
La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation quadriennal

Rapport du Secrétariat

1. Le présent rapport donne des informations sur la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; l'état d'avancement des mesures nationales visant à donner effet au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; les aliments de complément ; les normes OMS de croissance de l'enfant ; les types de malnutrition ; et l'obésité de l'enfant.

2. La réalisation des objectifs et des cibles du Millénaire pour le développement liés à la santé est tributaire de la réduction de la malnutrition, qui est associée à près d'un tiers des neuf millions de décès chez les enfants de moins de cinq ans chaque année.¹ Près de 112 millions d'enfants dans le monde souffrent d'insuffisance pondérale et 178 millions d'enfants de moins de cinq ans ont un retard de croissance ; 90 % de ces enfants vivent dans 36 pays. On estime chaque année à 13 millions le nombre d'enfants nés avec un retard de croissance intra-utérine.² Le double fardeau, d'une part, de la malnutrition (y compris la dénutrition) et des carences en micronutriments et, d'autre part, du surpoids/de l'obésité constituent un problème de santé publique croissant. Les coûts directs et indirects de la malnutrition sont considérables mais n'ont toujours pas été pleinement reconnus.

3. Il est fréquent que la malnutrition chez l'enfant soit liée à des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui sont inappropriées. À l'échelle mondiale, seuls 34,6 % des nourrissons de moins de six mois sont exclusivement allaités au sein, ce chiffre allant de 43,2 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est à 17,7 % dans la Région européenne.² Les progrès accomplis ont été irréguliers et, à l'échelle de la planète, les taux d'allaitement maternel exclusif stagnent. Au cours des 10 dernières années, certains pays sont parvenus à des augmentations remarquables, de 20 % ou davantage, du taux d'allaitement maternel exclusif. Au Cambodge, la mise en oeuvre d'une politique globale, comprenant des activités de communication, la formation des agents de santé, la mise au point de programmes avant l'entrée en service et le soutien à l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » comme à l'initiative des communautés « amis des bébés », a conduit à une augmentation de 50 % du taux d'allaitement maternel exclusif en l'espace de cinq ans seulement. Malheureusement, dans certains autres pays, les taux ont chuté, parfois de plus de 10 % ; la faible couverture des activités, le manque d'exhaustivité des approches, la médiocre mise en oeuvre des politiques et de la législation

¹ Statistiques santé mondiale 2009.

² Black RE et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008, **371**(9608):243-260.

appropriée, la faible capacité des systèmes de santé, et l'absence de suivi des résultats sont des facteurs qui contribuent à cette baisse.

4. Les pratiques d'alimentation complémentaires sont souvent loin d'être optimales, les aliments étant d'une médiocre qualité, peu variés, préparés sans respect des conditions d'hygiène, et donnés en trop petite quantité ou pas assez fréquemment.

5. Le retard de croissance au cours de la vie intra-utérine et une nutrition médiocre pendant les deux premières années de vie auront des conséquences cruciales tout au long de l'existence. Le diabète de type 2 et l'hypertension sont plus fréquents chez les personnes dont le poids à la naissance était faible, tandis qu'une fois adultes, les personnes qui ont été allaitées ont fréquemment une tension artérielle et une cholestérolémie plus basses, et souffrent plus rarement de surpoids, d'obésité ou de diabète de type 2.¹

MISE EN OEUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

6. La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant² et le guide de planification qui en est le complément³ ont entraîné la multiplication des efforts pour améliorer les pratiques d'alimentation et la plupart des États Membres ont adopté des mesures pour mettre en oeuvre les neuf cibles opérationnelles de la Stratégie. La nutrition du nourrisson et du jeune enfant doit être défendue à la fois au niveau communautaire et dans les services de santé. La mise en oeuvre des interventions sur une plus grande échelle peut permettre de modifier les pratiques en matière d'allaitement maternel dans un laps de temps relativement court. Par exemple, à Madagascar, un an après la mise en oeuvre du programme, des changements notables ont été obtenus dans certains domaines, le taux d'allaitement maternel exclusif ayant presque doublé, pour passer de 46 % à 83 %.

7. Dans la Région africaine, plus de 32 pays ont mis au point des stratégies nationales et des plans d'exécution. Ailleurs, la Stratégie mondiale a également été adoptée en tant que partie intégrante des stratégies pour la survie de l'enfant (Cambodge, Chine, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, Viet Nam), la nutrition de l'enfant (État plurinational de Bolivie et Pérou), ou la survie du nouveau-né (Inde).

8. Pour appuyer la mise au point de stratégies et de plans d'action au niveau national, l'OMS et ses partenaires ont entrepris une analyse globale de la propension des pays à accélérer leur action dans le domaine de la nutrition, et mènent actuellement un examen mondial de la mise en oeuvre des politiques. L'OMS met en place une bibliothèque électronique qui donnera des orientations sur les programmes en matière de nutrition et fournira un éventail complet de conseils concernant le choix des interventions et les actions prioritaires qui sont efficaces pour améliorer la nutrition et la croissance du nourrisson.

¹ Horta BL et al. *Evidence of long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

² Document WHA55/2002/REC/1, annexe 2.

³ World Health Organization, UNICEF. *Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

Renforcement du système de santé

9. L'initiative des hôpitaux « amis des bébés » a progressé, plus de 20 000 hôpitaux ayant reçu ce label dans 156 pays dans le monde au cours des 15 dernières années. Dans 36 pays industrialisés, 37 % des naissances ont lieu dans des établissements de santé « amis des bébés ».

10. Les critères de l'initiative ont été actualisés pour refléter les nouvelles données factuelles, y compris l'importance du démarrage précoce de l'allaitement maternel exclusif pour la survie de l'enfant ; ils sont désormais utilisés en tant qu'indicateurs de la qualité des soins, et le label « ami des bébés » est devenu une condition de l'agrément des hôpitaux.

11. De nombreux pays ont élargi la formation avant l'entrée en service et en cours d'emploi des professionnels de la santé concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le cours intégré de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est utilisé dans 42 pays et existe en plusieurs langues ;¹ des listes des maîtres instructeurs régionaux sont disponibles auprès du Siège de l'Organisation et des bureaux régionaux.

12. L'OMS apporte son soutien au renforcement des capacités en élaborant des matériels pédagogiques.² Le document relatif aux raisons médicales pouvant justifier l'utilisation de substituts du lait maternel, qui est à utiliser dans le cadre de l'initiative, dans le cadre de la formation avant la prise de fonction ou en cours d'emploi des professionnels de la santé a été mis à jour.³

Soutien communautaire

13. Pour nourrir leurs enfants de manière appropriée, les mères ont besoin d'être soutenues non seulement dans le cadre du système de santé mais aussi au sein de leur communauté. Nombreuses sont les données qui attestent que les interventions ayant lieu à domicile et au sein des communautés peuvent avoir une incidence majeure sur l'amélioration des pratiques d'alimentation des nourrissons.

14. En 2008, l'OMS et ses partenaires ont publié les résultats d'un examen des approches efficaces pour inciter les communautés à réaliser des progrès dans la protection, la promotion et le soutien de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.⁴ L'OMS et l'UNICEF mettent la touche finale à un ensemble de matériels didactiques sur les soins aux nouveau-nés et aux enfants au niveau communautaire qui inclut des modules visant à favoriser une alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant ; cet ensemble de documents devrait être publié d'ici à la fin de 2009.

¹ Chinois, espagnol, français, portugais ; une version en russe sera disponible d'ici la fin de 2009.

² World Health Organization. *Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

³ *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. Document WHO/NMH/NMD/09.01–WHO/FCH/CAH/09.01.

⁴ WHO, UNICEF, Academy for Educational Development/United States Agency for International Development. *Learning from large-scale community based programmes to improve breast-feeding practices*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

15. L'état d'avancement des mesures prises au niveau national pour donner effet au Code est actuellement en cours d'analyse et un bilan final sera disponible au début de 2010. Un petit nombre de pays ont élaboré une législation couvrant l'ensemble ou certains des aspects du Code, tandis que dans de nombreux autres pays les mesures sont volontaires ou sont encore au stade de l'élaboration. Une application plus large des principes du Code permettrait de faire progresser les taux d'allaitement maternel.

16. En réponse à la demande adressée au Directeur général dans la résolution WHA61.20 d'intensifier l'appui aux États Membres en vue de la mise en oeuvre du Code, le Secrétariat a mené un processus d'examen interne et recensé six domaines d'action : la promotion des interventions, la recherche opérationnelle, la formation, l'assistance technique à l'élaboration des politiques et à la réforme de la législation, et le suivi. Des mesures seront mises en place au cours de l'exercice 2010-2011, sous réserve d'un financement suffisant.

ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE

17. L'OMS et l'UNICEF ont organisé une réunion technique afin de recenser les priorités dans l'élargissement des interventions.¹ Il a été reconnu que les interventions communautaires, notamment les activités de conseil sur les pratiques alimentaires et l'utilisation optimale des aliments disponibles localement, doivent être la pierre angulaire de tout programme visant à améliorer l'alimentation complémentaire. En outre, les participants ont constaté que les aliments enrichis produits de manière centralisée, les micronutriments en poudre et les suppléments en nutriments à base de lipides se sont avérés efficaces pour améliorer le bilan en micronutriments. Il est nécessaire d'assurer un suivi attentif des interventions pour disposer de davantage de données factuelles sur l'utilisation de ces produits. Leur promotion doit, dans tous les cas, être conforme au Code et aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé. Des recommandations plus spécifiques relatives à la commercialisation des aliments de complément sont à l'étude.

18. Des outils basés sur la technique de la programmation linéaire² sont en cours d'élaboration afin de contribuer à définir des régimes alimentaires complémentaires équilibrés au coût le plus bas possible, en utilisant les aliments disponibles localement et des suppléments en micronutriments ou des aliments enrichis, le cas échéant. Ces outils seront disponibles et pourront être mis en application sur le terrain en 2010.

19. Des indicateurs actualisés pour l'évaluation des pratiques alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants dans une population donnée ont été publiés en 2008 ; ils incluent de nouveaux

¹ WHO/UNICEF. *Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes*. Geneva, 6-9 October, 2008. Report of Proceedings. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

² *Programmation linéaire : un outil mathématique permettant d'analyser et d'optimiser les régimes alimentaires des enfants au cours de la période d'alimentation complémentaire, et ProPAN : « Processus pour la promotion de l'alimentation infantile »* (à l'origine en espagnol : *Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño*. Emory University, Atlanta, États-Unis d'Amérique ; Institut de recherche nutritionnelle, Pérou ; Institut national de santé publique, Mexique ; et Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique. <http://www.paho.org/english/ad/fch/nu/ProPAN-index.htm>.

indicateurs relatifs à la diversité du régime alimentaire, la fréquence des repas et la consommation en fer. Un guide opérationnel sur les problèmes liés aux mesures sera disponible en 2010, ainsi qu'une mise à jour des valeurs des indicateurs pour plus de 40 pays, les données étant issues des enquêtes démographiques et sanitaires.

NORMES OMS DE CROISSANCE DE L'ENFANT

20. Plus de 100 pays ont officiellement adopté les normes OMS de croissance de l'enfant et sont, à des degrés divers, au stade de la mise en oeuvre. L'application des normes a conduit de nombreux pays et les organismes oeuvrant pour la santé de l'enfant à accroître les investissements dans des programmes visant à réduire la dénutrition tout en adoptant des mesures pour maîtriser l'épidémie émergente d'obésité. Des efforts concrets sont entrepris actuellement pour établir des systèmes de surveillance de la nutrition afin de suivre le double fardeau de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans en utilisant le logiciel de l'OMS Anthro,¹ et chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents en utilisant la référence de croissance OMS de 2007 et les outils logiciels correspondants.

MALNUTRITION SÉVÈRE ET MODÉRÉE

21. Une déclaration interinstitutions sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère a été publiée en 2007.² Les données factuelles montrent qu'il est possible de prendre en charge une grande proportion des enfants sévèrement malnutris à domicile en utilisant des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et, si elle était combinée aux soins hospitaliers, cette approche pourrait prévenir de nombreux décès d'enfants chaque année. Dans la Région africaine, l'OMS a soutenu le développement des capacités pour la prise en charge de la malnutrition sévère dans huit pays.

22. Une consultation interinstitutions sur la prise en charge alimentaire de la malnutrition modérée des enfants (2008)³ a abordé l'estimation des besoins nutritionnels et les approches pour la prise en charge des enfants atteints de malnutrition modérée, en particulier d'émaciation. L'OMS a désormais mis sur pied un groupe technique qui est chargé de définir les spécifications des régimes ou suppléments alimentaires adaptés au traitement des enfants modérément malnutris âgés de 6 à 59 mois ; une deuxième consultation visant à déterminer les choix les plus adaptés pour la mise en oeuvre du programme devrait avoir lieu en décembre 2009. L'OMS examine aussi les données à l'appui des interventions efficaces visant à lutter contre le retard de croissance chez les jeunes enfants.

¹ <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>.

² Organisation mondiale de la Santé, Programme alimentaire mondial, Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies, UNICEF. *Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère : Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, 2007.

³ http://www.who.int/nutrition/publications/moderate_malnutrition/mm_report/en/index.html.

MALNUTRITION PAR CARENCE EN MICRONUTRIMENTS

23. Les estimations actualisées relatives à l'anémie indiquent que 47,4 % de la population d'âge préscolaire est touchée ; selon les données, 50 à 60 % des cas sont dus à une carence en fer.¹ C'est dans la Région africaine que le pourcentage d'enfants d'âge préscolaire touchés est le plus élevé, tandis que d'une manière générale les nombres les plus importants se situent dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

24. Selon les estimations, 33,3 % de la population d'âge préscolaire à l'échelle mondiale souffre d'une carence en vitamine A (concentration de rétinol sérique inférieure à 0,70 µmol/l).² La Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est ont les pourcentages les plus élevés d'enfants d'âge préscolaire ayant une carence en vitamine A. Un examen mené en 2007 dans le cadre de l'initiative « Compte à rebours vers 2015 », qui vise à suivre les progrès accomplis dans le domaine de la santé maternelle et du nouveau-né et de la survie de l'enfant, a permis de constater que la supplémentation en vitamine A était une intervention qui avait été mise en oeuvre à plus grande échelle avec succès dans 66 des 68 pays où le taux de mortalité infantile était élevé.

L'OBÉSITÉ CHEZ L'ENFANT

25. Une augmentation rapide du nombre des enfants présentant un excès de poids a été observée, en particulier dans les pays développés et dans les pays dont l'économie est en transition. Le nombre des enfants en surpoids ou obèses (+2 écarts type ou plus au-dessus de la médiane, selon les normes OMS) est estimé à 44 millions en 2010 dans les pays en développement et les pays développés.

26. L'OMS a mis au point des données de référence pour évaluer le problème ; elle travaille à définir des valeurs limites appropriées qui permettent de déterminer si une personne est en surpoids ou obèse, et fournit une assistance technique aux États Membres afin de cartographier l'étendue de cette épidémie mondiale et de recenser les interventions efficaces et peu coûteuses. La vie intra-utérine, la petite enfance et les périodes précédant l'entrée à l'école ont toutes été considérées comme des périodes éventuellement critiques au cours desquelles peut être programmée la régulation à long terme de l'équilibre énergétique.

L'ALIMENTATION DU NOURRISSON DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

27. L'OMS, en tant que membre du groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, a contribué à la révision du document relatif à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence : Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programme (février 2007),³ et elle travaille actuellement sur des normes applicables dans les interventions d'aide alimentaire d'urgence tout en contribuant aux activités communes d'évaluation et de planification.

¹ World Health Organization, United Nations Standing Committee on Nutrition. *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO Global Database on Anaemia*. de Benoit B, McLean E, Egli I, Cogswell M (eds.). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

² World Health Organization. *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005: WHO Global Database on Vitamin A Deficiency*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

³ <http://www.enonline.net/resources/view.aspx?resid=6>.

NUTRITION ET VIH

28. L'OMS continue à revoir et à consolider des données scientifiques sur l'effet de l'infection à VIH et les macronutriments, les micronutriments, l'alimentation du nourrisson, les femmes enceintes et allaitantes, le retard de croissance chez les enfants, et les considérations nutritionnelles dans l'utilisation des agents antirétroviraux. Une réunion pour l'élaboration de directives a été planifiée pour octobre 2009 afin de réviser et d'actualiser les recommandations sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH. L'OMS et ses partenaires mettent au point un cadre d'actions prioritaires sur la nutrition et le VIH/sida afin de contribuer à une riposte globale dans le domaine de la nutrition dans le cadre des programmes relatifs au VIH.

29. Des consultations techniques sur la nutrition et le VIH ont été organisées au niveau régional afin de discuter de l'intégration des activités relatives à la nutrition et au VIH et de mettre en lumière les étapes nécessaires pour traduire les connaissances scientifiques en plans d'activité. Le Secrétariat a apporté un soutien technique aux 29 pays de la Région africaine pour l'intégration des activités liées au VIH dans les activités relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; 11 pays ont reçu un appui pour l'intégration de la nutrition dans les propositions de financement relatives au VIH, et cinq autres ont renforcé l'élément relatif à l'évaluation et au suivi des interventions dans le domaine de la nutrition dans les régions les plus affectées par le VIH.

30. Le Bureau régional de l'Afrique a mis sur pied un groupe restreint de spécialistes chargé de la mise en place à plus grande échelle des interventions pédiatriques pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et le traitement du VIH. Les travaux de recherche financés par l'OMS en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Kenya ont permis de définir des schémas thérapeutiques antirétroviraux qui réduisent le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel ; cela permet d'espérer simplifier le conseil et le soutien nécessaires et de faciliter les stratégies visant à améliorer les pratiques alimentaires destinées aux nourrissons pour l'ensemble des mères des communautés affectées par le VIH.

31. Plusieurs initiatives ont été mises en oeuvre afin de renforcer les capacités des dispensateurs de soins. Un cours de brève durée destiné aux dispensateurs de soins au niveau communautaire et portant sur les soins nutritionnels et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida a été utilisé en Afrique subsaharienne et un cours sur l'utilisation des directives pour les soins nutritionnels des enfants vivant avec le VIH (de six mois à 14 ans) fait actuellement l'objet d'essais sur le terrain.

32. L'OMS collabore actuellement avec ses partenaires à l'élaboration d'outils de suivi et d'évaluation, y compris d'indicateurs sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, la nutrition et la sécurité alimentaire.

33. L'allaitement maternel est aujourd'hui l'intervention préventive la plus efficace pour améliorer la survie et la santé des enfants. Selon les estimations, plus d'un million de décès d'enfants de moins de cinq ans pourraient être évités chaque année si l'on améliorait les pratiques en matière d'allaitement maternel. En outre, plus d'un demi-million d'enfants pourraient être sauvés chaque année s'ils bénéficiaient d'une alimentation appropriée et complémentaire donnée en temps voulu. Il convient de mettre en oeuvre d'urgence sur une plus grande échelle les interventions nécessaires, et un plan d'action mondial sur la nutrition fait actuellement l'objet de discussions entre l'OMS et ses organismes partenaires.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

34. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport et, compte tenu de l'urgence de la situation décrite ci-dessus (paragraphe 33), à formuler des recommandations sur les mesures adaptées afin de renouveler et de soutenir l'action dans ce domaine.

= = =