

C. STRATÉGIE RÉGIONALE ET PLAN D'ACTION PORTANT SUR LA NUTRITION DANS LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT, 2006-2015 : EXAMEN DE MI-PARCOURS

Introduction

1. Il n'y a pas de bonne santé sans une bonne nutrition. Un grand nombre des politiques et des programmes les plus efficaces pour promouvoir une bonne nutrition ne relève pas du secteur de la santé. Pourtant, le fardeau de la malnutrition, comportant une série de résultats pour la santé liés à la dénutrition et à la surcharge pondérale, a un impact direct sur le secteur de la santé. Le double fardeau de la malnutrition est en augmentation, y compris la sous-alimentation (essentiellement la malnutrition chez les jeunes enfants et les insuffisances de micronutriments parmi les enfants et autres tranches d'âge), et par contraste, la surcharge pondérale et l'obésité. Ces deux formes de malnutrition peuvent coexister dans le même pays ou la même communauté, et même dans le même foyer. L'insécurité alimentaire et nutritionnelle, l'eau et l'assainissement inadéquats, la pauvreté et les insuffisances dans l'accès aux services de santé et à l'éducation sont tous des déterminants de la malnutrition qui mettent en danger la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs de santé mondiaux et régionaux.

2. Dans les Amériques en 2007, 77% du total des décès (3,9 millions) étaient dus aux maladies chroniques non transmissibles (MNT) (1). De ces décès, 76% (2,95 millions) étaient le résultat de quatre maladies : les maladies cardiovasculaires (1,5 million), le cancer (1 million), le diabète (232 000) et la maladie pulmonaire obstructive chronique (219 000). Trois de ces maladies (toutes sauf la maladie pulmonaire obstructive chronique) ont la mauvaise nutrition comme facteur de risque. Environ 44% des décès dus à toutes les causes se sont produits avant l'âge de 70 ans. Ces décès prématurés sont associés à des coûts importants d'ordre social, sanitaire et économique pour les familles et les pays, et pour le secteur de la santé en particulier.

3. Les MNT sont un problème dans tous les pays. Comme la sous-alimentation toutefois, le fardeau des MNT affecte bien davantage les pauvres que les riches, à la fois en termes relatifs et en termes absolus, mondialement et dans la Région des Amériques. L'étendue de la malnutrition infantile varie entre les pays de la Région, dépendant de leurs niveaux de pauvreté, des revenus relatifs et des filets de protection. Elle varie également au sein des pays en raison des inégalités. Les insuffisances de micronutriments sont largement répandues.

4. Il est essentiel d'aborder les déterminants sous-jacents et d'améliorer la qualité du régime alimentaire et de l'activité physique tout au long de la vie pour réduire tant la

sous-alimentation que les maladies chroniques liées à la nutrition. Cette action requiert des politiques spécifiques pour accroître la production agricole d'aliments de qualité et un accès plus large à ces aliments, des initiatives améliorées pour promouvoir l'information du consommateur, la nutrition scolaire, la nutrition générale et l'éducation physique, ainsi que la mise en œuvre et le suivi du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de directives sur la commercialisation des aliments et des boissons destinés aux enfants.

Antécédents

5. Lors du 47^e Conseil Directeur en septembre 2006, Les États Membres ont approuvé la Stratégie et le plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006–2015 (document CD47/18) par la résolution CD47.R8. Elle comporte cinq stratégies interdépendantes : élaboration et diffusion de macro politiques visant les questions de nutrition les plus critiques ; renforcement de la capacité des ressources à travers les secteurs de la santé et non afférents à la santé en fonction de normes établies ; information, gestion des connaissances et systèmes d'évaluation ; développement et diffusion de directives, instruments et modèles efficaces ; et mobilisation de partenariats, réseaux et Forum régional sur l'alimentation et la nutrition. Elle comprend également un axe et deux sous-axes d'action : l'alimentation et la nutrition dans la santé et le développement ; alimentation déficiente et carences nutritives ; et alimentation et activité physique dans les maladies chroniques liées à l'obésité et l'alimentation.

6. La Stratégie et le plan d'action contribuent au Programme d'action sanitaire pour les Amériques et au Plan stratégique de l'OPS 2008–2012. Afin de mener à bien les cinq stratégies, avec l'appui du Bureau sanitaire panaméricain, les États Membres ont fait des progrès en élaborant des stratégies multisectorielles et en intégrant des interventions tout au long du cours de la vie. Cette approche a contribué à la prévention de la malnutrition sous toutes ses formes.

Progrès et premiers résultats

7. En ce qui concerne « l'élaboration et la diffusion de macro politiques visant les questions de nutrition les plus critiques, » en 2006 peu de pays disposaient de politiques concernant la sécurité alimentaire et nutritionnelle et la réduction de la malnutrition chronique et de l'obésité. À partir de 2012, près de tous les pays ont une politique nationale abordant une ou plusieurs de ces questions. De nombreux ont également établi des comités de haut niveau intersectoriels et/ou interministériels aux niveaux national, infrarégional et municipal. Certains agissent également pour assurer une production alimentaire nationale suffisante à satisfaire les besoins de la population. Le Programme régional pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle récemment approuvé a été une

réalisation clé en Amérique centrale. En Amérique latine, le Mercosur travaille à l'élaboration d'un programme similaire. Au 50^e Conseil directeur en septembre 2010, les États Membres ont approuvé la Stratégie et le plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique (document CD50/13) par la résolution CD50.R11. Cette stratégie et son plan d'action reconnaissent que des facteurs sous-jacents sont la cause de la malnutrition et proposent des interventions pour aborder ses déterminants, en utilisant une approche intersectorielle et en impliquant différents niveaux de gouvernement. Ils encouragent également des alliances nationales et le suivi et l'évaluation.

8. En ce qui concerne « le renforcement de la capacité des ressources à travers les secteurs de la santé et non afférents à la santé en fonction de normes établies, » l'OPS a organisé des formations régionales et nationales avec les partenaires sur les normes de croissance de l'enfant et l'initiative hôpitaux amis des bébés de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que sur la conception de programmes d'enrichissement des aliments et l'assurance de qualité impliquant le secteur public et les producteurs de produits alimentaires.

9. Dans le domaine de « l'information, la gestion des connaissances et les systèmes d'évaluation, » l'OPS a encouragé l'utilisation d'indicateurs nutritionnels dans les systèmes nationaux de surveillance de la santé. Cette action s'est avérée difficile et requiert un travail supplémentaire. Plusieurs pays ont mis en œuvre des enquêtes sur la nutrition représentatives au niveau national qui offrent une information mise à jour sur les indicateurs de nutrition. Certains pays ne disposent pas encore de ces enquêtes, en particulier ceux des Caraïbes. L'OPS a utilisé ces enquêtes pour élaborer des rapports sur l'anémie, l'insuffisance en iode, la croissance de l'enfant et l'allaitement, décrivant les tendances nationales et régionales et le nombre de personnes affectées. Une équipe technique inter-organisationnelle en nutrition pour la santé et le développement a été formée à l'OPS pour promouvoir la coordination d'activités entre différents domaines techniques.

10. Pour ce qui est du « développement et de la diffusion de directives, instruments et modèles efficaces, » en coordination avec d'autres parties prenantes l'OPS a élaboré des directives régionales, traduit des directives de l'OMS et appuyé l'adaptation des directives aux contextes nationaux. Parmi les exemples, on peut citer la mise à jour de matériels et la réactivation de l'initiative hôpitaux amis des bébés, des indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les directives pour la supplémentation en vitamine A, et des directives pour la mise en œuvre du contrôle de qualité, l'assurance de qualité et le suivi réglementaire de l'enrichissement des aliments de base. Ces actions ont eu pour résultat la mise à jour des politiques et des normes nationales dans les États Membres, la mesure d'indicateurs utilisant des normes mondiales et/ou régionales, et l'amélioration de la formation en nutrition pour les professionnels de la santé. Un défi clé consiste à assurer une large couverture et une mise en œuvre de haute qualité de ces normes et directives.

11. En ce qui concerne la « mobilisation de partenariats, réseaux et un Forum régional sur l'alimentation et la nutrition, » en juillet 2008 les Directeurs régionaux des Nations Unies (ONU) ont créé l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (2). Cette initiative inter-institutions, composée de 15 agences de l'ONU, facilite la coordination d'une réponse intégrée de coopération internationale et de ressources pour promouvoir des interventions efficaces, multisectorielles fondées sur des données factuelles et inter-programmatiques pour répondre aux causes multiples de la malnutrition. Les directeurs des organismes ont établi une équipe technique régionale pour élaborer un cadre conceptuel et un plan d'action. Le cadre conceptuel de l'Alliance a été diffusé dans toute la Région à l'aide d'ateliers avec les équipes de pays de l'ONU en Argentine, Bolivie, El Salvador, Guatemala, Paraguay, et Pérou, ainsi qu'à l'aide de plusieurs séminaires politiques, techniques et académiques. La création d'alliances nationales suivant le même concept constitue la prochaine étape.

12. En ce qui concerne le sous-axe de l'action sur « l'alimentation déficiente et les carences nutritives, » les données montrent que parmi les enfants de la Région, la malnutrition chronique est la forme la plus répandue d'échec de la croissance. Toutefois, la surcharge pondérale et l'obésité constituent également un problème croissant : 7% à 12% des enfants de moins de cinq ans sont obèses, six fois le pourcentage des enfants ayant actuellement un poids insuffisant (3). Même si la prévalence de la malnutrition chronique est à la baisse, environ un tiers des enfants présente un retard de croissance en Bolivie et en Équateur, et la moitié environ au Guatemala. Les données nationales cachent les inégalités toujours plus grandes dans les pays en fonction du revenu, de la résidence rurale ou urbaine et de l'ethnicité. Parce que le retard de croissance commence pendant la période prénatale et est transmis entre générations, son éradication requiert des approches de service de santé et intersectorielles au sein d'un cadre s'étalant sur la durée de la vie. Dans le secteur de la santé, l'OPS encourage des politiques et des programmes destinés à appuyer l'allaitement et l'alimentation complémentaire appropriés, l'évaluation de la croissance, le traitement de la malnutrition aiguë sévère, la supplémentation en micronutriments et l'enrichissement des aliments, ainsi que des mesures pour accroître l'accès aux services de santé. L'OPS préconise également des approches parmi une série d'autres secteurs, dont le logement et l'environnement, l'eau et l'assainissement, l'éducation, la sécurité alimentaire, l'emploi et le revenu de la famille, et la protection sociale, visant des domaines dans lesquels les carences nutritionnelles sont les plus répandues. De plus, l'OPS a tiré des leçons d'expériences réussies dans la réduction de la malnutrition chronique au Brésil, au Mexique et au Pérou, et a les a partagées avec d'autres pays. D'autres exemples comprennent le programme baptisé *Crece Contigo* du Chili et les transferts d'argent conditionnel dans plusieurs pays.

13. Globalement, l'allaitement déficient constitue le troisième plus grand facteur de risque pour la morbidité et la mortalité mondiales, selon les estimations les plus récentes

du Projet mondial de fardeau de la maladie.¹ Tant l'allaitement que les pratiques d'alimentation complémentaires, qui sont essentiels à une croissance et un développement sains, sont loin d'être universels. Dans la Région, 58% seulement des nouveau-nés sont mis au sein dans la première heure de la naissance, et seulement 44% des nourrissons de moins de six mois bénéficient de l'allaitement exclusif, ce chiffre tombant à 25% seulement parmi ceux âgés de quatre à cinq mois (4). Environ 30% des enfants ne reçoivent pas de diversité alimentaire minimum, et seulement 43% reçoivent une fréquence de repas minimum. Bien que la plupart des pays aient mis en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, cinq pays seulement ont des réglementations en place pour son application effective (5). La certification des hôpitaux pour l'initiative hôpitaux amis des bébés a pris du retard.

14. Les carences en micronutriments ont un impact important sur le développement humain et la productivité économique. Dans la Région, la prévalence de l'anémie est de 44,5% chez les jeunes enfants (22,5 millions), de 30,9% chez les femmes enceintes (3,5 millions), et de 22,5% chez les femmes en âge de procréer (31,7 millions) (6). Sur les dix dernières années, seulement la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes a diminué, illustrant l'échec de la plupart des programmes de supplémentation de micronutriments ainsi que le besoin de mieux intégrer des actions contre l'anémie à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), aux soins de maternité, et aux autres programmes qui assurent des services de santé. La plupart des pays ont mis en œuvre la supplémentation en acide folique ou des programmes d'enrichissement pour empêcher des malformations du tube neural. L'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, le Costa Rica et les États-Unis disposent d'une information représentative au niveau national montrant la réduction des malformations du tube neural comme preuve de l'efficacité de ces programmes. Des efforts sont faits dans les pays d'Amérique centrale pour mettre en œuvre un système de surveillance des malformations du tube neural. L'iodation universelle du sel pour prévenir les troubles dus à une carence en iode a été adoptée et 90% de la population dans la Région ont une prise d'iode appropriée. Les défis persistent dans les pays ayant une faible production de sel de qualité et dans les communautés n'ayant pas accès à des aliments enrichis. Selon les estimations, la carence en vitamine A est faible à modérée dans la Région, bien que pour certains pays l'information disponible date de plus de dix ans. La supplémentation en vitamine A a constitué la principale stratégie pour prévenir cette carence ; toutefois, seulement les pays disposant d'enquêtes nationales démographiques et sanitaires ont des informations sur la couverture du programme. L'enrichissement du sucre avec la vitamine A s'est avérée un succès en Amérique centrale. Des carences en zinc, en vitamine B12 et, plus récemment, en vitamine D ont été signalées par de petites enquêtes non représentatives en Amérique centrale. Bien que la plupart des pays de la Région disposent de politiques et plans

¹ Présenté à l'OPS en janvier 2012 par Christopher Murray, Institut métrique de la santé et d'évaluation, en attente de publication.

d'action nationaux pour la supplémentation en micronutriments ou l'enrichissement des aliments de base, les systèmes de surveillance pour guider ces politiques sont faibles.

15. En ce qui concerne le sous-axe d'action sur « l'alimentation et l'activité physique, » les enfants en excès de poids et les enfants obèses demeureront probablement obèses dans leur vie adulte et ont des chances de développer des MNT à un âge plus jeune que la moyenne. Pour la plupart des conditions des MNT associées à l'obésité, les risques dépendent en partie de l'âge du début et de la durée de l'obésité. Des politiques et des programmes sont requis pour offrir des environnements propices à une alimentation saine et une vie active, de sorte que le choix sain devienne le choix facile. Du fait que les enfants sont particulièrement vulnérables à l'influence de la publicité, ils doivent être protégés à l'aide d'une action de santé publique efficace. À cette fin, l'OPS a convoqué une consultation d'experts sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants des Amériques afin de faire des recommandations en la matière (7). Des actions coordonnées et ciblées avec les États Membres sont requises pour mettre ces recommandations en œuvre et évaluer leur impact. Des progrès ont également été faits pour développer des pistes cyclables et limiter le trafic sur les routes principales pendant les fins de semaine pour faciliter les loisirs. Des réunions régionales sur l'obésité ont pris place à Aruba et au Mexique et entre les présidents d'Amérique centrale. Le Sénat chilien a également organisé une conférence à Valparaíso, appuyée par l'OPS, pour discuter de l'amélioration de l'approvisionnement des aliments.

16. Lors de la soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2010, la résolution WHA63.23 a été approuvée. Elle charge l'OMS d'appuyer les États Membres afin d'étendre leurs interventions nutritionnelles liées au double fardeau de la malnutrition, suivre et évaluer ces interventions, renforcer ou établir des systèmes efficaces de surveillance de la nutrition et mettre en œuvre les normes de croissance de l'enfant et l'initiative hôpitaux amis des bébés de l'OMS. La résolution a également chargé l'OMS d'élaborer un plan de mise en œuvre pour ces mesures, à présenter à la WHA en 2012. Afin de recevoir l'apport des États Membres sur le projet de stratégie de mise en œuvre, l'OPS et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ont convoqué une réunion régionale en 2011, qui a rassemblé des équipes de 17 pays.

Conclusion

17. Au point médian de la Stratégie et du plan d'action de la nutrition, les États Membres ont accompli des progrès importants en abordant les déterminants de la malnutrition et ses effets sur la santé, avec la participation de nombreux secteurs et parties prenantes. De plus, la sensibilisation au problème s'est accentuée et il y a une intégration accrue des interventions en nutrition dans les soins de santé primaires, utilisant une démarche axée sur le devenir des personnes. Des réductions notables de la

malnutrition chronique se sont produites au Brésil, au Mexique et au Pérou et de nombreux autres pays indiquent une certaine forme de réduction.

18. Cet examen de mi-parcours met en exergue les nombreux défis dans la Région qui sont liés au double fardeau de la sous-alimentation et de la surcharge pondérale/l'obésité. Alors qu'une grande part du fardeau de la mauvaise nutrition en termes de sa myriade de conséquences pour la santé affecte le secteur de la santé, nombre des solutions à ses déterminants sous-jacents se trouvent à l'extérieur du secteur. Par conséquent, les Ministères de la Santé doivent jouer un rôle de catalyseur en promouvant une approche multisectorielle et globale, menée dans l'idéal aux plus hauts niveaux de gouvernement. Si elle est mise en œuvre, une série bien établie d'interventions efficaces, pourrait prévenir 35% de la mortalité due à la sous-alimentation maternelle et infantile (8). Les Ministères de la Santé doivent prendre la tête dans l'amélioration de la couverture et de la qualité de ces interventions.

19. Une condition clé pour la coopération technique de l'OPS consiste à identifier les actions qui auront le plus grand impact dans la réduction de la morbidité et la mortalité causées par la malnutrition. En outre, la diffusion du savoir au sein de tous les domaines techniques de l'OPS doit être renforcée de sorte que les interventions connues pour leur efficacité dans la réduction de la malnutrition soient mises en œuvre dans le contexte des soins de santé primaires.

Références

1. Pan American Health Organization. Technical reference document on non-communicable disease prevention and control. Washington (DC): PAHO; 2011.
2. Pan American Health Organization. Pan American Alliance for Nutrition and Development, Basic document, conceptual premises and strategic principles. Washington (DC): PAHO; 2009.
3. Lutter CK et al. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition. *Bull World Health Organ*. 2011;89:22-30.
4. Lutter CK et al. Undernutrition, poor feeding practices and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics*. 2011;128:e1-e10.
5. Pan American Health Organization. 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): PAHO; 2011.

6. Pan American Health Organization. Anemia in Latin America and the Caribbean, 2009. Situation analysis, trends, and implications for public health programming. Washington (DC): PAHO; 2010.
7. Pan American Health Organization. Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children in the Americas. Washington (DC): PAHO; 2011.
8. Bhutta ZA. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008 Feb 2;371:417-40.