



Nutrition du nourrisson et du jeune enfant

Rapport du Directeur général

1. Dans le monde, plus d'un tiers des enfants de moins de cinq ans sont malnutris – c'est-à-dire atteints de retard de croissance, d'émaciation ou de carence en iode, en vitamine A ou en fer. Ces formes de malnutrition, souvent irréversibles et potentiellement mortelles, sont profondément ancrées dans la pauvreté et le sous-développement au point de compromettre le développement durable des populations concernées. Le présent rapport met l'accent sur l'amélioration de l'état nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant, notamment par une alimentation appropriée.¹

2. **La malnutrition protéino-énergétique.** La prévalence de la malnutrition protéino-énergétique, reflétée par le taux de retard de croissance et d'insuffisance pondérale, continue à diminuer lentement. Mais plus d'un quart des enfants de la planète sont encore malnutris – 26,7 % (150 millions) présentant un poids insuffisant et 32,5 % (182 millions) un retard de croissance – dont 70 % vivent en Asie, 26 % en Afrique et 4 % en Amérique latine. La situation dans certaines parties de l'Afrique est particulièrement préoccupante, car le nombre des enfants malnutris augmente à la suite de catastrophes écologiques, de guerres, de troubles ou de déplacements massifs de populations.

3. Dans la plupart des cas, la malnutrition trouve son origine dans une situation de pauvreté caractérisée par un approvisionnement alimentaire insuffisant et irrégulier, des pratiques et des soins inappropriés en matière d'alimentation, des situations d'urgence nutritionnelle, des infections et des infestations généralisées, sans compter le manque de services de santé. La malnutrition maternelle reste un facteur majeur pour les 30 millions d'enfants nés chaque année avec un retard de croissance intra-utérin qui provoque un retard de croissance physique, mental et intellectuel et un risque accru de maladies infectieuses et de décès. Près de la moitié (49 %) des 10,7 millions de décès annuels d'enfants d'âge préscolaire dans les pays en développement sont imputables à la malnutrition.

4. L'OMS aide les pays à évaluer, surveiller, prévenir et prendre en charge la malnutrition protéino-énergétique. La base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition de l'enfant couvre 95 % des enfants de moins de cinq ans dans le monde.² Un manuel publié récemment concerne l'évaluation, la prise en charge et la réadaptation de l'enfant gravement malnutri, et offre une base pour la mise au point de

¹ Ce rapport est soumis conformément aux résolutions WHA33.32 et WHA49.15 et à l'article 11.7 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Pour un résumé complet de la malnutrition dans le monde et l'action de l'OMS pour y faire face, voir : *Nutrition for health and development: progress and prospects on the eve of the 21st century [progress report – June 1999]* (document WHO/NHD/99.9 (anglais seulement)).

² Désormais accessible sur le site Web de l'OMS : <http://www.who.int/nutgrowthdb>.

principes directeurs simplifiés et de matériels de formation destinés à différentes situations, par exemple dans le contexte de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.¹ En attendant, l'étude multicentrique visant à déterminer une nouvelle référence internationale de croissance est bien avancée dans six pays (voir annexe).

5. **Politiques et programmes nationaux de nutrition.** Les deux grandes conférences mondiales sur la nutrition des années 90 reconnaissent l'importance de politiques et de plans plurisectoriels de nutrition pour atteindre une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable et réduire la plupart des formes de malnutrition.² La collaboration étroite entre la FAO et l'UNICEF et les programmes régionaux de nutrition énergiques de l'OMS ont contribué à mettre en place ou à renforcer des plans et des politiques nationaux de nutrition en harmonie avec les objectifs de la Déclaration mondiale et le plan d'action pour la nutrition. Jusqu'ici, 152 Etats Membres (80 %) ont mis au point leurs plans et politiques de nutrition et 19 autres (10 %) sont en train de le faire. En 1999, en collaboration avec la FAO et l'UNICEF, les programmes nationaux de nutrition ont été examinés et des stratégies régionales élaborées pour l'Asie du Sud-Est, l'Europe et le Pacifique occidental. Des exercices analogues sont prévus en l'an 2000 en Afrique et dans les Amériques. L'OMS entreprend également une étude multipays visant à définir les questions critiques de sécurité alimentaire et nutritionnelle dans le contexte du renforcement des politiques et programmes nationaux de nutrition.³

6. **Autres formes majeures de malnutrition de l'enfant.** Quelque 740 millions de personnes – enfants et adultes – dans 130 pays sont victimes de **troubles dus à une carence en iode**, qui restent la principale cause distincte de lésions cérébrales évitables du fœtus, du nourrisson et du jeune enfant. Des progrès remarquables ont néanmoins été réalisés, comme l'a constaté l'Assemblée de la Santé en 1999.⁴ La **carence en vitamine A** touche 100 à 140 millions d'enfants de 118 pays, principalement d'Afrique et d'Asie du Sud-Est, provoquant la cécité et un risque accru d'infections et de décès. Les stratégies de prévention et de lutte qui ont fait leurs preuves sont notamment la supplémentation, l'enrichissement des aliments et l'amélioration du régime alimentaire. En 1998, 45 pays ont fourni des suppléments de vitamine A à l'occasion des journées nationales de vaccination. Parmi les autres formes majeures de malnutrition de l'enfant, il convient de mentionner la **carence martiale**, l'**anémie** et le problème surprenant de l'**obésité de l'enfant**, dont il est question dans le rapport sur la malnutrition mondiale.⁵

7. **La nutrition dans des situations d'urgence.** Pour contribuer à éviter, diagnostiquer et prendre en charge la malnutrition et les poussées de carences en nutriments spécifiques qui touchent périodiquement les réfugiés et d'autres populations confrontées à la famine ou à des privations graves, des examens techniques ont été préparés sur le **scorbut**, la **carence en thiamine**⁶ et la **pellagre**. L'OMS et

¹ *La prise en charge de la malnutrition sévère : manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999, N° ISBN 92 4 154511 9.

² Conférence internationale sur la nutrition (Rome, 1992) et Sommet mondial de l'alimentation (Rome, 1996).

³ L'étude sur l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle à domicile destinée aux personnes vulnérables est en cours en Afrique du Sud, en Chine, en Egypte, au Ghana, en Indonésie et au Myanmar.

⁴ Voir le document WHA52/1999/REC/3, procès-verbaux de la Commission A, huitième et neuvième séances, et résolution WHA52.24. Voir aussi : *Progrès en vue de l'élimination des troubles dus à la carence iodée* (document WHO/NHD/99.4).

⁵ *Nutrition for health and development*, op. cit.

⁶ *Scurvy and its prevention and control in major emergencies* (document WHO/NHD/99.11) ; *Thiamine deficiency and its prevention and control in major emergencies* (document WHO/NHD/99.13).

le HCR ont organisé ensemble une consultation (Rome, février 1998) visant à élaborer des principes directeurs sur les soins aux sujets vulnérables du point de vue nutritionnel en situation d'urgence. Au cours de la crise dans le sud des Balkans (avril à juillet 1999), le **groupe spécial médico-sanitaire interorganisations**, présidé par l'OMS, s'est réuni chaque semaine pour examiner les questions de terrain sur les problèmes fondamentaux de santé publique, y compris l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant.¹ L'OMS, l'UNICEF, le Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile (IBFAN) et Linkages (Washington, D.C.) sont en train de mettre au point un module de formation sur l'alimentation du nourrisson en situation d'urgence.

8. **Le VIH et l'alimentation du nourrisson.** En 1998, une consultation technique OMS/UNICEF/ONUSIDA sur le VIH et l'alimentation du nourrisson a présenté des principes directeurs d'ordre théorique et pratique.² Selon un récent article,³ la probabilité de transmission du VIH serait moins grande en cas d'alimentation maternelle exclusive qu'en cas d'alimentation mixte. Tout en concluant qu'il n'y a pas lieu de modifier les principes directeurs actuels, l'OMS a néanmoins pris l'initiative d'entreprendre des recherches complémentaires. En attendant, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA mettent au point, ensemble, un cours sur le VIH et l'alimentation du nourrisson à utiliser dans le cadre de la formation à l'allaitement.

9. **Allaitement maternel et alimentation complémentaire.** Une bonne alimentation est cruciale pour la croissance, la bonne santé et le bien-être nutritionnel au cours des deux premières années de la vie. Une alimentation inappropriée est à l'origine d'une proportion majeure des cas de malnutrition de l'enfant et des décès qui en résultent. La banque de données mondiale de l'OMS sur l'allaitement au sein,⁴ qui couvre désormais 94 pays et 65 % des nourrissons de la planète, permet d'estimer à 35 % seulement la proportion des nourrissons exclusivement nourris au sein jusqu'à l'âge de quatre mois.

10. L'initiative des hôpitaux « amis des bébés », lancée en 1992, est appliquée dans 171 pays. Le nombre des hôpitaux désignés comme tels est passé de 4300 en 1995 à plus de 16 000 à fin 1999. Néanmoins, le fait que les normes n'auraient pas été maintenues dans tous les cas suscite des préoccupations croissantes. C'est pourquoi l'OMS s'efforce de soutenir et d'élargir l'initiative en renforçant les capacités nationales, notamment en formant des agents de santé,⁵ en sensibilisant les administrateurs et les responsables politiques,^{6,7} ainsi qu'en diffusant un module de surveillance et de réévaluation⁸ mis au point en collaboration avec Wellstart International. Ce module est destiné à inciter l'administration et le personnel hospitaliers à identifier les problèmes et à planifier, en l'améliorant, la

¹ Information Sheet No. 6, « Optimal feeding of infants and young children » in: Report of the Inter-Agency Medical/Health Task Force, *Humanitarian crisis in south Balkans* (document WHO/EHA/00.01).

² *HIV and infant feeding* (documents WHO/FRH/NUT/CHD/98.1-3).

³ Coutoudis A. et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet*, 1999, **354**: 471-476.

⁴ La banque de données mondiale de l'OMS sur l'allaitement au sein sera bientôt disponible sur Internet.

⁵ *Le conseil en allaitement : cours de formation* (documents WHO/CDR/93.3-6).

⁶ *Promoting breastfeeding in health facilities – a short course for administrators and policy-makers* (document WHO/NUT/96.3).

⁷ *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement* (document WHO/CHD/98.9).

⁸ WHO, UNICEF and Wellstart International. *The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress* (document WHO/NHD/99.2).

mise en oeuvre des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.¹ Ces approches devraient contribuer à assurer la viabilité à long terme de l'initiative en maintenant la crédibilité.

11. Les pratiques d'alimentation complémentaire inappropriées, aggravées par le problème des aliments souvent contaminés et inadéquats du point de vue nutritionnel, introduits trop rapidement (dans les pays en développement comme dans les pays développés) ou trop tardivement (dans les pays en développement), restent une cause majeure de malnutrition. Un examen des bases scientifiques pour des recommandations fiables sur l'alimentation du nourrisson a été largement diffusé.² Des recommandations pratiques à l'intention des agents de santé et de nutrition et de leurs formateurs sur l'alimentation complémentaire, par exemple dans le contexte de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, sont mises au point sur cette base en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Un module de formation de trois jours sur l'alimentation de complément est également en cours d'élaboration afin de faciliter l'examen de la valeur nutritionnelle des aliments disponibles, d'adapter les recommandations, en matière d'alimentation, aux conditions locales et de conseiller les mères de jeunes enfants.

12. **Progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.** Depuis l'adoption par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé du Code international en 1981, 160 Etats Membres (84 %) ont fait part à l'OMS des mesures prises pour donner effet aux principes et aux buts du Code (83 % des Etats Membres en Afrique, 97 % dans les Amériques, 80 % en Asie du Sud-Est, 63 % en Europe, 95 % en Méditerranée orientale et 96 % dans le Pacifique occidental). Parmi les mesures prises au plan national, on peut mentionner l'adoption ou le renforcement de la législation, des recommandations concernant les agents de santé ou la distribution, des accords avec les fabricants, et des dispositifs de surveillance et de notification. Depuis le dernier rapport du Directeur général (1998), le Bénin, le Cambodge, la Croatie, la France, la Géorgie, la Guinée, la Malaisie et le Panama ont fourni des renseignements sur une série de nouvelles mesures.

13. L'OMS a répondu aux demandes d'appui technique émanant d'un certain nombre de pays, notamment l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Pakistan, et organisé des ateliers de formation en Thaïlande et dans la Région africaine (à l'intention de 12 pays francophones). En novembre 1998, le Directeur général a organisé deux tables rondes, l'une avec les organisations non gouvernementales de consommateurs et les ONG basées dans la communauté, et l'autre avec l'Association internationale des Fabricants d'Aliments pour l'Enfance. Les réunions ont examiné l'amélioration de la mise en oeuvre du Code dans les pays et le renforcement du dialogue entre les parties intéressées.

14. **Consultation technique mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.** L'OMS et l'UNICEF organisent en étroite collaboration une consultation d'experts (Genève, du 13 au 17 mars 2000) pour évaluer les politiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, faire le point des interventions clés et élaborer une stratégie complète pour la décennie à venir. On estime que ce processus incitera vivement d'autres Etats Membres, l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations internationales et bilatérales à appliquer des politiques et pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant saines. Les thèmes de discussion porteront notamment sur l'amélioration des pratiques concernant l'allaitement au sein et l'alimentation de complément, le renforcement de l'initiative des

¹ In: *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité*. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989.

² WHO, UNICEF, University of California (Davis), ORSTOM. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge* (document WHO/NUT/98.1).

hôpitaux « amis des bébés », l'appui aux mères allaitantes et l'application plus stricte du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Les questions pluridisciplinaires sont importantes pour pratiquement tous les thèmes de discussion, par exemple le VIH et l'alimentation du nourrisson, la santé des femmes, la carence en micronutriments, la croissance, le développement et l'alimentation lors des situations d'urgence. La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sera informée des résultats de la consultation.¹

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

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

¹ Document A53/INF.DOC./2.

ANNEXE

ETUDE MULTICENTRIQUE DE L'OMS SUR LA REFERENCE DE CROISSANCE

1. En 1993, un comité OMS d'experts a appelé l'attention sur certains problèmes techniques et biologiques graves relatifs à la référence de croissance actuellement recommandée au niveau international.¹ Le comité a mis en doute sa pertinence et s'est déclaré vivement préoccupé par le fait qu'une référence basée sur des enfants qui étaient principalement nourris de manière artificielle ne permettait pas d'évaluer la croissance des nourrissons nourris au sein.
2. Des recherches menées par l'OMS montrent que le profil de croissance de nourrissons en bonne santé allaités au sein diffère considérablement de la référence internationale actuelle.² Les écarts négatifs sont suffisamment importants pour amener les agents de santé à prendre des décisions inopportunes concernant des nourrissons nourris au sein dont la croissance leur paraît insuffisante et, de ce fait, à conseiller inutilement aux mères de fournir une alimentation complémentaire ou même de supprimer totalement l'allaitement au sein. Compte tenu des avantages sanitaires et nutritionnels de ce type d'allaitement, cette interprétation potentiellement erronée du profil de croissance de nourrissons en bonne santé allaités au sein a une grande importance en matière de santé publique. L'introduction prématurée d'aliments de complément peut être extrêmement dangereuse pour les nourrissons dans de nombreux contextes, notamment là où le rôle de l'allaitement au sein dans la prévention de maladies infectieuses graves est essentiel pour la survie de l'enfant.
3. En 1994, l'Assemblée de la Santé, dans sa résolution WHA47.5, a prié le Directeur général d'élaborer une nouvelle référence internationale de façon à évaluer la croissance des nourrissons allaités au sein. De par sa fonction normative, l'OMS occupe une position de choix et a l'autorité requise pour exécuter un projet de cette complexité et lui donner le relief voulu au niveau mondial. En collaboration avec plusieurs organisations du système des Nations Unies et institutions nationales, l'OMS a commencé à élaborer une nouvelle référence qui, contrairement à la référence actuelle, sera basée sur un échantillon international de nourrissons allaités au sein, vivant dans des populations en bonne santé et ne présentant pas de problèmes de croissance.
4. L'**objectif** de l'exercice consiste à établir une nouvelle référence internationale en constituant un ensemble de courbes de croissance qui serviront à évaluer la croissance et l'état nutritionnel à la fois des groupes de population et des enfants d'âge préscolaire.
5. En termes de **méthodologie**, l'OMS mène une étude multipays dans diverses régions géographiques, et notamment en Afrique, dans les Amériques, en Asie et en Europe, afin d'élaborer une référence solide et durable. Basées sur un échantillon composite d'enfants vivant dans le monde entier, les nouvelles courbes renforceront le fait que la croissance de l'homme durant les cinq premières années

¹ *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (Série de Rapports techniques, N° 854).

² Groupe de travail de l'OMS sur la croissance des nourrissons. *An evaluation of infant growth* (en anglais seulement). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (document WHO/NUT/94.8).

de sa vie est très semblable malgré la diversité des milieux ethniques.^{1,2} Cette approche doit également servir à minimiser les difficultés politiques découlant de l'utilisation du profil de croissance d'un seul pays en tant que « norme » mondiale de croissance optimale de l'enfant.

6. Le protocole de recherche comprend au total plus de 12 000 nourrissons et enfants en bonne santé en associant une étude longitudinale depuis la naissance jusqu'à l'âge de 24 mois de 300 nouveau-nés par site et une étude transversale d'enfants de 18 à 71 mois et portant sur 1400 enfants par site. Les principaux critères de sélection qui sont appliqués aux nouveau-nés englobés dans l'étude incluent l'absence de maladies et de difficultés socio-économiques pouvant entraver la croissance et le fait de naître de mères non fumeuses et allaitant des nourrissons nés à terme.

7. Des normes scientifiques rigoureuses sont appliquées à ce projet interculturel complexe mené sur le terrain. Les mesures de contrôle de la qualité comprennent des réunions de coordination régulières, une sélection soigneuse et une formation approfondie des responsables des interviews, un matériel de mesure conçu spécialement et extrêmement fiable, des sessions de normalisation régulières, des échanges de personnel entre les sites et une évaluation continue de la qualité des questionnaires remplis et des mesures effectuées. Grâce à l'appui fourni aux mères allaitantes participant à l'étude, on pourra sélectionner un échantillon sans biais en permettant à une proportion plus importante de mères qui souhaitent allaiter de le faire.

8. L'OMS sert de centre de coordination et est chargée de regrouper les données émanant des sites d'étude et de préparer les nouvelles courbes à l'aide des techniques statistiques les plus perfectionnées. Des données insérées localement dans un système de gestion des données élaboré au niveau central sont transférées tous les mois à l'OMS, qui contrôle à nouveau la qualité et évalue dans quelle mesure le protocole de l'étude est respecté.

9. L'étude est en cours au **Brésil**, aux **Etats-Unis d'Amérique**, au **Ghana**, en **Inde**, en **Norvège** et à **Oman**. La **Chine** est envisagée comme site d'étude de l'Asie orientale. La collecte des données devrait se terminer en 2003, mais cela dépendra des fonds disponibles.

10. Jusqu'ici, outre l'OMS qui a engagé des ressources mondiales et régionales considérables dans cet exercice, les autres grands bailleurs de fonds de l'étude comprennent les gouvernements du **Brésil**, du **Canada**, des **Etats-Unis d'Amérique**, de la **Norvège**, d'**Oman** et des **Pays-Bas**, ainsi que l'Organisation des Nations Unies et l'UNICEF. Malgré ce soutien financier généreux, il reste à trouver un peu moins d'un quart du total des fonds alloués à l'étude si l'on veut que cette dernière soit menée à bien dans son intégralité et en temps voulu.

11. On pense que les résultats de l'étude revêtiront une grande importance pour la santé publique, dans les pays développés comme dans les pays en développement, compte tenu de leur utilité en matière de santé, de nutrition et d'espacement des naissances. La nouvelle référence internationale de croissance atteindra plusieurs objectifs importants. Elle fournira en particulier, pour de nombreuses années à venir, un étalon scientifique fiable de la croissance des enfants obtenu dans des conditions sanitaires et nutritionnelles correctes, qui servira :

¹ *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*, op. cit.

² Groupe de travail de l'OMS sur le protocole de la référence de croissance et groupe spécial de l'OMS sur les méthodes de régulation naturelle de la fécondité. Growth patterns of breastfed infants in seven countries (schémas de croissance des enfants allaités au sein dans sept pays). *Acta Paediatrica*, 2000, **89**: 215-222.

- à surveiller la croissance et le bien-être nutritionnel des nourrissons et des enfants ;
- à fournir des estimations communautaires et nationales valables de la dénutrition et de la surnutrition ;
- à permettre d'évaluer la pauvreté, la santé et le développement.

12. Enfin, et ce n'est pas là le point le moins important, cette nouvelle référence fera de l'enfant allaité au sein le modèle normatif à l'aune duquel *toutes* les autres méthodes d'alimentation devront être mesurées en termes de croissance, de santé et de développement. Elle constituera également un instrument de sensibilisation important concernant la promotion du droit de tous les enfants de réaliser pleinement leur potentiel de croissance génétique dans un environnement sans tabac. Enfin, et cela sans coût supplémentaire, l'étude servira à compiler les données de référence dont on a besoin d'urgence pour évaluer l'état nutritionnel des femmes allaitantes.

= = =