de la politique sanitaire sera entamé pour protéger les droits de tous les enfants et services institués à cet effet. On observera aussi un accroissement de l'efficacité par suite d'actions intersectorielles combinées et des preuves de l'application de la communication sociale en faisant participer la population à des activités favorisant le développement intégral de l'enfant.

4. Orientations suggérées pour mettre en œuvre le développement intégral de l'enfant

Pour rendre ce cadre de référence opérationnel, il est nécessaire de dresser un plan d'action régional servant de modèle pour intégrer des activités favorisant la réalisation du potentiel. Ceci nécessitera non seulement l'intervention de disciplines et secteurs multiples, mais aussi le renforcement des messages de base à travers les multiples points d'entrée. Les sections qui suivent présentent les principes, objectifs stratégiques et lignes d'action qui sont indispensables à l'élaboration de ce plan. Ces derniers devront être reconfirmés, discutés, étayés de preuves supplémentaires et étoffés pour former une proposition concrète pour la Région au moyen d'un processus participatif.

Tableau 2 : Exemples d'interventions et de résultats

	Avant la conception	Avant la naissance	Naissance	0-3 ans	3-6 ans	6-10 ans
Exemples d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Education en sexualité sanitaire. • Education en famille et développement. • Soutien et conseils en modes de vie sanitaire. • Renforcement de la participation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et éducation relatifs à la grossesse avec participation du père. • Dépistage prénatal. • Evaluation et suivi des aspects psychologiques, comme la santé mentale, la violence, l'isolement, la privation d'affection, la toxicomanie. • Education en nutrition maternelle; suppléments de fer et d'acide folique. • Préparation à la lactation. • Santé orale; traitement des infections. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins d'accouchement • Participation du père. • Dépistage physique et psychosocial des nouveau-nés. • Soutien et encouragement à allaiter. • Vaccinations • Visites à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation et suivi de la croissance et du développement intégral. • Vaccinations • Soutien et éducation des parents et pourvoyeurs de soins. • Développement et renforcement des réseaux d'appui social. • Aiguillage nécessaire vers des niveaux médicaux et psychosociaux plus complexes. • Interaction avec le système de garderie. • Dépistage et aiguillage pour les problèmes oraux, visuels et auditifs. • PCIME 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du suivi DIE. • Interaction synergique permanente avec le système d'éducation préscolaire. • Vaccinations • Examen en temps utile des troubles de développement. • Aiguillage, si nécessaire. • Renforcement des facteurs protecteurs au niveau individuel, familial et communautaire, des facteurs psychosociaux d'estime personnelle, résilience, assurance, etc. • Dépistage et aiguillage pour les problèmes oraux, visuels et auditifs. • PCIME • Encouragement de l'activité physique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du suivi DIE; attention accordée aux handicaps scolaires, aux problèmes auditifs et visuels et aux troubles ostéo-arthriques et émotionnels. • Vaccinations • Aiguillage nécessaire pour résoudre les problèmes observés. • Incorporation des thèmes de promotion sanitaire dans les matrices de programmes d'études ainsi que dans la politique globale de l'établissement d'enseignement (promotion de la santé dans les écoles). • Suivi de la santé orale. • Encouragement d'un mode de vie actif.
Exemples de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Conception planifiée, souhaitée et en bonne santé. • Réduction des grossesses non souhaitées. • Choix bons pour la santé. • Exercice de la citoyenneté 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de la consommation d'alcool, de tabac et de stupéfiants. • Grossesse en bonne santé. • Grossesse à terme. • Femmes en bonne santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau-nés en bonne santé d'un poids convenable. • Naissances espacées sans danger et en bonne santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement physique et psychomoteur convenable (DIE). • La famille est bien accueillie, protégée et soutenue par le système de santé. • La famille commence à faire partie du réseau social et y participe. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIE dans les meilleures conditions. • Incorporation satisfaisante dans le système scolaire. • Soins en temps utile des troubles observés lors du dépistage. • Participation familiale au développement et à la santé de l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants d'âge scolaire réussissant en classe. • Enfants conscients de l'importance de la santé pour le reste de leur vie. • Enfants qui n'ont pas acquis de mauvaises habitudes sanitaires comme la consommation de tabac, d'alcool ou de stupéfiants. • Enfants avec un bon comportement social. • Enfants en bonne santé.

4.1 *Principes de base pour l'élaboration d'un Plan stratégique de santé intégrale de l'enfant pour la Région des Amériques*

- Respect entier des droits de l'enfant, tels qu'ils sont exprimés par les politiques et stratégies.
- Considération de l'enfance comme une occasion unique d'entamer la promotion de la santé, la prévention des maladies et la mise en valeur de la santé pendant tout le cycle de vie.
- Articulation et développement de la synergie entre le secteur de la santé et les autres secteurs de développement, comme l'éducation, le logement, le travail, l'agriculture, l'économie et la planification.
- Application interdisciplinaire des connaissances provenant des sciences de la santé, des sciences du comportement et des sciences sociales, politiques et économiques.
- Réorientation des services de santé qui couvrira :
 - le renforcement et la rentabilisation des progrès réalisés grâce à la prévention des maladies et des relations établies entre les populations et les services de santé afin d'inclure et élargir des activités de promotion sanitaire et de prévention des risques dans tous les contacts avec les individus, les familles et les communautés;
 - la reconnaissance du besoin d'adopter une approche individuelle et collective qui mette l'accent sur la famille et de procéder de manière régulière et continue;
 - la vulgarisation des activités de promotion sanitaire afin de les inclure dans le contexte quotidien de l'enfant et de ses parents; ces activités pourraient consister par exemple à rendre des visites au domicile de l'enfant, combinant ainsi une évaluation du milieu dans lequel il vit, l'instruction des parents et de la famille et l'apport d'une attention individuelle à l'enfant;
 - l'adoption de technologies appropriées, par exemple l'intégration de nouveaux vaccins dans les programmes d'immunisation ordinaires, ainsi que de technologies visant à améliorer la distribution des services de santé.

- Utilisation de formes multiples de communication sociale pour renforcer les messages s'adressant aux enfants, aux familles et aux communautés. Cet effort mettra l'accent sur les partenariats avec les services de santé en vue de créer une culture de la santé pour tous et de préconiser le développement de générations futures en meilleure santé.

4.2 *Objectifs stratégiques à prendre en considération dans les orientations de l'OPS et de ses Etats Membres pour la santé et le développement intégral de l'enfant*

4.2.1 En matière d'iniquités

Contribuer à l'effort régional visant à éliminer la pauvreté, en créant des conditions au sein de la famille et de la communauté qui permettent d'interrompre suffisamment tôt le cycle de pauvreté. Œuvrer à l'atténuation des iniquités entre les enfants basées sur leur niveau socio-économique, leur sexe ou leur groupe ethnique, par des activités conjointes de prévention des maladies, de promotion de la santé et de développement intégral. Mobiliser des ressources de domaines et de secteurs différents pour la mise en œuvre des politiques de santé de l'enfant.

4.2.2 En matière de programme public

Inscrire la santé et le développement intégral de l'enfant aux programmes nationaux, en en faisant une politique publique, renforçant ainsi les partenariats stratégiques qui facilitent la synergie et la complémentarité. Tirer parti de l'occasion qui se présente cette année, par le biais de diverses conférences internationales axées sur l'enfance et la jeunesse, pour encourager la réflexion et l'élaboration de plans, programmes et politiques visant à promouvoir le développement intégral de l'enfant. Participer à l'évaluation du Sommet mondial de l'enfance de l'an 2000 et à la conception de propositions et de buts pour la prochaine décennie, en prenant en compte le nouveau cadre conceptuel. Appliquer des méthodologies de communication sociale à des fins de préconisation et de sensibilisation des populations en général.

4.2.3 En matière de services de santé

Mettre l'accent sur la coopération technique, la réorientation des services de santé et des modèles de soins, le renforcement des activités pluridisciplinaires et intersectorielles, et permettre aux familles et aux communautés de travailler conjointement avec le secteur de la santé à la priorisation des problèmes et à la planification, l'exécution et l'évaluation des activités concernant la santé des enfants. Elaborer une politique qui accorde une place proactive au secteur de la santé vis-à-vis des populations cibles.

5. Répercussions de la mise en œuvre du nouveau paradigme sur le développement intégral de l'enfant

La mise en œuvre du plan régional de santé des enfants dans le cadre conceptuel proposé exige des actions et efforts novateurs qui permettront de faire un pas considérable en matière de qualité de la santé et de développement intégral de l'enfant, dans un cadre de cohérence, complémentarité et collaboration synergique entre tous ceux œuvrant à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des enfants. Plusieurs domaines ont été mis en avant : le développement des ressources humaines; le progrès continu de la connaissance; les plans, programmes et services et la mobilisation des ressources, éléments qui tous joueront un rôle important.

5.1 *Développement des ressources humaines*

Pour être en mesure de compter sur une main-d'œuvre bien qualifiée, le personnel regroupant la main-d'œuvre du secteur de la santé doit avoir des occasions de se perfectionner et de progresser vers le nouveau paradigme. Dans un esprit de participation, des occasions doivent être offertes également aux parents et aux communautés. Au minimum ces occasions incluront : a) l'élaboration de la teneur des programmes DIE de préparation à la licence et au doctorat pour les spécialistes des secteurs de la santé et de la condition sociale; b) la poursuite des programmes d'éducation qui emploient diverses méthodologies d'enseignement sur place et à distance pour assurer la formation en cours d'emploi; et c) des programmes d'éducation et d'incitation à l'intention des parents, des autorités civiles, des organisations professionnelles et autres groupes n'appartenant pas au secteur.

5.2 *Progrès continu de la connaissance*

Les bases de connaissance augmentent. Cependant, le présent rapport a identifié un certain nombre de domaines où il existe toujours des lacunes.

En outre, l'exécution d'un nouveau modèle doit être suivi de près afin que les enseignements puissent être partagés. A des fins de renforcement des informations et du programme de recherche pour l'exécution du cadre conceptuel, il importe d'accorder la priorité aux tâches suivantes : a) combler les lacunes de connaissance sur les relations intégrales entre la santé et le développement et l'intervention rapide, en particulier l'étude des iniquités et la définition d'indicateurs pour le DIE; b) contribuer à l'enrichissement du cadre conceptuel par le biais, par exemple, d'études de cas d'accomplissements importants résultant de la mise en œuvre de politiques sociales publiques; et c) améliorer les bases de données épidémiologiques et leur utilisation, notamment l'apport

d'informations supplémentaires pour permettre de développer une vision intégrale des enfants (aspects psychosociaux, familiaux, etc.)

5.3 Plans, programmes et services

Le processus de transformation du paradigme a déjà été entamé dans bien des domaines. Des plans, programmes et services devraient insister sur les points suivants :

- Renforcement de la portée des interventions en diffusant le cadre conceptuel et en soutenant les pays dans leurs efforts de réorientation des services, ainsi que l'utilisation de méthodologies et d'interventions économiques s'appuyant sur des preuves.
- Intégration des groupes défavorisés au réseau de services, à savoir les handicapés, les enfants souffrant de maladies chroniques, les groupes défavorisés en raison de leur niveau socio-économique, leur sexe ou leur groupe ethnique, et les individus marginaux (enfants de la rue, enfants institutionnalisés, etc.)
- Renforcement des systèmes d'information et définition d'indicateurs qui permettent de suivre et d'évaluer la santé et le développement intégral de l'enfant.
- Préconisation et renforcement des politiques publiques et stratégies en matière d'éducation, amélioration de l'accès à l'éducation préscolaire et adulte, avec des plans d'alphabétisation s'adressant aux femmes.
- Préparation et application de modèles de mise en œuvre et d'évaluation des stratégies proposées. Par exemple, soutenir la Bolivie, l'Équateur et le Pérou dans leurs efforts d'évaluation de programmes d'assurance materno-infantile universelle.
- Elaboration, révision et adoption de matériel de soutien technique (normes techniques, lignes d'action, instruments spécifiques, etc.)
- Soutien et promotion d'activités préventives ayant fait preuve de leur impact sur la santé publique, par exemple de nouveaux vaccins comme ceux contre l'*Haemophilus influenzae* (Hib), l'hépatite B et la rubéole.

5.4 Mobilisation des ressources

Les ressources ont de l'importance et entraînent souvent une grande différence entre les désirs et la réalité. La Région bénéficie des plus hauts niveaux d'investissement de l'histoire dans le domaine du développement social. L'investissement et la

mobilisation efficaces des ressources seront nécessaires pour développer le modèle DIE et atteindre les résultats escomptés. Ceci supposera des décisions politiques sur le nombre, le type et la distribution du personnel, les types de services à offrir et leur localisation temporelle, et la priorité accordée aux fonctions traditionnelles du secteur de la santé et à ceux qui incarneront l'application du nouveau paradigme. Des études ont montré que cette réalisation est possible, tant sur le plan économique que théorique. Il faudra trouver de nouvelles façons d'opérer et d'incorporer d'autres secteurs. Des partenariats publics/privés, à travers soit des activités philanthropiques soit des projets coopératifs, pourront déclencher des actions. Il sera bon d'encourager les entreprises à créer des conditions favorables pour la famille, comme le partage du travail et la garde des enfants sur le lieu du travail. A tous les niveaux—parental, local, communautaire, national et international—it faut prendre conscience de l'engagement à l'égard des enfants, pour le présent et l'avenir.

6. Rôle de l'Organisation panaméricaine de la Santé

Au niveau de l'OPS, il sera nécessaire de coordonner les divers services concernant la santé des enfants. L'ampleur des disciplines et la variété des domaines (individu, famille, communauté, environnement) intervenant dans la santé et le développement intégral de l'enfant font de la Division de promotion et de protection de la santé le mécanisme de coordination idéal pour cet effort d'initiatives conjointes, optimisant les ressources et les opportunités et évitant ainsi le chevauchement des efforts. Il nécessite également l'incorporation de technologies à forte incidence, l'établissement de partenariats stratégiques, le développement des ressources humaines et la mobilisation de ressources suffisantes pour atteindre les objectifs proposés. Le déroulement de ce processus, conjointement avec les pays de la Région nécessite la présence d'un Conseiller régional permanent pour les aider à élaborer leurs politiques, plans et programmes.

L'estimation préliminaire des ressources supplémentaires nécessaires pour renforcer les affectations budgétaires au programme biennal, afin de pouvoir fournir le personnel nécessaire et exécuter les activités nécessaires au lancement d'un plan régional, s'élève à US\$ 1.000.000. Ce budget permettra de financer des activités qui consolideront, lanceront et soutiendront l'élaboration et l'exécution préliminaire du Plan régional de santé de l'enfant. Une fois que cette première phase aura été consolidée, des propositions de projets et de programmes seront rédigées et soumises à la communauté internationale pour soutenir et amplifier ces efforts.

Bibliographie

OPS – Health in the Americas, 1998.

UNICEF – The State of the World's Children, 1998.

Inversión en la infancia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 1996.

PAHO – *Annual Report of the Director, 1995. The Search for Equity*. Document officiel 277.

The College of Family Physicians of Canada – *Report on Child Health, 1999. Our Strength for Tomorrow : Valuing our Children*.

OPS – *Impacto del ambiente sobre la salud infantil, 1999*

World Summit for Children. *Interagency Coordinating Committee for the Americas on Maternal and Child Health*. Goals for 1995 and indicators for monitoring.

PAHO – *Annual Report of the Director, 1996*. Document officiel 267.

Levinger, Beryl. *Critical Transition – Human Capacity Development Across the Life Span*.

Manfred Max-Neef et al. *Desarrollo a escala humana : una opción para el futuro*. 1986.

Early Year Study : *Reversing the Real Brain Drain, Final Report 1999*. Toronto, Ontario, Canada.

Groupe de travail sur le développement des enfants en bonne santé, Ministre des travaux publics, Canada, 1999.

Investing in Early Child Development : The Health Sector Contribution.

OPS/OMS – *Situación de salud de los pueblos indígenas en Chile, 1997*.

Discussion Paper : Atlantic Health Promotion Research Centre, Dalhousie University, Canada. 1995 – *Resiliency Relevance to Health Promotion*.

Ministerio de Salud de Chile. *Salud y sociedad. Publicaciones promoción de la salud, 1999*.

OPS/OMS – *La salud del niño en las Américas : Compromiso de los pueblos y sus gobiernos, 1984*
IV Reunion Ministerial sobre Infancia y Política Social – Lima, Perú, 1998. *Acuerdo de Lima.*

WHO – *The World Health Report, 1998.*

PAHO. *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*, Série HCT/PCIME-12.
Helia Molina

WHO Contribution to Maternal and Child Health, Rev Med Chile 1998; 126:54-60.

CEPAL, Chile, 1996 – *Inversión en la infancia : Evidencias y argumentos para políticas efectivas.*

Margozzini Paula. Vol I/n2, déc. 1999, Chili : *Apoyo social y salud*. Publicación Escuela de Salud Pública, Vol. I, No. 2, déc. 1999, Chili.

Gotlieb BH. – *Social Networks and Social Support : An Overview of Research, Practice, and Policy Implications*. Health Education Quarterly 1985; 12(1) :5-22.

WHO – *Intersectoral Action for Health. Report of the International Conference, 1997.*

Center for Health Promotion, Toronto. 1998 – *The Role of Health Promotion Within Integrated Health Systems.*

Garbarino, J. Jossey-Bass Inc. Publishers – *Raising Children in a Socially Toxic Environment*. San Francisco, 1995.

Peters, R., et Russell, Dev., *Better Beginning – Better Future Program*. Ontario Ministry of Community and Social Services 1994.

WHO/FHE/1995. *Child Care Programmes.*

PAHO. *Maternal and Child Health Activities at the Local Level*. Série HCT/PCIME/4.1. 1998.

National Forum of Health Series, Canada. *Children and Youth Determinants of Health*. Vol. 1, 1998

Annexe



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



126^e SESSION DU COMITE EXECUTIF

Washington, D.C., 26-30 juin 2000

CD42/14 (Fr.)
Annexe

RESOLUTION

CE126.R17

SANTE INFANTILE

LA 126^e SESSION DU COMITE EXECUTIF,

Ayant examiné le rapport sur la santé infantile (document CE126/16); et

Sachant que le Sous-Comité de planification et de programmation a examiné le rapport et a convenu de la direction proposée pour soutenir la promotion de la santé et du développement intégral de l'enfant,

DECIDE :

De recommander au Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

LE 42^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport sur la santé infantile (document CD42/___); et

Reconnaissant la nécessité d'intégrer un nouveau concept plus ample sur l'importance de la santé infantile pour un meilleur avenir, en fonction des réalisations de ces dix dernières années et des nouvelles connaissances et nouveaux faits présentés par les diverses disciplines;

Tenant compte des problèmes encore non résolus concernant les droits des enfants, l'équité du point de vue santé, les occasions de développement et les solutions

aux questions fondamentales sur la santé ainsi que les nouveaux problèmes affectant la santé infantile, sachant pourtant qu'il est important de travailler dans le cadre d'un programme plus vaste de santé publique qui tienne compte des déterminants et reconnaisse que l'investissement dans la santé infantile est justifié; et

Reconnaissant que le moment est d'importance critique pour le développement de la santé infantile suite à l'attention mondiale suscitée par l'évaluation du 10^e anniversaire du Sommet mondial pour les enfants et de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies prévue pour septembre 2001 quand sera formulé le programme de l'enfant pour le millénaire à venir,

DÉCIDE

1. De demander aux Etats Membres de :
 - a) mettre en place des processus nationaux pour examiner les politiques et la législation relatives aux droits des enfants, à la distribution des ressources dans une optique favorable à l'enfant et à la famille et aux contributions communautaires et environnementales encourageant les possibilités de santé et développement intégral de l'enfant;
 - b) maintenir la question de la santé et du développement intégral de l'enfant parmi les mesures publiques prioritaires en utilisant notamment les mécanismes disponibles par le biais de l'application des méthodologies de communication social et en se joignant aux efforts et réseaux nationaux et internationaux encourageant le développement en ce domaine;
 - c) inclure à la réforme du secteur de la santé une disposition concernant la réorganisation des systèmes et services de santé de sorte à tenir compte du besoin urgent d'investir de manière prioritaire dans la santé et le développement intégral de l'enfant;
 - d) contribuer à l'amélioration de la santé de l'enfant en encourageant les activités de recherche, en prêtant une attention spéciale à l'intégration au niveau local et en formulant des critères de suivi et d'évaluation.
2. De demander au Directeur de :
 - a) promouvoir la mobilisation de ressources pour permettre un investissement adéquat et recommander des forums nationaux et internationaux accordant la priorité aux activités relatives à la santé intégrale de l'enfant;

- b) soutenir la mise en place d'un plan d'action régional reposant sur le cadre proposé avec une participation multidisciplinaire et multisectorielle et des efforts coordonnés avec des organismes partenaires;
- c) encourager le développement d'un réseau de parties intéressées pour l'identification, le test et l'évaluation d'indicateurs reflétant tant le processus que les résultats de la surveillance des programmes de santé infantile centrés sur l'intégration de la promotion sanitaire et des activités préventives et thérapeutiques, à savoir des critères pour évaluer la santé et pas simplement le manque de santé.
- d) continuer le rôle de chef de file que l'OPS joue aux Amériques dans les domaines de la santé au sein des diverses initiatives régionales ou mondiales, y compris la session spéciale de l'Assemblée général des Nations Unies en 2001 pour faire le suivi du Sommet mondial pour les enfants, les sommets ibéro-américains ainsi que la 5ème Réunion ministérielle sur les enfants et la politique sociale aux Amériques.

(Septième séance, 29 juin 2000)