



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DES  
Amériques

## 56<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 70<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

---

*Point 8.15 de l'ordre du jour provisoire*

CD56/INF/15  
30 juillet 2018  
Original : anglais

#### STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ INTÉGRALE CHEZ L'ENFANT : RAPPORT FINAL

##### **Antécédents**

1. Les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont approuvé la *Stratégie et le Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (2012-2017)* lors de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, qui s'est tenue à Washington, D.C., en septembre 2012 (résolution CSP28.R20) (1). La stratégie et le plan d'action proposaient un cadre pour promouvoir une approche multisectorielle efficace, axée sur le parcours de vie et sur l'équité en matière de santé infantile. Ils visaient à contribuer à la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement n° 4, à savoir réduire des deux tiers la mortalité infantile entre 1990 et 2015, et à aider les pays à promouvoir la santé et le bien-être des enfants.

2. Le présent rapport final examine les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs et des indicateurs énoncés dans la stratégie et le plan d'action, et donne également un aperçu général des progrès réalisés pour ce qui est de l'état de santé des enfants.

##### **Analyse des progrès réalisés**

3. Dans l'ensemble, la Région a progressé dans la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action sur de multiples fronts, à commencer par un environnement de politiques solides à l'appui de la survie et du développement de l'enfant. En particulier, les États Membres ont mis en œuvre des lignes directrices et des outils techniques pour soutenir les prestataires de soins de santé, amélioré la disponibilité de données sur la couverture des interventions et la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, amélioré l'accès aux soins en faisant appel à des agents de santé communautaires ou à des visiteurs à domicile dans le cadre des services de soins de santé primaires et mis en place des mécanismes multisectoriels pour répondre à diverses priorités en matière de santé de l'enfant. En outre, il convient de noter que la Région applique progressivement un programme renouvelé de

---

santé de l'enfant qui traite le développement, l'apprentissage et la santé comme un résultat indivisible.

4. Pendant la période couverte par la stratégie et le plan d'action, la Région a continué à faire des progrès en matière de survie des enfants. Entre 1990 et 2016, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a chuté de 68 % globalement, passant de 44 à 14 pour 1000 naissances vivantes (2). De 2000 à 2015, les pays du quintile de revenu le plus bas ont connu une réduction de 40 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, tandis que ceux du quintile de revenu le plus élevé ont enregistré une réduction de 52 % (3). Ces baisses reflètent principalement la diminution des décès dus à la diarrhée, à la pneumonie, à la dénutrition et aux maladies à prévention vaccinale au cours de la période post-néonatale. En 2000, 7,9 % des décès d'enfants de moins de 5 ans étaient dus à des maladies diarrhéiques et 13,6 % à des infections des voies respiratoires inférieures, et en 2016, ces pourcentages étaient de 3,6 % et 10,3 % respectivement (6). En 2016, 53 % des décès d'enfants de moins de 5 ans sont survenus pendant la période néonatale (2). La survie des enfants, en particulier au cours de cette période, continue de nécessiter une action urgente dans la Région.

5. La stratégie et le plan d'action ont mis l'accent en particulier sur l'équité, mais les progrès en termes de charge de morbidité et de couverture des interventions restent inégaux, avec de grandes différences entre les pays. Par exemple, alors que la prévalence régionale du retard de croissance a diminué, passant de 11,0 % en 2000 à 6,9 % en 2015, la valeur la plus basse par pays était de 1,8 % et la plus élevée de 48 % (4). Le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans était de 7,1 % pour l'ensemble de la Région, mais les valeurs par pays allaient de 3,6 % à 12,2 % (5). Pour prendre un autre exemple, la médiane pour l'allaitement maternel exclusif était de 33 %, alors qu'au niveau national, la fourchette allait de 4,7 % à 69,8 % (4). Le niveau le plus bas de l'indice composite de couverture<sup>1</sup> était de 52,7 % et le plus élevé était de 86,4 % (6). On retrouve une situation similaire à l'intérieur des pays. Par exemple, en 2015, la proportion d'enfants de moins de 5 ans emmenés dans un établissement de santé pour des symptômes de pneumonie était de 68 % parmi le quintile le plus riche et de 46 % parmi les plus pauvres au Guatemala, de 73 % et 61 % en Haïti et de 81 % et 71 % en République dominicaine (6). L'élimination des inégalités au sein des pays et entre les pays reste une priorité pour la Région.

6. Pour réduire les inégalités, il est essentiel de disposer d'un système d'information solide pour mesurer les effets des actions de santé publique sur les groupes d'enfants vulnérables. Les informations sur la santé des enfants des communautés autochtones, des Roms, des personnes d'ascendance africaine, des migrants, des personnes handicapées, des survivants de la violence et de ceux dont les parents souffrent de troubles de santé mentale

---

<sup>1</sup> Registre de métadonnées des indicateurs de l'OMS : l'indice composite de couverture est un score pondéré reflétant la couverture de huit interventions de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile tout au long du cycle de soins : planification familiale, soins prénatals, présence d'une personne qualifiée lors de l'accouchement, vaccination BCG, vaccination DTC3, vaccination contre la rougeole, cas de diarrhée pour lesquels une thérapie de réhydratation orale est administrée avec alimentation continue et enfants présentant des symptômes de pneumonie emmenés dans un établissement de santé. Les valeurs sont fondées sur les données de 12 pays au cours de la période 2006-2015.

ou de problèmes de toxicomanie sont encore limitées. Il faut s'efforcer davantage de renforcer l'information aux fins du suivi.

7. Le renforcement des compétences du personnel de santé afin d'intégrer la dimension de genre dans la prestation de services aux enfants a été inclus comme domaine stratégique. L'intégration de la dimension de genre dans les politiques, les stratégies, les services de la santé infantile et dans la formation des travailleurs dans ce domaine reste limitée. Des orientations techniques et des outils de l'OPS sont nécessaires dans ce domaine spécifique.

8. Les enfants font également l'objet d'un ensemble diversifié de stratégies de lutte contre les maladies ou les problèmes de santé tels que les maladies négligées, l'infection à VIH, la tuberculose, les traumatismes et la violence, entre autres. Par exemple, la couverture en 2016 du traitement préventif contre les helminthiases transmises par le sol chez les enfants d'âge scolaire était de 51 %, avec une fourchette de 43,8 % à 100 % en fonction des pays (7). Le nombre d'enfants vivant avec le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes est en baisse, mais les principaux défis consistent maintenant à assurer la rétention et l'observance du traitement et des résultats virologiques positifs (8). Au moins 40 % des jeunes enfants (12-23 mois et 2-4 ans) ont subi une forme de discipline violente, mais seuls 10 pays ont interdit dans leur législation toutes les formes de châtiments corporels à la maison, à l'école et dans les garderies (9). Une action mieux coordonnée est nécessaire et l'OPS s'efforce d'accroître la coordination interne entre les unités techniques dont les domaines d'activité ont un impact direct sur les enfants.

9. La santé des enfants de 5 à 9 ans s'est vu accorder moins d'attention que celle des enfants de moins de 5 ans. Dans la Région, leur probabilité de mourir est faible (3 pour 1000 enfants de 5 ans) (2). Les estimations disponibles pour la Région montrent que les accidents de la route sont l'une des principales causes de décès dans ce groupe d'âge (10). En 2015, 22 pays disposaient d'une législation rendant obligatoire l'utilisation de dispositifs de retenue pour enfants, bien que seuls trois de ces pays aient estimé que cette législation était bien appliquée (11). Les mesures stratégiques pour ce groupe d'âge, traitant des traumatismes non intentionnelles, des troubles de santé mentale, des risques environnementaux, du handicap, des difficultés de développement, de la perte auditive et de la déficience visuelle, sont encore limitées.

10. La stratégie et le plan d'action mettaient l'accent sur la nécessité d'élaborer une approche intersectorielle harmonisée et intégrée de la santé de l'enfant. Les progrès réalisés dans ce domaine stratégique sont illustrés par les 19 pays dotés de politiques ou de stratégies visant à promouvoir le développement optimal de l'enfant. Ces politiques harmonisent les actions dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la protection sociale, entre autres, et elles sont conçues pour soutenir les jeunes enfants et leurs familles – en particulier les plus vulnérables – de la grossesse jusqu'aux quatre ou cinq premières années de la vie. Les caractéristiques communes de ces activités sont un leadership politique fort, des décisions s'appuyant sur des données probantes, des investissements financiers accrus et un mécanisme de coordination multisectoriel. Les données probantes montrent qu'un enfant a besoin non seulement de santé et de nutrition,

mais aussi de soins attentionnés et de possibilités d'apprentissage sûres (12). À mesure que les pays acquièrent de l'expérience, leurs stratégies deviennent plus complètes. Parmi ces stratégies, on peut citer *Primeros Años* [Premières années] en Argentine, *Criança Feliz* [Enfant heureux] au Brésil, *Chile Crece Contigo* [Le Chili grandit avec toi] au Chili, *De Cero a Siempre* [De zéro à toujours] en Colombie, le Plan stratégique national pour le développement de la petite enfance en Jamaïque, *Amor por los más Chiquitos y Chiquitas* [Amour pour les tout petits enfants] au Nicaragua et *Uruguay Crece Contigo* [L'Uruguay grandit avec toi] en Uruguay. Cette riche expérience a inspiré le Cadre pour des soins attentionnés, élaboré par l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations et lancé lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2018 (12).

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : développer des politiques intersectorielles et inter-programmatiques harmonisées, des plans nationaux et des lois pour protéger et améliorer la santé, les droits et le développement des enfants.</i>		
<b>Objectif spécifique</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
1.1 Créer un environnement propice au plaidoyer, à la coordination et à l'élaboration de politiques et de programmes intersectoriels et inter-programmatiques pour la santé intégrale chez l'enfant, conformément aux instruments des Nations Unies et de l'Organisation des États Américains en matière de droits humains	<b>1.1.1</b> Nombre de pays qui ont établi une politique, une stratégie ou un plan national de la santé intégrale chez l'enfant conforme à leurs cadres juridiques et à leurs réglementations  Référence : 0 Cible : 12 countries	23 pays ont des politiques ou des stratégies en matière de santé infantile. 19 pays ont des politiques ou des stratégies multisectorielles sur le développement de la petite enfance ; 18 ont des politiques ou des stratégies sur la sécurité alimentaire et la nutrition, dont certaines sont axées spécifiquement sur les enfants.
	<b>1.1.2</b> Nombre de pays dotés d'un programme de santé intégrale chez l'enfant qui ont un plan d'action à moyen et long terme, avec des ressources allouées et un coordinateur désigné  Référence : 0 Cible : 12 countries	Tous les pays disposent d'un large éventail de politiques et de stratégies répondant à diverses priorités en matière de santé de l'enfant. Les programmes verticaux traditionnels de santé infantile sont remplacés par des stratégies intégrées. Il n'a pas été possible de classer les plans comme ayant une portée à moyen ou à long terme.

*Axe stratégique d'intervention 2 : renforcement des systèmes et services de santé intégrés et des interventions communautaires au moyen de stratégies alternatives de prestation de services, en particulier dans les zones marginalisées.*

<b>Objectif spécifique</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
<b>2.1</b> Développer et renforcer la capacité du système de santé en matière de gestion, de planification et de mise en œuvre des stratégies de la santé intégrale chez l'enfant, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires	<b>2.1.1</b> Nombre de pays qui disposent d'une politique, une stratégie ou un plan national pour renforcer la capacité du système de santé à mettre à l'échelle les interventions efficaces de la santé intégrale chez l'enfant  Référence : 0 Cible : 12 countries	Tous les éléments de l'indicateur n'étaient pas disponibles pour évaluer les progrès. Les méthodologies pour cette mesure sont en cours de renforcement.
	<b>2.1.2</b> Nombre de pays ayant des programmes de santé intégrale chez l'enfant qui ont élaboré des lignes directrices et des normes techniques fondées sur les modèles de l'OPS  Référence : 0 Cible : 12 countries	Tous les pays ont élaboré des lignes directrices techniques soit dans le cadre d'un manuel de santé familiale et infantile, soit en tant que lignes directrices pour des maladies spécifiques. Par exemple, 16 pays ont élaboré des lignes directrices sur la prise en charge de la pneumonie et 12 sur la diarrhée et l'utilisation du zinc.

*Axe stratégique d'intervention 3 : renforcer les compétences du personnel de santé, des établissements universitaires et des familles et des communautés en utilisant une approche fondée sur les droits qui accorde la priorité aux soins de santé primaires et prend en compte le genre et l'origine ethnique.*

<b>Objectif spécifique</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
<b>3.1</b> Appuyer l'élaboration et le renforcement des programmes de formation des ressources humaines pour la santé intégrale chez l'enfant	<b>3.1.1</b> Nombre de pays disposant d'un programme établi et opérationnel de formation des ressources humaines et en gestion pour la santé intégrale chez l'enfant  Référence : 0 Cible : 12 countries	Tous les éléments de l'indicateur n'étaient pas disponibles pour évaluer les progrès. L'indicateur sur l'évaluation des ressources humaines sera travaillé en 2019.

Objectif spécifique	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p><b>3.1.2</b> Nombre de pays mettant en œuvre des interventions pour la santé intégrale chez l'enfant fondées sur des données probantes à l'aide d'outils et de supports de l'OPS</p> <p>Référence : 0 Cible : 12 countries</p>	<p>Tous les pays mettent en œuvre un large éventail d'interventions fondées sur des données probantes. La difficulté tient au suivi de la mise en œuvre.</p>
<p><b>3.2</b> Promouvoir la mobilisation sociale et la participation des communautés pour la mise en œuvre et l'expansion d'interventions efficaces visant à améliorer la santé intégrale chez l'enfant et le bien-être des enfants</p>	<p><b>3.2.1</b> Nombre de pays disposant de mécanismes et/ou de stratégies en place pour promouvoir la participation des communautés pour la mise en œuvre de programmes de santé intégrale chez l'enfant fondés sur des interventions</p> <p>Référence : 0 Cible : 12 countries</p>	<p>Aucune donnée disponible sur le nombre de pays disposant d'un mécanisme ou d'une stratégie de promotion de la participation des communautés.</p> <p>15 pays ont des agents de santé communautaire ou des visiteurs à domicile dans le cadre des services de soins primaires. Le champ de leur travail peut inclure des activités avec les acteurs locaux et les familles.</p>
	<p><b>3.2.2</b> Nombre de pays qui ont un plan opérationnel de mise à l'échelle et d'élargissement à de nouveaux districts de la composante communautaire et familiale, qui promeut les compétences parentales, la mobilisation sociale et la participation des communautés pour la santé intégrale chez l'enfant</p> <p>Référence : 0 Cible : 12 countries</p>	<p>Tous les éléments de l'indicateur n'étaient pas disponibles pour évaluer les progrès. Les informations disponibles montrent que 19 pays ont des stratégies de développement de la petite enfance qui comprennent des mesures visant à améliorer les compétences parentales.</p>

***Axe stratégique d'intervention 4 : renforcer le système d'information de la santé et améliorer la base de connaissances sur l'efficacité des interventions.***

<b>Objectif spécifique</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
<p><b>4.1</b> Renforcer les systèmes d'information et la capacité de suivi nationaux dans le cadre de la santé intégrale chez l'enfant et renforcer la capacité des systèmes d'information et de statistiques de l'état civil à produire et à utiliser des informations de qualité ventilées par sexe, âge, origine ethnique et niveau socioéconomique</p>	<p><b>4.1.1</b> Nombre de pays disposant d'un système d'information national qui fournit des informations annuelles sur les indicateurs et les données de la santé intégrale chez l'enfant</p> <p>Référence : 0 Cible : 12 countries</p>	<p>Tous les pays produisent des indicateurs de santé annuels sur la mortalité et la couverture de diverses interventions pour les enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la publication de l'OPS sur les indicateurs de base. Des données limitées sont disponibles sur la violence à l'égard des enfants et les enfants handicapés.</p> <p>La santé des enfants de 5 à 9 ans ne se voit pas accorder suffisamment d'attention.</p>

***Axe stratégique d'intervention 5 : mobilisation des ressources, alliances stratégiques et partenariats***

<b>Objectif</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
<p><b>5.1</b> Entreprendre des activités de plaidoyer pour établir et renforcer des alliances intersectorielles avec les partenaires stratégiques et mobiliser des fonds internationaux et nationaux pour soutenir la mise en œuvre et l'expansion des activités pour la santé intégrale chez l'enfant</p>	<p><b>5.1.1</b> Nombre de pays qui ont créé un comité de coordination intersectorielle pour la santé intégrale chez l'enfant</p> <p>Référence : 0 Cible : 12 countries</p>	<p>16 pays ont au moins un mécanisme intersectoriel portant sur une priorité en matière de santé de l'enfant. Les enfants bénéficient également de mécanismes traitant de priorités de groupes d'âge plus larges, comme la prévention de la violence et la sécurité alimentaire.</p>

**Mesures à prendre pour améliorer la situation**

11. Compte tenu des réalisations et des défis décrits dans le présent rapport, les mesures suivantes sont soumises à l'examen des États Membres :

- a) Accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité infantiles évitables en accordant la priorité à l'élimination des décès dus aux maladies transmissibles et à la dénutrition. Les progrès significatifs réalisés à ce jour montrent qu'il est possible d'atteindre cet objectif ambitieux.
- b) Établir un lien entre les mesures pour la survie de l'enfant et celles qui augmentent les possibilités de croissance et de développement de chaque enfant. L'expérience de la Région a montré que cette intégration est réalisable. Il est nécessaire de disposer de politiques ou de stratégies intégrées pour guider ces efforts.
- c) Élargir les mesures stratégiques en matière de santé infantile et inclure les enfants de 5 à 9 ans et les groupes vulnérables tels que les enfants des communautés autochtones, d'ascendance africaine ou Rom, ainsi que ceux qui vivent avec des handicaps ou d'autres défis pertinents dans le pays concerné. Les domaines qui nécessitent encore une attention particulière comprennent la santé mentale, la prévention de la violence et la prévention ou l'atténuation des problèmes de santé dus aux risques environnementaux.
- d) Accroître la coordination au sein du secteur de la santé et avec d'autres secteurs pour s'assurer que les enfants et les familles ont accès à un cycle continu de services et à un système intégré de soutien. La coordination avec l'éducation est particulièrement importante. Les gains de santé dans la petite enfance doivent être améliorés pendant les années de scolarité et, le cas échéant, les difficultés de développement doivent être identifiées et traitées le plus tôt possible.
- e) Améliorer le suivi des inégalités et accroître la qualité, le niveau de désagrégation et la couverture des données, aux niveaux national et infranational. Intégrer les dimensions de genre et d'origine ethnique dans les politiques et les services de santé de l'enfant. Assurer un suivi de la santé et du développement des jeunes enfants car c'est la période où les inégalités commencent.
- f) Tenir compte des axes stratégiques d'intervention et des activités incluses dans le *Plan d'action concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2018-2030* (document CE162/14). Ce plan vise à aider les pays à combler les lacunes dans la mise en œuvre décrites dans le présent rapport.

**Mesure à prendre par le Conseil directeur**

12. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport final et de formuler les commentaires qu'il jugera appropriés.



## Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant [Internet]. 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 17 au 21 septembre 2012 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2012 (résolution CSP28.R20) [consulté le 27 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28-10-f.pdf>
2. UNICEF, OMS, Banque mondiale, Division de la population de l'ONU DAES. Levels and trends in child mortality report 2017. Genève : OMS ; 2017.
3. UNICEF. Health equity report 2016 [Internet]. Ville de Panama : UNICEF ; 2016 [consulté le 20 décembre 2017]. Disponible en anglais sur : [https://www.unicef.org/lac/20160906\\_UNICEF\\_APR\\_HealthEquityReport\\_SUMMARY.pdf](https://www.unicef.org/lac/20160906_UNICEF_APR_HealthEquityReport_SUMMARY.pdf)
4. Organisation mondiale de la Santé. Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health data portal [Internet]. Genève : OMS [consulté le 20 déc. 2017]. Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/gho/data/node.gswcah>
5. UNICEF, OMS, Groupe de la Banque mondiale. Levels and trends in child malnutrition; joint malnutrition estimates, édition de mai 2017 [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 10 avril 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2016/en/>
6. Organisation mondiale de la Santé. Health equity monitor [Internet]. Genève : OMS [consulté le 10 avril 2018]. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/gho/health\\_equity/services/rmnch\\_interventions\\_combined/en/](http://www.who.int/gho/health_equity/services/rmnch_interventions_combined/en/)
7. Organisation mondiale de la Santé. Neglected tropical diseases: preventive chemotherapy and transmission control databank [Internet]. Genève : OMS [consulté le 10 avril 2018]. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/neglected\\_diseases/preventive\\_chemotherapy/sth/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/en/)
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Antiretroviral treatment in the spotlight: the HIV epidemic and continuum of care in children in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2016. Disponible en anglais sur : [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28536/9789275119075\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28536/9789275119075_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Bott S, Guedes A, Hege-Tobasía C, Adams Mendoza J. Violence against children in LAC: a review of population-based data available for measuring progress towards the Sustainable Development Goals. In: Lenzer G, ed. Violence against children: making human rights real. 1<sup>st</sup>ed. Londres : Routledge; 2018:169-192.

10. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health: all-cause spending. VizHub data visualization [Internet]. Seattle (Washington): Université de Washington [consulté le 20 déc. 2017]. Disponible en anglais sur : <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport de situation sur la sécurité routière dans la Région des Amériques. Washington, DC : PAHO ; 2015. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2015/rss\\_summary.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/rss_summary.pdf?ua=1)
12. Organisation mondiale de la Santé. Nurturing care for early childhood development: linking survive and thrive to transform health and human potential [Internet]. Genève : OMS ; 2018 [consulté le 10 avril 2018]. Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1>

---