



Nutrition

La nutrition chez la femme pendant la période préconceptionnelle, la grossesse et l'allaitement

Rapport du Secrétariat

1. À sa cent trentième session en janvier 2012, le Conseil exécutif a pris note d'une précédente version du présent rapport¹ avant d'adopter la décision EB130(2).²
2. Le présent rapport complète celui sur un projet de plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, qui est soumis séparément à l'Assemblée mondiale de la Santé.³
3. Il convient d'adopter une perspective portant sur toute la durée de la vie et de reconnaître combien une nutrition optimale est importante avant que les femmes ne tombent enceintes, pour réduire le plus possible les risques liés à la malnutrition. Un bon état nutritionnel des femmes pendant toute leur existence limitera à long terme les cas de retard de croissance intra-utérine, de déficit pondéral et de retard de croissance de l'enfant. Pour être efficaces, les interventions visant à éviter un faible poids de naissance doivent être axées sur une nutrition adéquate tout au long de la vie féconde des femmes, mais commencer par une bonne nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, puis chez l'enfant et l'adolescent. Il faut rompre le cycle intergénérationnel de la malnutrition pour éliminer le retard de croissance.

NUTRITION CHEZ LA FEMME AVANT LA CONCEPTION

4. On estime qu'environ 468 millions de femmes âgées de 15 à 49 ans (30 % de la population féminine totale)⁴ sont anémiques, dont au moins la moitié du fait d'une carence en fer. C'est en Afrique que la proportion de femmes anémiques est la plus grande (entre 48 % et 57 %) et en Asie du Sud-Est qu'elles sont les plus nombreuses (182 millions de femmes en âge de procréer et 18 millions de femmes enceintes). La prévalence de l'anémie est parfois plus élevée encore chez les adolescentes

¹ Voir les documents EB130/11 et EB130/2012/REC/2, procès-verbal de la deuxième séance.

² Voir le document EB130/2012/REC/1 pour le texte de la décision et pour les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette décision pour le Secrétariat.

³ Document A65/11.

⁴ De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M (eds). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

(15-19 ans) et dépasse 60 % au Ghana, au Mali et au Sénégal.¹ Il faut combattre l'anémie et la carence en fer, qui sont associées à une capacité physique réduite et à une plus grande sensibilité aux infections, avant que les femmes ne tombent enceintes si l'on veut réduire les risques de problèmes de santé chez la mère et de faible poids de naissance chez l'enfant.

5. Les carences en iode et en acide folique durant la période périconceptionnelle (trois mois avant et après la conception) entraînent une plus forte prévalence des malformations congénitales et du retard mental. On cerne mal l'ampleur de la carence en folate dans le monde : peu de pays ont enquêté sur ce problème dans au moins un groupe de population au niveau national et la plupart des enquêtes nationales ont été effectuées dans les Amériques et en Europe. On recense chaque année dans le monde des malformations du tube neural chez environ 300 000 embryons ; un apport suffisant en acide folique avant et au début de la grossesse permettrait de diminuer l'incidence de ces malformations de 50 % à 70 %.

6. Un faible indice de masse corporelle ($<18,5 \text{ kg/m}^2$) et/ou une petite taille ($<145 \text{ cm}$) sont courants chez les femmes des pays à faible revenu. La petite taille est la plus fréquente en Asie du Sud et du Sud-Est, suivie de l'Afrique subsaharienne, sa prévalence étant « critique » ($\geq 40 \%$) en Érythrée et au Bangladesh et « préoccupante » (entre 20 % et 39 %) au Cambodge, en Éthiopie, en Inde, à Madagascar, au Mali, au Népal, au Tchad et au Yémen ; dans la plupart des autres pays, la prévalence est comprise entre 10 % et 19 %. Plus de 10 % des femmes sont de taille inférieure à 145 cm au Bangladesh, en Inde et au Népal (Asie du Sud et du Sud-Est) et en Bolivie (État plurinational de), au Guatemala et au Pérou (Amérique latine et Caraïbes). Une petite taille et un faible indice de masse corporelle ont chacun des effets néfastes sur l'issue de la grossesse : pour la première, un risque accru de complications de la grossesse, l'impératif d'un accouchement assisté et un faible poids de naissance ; pour le second, un développement physique insuffisant du fœtus. Les enfants de faible poids de naissance risquent davantage de mourir pendant la période néonatale et de développer à l'âge adulte des maladies non transmissibles comme le diabète de type 2 et les cardiopathies.

7. À l'inverse, on estime que 35 % des femmes adultes dans le monde sont en surpoids (indice de masse corporelle $\geq 25 \text{ kg/m}^2$), dont un tiers (297 millions) sont obèses (indice de masse corporelle $\geq 30 \text{ kg/m}^2$). Dans la Région européenne, la Région de la Méditerranée orientale et la Région des Amériques, la proportion dépasse 50 %.² L'indice de masse corporelle moyen a augmenté ces 20 dernières années, entraînant des effets métaboliques néfastes sur la tension artérielle, les taux de cholestérol et de triglycérides et l'insulino-résistance qui accroissent le risque de cardiopathie coronarienne, d'accident ischémique, de diabète de type 2 et de syndrome des ovaires polykystiques. À l'échelle mondiale, 44 % de la charge de morbidité due au diabète, 23 % de celle due aux cardiopathies ischémiques et 7 % à 41 % de certains cancers, en particulier le cancer du sein, peuvent être imputés au surpoids et à l'obésité. Le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquent chez les femmes, à la fois dans les pays à haut revenu et dans les pays à bas revenu.

8. De plus en plus de femmes commencent une grossesse avec un indice de masse corporelle $>30 \text{ kg/m}^2$ qui conduit à un risque accru de complications pendant la grossesse et l'accouchement. Les enfants qu'elles mettent au monde tendent à être plus gros et risquent davantage de devenir obèses et de développer un diabète de type 2 pendant l'enfance et l'adolescence. Ces femmes ont également tendance à perdre moins de poids après la naissance.

¹ *La situation des enfants dans le monde 2011 – L'adolescence : l'âge de tous les possibles*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2011.

² *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. (Résumé d'orientation en français)

9. Chez les adolescentes enceintes, la croissance de la mère fait concurrence à celle du fœtus et, à la naissance, l'enfant pèse en moyenne 200 g de moins que les enfants de mères plus âgées. Les grossesses précoces représentent jusqu'à 40 % des premières grossesses dans la plupart des pays où le taux de dénutrition des mères et des enfants est élevé. Une grossesse peut imposer une charge métabolique supplémentaire aux adolescentes obèses.

NUTRITION CHEZ LA FEMME PENDANT LA GROSSESSE

10. Un bon état nutritionnel est indispensable pour que la grossesse ait une issue favorable. Les femmes dont l'état nutritionnel est médiocre au moment de la conception sont plus exposées au risque de maladie et de décès ; leur santé dépend beaucoup de l'offre alimentaire, car elles risquent de ne pas pouvoir répondre au besoin accru en micronutriments que la grossesse entraîne en situation d'insécurité alimentaire. Chez ces femmes, les infections comme le paludisme, l'infection à VIH et les parasitoses gastro-intestinales peuvent aggraver la dénutrition.

11. Beaucoup de femmes présentent une carence en micronutriments (fer et vitamine A, par exemple) ; on estime que près de la moitié de toutes les femmes enceintes dans le monde souffrent d'anémie, et 9,8 millions de femmes enceintes sont atteintes de cécité nocturne. D'après les estimations, 19,1 millions de femmes enceintes (la proportion atteint un maximum en Afrique et en Asie du Sud-Est) ont un faible taux de rétinol sérique. Les carences maternelles en micronutriments peuvent diminuer le poids de naissance et compromettre le développement et la survie de l'enfant : la carence maternelle en iode est associée à des malformations congénitales et à un retard mental chez l'enfant, et, en Inde, un lien a été établi entre la carence en vitamine B12 et un accroissement du risque de diabète. Un apport insuffisant de certains acides gras tels que l'acide docosahexaénoïque peut aussi freiner le développement de l'enfant.

12. Le risque de complications de la grossesse telles que malformations congénitales ou pré-éclampsie est plus important chez les femmes obèses. Elles ont une glycémie plasmatique plus élevée que les femmes ayant un indice de masse corporelle normal, et le taux d'insuline du fœtus est lui aussi plus élevé. On observe souvent chez elles une prise de poids excessive pendant la grossesse.

13. La nutrition maternelle est un déterminant fondamental de la croissance fœtale, du poids de naissance et de la morbidité infantile ; une mauvaise nutrition entraîne souvent pour le fœtus des conséquences à long terme irréversibles.

NUTRITION DE LA FEMME ALLAITANTE

14. La quantité de lait maternel qu'une femme produit et la qualité de son lait ne dépendent pas de son poids, de sa taille ou de son état nutritionnel, même si les femmes obèses ont parfois plus de mal à allaiter. L'apport de macronutriments n'a pas d'influence sur la composition du lait, mais l'apport maternel d'acides gras a une incidence sur la teneur du lait maternel en acides gras. La teneur du lait maternel en calcium, phosphore, magnésium, sodium et potassium n'est pas déterminée par le régime alimentaire de la mère, mais la teneur en plusieurs vitamines (A, D, thiamine, riboflavine, pyridoxine et cobalamine), en iode et en sélénium est liée à l'état nutritionnel de la mère et à son apport alimentaire. Le lait maternel doit contenir suffisamment d'iode pour que le nouveau-né puisse constituer des réserves optimales d'hormones thyroïdiennes et pour éviter un retard du développement neurologique chez les nouveau-nés nourris au sein. La consommation d'alcool peut diminuer la production de lait.

INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES VISANT LES FEMMES AVANT LA CONCEPTION ET PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

15. Malgré les progrès considérables accomplis depuis plusieurs dizaines d'années, les sociétés ne parviennent toujours pas à répondre aux besoins nutritionnels et autres besoins sanitaires essentiels des femmes, en particulier à l'adolescence. On peut mettre en place des interventions à différents niveaux pour prévenir et combattre la double charge de la malnutrition : des interventions nutritionnelles directes ainsi que des mesures sanitaires et autres ayant un impact sur la nutrition. Le Tableau 1a du projet de plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant recense les interventions efficaces s'appliquant à toutes les femmes et aux femmes vivant dans des circonstances spéciales.¹

16. Il existe plusieurs interventions sanitaires spécifiques ayant des effets sur l'état nutritionnel des femmes, notamment l'espacement des grossesses, la prévention et le traitement des maladies transmissibles et non transmissibles – distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, vaccination (par exemple contre la rubéole et l'hépatite B), administration de vermifuges, lavage des mains, promotion de la santé ou encore traitement de la dépression.

17. Pour améliorer la nutrition chez les femmes, il faut aussi intervenir dans des secteurs autres que celui de la santé. Les interventions socio-économiques comprennent l'éducation universelle des femmes, le traitement préférentiel des groupes minoritaires, la redistribution des ressources (par un système de protection sociale ou d'allocations) et le microcrédit pour les femmes. Dans le domaine de l'agriculture, les mesures englobent l'amélioration de la qualité nutritionnelle des cultures, les investissements en faveur des petits exploitants et le développement de technologies qui augmentent la productivité tout en permettant aux femmes de consacrer du temps à l'éducation de leurs enfants. Afin de réduire les risques environnementaux, on peut recourir à des interventions comme l'assainissement et l'approvisionnement en eau propre, l'élimination des vecteurs et l'amélioration des conditions de logement pour éviter le surpeuplement et lutter contre la pollution à l'intérieur des habitations. Les lois de protection de la maternité telles que la Convention de l'OIT sur la protection de la maternité doivent être appliquées.² Au nombre des interventions propres à réduire les inégalités d'apport en micronutriments figurent l'adoption d'une législation sur l'enrichissement des aliments, l'exploitation maximale des contacts avec le système de santé (par exemple fourniture de suppléments alimentaires à l'occasion des vaccinations), le travail de pédagogie au sujet de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'autonomisation des femmes, les allocations permettant d'offrir un meilleur régime alimentaire aux enfants et la formation du personnel au conseil en matière de diététique. De nombreux partenaires doivent participer à la mise en œuvre de ces programmes et politiques, notamment les institutions gouvernementales, la société civile et les organisations non gouvernementales.

18. Dans les pays touchés par des catastrophes et des crises, les femmes souffrent souvent déjà de sous-alimentation chronique. L'accès aux denrées alimentaires et le maintien d'un bon état nutritionnel sont cruciaux pour la survie des femmes en cas de catastrophe. Ce sont souvent elles qui programment et préparent les repas dans leur foyer. Après une catastrophe, les moyens d'assurer la subsistance du ménage peuvent changer. Il est indispensable de reconnaître l'importance des rôles joués dans la nutrition au sein de la famille pour améliorer la sécurité alimentaire au niveau des ménages.

¹ Document A65/11.

² Convention de l'OIT sur la protection de la maternité, 2000 (N° 183) et recommandation (N° 191).

19. Il importe également de tenir compte des besoins nutritionnels particuliers des femmes enceintes et allaitantes pour concevoir des mesures alimentaires appropriées, et une meilleure préparation serait propice à une plus grande sécurité alimentaire et à une action plus efficace en matière de nutrition quand une catastrophe se produit. L'état de préparation dépend des capacités des gouvernements, des organismes humanitaires, des organisations de la société civile locales, des communautés et des individus, des relations que tous entretiennent, de leur savoir et de leur aptitude à anticiper les risques probables, imminents ou actuels et à y faire face. La préparation comprend la planification des interventions d'urgence, la constitution de stocks de matériel et de fournitures, les services d'urgence et les dispositifs d'alerte, les communications, la gestion et la coordination de l'information, la formation du personnel et la planification au niveau communautaire.

ORIENTATIONS FUTURES

20. Pour améliorer l'état de santé et l'état nutritionnel des femmes avant la conception et pendant la grossesse et l'allaitement, il faut prendre une série de mesures destinées à améliorer la qualité et à étendre la couverture des services, informer sur les affections liées à la nutrition et, en s'appuyant sur des données factuelles, formuler des recommandations pour la mise en place de politiques et de programmes. Le projet de plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant suggère des mesures,¹ mais d'autres activités pourraient améliorer la nutrition chez les femmes. Notamment, les États Membres pourraient envisager d'appliquer plus largement les interventions éprouvées dans les secteurs de la santé, de l'agriculture, de la protection sociale, de l'éducation et de l'environnement, à savoir améliorer la qualité et étendre la couverture des services de soins prénatals et postnatals ; rendre les soins prénatals plus accessibles aux femmes défavorisées sur le plan socio-économique et aux autres groupes défavorisés ; surveiller le faible poids de naissance, la dénutrition et l'obésité maternelles, la prise de poids chez les femmes enceintes obèses et les femmes VIH-positives, la carence maternelle en fer et en folate ; mettre au point et diffuser des directives diététiques à l'intention des femmes enceintes ; faire en sorte qu'il soit possible, sur les plans matériel et financier, d'adopter un régime alimentaire sain et de faire de l'exercice physique ; apporter un soutien nutritionnel aux femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ; lancer des campagnes de commercialisation à but social pour plaider en faveur d'une nutrition saine pendant la période préconceptionnelle et à l'adolescence ; entreprendre des programmes éducatifs et des campagnes de sensibilisation pour éviter les grossesses précoces ; et prévoir des dispositions spéciales pour les femmes dans les plans de préparation aux situations d'urgence.

21. En outre, il est proposé que le Secrétariat :

- étende la base de connaissances, publie des recommandations au sujet des interventions sanitaires et nutritionnelles propres à améliorer le statut nutritionnel des femmes et diffuse ces recommandations par l'intermédiaire de la bibliothèque électronique OMS de données pour l'action nutritionnelle et de la *Bibliothèque de santé génésique de l'OMS* ;
- élabore un modèle de directives diététiques pour les femmes enceintes ;

¹ Voir le document A65/11, Tableaux 1a et 1b.

- intègre les interventions sanitaires et nutritionnelles éprouvées qui ont un impact sur la nutrition dans la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement et dans les soins avant la conception ;
- élabore des recommandations sur la prise de poids optimale pendant la grossesse, des indicateurs et des seuils pour la carence en folate.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

22. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =