



Nutrition

La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : projet de plan d'application exhaustif

Rapport du Secrétariat

1. Le Conseil exécutif a examiné le projet de plan d'application à sa cent trentième session en janvier 2012.¹ Dans sa décision EB130(2), il a notamment prié le Directeur général de mener dès que possible de nouvelles consultations concernant les cibles figurant dans le projet actuel de plan d'application exhaustif selon un processus en ligne ouvert à tous les États Membres, ainsi qu'aux organisations multilatérales, afin de faire d'autres recommandations sur la mise au point définitive du plan d'application exhaustif. Cette consultation s'est tenue du 6 au 27 février 2012.² Ses conclusions ont inspiré le présent projet de plan (voir l'annexe).

2. En mai 2010, l'Assemblée de la Santé, dans sa résolution WHA63.23 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, a prié le Directeur général « d'élaborer un plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant qui soit une composante essentielle d'un cadre multisectoriel mondial en matière de nutrition ». En janvier 2011, le Conseil exécutif a pris note des travaux préparatoires pour l'élaboration d'un tel plan et a formulé plusieurs suggestions concernant son contenu, y compris celle de modifier son intitulé pour qu'il englobe aussi la nutrition de la mère et consacre davantage d'attention au double fardeau de la sous-alimentation et de la surcharge pondérale.³ En mai 2011, l'Assemblée de la Santé a pris note du rapport sur le sujet et de l'ébauche de plan révisé.⁴

¹ Voir le document EB130/10 et les procès-verbaux des deuxième et neuvième réunions dans le document EB130/2012/REC/2.

² Dix États Membres et six organisations multilatérales ont fait part d'observations. Le document de fond ainsi que le résumé des observations reçues et des réponses apportées par le Secrétariat sont disponibles à l'adresse http://www.who.int/nutrition/events/2012_consultation_proposed_globaltargets/en/index.html (consulté le 21 mars 2012).

³ Voir les documents EB128/18 et EB128/2011/REC/2, procès-verbal de la dixième séance.

⁴ Voir la section 5 du procès-verbal de la quatrième séance de la Commission B qui s'est tenue à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.

3. Au cours de l'année 2011, cinq consultations régionales ont été organisées dans les Régions de l'Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental pour recueillir des informations en retour sur l'ébauche de plan exhaustif. Des représentants des différents secteurs gouvernementaux (santé, agriculture, protection sociale, éducation, commerce, finance, environnement et industrie) de 92 États Membres, ainsi que des organisations du système des Nations Unies, des banques de développement, des donateurs et des membres de la société civile ont participé à ces consultations.

4. Le projet de plan d'application figurant en annexe tient compte de toutes les observations formulées par les États Membres au cours des réunions des organes directeurs de l'OMS et des consultations régionales. Il reprend les éléments pertinents de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant,¹ de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé,² et du plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles.³ Le cadre de l'OMS pour des actions prioritaires concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson, publié en 2003, a été récemment actualisé pour tenir compte des lignes directrices révisées de l'OMS concernant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.⁴

5. Plusieurs stratégies et plans régionaux connexes ont été pris en compte pour élaborer ce projet de plan exhaustif : la stratégie nutritionnelle régionale révisée de l'Union africaine (2005-2015), le deuxième plan d'action européen pour l'alimentation et la nutrition (2007-2012),⁵ la Stratégie et le Plan d'action visant à réduire la malnutrition chronique,⁶ la stratégie régionale en matière de nutrition 2010-2019,⁷ la stratégie régionale en matière de nutrition pour l'Asie du Sud-Est⁸ et le cadre d'action pour la sécurité alimentaire dans le Pacifique.⁹

6. Le projet de plan d'application exhaustif en expose tout d'abord la raison d'être, à savoir le fait que, à l'échelle mondiale, les problèmes de nutrition sont multidimensionnels, que des actions efficaces en la matière existent, mais ne sont pas suffisamment développées et que de nouvelles initiatives ont été lancées. Le plan définit ses objectifs et fixe cinq cibles mondiales ainsi qu'un calendrier d'action. Il suggère en outre une série de cinq mesures hautement prioritaires à prendre par les États Membres, le Secrétariat et les partenaires internationaux et propose une liste d'interventions efficaces dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines qui ont une incidence sur la nutrition ainsi que des indicateurs pour le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan.

¹ Adoptée par l'Assemblée de la Santé en 2002 dans sa résolution WHA55.25.

² Adoptée par l'Assemblée de la Santé en 2004 dans sa résolution WHA57.17.

³ Approuvé par l'Assemblée de la Santé en 2008 dans sa résolution WHA61.14.

⁴ *Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant : recommandations pour une approche de santé publique – version 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ; OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF. *Guidelines on HIV and infant feeding. 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

⁵ Adopté en 2007 par le Comité régional de l'Europe dans sa résolution EUR/RC57/R.4.

⁶ Adoptés en 2010 par le Conseil directeur de l'OPS dans la résolution CD50.R11.

⁷ Adoptée en 2010 par le Comité régional de la Méditerranée orientale dans sa résolution EM/RC57/R.4.

⁸ En 2011, dans sa résolution SEA/RC64/R4, le Comité régional de l'Asie du Sud-Est a demandé instamment aux États Membres d'adopter cette stratégie.

⁹ Le secrétariat du Forum des îles du Pacifique a indiqué que le plan d'action a été approuvé lors du Sommet du Pacifique sur l'Alimentation tenu à Port Vila, à Vanuatu, du 21 au 23 avril 2010. Voir : <http://www.forumsec.org/pages.cfm/newsroom/press-statements/2010/final-outcomes-of-food-summit-1.html> (consulté le 27 mars 2012).

Nouvelles initiatives dans le domaine de la nutrition

7. La stratégie optimale pour améliorer rapidement l'état nutritionnel passe par la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions spécifiques et par l'intégration de la nutrition dans les programmes de santé, d'agriculture, d'éducation, d'emploi, de protection sociale et de développement. Le mouvement de renforcement de la nutrition (« Scaling Up Nutrition »), né en 2010, réunit les autorités gouvernementales de pays fortement affectés par la malnutrition et un groupement mondial de partenaires. Il appelle à intensifier l'action menée dans le domaine de la nutrition au cours de la période 2013-2015 en appliquant cette stratégie. Les partenaires du mouvement se sont engagés à œuvrer de concert pour mobiliser des ressources, fournir un appui technique, mener une action de plaidoyer à un haut niveau et mettre en place des partenariats novateurs.

8. Afin d'améliorer la coordination, les organisations du système des Nations Unies se sont engagées à harmoniser leurs activités, à la fois au niveau mondial par une réforme du Comité permanent de la Nutrition du système des Nations Unies, et au niveau des pays, par le Partenariat visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants (REACH).

9. L'initiative pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez l'enfant et pour la santé et la survie des mères contaminées par le VIH¹ contribue à améliorer l'état nutritionnel des mères et de leurs enfants.

10. Au niveau régional, un exemple de partenariat réussi est l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, formée en 2009.

11. Le projet de plan d'application exhaustif contribue au succès de ces initiatives mondiales en définissant des objectifs mondiaux et des mesures prioritaires dans le secteur de la santé et en précisant le rôle des parties concernées. Des réunions ont été organisées spécialement dans ce but.

MISE EN ŒUVRE DU CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

12. Conformément aux prescriptions concernant les rapports biennaux,² le présent rapport fournit aussi des informations sur les progrès accomplis par les pays dans la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Le plan d'application exhaustif porte aussi sur cet aspect et propose de futures activités.

13. La mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, adopté par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA34.22, et des résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée de la Santé est très variable selon les pays. Des dispositions légales ont été mises en place dans 103 États Membres et sont en cours d'élaboration dans neuf autres. Quelque 37 États Membres s'en remettent à l'application volontaire du Code par les fabricants de

¹ *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011-2015*. Genève, ONUSIDA, 2011.

² Article 11.7 du Code international ; les informations sont recueillies périodiquement auprès des États Membres par questionnaire, les dernières enquêtes sur la mise en œuvre du Code ayant été publiées en 2008 et 2010.

préparations pour nourrissons et 25 États Membres n'ont pas pris de mesures pour le faire respecter ; on ne dispose d'aucune information pour 20 États Membres.¹

14. Parmi les États Membres qui se sont dotés d'une législation, la plupart ont adopté des dispositions sur l'interdiction de la publicité pour les produits visés auprès du grand public et des agents de santé et dans les établissements de soins, ainsi que des dispositions relatives à l'étiquetage. Un nombre plus restreint de pays ont adopté des dispositions mettant en garde contre les risques de contamination et interdisant les allégations concernant la valeur nutritive ou les bienfaits pour la santé.

15. Moins de 50 % des pays qui se sont dotés de mesures légales ont également pris des dispositions pour surveiller l'application du Code. Trente-sept d'entre eux seulement ont mis en place des mécanismes fonctionnels de suivi et/ou de coercition et on ne dispose que d'informations limitées sur la composition, le mandat et les fonctions de ces mécanismes.

16. Des informations sur la mise en œuvre du Code sont aussi fournies par les bureaux régionaux, en collaboration avec les partenaires gouvernementaux et le système des Nations Unies. D'après une récente étude de l'OPS sur l'application du Code durant la période 1981-2011, 16 pays ont pris des mesures légales et six d'entre eux ont adopté une réglementation pour faire respecter la loi.² Selon une étude réalisée en 2007 par l'UNICEF sur 24 pays d'Afrique occidentale et centrale, une douzaine s'étaient dotés d'un ensemble de dispositions légales pertinentes.³

17. En 2010, le Secrétariat a fait une analyse des politiques nutritionnelles des États Membres⁴ qui a mis en lumière les problèmes suivants : la législation ne peut être appliquée que dans les établissements de santé publique, elle ne contient pas de directives opérationnelles claires, elle est mal appliquée et son application n'est pas suffisamment surveillée ; les agents de santé ne sont pas correctement formés et le public n'est pas suffisamment informé.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

18. L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter le plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant.

¹ Information de l'UNICEF : ces pays comprennent aussi tous les États Membres qui ont présenté des rapports sur la mise en œuvre du Code comme le prévoient les articles 11.6 et 11.7 de celui-ci. Des questionnaires ont été envoyés aux États Membres en 2007 et 2009 et les résultats ont été résumés dans les documents A61/17 Add.1, section F, et A63/9.

² 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC, OPS, 2011.

³ Sokol E, Aguayo V, Clark D. *Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre : 25 années d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Dakar, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2007.

⁴ Voir http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf (consulté le 27 mars 2012).

ANNEXE

PROJET DE PLAN D'APPLICATION EXHAUSTIF CONCERNANT LA NUTRITION CHEZ LA MÈRE, LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT**RAISON D'ÊTRE****Les problèmes de nutrition à l'échelle mondiale sont multidimensionnels**

1. Un apport suffisant en nutriments dès les premiers stades de la vie est essentiel pour assurer un bon développement physique et mental et une bonne santé sur le long terme. Faute d'une offre suffisante ou d'un accès suffisant à des aliments d'une bonne qualité nutritionnelle ou par suite de l'exposition à des pathologies nuisant à l'absorption et à l'assimilation des nutriments, de larges fractions de la population mondiale souffrent de malnutrition, ont un apport insuffisant en vitamines et en minéraux ou présentent une surcharge pondérale ou une obésité, avec cependant d'importantes différences entre les groupes de population. Ces problèmes sont souvent concomitants et sont liés les uns aux autres.

2. Dans les pays à faible revenu, les femmes sont souvent de petite taille et ont un faible indice de masse corporelle, ce qui entraîne un mauvais développement du fœtus et accroît les risques de complications de la grossesse et la nécessité de recourir à un accouchement assisté.¹ Dans certains pays d'Asie du centre-sud, plus de 10 % des femmes âgées de 15 à 49 ans mesurent moins de 1,45 m. En Afrique subsaharienne, en Asie du centre-sud et en Asie du sud-est, plus de 20 % des femmes ont un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 kg/m² et cette proportion atteint 40 % au Bangladesh, en Érythrée et en Inde. À l'inverse, un pourcentage croissant de femmes débutent une grossesse avec un indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m², ce qui entraîne un risque accru de complications de la grossesse et de l'accouchement, un poids de naissance plus élevé et un risque accru d'obésité pour l'enfant.

3. Trente pour cent des femmes en âge de procréer (468 millions) et 42 % des femmes enceintes (56 millions) souffrent d'anémie ferriprive. L'anémie de la mère est associée à un poids de naissance plus faible pour l'enfant et à un risque accru de mortalité maternelle. Les taux d'anémie n'ont pas sensiblement diminué au cours des 20 dernières années.²

4. On estime qu'il naît chaque année dans le monde 13 millions d'enfants présentant un retard de croissance intra-utérine³ et environ 20 millions d'enfants ayant une insuffisance pondérale.⁴ Un enfant de faible poids à la naissance est exposé à un risque de morbidité et de mortalité plus élevé et est

¹ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008; **371**: 243-260. Les données proviennent également du projet Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Demographic and Health Surveys (MEASURE DHS) (<http://www.measuredhs.com/Data/>, consulté le 27 mars 2012).

² Comité permanent de la Nutrition du système des Nations Unies. *Progress in nutrition: Sixth report on the world nutrition situation*. Genève, Secrétariat du Comité permanent de la Nutrition du système des Nations Unies, 2010.

³ de Onis M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998; **52** (Suppl.1): S5-S15.

⁴ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et Organisation mondiale de la Santé. *Low birthweight: country, regional and global estimates*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2004.

également plus susceptible de développer ultérieurement des maladies non transmissibles comme le diabète et l'hypertension.

5. En 2010, environ 115 millions d'enfants dans le monde présentaient un déficit pondéral, 55 millions avaient un poids trop faible pour leur taille et 171 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient d'un retard de croissance.¹ On estime que dans les pays en développement, la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui présentent un déficit pondéral a été ramenée de 29 % à 18 % entre 1990 et 2010, recul qui est encore trop faible pour permettre d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement 1, cible 1.C. – Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim. Les progrès ont été suffisants en Asie et en Amérique latine, mais des efforts considérables restent encore à faire en Afrique. En outre, en 2010, 43 millions d'enfants d'âge préscolaire dans les pays en développement et les pays développés étaient en surpoids ou obèses.² La prévalence de l'obésité chez l'enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a fortement augmenté au cours des dix dernières années ; l'OMS estime qu'en 2015, le pourcentage d'enfants obèses atteindra 11 % dans ces pays, soit une prévalence voisine de celle enregistrée dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (12 %). Les enfants obèses ont de fortes chances de devenir des adultes obèses et courent un risque accru de développer un diabète de type 2, des maladies du foie et des troubles respiratoires au cours du sommeil ; leurs performances économiques et sociales à l'âge adulte risquent aussi d'être amoindries.

6. On estime qu'à l'échelle mondiale 47,4 % (293 millions) des enfants d'âge préscolaire souffrent d'anémie³ et 33,3 % (190 millions) d'une carence en vitamine A.⁴

7. L'état nutritionnel est aussi influencé par plusieurs facteurs environnementaux. Dans les pays où la prévalence de l'infection à VIH est élevée, celle-ci a à la fois un impact direct sur l'état nutritionnel des femmes et des enfants infectés et des effets indirects par suite de la dégradation de la sécurité alimentaire des ménages et du recours à des pratiques inappropriées d'alimentation des nourrissons pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. L'insécurité alimentaire amène aussi les femmes à adopter des comportements à risque qui les exposent encore davantage à une infection par le VIH. Le tabagisme (fumer ou consommer du tabac sans fumée) durant la grossesse a des effets négatifs sur la santé du fœtus. Le risque de complications de la grossesse, y compris une insuffisance pondérale à la naissance et une prématurité de l'enfant, est accru aussi bien directement si la mère fume elle-même que si elle est exposée au tabagisme passif pendant sa grossesse. Le nombre de fumeurs augmente dans beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier chez les jeunes filles et les femmes en âge de procréer. Bien que le pourcentage de femmes qui fument soit encore faible dans de nombreux pays, les femmes et leur progéniture continuent de courir des risques importants d'issue défavorable de la grossesse en raison de leur exposition au tabagisme passif. Des contaminants du tabac sont transmis au fœtus à travers le placenta et au nouveau-né à travers le lait maternel. Les dépenses consacrées au tabac limitent aussi la capacité des familles de fournir une meilleure alimentation aux femmes enceintes et aux enfants.

¹ Déficit pondéral et retard de croissance dans : *Statistiques sanitaires mondiales 2010*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

² de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 92: 1257-64.

³ De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M (Eds). *Prévalence de l'anémie dans le monde 1993-2005 : Base de données mondiale de l'OMS sur la carence en vitamine A*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008, pp. 1-40.

⁴ *Prévalence mondiale de la carence en vitamine A dans les populations à risque 1995-2005 : Base de données mondiale de l'OMS sur la carence en vitamine A*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

8. On estime que la malnutrition est la cause sous-jacente de 35 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de cinq ans enregistrés dans le monde. Plus de deux millions d'enfants meurent chaque année avant l'âge de cinq ans des suites de la sous-alimentation et on estime que l'anémie ferriprive contribue chaque année à un nombre important de décès maternels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La dénutrition des mères et des enfants est à l'origine de 11 % de la charge mondiale de morbidité.¹

9. La malnutrition a des effets négatifs sur le développement cognitif et sur les résultats scolaires et la productivité. Le retard de croissance et les carences en iode et en fer, combinés à une stimulation cognitive insuffisante, sont d'importants facteurs de risque qui contribuent à empêcher quelque 200 millions d'enfants dans le monde de réaliser leur plein potentiel de développement. Chaque augmentation de 1 % de la taille adulte est associée à une augmentation de 4 % du niveau des salaires agricoles² et l'élimination de l'anémie permettrait d'accroître de 5 à 17 % la productivité des adultes. La malnutrition est un obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 1 (Éliminer l'extrême pauvreté et la faim), 2 (Assurer l'éducation primaire pour tous), 3 (Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes), 4 (Réduire la mortalité de l'enfant), 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies).

Des mesures efficaces existent dans le domaine de la nutrition mais elles ne sont pas appliquées à une assez large échelle

10. D'après une étude et une analyse portant sur la période 2009-2010,³ la plupart des États Membres disposent de tout un éventail de politiques et de programmes nutritionnels. Toutefois, ces politiques sont souvent inadaptées eu égard à la complexité des problèmes nutritionnels chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant et ne produisent pas les effets escomptés.

11. Même lorsqu'il existe des politiques en matière de nutrition, elles n'ont pas toujours été adoptées de façon officielle et ne sont souvent pas assorties de plans opérationnels et de programmes de travail avec des objectifs et des cibles clairs, des délais précis et un descriptif des résultats à atteindre ; elles ne précisent pas les rôles et responsabilités respectifs des acteurs concernés, ni les besoins en personnel et les capacités nécessaires et ne prévoient pas d'évaluation des processus et des résultats.

12. L'étude 2009-2010 a aussi montré que la lutte contre la dénutrition des mères n'était pas une priorité dans les pays ayant une lourde charge de mortalité maternelle. Quelques-uns seulement des 36 pays où la dénutrition est la plus répandue appliquent à l'échelle nationale tout l'éventail des interventions efficaces qui existent pour prévenir l'insuffisance pondérale chez les enfants et la dénutrition maternelle et favoriser le développement du jeune enfant.

13. Des interventions pouvant être gérées directement par le secteur de la santé pâtissent d'un manque de directives opérationnelles détaillées et ne sont qu'en partie mises en œuvre dans des

¹ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008 ; **371**: 243-260.

² Haddad L, Bouis HE. *The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines*. Warwick (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Development Economics Research Centre. Papers, N° 97, 1989.

³ Voir http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf (consulté le 27 mars 2012).

maillons faibles des systèmes de santé. De nombreux pays ont adopté des stratégies intégrées pour la santé des mères, des nourrissons et des jeunes enfants incluant des interventions en matière de nutrition, mais la fourniture effective de conseils nutritionnels dans les services de santé laisse souvent à désirer et il existe peu d'indicateurs permettant de mesurer la couverture de ces interventions.

14. Les stratégies nationales de développement ne prennent pas suffisamment en considération la question de la nutrition. Les politiques nationales en matière d'alimentation et de nutrition mettent souvent l'accent sur l'information et les choix diététiques éclairés et accordent peu d'attention aux mesures structurelles, financières et réglementaires qui permettraient de faire évoluer l'offre alimentaire dans un sens plus favorable.

15. L'application des programmes n'est souvent pas très bien coordonnée entre les différents acteurs. Dans toutes les Régions, l'essentiel de la coordination et de l'administration des politiques est confié aux ministères de la santé, avec une participation variable des ministères de l'éducation, de l'agriculture, de l'alimentation et de la protection sociale. La mise en œuvre des politiques et des programmes dépend souvent d'un financement extérieur qui n'est pas assuré durablement. Le suivi des activités est irrégulier ou laisse à désirer.

16. La mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé est variable selon les pays. Des dispositions légales ont été mises en place dans 103 États Membres et sont en cours d'élaboration dans neuf autres. Trente-sept États Membres s'en remettent à l'application volontaire du Code par les fabricants de préparations pour nourrissons, et 25 n'ont pas pris de mesures pour le faire respecter. On ne dispose d'aucune donnée pour 20 États Membres.¹

17. Dans la plupart des 103 États Membres susmentionnés, la loi prévoit une interdiction de la promotion des produits visés auprès du grand public et des agents de santé et dans les établissements de soins, et fixe des prescriptions en matière d'étiquetage. Un nombre plus restreint de pays ont adopté des dispositions mettant en garde contre les risques de contamination et interdisent les allégations concernant la valeur nutritive ou les bienfaits pour la santé.

18. Moins de 50 % des pays ayant adopté des mesures légales ont aussi pris des dispositions légales pour surveiller l'application du Code. Trente-sept d'entre eux seulement ont mis en place des mécanismes fonctionnels de suivi et/ou de coercition et on ne dispose que d'informations limitées sur la composition, le mandat et les fonctions de ces mécanismes.

19. Les bureaux régionaux continuent à tenir à jour les informations relatives à la mise en œuvre du Code. D'après une étude récente de l'OPS sur son application pendant la période 1981-2011,² 16 pays ont pris des mesures légales et six d'entre eux ont adopté une réglementation pour donner effet à la loi

¹ Information de l'UNICEF : ces pays comprennent aussi tous les États Membres qui ont présenté des rapports sur la mise en œuvre du Code comme le prévoient les articles 11.6 et 11.7 de celui-ci. Des questionnaires ont été envoyés aux États Membres en 2007 et 2009 et les résultats ont été résumés dans les documents A61/17 Add.1, section F, et A63/9.

² Sokol E, Aguayo V, Clark D. *Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre : 25 années d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Dakar, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2007.

applicable. Dans une étude réalisée en 2007, l'UNICEF a constaté que sur 24 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre,¹ 12 s'étaient dotés d'un ensemble de dispositions légales pertinentes.

OBJECTIF, CIBLES ET CALENDRIER

20. Le plan vise à lutter contre le double fardeau de la malnutrition chez les enfants, en commençant dès le plus jeune âge. Un bénéfice important peut être obtenu en concentrant les efforts sur la période comprise entre la conception et les deux premières années de la vie, mais il faut aussi envisager une perspective portant sur toute la durée de la vie, afin d'arriver à maintenir durablement un bon état nutritionnel.

21. Des progrès peuvent être réalisés à brève échéance et la plupart des problèmes nutritionnels peuvent être résolus en l'espace d'une génération. Par exemple, les interventions nutritionnelles qui existent actuellement devraient permettre d'éviter à court terme au moins un tiers des cas de retard de croissance.² Toutefois, il faudra peut-être davantage de temps pour venir à bout de certains problèmes et s'engager probablement pour une décennie d'investissements afin de développer les interventions nutritionnelles qui devraient permettre d'éviter un million de décès d'enfants par an. Compte tenu de la nécessité d'harmoniser la mise en œuvre du plan et des autres cadres de développement ayant un lien avec la nutrition, il est proposé que le plan s'étende sur 13 ans (2012-2025). Des rapports seront présentés tous les deux ans jusqu'à 2022 et un dernier rapport sera établi en 2025.

22. Il est important de fixer des cibles à l'échelle mondiale pour déterminer les domaines prioritaires et jouer un rôle catalyseur à l'échelle planétaire. Ces cibles mondiales pourraient inspirer les pays dans leurs priorités et ambitions, mais n'entendent nullement dicter leurs choix et ceux des Régions. Elles pourraient servir à mesurer les progrès accomplis et mettre en place des cadres de responsabilisation. Des cibles sont nécessaires pour les problèmes nutritionnels qui sont à l'origine d'une lourde charge de morbidité et de mortalité liée à l'état nutritionnel dans la période allant de la conception aux deux premières années de la vie, à savoir le retard de croissance, l'anémie maternelle et le faible poids de naissance.³ L'insuffisance pondérale – associée le plus souvent à un retard de croissance – est la principale cause de mortalité et de DALY (années de vie ajustées sur l'incapacité) chez les enfants de moins de cinq ans, et la carence en fer contribue à la mortalité maternelle dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ces cibles compléteront et sous-tendront la cible 1.C de l'objectif du Millénaire pour le développement 1 en appelant à réduire la prévalence du déficit pondéral chez les enfants. Au titre de cet objectif, une quatrième cible relative à la surcharge pondérale chez les enfants se justifie compte tenu de l'augmentation rapide de la prévalence de l'obésité observée à l'échelle mondiale. Les cibles proposées se fondent sur l'expérience des pays et sur l'existence d'interventions efficaces.

23. **Cible mondiale 1 : Réduire de 40 % d'ici à 2025 le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance.** Cette cible suppose de réduire, d'ici à 2025, le nombre d'enfants présentant un retard de croissance de 40 % en termes relatifs par rapport à l'année de référence 2010.

¹ 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC, OPS, 2011.

² Bhutta ZA et al. pour le Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*, 2008 ; 371: 417-440.

³ La définition de cibles à l'échelle mondiale a été demandée par les États Membres au cours des consultations régionales. Les cibles provisoirement fixées ont été examinées lors des consultations régionales dans les Régions des Amériques et de la Méditerranée orientale, mais de plus amples discussions avec les États Membres seront nécessaires au sein du Conseil exécutif et des consultations par voie électronique devront également avoir lieu.

Cela représenterait une baisse de 3,9 % par an entre 2012 et 2025, en termes relatifs,¹ et ferait passer le nombre de ces enfants de 171 millions en 2010 à quelque 100 millions, soit 25 millions de moins environ par rapport à ce qui serait le cas si les tendances actuelles demeuraient inchangées². Une analyse menée sur 110 pays pour lesquels des données sur la prévalence du retard de croissance ont été rendues disponibles à deux occasions au moins au cours de la période 1995-2010³ révèle que, globalement, ce taux recule de 1,8 % par an (2,6 % dans les pays dans lesquels la prévalence est supérieure à 30 %). Durant cette période, 20 % des pays l'ont réduit à un rythme de 3,9 % ou plus.

24. Cible mondiale 2 : Réduire de 50 % d'ici à 2025 l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Cette cible suppose de réduire, d'ici à 2025, le nombre de cas d'anémie parmi les femmes non enceintes en âge de procréer (15-49 ans) de 50 % en termes relatifs par rapport à une référence correspondant à la période 1993-2005. Cela représenterait une baisse annuelle de 5,3 % en termes relatifs entre 2012 et 2025 et supposerait de réduire à environ 230 millions le nombre de femmes non enceintes anémiques. Plusieurs pays ont enregistré une réduction de la prévalence de l'anémie chez les femmes non enceintes, comme l'indiquent les enquêtes nationales successives analysées dans le Sixième rapport sur la situation mondiale de la nutrition du Comité permanent de l'ONU sur la Nutrition.⁴ Ce taux est ainsi passé en Chine de 50 % à 19,9 % en l'espace de 21 ans (1981-2002) ; au Népal, de 65 % à 34 % en 8 ans (1998-2006) ; au Sri Lanka, de 59,8 % à 31,9 % en 13 ans (1988-2001) ; au Cambodge, de 56,2 % à 44,4 % en 6 ans (2000-2006) ; au Viet Nam, de 40 % à 24,3 % en 14 ans (1987-2001) ; et au Guatemala, de 35 % à 20,2 % en 7 ans (1995-2002). Ces estimations indiquent que la réduction a été comprise entre 4 % et 8 % par an en termes relatifs.

25. Cible mondiale 3 : Réduire de 30 % d'ici à 2025 l'insuffisance pondérale à la naissance. Cette cible suppose de réduire, d'ici à 2025, le nombre d'enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2500 g de 40 % en termes relatifs par rapport à une référence correspondant à la période 2006-2010. Cela représenterait une baisse annuelle de 3,9 % en termes relatifs entre 2012 et 2025. Au Bangladesh et en Inde, où naissent près de la moitié des enfants présentant une insuffisance pondérale à la naissance dans le monde, la prévalence observée est passée respectivement de 30,0 % à 21,6 % (entre 1998 et 2006) et de 30,4 % à 28,0 % (entre 1999 et 2005). Une réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance a également été observée en El Salvador (de 13 % à 7 % entre 1998 et 2003), en Afrique du Sud (de 15,1 % à 9,9 % entre 1998 et 2003), et en République-Unie de Tanzanie (de 13,0 % à 9,5 % entre 1999 et 2005). Dans ces exemples, les reculs enregistrés sont de l'ordre de 1 % à 12 %. Les taux de réduction les plus élevés ont été observés dans les pays où une part importante de l'insuffisance pondérale à la naissance tient à des retards de croissance intra-utérine, ces derniers étant plus faciles à réduire que la prématurité.

26. Cible mondiale 4 : Pas d'augmentation d'ici à 2025 du pourcentage d'enfants en surcharge pondérale. Cette cible suppose que la prévalence mondiale de 6,7 % estimée pour 2010 (intervalle de confiance de 95 %, 5,6-7,7) ne passe pas à 10,8 % en 2025, ce qui serait le cas si les tendances actuelles se maintenaient,⁵ et que le nombre d'enfants de moins de cinq ans en surcharge pondérale ne monte pas de 43 à 70 millions environ. Les taux d'augmentation varient d'une région du monde à

¹ $r = \ln(P1/P2)/t$.

² de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020. *Public Health Nutrition*, 2012, 15: 142-148.

³ Analyse menée à partir de 430 séries de données.

⁴ Comité permanent de l'ONU sur la Nutrition. *Sixth report on the world nutrition situation*. Genève, 2010.

⁵ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 92: 1257-1264.

l'autre, avec des hausses plus rapides dans les pays dont les systèmes alimentaires se développent plus vite, à l'instar de ceux d'Afrique du Nord. Dans les pays aux revenus les plus élevés, les données nationales et régionales indiquent que l'obésité des enfants augmente moins dans les groupes socio-économiques supérieurs. Les interventions qui ont été déployées en matière de modes de vie et d'environnement représentent de bonnes pratiques dont on pourrait s'inspirer. Les pays à revenu faible et intermédiaire ne possèdent à cet égard que peu d'expérience programmatique. Il apparaît, par ailleurs, que les programmes de lutte contre l'obésité des enfants ont principalement ciblé les enfants d'âge scolaire.¹ Il serait également important d'empêcher ce phénomène de s'aggraver dans les pays qui s'attellent parallèlement à réduire les retards de croissance.

27. Cible mondiale 5 : Porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 % d'ici à 2025. Pour atteindre cette cible, il faudrait que la moyenne mondiale actuelle, estimée à 37 % pour la période 2006-2010, passe à 50 % d'ici à 2025. Cela représenterait une hausse annuelle de 2,3 % en termes relatifs, soit, en définitive, 10 millions d'enfants de plus allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de six mois. À l'échelle mondiale, les taux d'allaitement exclusif au sein sont passés de 14 % en 1985 à 38 % en 1995, mais ont ensuite diminué dans la plupart des Régions. Toutefois, une augmentation rapide et substantielle de ces taux dépassant parfois la cible mondiale proposée a été enregistrée dans certains pays de toutes les Régions comme par exemple au Cambodge (où le taux est passé de 12 % à 60 % entre 2000 et 2005), au Mali (où il est passé de 8 % à 38 % entre 1996 et 2006) et au Pérou (où il a progressé de 33 % à 64 % entre 1992 et 2007).

28. Cible mondiale 6 : Réduire et maintenir au-dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant. Cette cible suppose que la prévalence mondiale de l'émaciation chez l'enfant, de 8,6 % selon les estimations pour 2010, devrait être ramenée à moins de 5 % d'ici 2025 et maintenue au-dessous de ce niveau.² Pendant la période 2005-2010, 53 pays ont signalé des taux d'émaciation supérieurs à 5 % au moins une fois. La réduction de l'émaciation exige la mise en œuvre d'interventions préventives telles que l'amélioration de l'accès à des aliments de qualité et aux soins de santé ; l'amélioration de la nutrition et des connaissances et des pratiques en matière de santé ; la promotion de l'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois de la vie et la promotion de pratiques d'alimentation d'appoint améliorées pour tous les enfants âgés de 6 à 24 mois ; ainsi que l'amélioration des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement et de l'hygiène pour protéger les enfants contre les maladies transmissibles. Un grand nombre d'enfants souffrant d'émaciation sévère peuvent être traités dans leur communauté sans devoir être admis dans un établissement de santé ou un centre d'alimentation thérapeutique.³ Le traitement de la malnutrition aiguë modérée devrait reposer sur l'utilisation optimale d'aliments disponibles localement, complétés si nécessaire par des aliments de supplémentation spécialement formulés.

¹ *Stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population. Rapport du forum et de la réunion technique de l'OMS*, Genève, 15-17 décembre 2009.

² OMS, Estimations mondiales et régionales des tendances de la malnutrition chez l'enfant : <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/index.html> (consulté le 23 avril 2012).

³ Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère. Déclaration conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la Nutrition de l'Organisation des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. OMS, Genève, 2007.

MESURES À PRENDRE

29. Ce plan d'action propose à titre d'exemple une série de mesures prioritaires à mettre en œuvre conjointement par les États Membres et par les partenaires internationaux. Une adaptation aux besoins spécifiques de chaque Région et de chaque pays sera nécessaire et devra être faite par les institutions nationales et régionales compétentes.

MESURE 1 : Créer un environnement propice à la mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles complètes

30. Pour progresser vers les cibles fixées en matière de nutrition, il faudra un engagement politique à un haut niveau et un large soutien de la société. Les politiques existantes en matière d'alimentation et de nutrition devront être revues afin de s'attaquer de manière globale à tous les grands problèmes nutritionnels et à leur répartition dans la société. Cette révision devra aussi avoir pour but de donner à la nutrition une place centrale dans les autres politiques sectorielles et dans la politique globale de développement. Parmi les facteurs essentiels pour une mise en œuvre réussie de ces politiques, il faudra : a) qu'elles soient officiellement adoptées par les organismes gouvernementaux compétents ; b) qu'un mécanisme de gouvernance intersectoriel soit mis en place ; c) que les partenaires de développement et les membres de la société civile s'y engagent ; et d) que les communautés locales y participent. De son côté, le secteur privé peut contribuer à l'amélioration de l'offre alimentaire ainsi qu'à la croissance de l'emploi et à l'augmentation des revenus. Des mesures adaptées devraient être prises pour prévenir les conflits d'intérêts.

31. Activités proposées pour les États Membres

- a) revoir les politiques nutritionnelles de manière à ce qu'elles répondent de manière exhaustive à la double charge de la malnutrition par une approche fondée sur les droits de l'homme et avec l'approbation officielle du parlement ou du gouvernement ;
- b) inclure la nutrition dans la politique globale de développement du pays, dans les documents nationaux de stratégie pour la réduction de la pauvreté et dans les stratégies sectorielles concernées ;
- c) établir des mécanismes de gouvernance intersectoriels efficaces pour mettre en œuvre aux niveaux national et local des politiques nutritionnelles contribuant à une intégration des politiques entre les secteurs ;
- d) encourager les autorités et les communautés locales à concevoir des plans pour appliquer plus largement les actions en matière de nutrition et assurer leur intégration dans les programmes communautaires existants ;
- e) nouer un dialogue avec les parties intéressées aux niveaux national et international et former des alliances et des partenariats pour développer les actions en matière de nutrition tout en établissant des mécanismes adaptés pour prévenir les conflits d'intérêts.

32. Activités proposées pour le Secrétariat

- a) aider les États Membres qui en font la demande à renforcer leurs politiques et leurs stratégies nationales en matière de nutrition, ainsi que les composantes nutritionnelles d'autres

politiques sectorielles y compris les politiques nationales de développement et les documents nationaux de stratégie pour la réduction de la pauvreté ;

b) faciliter l'accès aux normes et aux directives de politique générale, ainsi qu'aux produits de diffusion des connaissances, aux outils pertinents et aux réseaux d'experts.

33. Activités proposées pour les partenaires internationaux

a) mener au niveau mondial des actions de plaidoyer pour sensibiliser le public à la nécessité d'appliquer plus largement les actions en matière de nutrition ;

b) renforcer la coopération internationale en matière de nutrition afin d'harmoniser les normes, les politiques et les actions par le biais de mécanismes adéquats et par l'intermédiaire d'organismes intergouvernementaux tels que l'Assemblée mondiale de la Santé, le Comité de la Sécurité alimentaire mondiale et le Conseil économique et social des Nations Unies ;

c) participer à des mécanismes internationaux de coordination ou à des partenariats comme le Mouvement SUN et le Comité permanent sur la Nutrition du système des Nations Unies.

MESURE 2 : Faire figurer toutes les interventions sanitaires efficaces ayant un effet sur la nutrition dans les plans nationaux en matière de nutrition
--

34. De nombreuses interventions visant à faire évoluer les comportements, à apporter un appui sur le plan nutritionnel et à réduire l'exposition à plusieurs facteurs de risque environnementaux ont fait la preuve de leur efficacité et leur mise en œuvre au niveau national devrait être envisagée. Les tableaux 1a et 1b recensent les interventions nutritionnelles proprement dites et les interventions sanitaires ayant un impact sur la nutrition qui peuvent être mises en œuvre par le système de santé. Ces listes incluent des interventions qui peuvent être envisagées soit pour des groupes de population donnés, soit dans des circonstances particulières, y compris des situations d'urgence. Un des documents de fond établis pour la préparation du présent plan¹ contient une analyse de résultats d'enquêtes qui figurent également dans la bibliothèque électronique OMS de données pour l'action nutritionnelle (eleNA).² Conformément au processus OMS pour la formulation d'orientations, les données sont réactualisées en permanence et les lacunes de la recherche sont signalées. Ces interventions sont envisagées comme autant d'options que les pays pourraient mettre en œuvre selon leurs besoins.

35. C'est l'amélioration de la nutrition dans les premiers stades de la vie qui a les plus grands effets bénéfiques. Toutefois, il faut aussi se préoccuper d'améliorer la nutrition sur toute la durée de la vie, par des activités ciblées sur les enfants plus âgés et les adolescents en plus des nourrissons et des jeunes enfants, de manière à assurer le meilleur environnement possible pour les mères avant la conception, de réduire ainsi l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance et de rompre le cycle intergénérationnel de la malnutrition. La prise en charge de la surcharge pondérale chez l'enfant nécessite aussi de mener une action pendant toutes les années de scolarité.³

¹ *Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

² <http://www.who.int/elena/en> (consulté le 27 mars 2012).

³ *Stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population : rapport du forum et de la réunion technique de l'OMS*. Genève, 15-17 décembre 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

36. Les interventions devraient être intégrées autant que possible dans les systèmes de soins de santé existants. Elles devraient être incluses dans les programmes existants sous forme de blocs, afin d'améliorer le rapport coût/efficacité. La mise en œuvre des approches et interventions de l'OMS comme la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte et la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement joueront aussi un rôle essentiel. En outre, le renforcement des systèmes de santé est un élément central d'une stratégie nutritionnelle réussie.

37. Les blocs d'interventions peuvent être conçus en fonction des besoins des pays et du niveau d'investissement requis. Les programmes communautaires intégrant diverses interventions nutritionnelles directes dans les soins de santé primaires de façon à assurer un accès universel devraient être privilégiés en raison de leur bon rapport coût/efficacité. Un groupe d'organisations du système des Nations Unies a mis au point conjointement un outil d'estimation des coûts intitulé « United Nations Onehealth Costing Tool » – logiciel qui peut être facilement adapté à différents contextes nationaux.¹

38. Activités proposées pour les États Membres

- a) intégrer toutes les interventions nutritionnelles intéressant le pays en ce qui concerne les services de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et assurer un accès universel ;
- b) transposer dans les politiques nationales la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ainsi que les lignes directrices de l'OMS en matière de nutrition ;
- c) renforcer les systèmes de santé et promouvoir la couverture universelle et les principes des soins de santé primaires ;
- d) mettre en place des mesures législatives, réglementaires et autres mesures efficaces, ou les renforcer le cas échéant, pour contrôler la commercialisation des substituts du lait maternel afin d'assurer l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures pertinentes adoptées par l'Assemblée de la Santé ;
- e) organiser des campagnes énergiques pour promouvoir l'allaitement maternel à l'échelle locale.

39. Activités proposées pour le Secrétariat

- a) passer en revue, actualiser et développer les lignes directrices de l'OMS et les outils visant à promouvoir des actions efficaces en matière de nutrition, mettre en lumière les bonnes pratiques des mécanismes de prestation et diffuser l'information ;
- b) effectuer des analyses coût/efficacité des interventions sanitaires ayant un impact sur la nutrition ;

¹ http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/userfiles/OneHealth%20leaflet%20May2011.pdf (consulté le 27 mars 2012).

- c) fournir un appui aux États Membres qui en font la demande pour la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à améliorer les résultats en matière de nutrition ;
- d) fournir un appui aux États Membres qui en font la demande pour la mise en place de mesures législatives, réglementaires et autres mesures efficaces, ou leur renforcement et la surveillance de leur application le cas échéant, en vue de contrôler la commercialisation des substituts du lait maternel ;
- e) organiser une réunion avec les partenaires des milieux universitaires pour définir un programme de recherches prioritaires.

40. Activités proposées pour les partenaires internationaux

- a) prendre en compte les actions en matière de nutrition reconnues comme efficaces dans les plans d'aide au développement ;
- b) appuyer la composante « nutrition » des stratégies en matière de santé de la mère et de l'enfant telles que la stratégie de prise en charge intégrée de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

MESURE 3 : Favoriser les politiques et les programmes de développement autres que sanitaires qui reconnaissent l'importance de la nutrition et la prennent en compte

41. Des stratégies de développement sectorielles sensibles aux questions nutritionnelles sont nécessaires pour pouvoir réduire la double charge de la dénutrition et du surpoids ; ces stratégies devraient viser à promouvoir la demande et l'offre d'aliments plus sains et à éliminer les facteurs entravant l'accès à ces aliments et leur utilisation. De nombreux secteurs devraient être associés à cette action, mais ceux de l'agriculture, de la production et du commerce alimentaires, de la protection sociale, de l'éducation, du travail et de l'information du public sont plus spécialement concernés. Des questions transversales telles que l'égalité entre les sexes, la qualité de la gouvernance et des institutions ou encore la paix et la sécurité devraient également être prises en considération. Ces aspects pourraient être pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre comparable à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui a donné un élan substantiel à la lutte contre le tabagisme.

42. Le Comité de la Sécurité alimentaire mondiale a entrepris de préparer un cadre stratégique mondial pour la sécurité alimentaire et la nutrition. D'ici là, il est possible de tirer une série de principes généraux des cadres politiques existants, de l'expérience des pays et de l'analyse des données factuelles. Ainsi, par exemple, la malnutrition chronique a été réduite avec succès dans certains pays d'Asie du Sud-Est et d'Amérique latine grâce à l'application conjointe de politiques et de programmes visant à améliorer la sécurité alimentaire, à réduire la pauvreté et les inégalités sociales et à améliorer l'éducation des mères.

43. Sur le plan de la sécurité alimentaire, il faudrait améliorer l'accès, sur tous les marchés locaux, à des aliments d'une bonne qualité nutritionnelle¹ et d'un prix abordable tout au long de l'année, notamment en soutenant les petits agriculteurs et en favorisant la participation des femmes sans

¹ Les aliments à haute valeur nutritive et à faible concentration en nutriments sont associés à un risque accru de maladies non transmissibles.

toutefois perdre de vue l'impact négatif potentiel de la mécanisation et du développement des cultures marchandes qui induisent des déplacements de main-d'œuvre ou encore de la pression exercée sur le temps des femmes. Pour ce qui est de l'industrie alimentaire, le profil nutritionnel des aliments devrait être amélioré, notamment en ce qui concerne la teneur en micronutriments et la réduction de la teneur en sel, en sucre, en graisses saturées et en acides gras *trans*. Dans le domaine de l'éducation, une meilleure éducation des femmes et des améliorations de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement se traduisent par une meilleure alimentation des enfants.

44. Les politiques de l'emploi sont d'une importance capitale pour la sécurité alimentaire des ménages, mais l'organisation du travail devrait aussi assurer une protection adéquate de la maternité et permettre aux employés de travailler dans un meilleur environnement, notamment en les protégeant contre le tabagisme passif et en leur donnant accès à une nourriture saine. Il conviendrait également de créer, sur le lieu de travail, un environnement favorable aux mères allaitantes. La protection sociale est nécessaire pour corriger les inégalités et doit atteindre les plus vulnérables. Des allocations versées aux plus pauvres peuvent leur permettre de satisfaire leurs besoins alimentaires. Les versements d'allocations faits sous condition d'amener les enfants aux centres de santé et de les envoyer à l'école peuvent avoir un effet positif sur l'état nutritionnel des enfants, y compris une augmentation de la taille et du poids de naissance.

45. Les mesures commerciales et les taxes et subventions sont d'importants moyens de garantir l'accès à des aliments sains et de permettre des choix alimentaires appropriés. Elles peuvent être des outils puissants si elles s'accompagnent d'une information adéquate des consommateurs moyennant un étiquetage nutritionnel approprié et un marketing responsable, ainsi que d'une commercialisation à but social et de la promotion de régimes alimentaires et de modes de vie sains.

46. Le Tableau 2 donne des exemples de mesures de politique générale mettant à contribution différents secteurs concernés que l'on peut envisager d'appliquer.

47. Activités proposées pour les États Membres

- a) passer en revue les politiques sectorielles existantes dans les domaines de l'agriculture, de la protection sociale, de l'éducation, du travail et du commerce afin de déterminer leur impact sur la nutrition et inclure des indicateurs concernant la nutrition dans leurs cadres d'évaluation ;
- b) instaurer un dialogue entre le secteur de la santé et les autres secteurs gouvernementaux afin d'étudier des mesures de politique générale propres à améliorer l'état nutritionnel de la population et de s'attaquer aux conflits éventuels entre les politiques sectorielles actuelles et les politiques de santé visant à améliorer la nutrition ;
- c) mettre en œuvre les recommandations relatives à la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants (résolution WHA63.14).

48. Activités proposées pour le Secrétariat

- a) élaborer des directives méthodologiques pour l'analyse des effets des politiques sectorielles sur la santé et la nutrition, y compris l'impact sur différents groupes socio-économiques et autres groupes vulnérables (par exemple les populations autochtones) ;
- b) recenser et diffuser des exemples de bonnes pratiques concernant les mesures de politique sectorielle qui se traduisent par une meilleure nutrition.

49. Activités proposées pour les partenaires internationaux

- a) entreprendre des consultations pour analyser les incidences sur la santé et la nutrition des politiques existantes dans les domaines du commerce, de l'agriculture, du travail, de l'éducation et de la protection sociale en vue de recenser et de décrire les options politiques pouvant donner de meilleurs résultats sur le plan nutritionnel ;
- b) analyser les données relatives à l'efficacité des interventions destinées à améliorer la sécurité alimentaire, la protection sociale et l'éducation dans les pays à faible revenu.

MESURE 4 : Fournir des ressources humaines et financières suffisantes pour la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles

50. Des capacités techniques et gestionnaires sont nécessaires pour mettre pleinement en œuvre les programmes nutritionnels et pour concevoir et appliquer des politiques multisectorielles. Le développement des capacités devrait faire partie intégrante des plans visant à élargir les interventions nutritionnelles. Le manque de ressources humaines limite l'intensification des actions en matière de nutrition, et le nombre d'agents de santé primaires par rapport à la population est un déterminant majeur de l'efficacité des programmes. Un renforcement des capacités en matière de nutrition est nécessaire tant dans le secteur de la santé à tous les niveaux que dans les autres secteurs.

51. Davantage de ressources financières sont nécessaires si l'on veut accroître la couverture des interventions nutritionnelles. Actuellement, les programmes de nutrition reçoivent moins de 1 % de l'aide totale au développement. La Banque mondiale a calculé qu'il faudrait US \$10,5 milliards par an pour mettre en œuvre à l'échelle nationale des interventions nutritionnelles prioritaires dans les pays les plus affectés par la dénutrition des mères et des enfants.¹ En outre, il est essentiel de disposer de ressources prévisibles pour pouvoir maintenir durablement l'exécution des programmes à un niveau plus élevé.

52. Les gouvernements et les donateurs doivent faire des efforts conjoints. Un surcroît de ressources peut être mobilisé grâce à des mécanismes de financement novateurs, comme ceux examinés dans le contexte de la santé de la mère et de l'enfant.

53. Les gouvernements doivent établir des postes budgétaires pour leurs programmes de nutrition et fixer des objectifs financiers pour ces programmes. Les droits d'accise (par exemple sur le tabac et l'alcool) peuvent être utilisés pour établir des fonds nationaux permettant d'appliquer plus largement les interventions nutritionnelles.

54. Au plan international, les mécanismes suivants ont été envisagés pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant : un système international de financement ; des engagements d'achat à terme pour financer la recherche-développement ; l'affectation d'une part du produit de la TVA sur les biens et services au développement ; et des contributions volontaires de solidarité perçues sur les ventes de billets d'avion électroniques et les contrats de téléphones mobiles. Un système de financement fondé sur les résultats en tant qu'incitation à atteindre les cibles fixées a aussi été envisagé par les donateurs.

¹ Horton S, et al. *Scaling up nutrition. What will it cost?* Washington, DC, The World Bank, 2010.

55. Du côté des dépenses, il faut rechercher une plus grande efficacité dans le financement des programmes, y compris en veillant à ce que les investissements des donateurs soient davantage alignés sur les priorités nationales et en adoptant des mesures destinées à réduire le coût des suppléments de micronutriments et des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, par exemple par une baisse des redevances de brevet.

56. Des contrôles financiers et une transparence dans l'utilisation des ressources seront nécessaires pour responsabiliser davantage les acteurs et accroître l'efficacité.

57. Activités proposées pour les États Membres

- a) déterminer les capacités nécessaires en les localisant géographiquement et prévoir un développement des capacités dans les plans visant à élargir les interventions nutritionnelles ;
- b) adopter une approche globale pour le renforcement des capacités en prévoyant à la fois un accroissement des effectifs et un développement des structures d'encadrement, un renforcement des établissements universitaires, un développement organisationnel et la création de partenariats ;
- c) estimer le coût des projets d'expansion et chiffrer les résultats escomptés, en calculant notamment la part à affecter au développement des capacités et au renforcement de la prestation des services ;
- d) fournir un soutien aux communautés locales pour la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles au niveau communautaire ;
- e) établir des postes budgétaires et des objectifs financiers au niveau national pour la nutrition ;
- f) affecter les fonds provenant des droits d'accise à des interventions nutritionnelles.

58. Activités proposées pour le Secrétariat

- a) appuyer le développement des effectifs ainsi que le renforcement des structures d'encadrement et des capacités techniques et gestionnaires en matière de nutrition dans les États Membres en organisant des ateliers et un enseignement à distance, en créant des réseaux d'échange de bonnes pratiques et en fournissant du matériel didactique ;
- b) mettre à disposition des outils perfectionnés pour le renforcement des capacités, et appuyer les efforts des États Membres dans ce domaine ;
- c) fournir des outils d'estimation des coûts pour les interventions nutritionnelles.

59. Activités proposées pour les partenaires internationaux

- a) suivre les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et le Programme d'action d'Accra, et aligner le soutien des donateurs au niveau des pays ;
- b) définir des normes internationales de compétence pour les personnels de santé publique spécialisés en nutrition qui distinguent trois niveaux différents pour ces personnels (agents de

terrain, personnels d'encadrement et spécialistes) et qui tiennent compte des différents contextes tant pour ce qui est des politiques (à savoir les capacités pour l'action intersectorielle) que de la pratique (à savoir la double charge de la malnutrition), et appuyer une révision des programmes de formation préalable à l'emploi et en cours d'emploi des agents de santé de tous niveaux ;

c) établir des partenariats universitaires pour apporter un soutien institutionnel au renforcement des capacités dans les États Membres ;

d) étudier des outils de financement innovants pour financer le développement des programmes nutritionnels.

MESURE 5 : Suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques et des programmes

60. Un cadre bien conçu de suivi est nécessaire pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du plan d'application exhaustif. Ce cadre doit viser à responsabiliser les acteurs en ce qui concerne les actions menées, l'emploi des ressources et les résultats. Le Tableau 3 propose une liste d'indicateurs pour les moyens déployés (cadres politique et législatif et ressources humaines), pour les produits et résultats (mise en œuvre des programmes de nutrition et sécurité alimentaire) et pour l'impact (état nutritionnel et mortalité).

61. La série d'indicateurs proposée doit être adaptée au contexte et aux priorités de chaque pays, mais sera conservée aux fins de l'évaluation à l'échelle mondiale. L'inclusion d'indicateurs additionnels devrait être envisagée pour suivre les progrès accomplis dans l'action intersectorielle.

62. Des systèmes de surveillance devraient être mis en place pour assurer une remontée régulière de l'information jusqu'aux décideurs politiques. La périodicité des rapports devrait être fonction des priorités nationales tout en tenant compte des prescriptions des organes directeurs.¹

63. Activités proposées pour les États Membres

a) élaborer des systèmes de surveillance, ou les renforcer, pour recueillir des données sur certains indicateurs concernant les moyens déployés, les produits/résultats et l'impact des activités ;

b) appliquer les normes de croissance de l'enfant de l'OMS pour suivre les tendances individuelles de croissance et le niveau des populations concernées par le retard de croissance, l'émaciation et le surpoids ;

c) veiller à ce que les chiffres obtenus pour les indicateurs nutritionnels soient dûment rapportés dans le cadre du processus d'examen annuel recommandé par la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant dans les pays qui ont les plus faibles revenus et la plus forte charge de mortalité de la mère et de l'enfant, et à ce que les différentiels sociaux soient correctement mis en évidence.

¹ Les rapports sur la mise en œuvre du plan pourraient être combinés avec les rapports biennaux présentés à l'Assemblée de la Santé en application de l'article 11.7 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, adopté par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA34.22.

64. Activités proposées pour le Secrétariat

- a) fournir un appui méthodologique pour la collecte de certains indicateurs concernant les moyens déployés, les produits/résultats et l'impact, y compris en ce qui concerne les protocoles et la conception des systèmes de surveillance ;
- b) établir une base de données pour certains indicateurs concernant les moyens déployés, les produits/résultats et l'impact ;
- c) rendre compte des progrès accomplis à l'échelle mondiale dans l'élaboration, le renforcement et la mise en œuvre de plans, de politiques et de programmes nationaux en matière de nutrition ;
- d) aider les États Membres à appliquer les normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

65. Activités proposées pour les partenaires internationaux

- a) adopter l'ensemble d'indicateurs proposé comme outil pour suivre la mise en œuvre des activités de développement ;
- b) appuyer la collecte et l'échange d'informations entre les organisations en vue d'assurer une couverture mondiale des bases de données concernant les indicateurs de moyens, de produits/résultats et d'impact.

Tableau 1a. Interventions nutritionnelles directes dont on pourrait élargir la mise en œuvre dans le cadre du système de santé¹

Toutes les femmes en âge de procréer	Certaines femmes dans des circonstances spéciales	Tous les enfants âgés de 0 à 24 mois	Certains enfants dans des circonstances spéciales
Supplémentation en fer et en acide folique <ul style="list-style-type: none"> – quotidienne pour les femmes enceintes – intermittente pour les femmes enceintes non anémiques – intermittente pour les femmes menstruées vivant dans des environnements où l'anémie constitue un problème de santé publique 	Prise en charge appropriée des femmes ayant un faible indice de masse corporelle	Conseils et soutien pour un allaitement au sein optimal (démarrage précoce de l'allaitement, allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois et poursuite de l'allaitement pendant deux ans ou plus)	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère par des interventions communautaires et dans les établissements de soins
Conseils nutritionnels s'appuyant sur des directives diététiques	Prise en charge nutritionnelle et soutien des femmes enceintes et allaitantes infectées par le VIH	Conseils et soutien pour la mise en place d'une alimentation complémentaire appropriée	Traitement de la malnutrition aiguë modérée
Supplémentation en calcium pour la prévention et la prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie	Soins et soutien nutritionnels dans les situations d'urgence <ul style="list-style-type: none"> – supplémentation en micronutriments multiples pour les femmes enceintes 	Mise en œuvre de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés »	Soins et soutien nutritionnels pour les enfants VIH-positifs
	Supplémentation en iode (s'il n'y a pas de sel iodé à disposition)	Application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé postérieures à la résolution WHA34.22	Soins et soutien dans les situations d'urgence
		Supplémentation en vitamine A pour les enfants âgés de six mois à cinq ans dans les populations carencées en vitamine A	Conseils et soutien nutritionnels pour l'alimentation appropriée des nourrissons dans le contexte des infections à VIH

¹ En fonction des besoins du pays.

Toutes les femmes en âge de procréer	Certaines femmes dans des circonstances spéciales	Tous les enfants âgés de 0 à 24 mois	Certains enfants dans des circonstances spéciales
		Supplémentation en fer pour les enfants âgés de moins de cinq ans	Conseils et soutien pour l'alimentation appropriée des enfants ayant un faible poids de naissance
		Supplémentation en zinc pour la prise en charge des diarrhées	
		Conseils nutritionnels pour la prise en charge adéquate des enfants malades	
		Enrichissement à domicile des aliments destinés aux jeunes enfants	
		Administration de vitamine A dans le cadre du traitement des pneumonies liées à la rougeole chez les enfants de plus de six mois	

Tableau 1b. Interventions sanitaires ayant un impact sur la nutrition dont on pourrait élargir la mise en œuvre dans le cadre du système de santé

Femmes en âge de procréer	Enfants âgés de 0 à 24 mois
Prévention de la grossesse chez les adolescentes	Clampage du cordon en temps voulu après la naissance
Espacement des naissances	Administration d'un traitement vermifuge aux enfants
Traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes dans les zones à forte transmission de la maladie	Fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide
Fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide	Traitement préventif intermittent du paludisme chez les nourrissons dans les zones de forte transmission de la maladie d'Afrique subsaharienne où la résistance des plasmodies à la sulfadoxine-pyriméthamine n'est pas élevée
Prévention de l'exposition au tabagisme passif et cessation de l'usage direct du tabac et de la consommation d'alcool et de drogues par les femmes enceintes	Lavage des mains au savon et autres mesures d'hygiène
Réduction de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations	
Lutte contre les risques professionnels pendant la grossesse	
Lutte contre les infections génito-urinaires pendant la grossesse	
Administration d'un traitement vermifuge aux femmes enceintes	

Tableau 2. Interventions autres que sanitaires ayant un impact sur la nutrition

Secteur	Intervention
Agriculture	Activités agricoles génératrices d'emploi Agriculture à petite échelle Production d'aliments riches en nutriments et de denrées constituant l'alimentation de base des plus pauvres ¹ Jardins familiaux et production de fruits et de légumes à grande échelle Développement de variétés cultivables riches en micronutriments (par exemple patates douces à chair orange) Diversification de la production alimentaire et amélioration du stockage et de la transformation des aliments Inclusion de conseils nutritionnels dans les programmes de vulgarisation agricole Promotion du rôle des femmes dans l'agriculture
Industrie alimentaire	Production locale d'aliments enrichis, y compris de farine enrichie, d'huile, de sel, de sucre, de sauce de soja et de poisson enrichis, et de mélanges d'aliments enrichis Production locale d'aliments de complément de qualité nutritionnelle élevée, des dispositions étant prises pour s'assurer que toutes les franges de la population y ont accès Enrichissement en micronutriments des aliments de complément Iodation du sel Amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments (réduction de la teneur en sel, en graisses et en sucres, et élimination des acides gras <i>trans</i>)
Alimentation en eau et assainissement	Amélioration de l'alimentation en eau Amélioration de l'assainissement
Éducation	Éducation primaire et secondaire des femmes Fourniture d'aliments sains dans les écoles et les jardins d'enfants Éducation nutritionnelle et éducation physique à l'école
Politiques du travail	Soutien aux politiques de l'emploi Alimentation saine sur le lieu de travail Protection de la maternité sur le lieu de travail (par l'adoption et l'application de la Convention de l'OIT sur la protection de la maternité, 2000 (N° 183) et de la recommandation pertinente (N° 191)) Lieux de travail sans tabac
Protection sociale	Versement d'allocations sous conditions Versement d'allocations sans conditions Soutien aux groupes socialement défavorisés pour leur permettre d'avoir accès à des aliments sains

¹ *Rapport sur le développement dans le monde 2008 : l'agriculture au service du développement*. Washington, DC, Banque mondiale, 2008. Spielman DJ, Pandya-Lorch R. Millions fed: proven successes in agricultural development. Washington, DC, International Food Policy Research Institute, 2009. La production agricole contribue à la sécurité alimentaire et donc indirectement à la lutte contre la dénutrition à la fois en augmentant l'offre alimentaire et en améliorant le niveau de vie et de revenu des plus pauvres, accroissant ainsi leur capacité de nourrir leur famille.

Secteur	Intervention
Urbanisme	Environnements bâtis sains
Commerce	Mesures de réglementation des prix des denrées alimentaires Subventions agricoles Offre alimentaire dans les établissements publics et les circuits de distribution privés Systèmes d'étiquetage des aliments Réglementation de la publicité pour les aliments et boissons s'adressant spécialement aux enfants Application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
Finances	Utilisation des droits d'accise sur le tabac et l'alcool pour financer l'extension des programmes nutritionnels
Mobilisation sociale	Commercialisation à but social pour la promotion de l'allaitement au sein, de l'utilisation d'aliments enrichis, d'un régime alimentaire sain et de l'activité physique

Tableau 3. Indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'application exhaustif

Moyens déployés	Produits/résultats	Impact
Politiques et stratégies existantes en matière de nutrition : score de la gouvernance	Proportion d'enfants de moins de six mois exclusivement allaités au sein	Incidence du faible poids de naissance
Ressources humaines : proportion d'agents de santé communautaires dans la population	Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu deux doses de suppléments en vitamine A ¹	Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance
Cadres juridiques : adoption et application effective du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	Proportion de ménages consommant du sel iodé	Proportion d'enfants de moins de cinq ans émaciés
	Proportion de la population disposant d'un accès durable à une source d'eau améliorée	Proportion de femmes très minces ² en âge de procréer
	Consommation alimentaire individuelle	Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant un taux d'hémoglobine <11 g/dl
	Proportion d'enfants recevant une ration alimentaire minimale acceptable entre 6 et 23 mois	Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) ayant un taux d'hémoglobine <12 g/dl
	Proportion d'enfants (de 0 à 59 mois) diarrhéiques ayant bénéficié d'une thérapie par réhydratation orale ou de l'administration thérapeutique de zinc	Concentration urinaire médiane d'iode (µg/l) chez les enfants âgés de 6 à 12 ans
	Proportion de femmes enceintes recevant une supplémentation en fer et en acide folique	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)
		Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)
		Taux de mortalité des moins de cinq ans (décès/10 000/jour)

¹ Enfants de 6 à 59 mois dans les zones où la carence en vitamine A est un problème de santé publique.

² Femmes ayant un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 kg/m².