

55^e CONSEIL DIRECTEUR

68^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016

Point 7.8 de l'ordre du jour provisoire

CD55/INF/8, Rev. 1*

13 septembre 2016

Original : espagnol

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION RÉGIONAUX SUR LA NUTRITION EN SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT, 2006-2015 : RAPPORT FINAL

Antécédents

1. À l'occasion du 47^e Conseil directeur (résolution CD47.R8 [2006]), les États Membres ont approuvé la *Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement, 2006-2015* (document CD47/18) (1), dans l'espoir d'améliorer l'état nutritionnel de l'ensemble de la population de la Région des Amériques.

2. Le plan d'action proposait l'axe d'intervention « L'Alimentation et la nutrition dans la santé et le développement », dont l'objectif était de promouvoir l'intégration de la nutrition dans les politiques et les plans sociaux et économiques en vue de satisfaire aux besoins nutritionnels tout au long de la durée de vie et faire face aux problèmes de transition nutritionnelle aux échelons régional, infrarégional, national et local. Pour atteindre cet objectif, le plan fixait deux sous-axes d'intervention :

Sous-axe 1.1 : nutrition sous-optimale et carences nutritionnelles, dont l'objectif était de réduire les carences nutritionnelles et la nutrition sous-optimale à travers des stratégies de prévention et de traitement visant les groupes vulnérables pendant la durée de vie et en cas de catastrophes.

Sous-axe 1.2 : nutrition et activité physique dans les cas de maladies chroniques liées à l'obésité et la nutrition, qui proposait de promouvoir l'adoption de coutumes alimentaires saines, de modes de vie actifs et du contrôle de l'obésité et des maladies chroniques liées à la nutrition.

3. Pour l'élaboration du présent rapport, le Bureau sanitaire panaméricain a commandé la préparation de trois études concernant les thèmes suivants : a) situation nutritionnelle en Amérique latine et les Caraïbes (2), b) cartographie des politiques

* Cette version révisée a rapport à une modification dans le paragraphe 12.

sectorielles de nutrition pour faire face à la malnutrition en Amérique latine (3) et c) transferts monétaires conditionnels et leur relation avec la santé et la nutrition des enfants en Amérique latine (4). Ces études ont été fondées sur des recherches systématiques dans les pages web des ministères de la Santé et les bases de données pertinentes sur les politiques, cadres législatifs et réglementaires, normes en matière de soins de santé et initiatives destinées à encourager des habitudes alimentaires saines, des modes de vie actifs, de même que le contrôle de l'obésité et des maladies chroniques liées à la nutrition. Des informations sur la situation nutritionnelle ont été recueillies pour 21 États Membres et sur les politiques sectorielles de nutrition pour aborder la malnutrition en Amérique latine pour 18 États Membres. Concernant les transferts monétaires conditionnels, des informations ont été recueillies pour 18 États Membres, dont 3 ont fait l'objet d'une analyse car ils disposaient d'études d'évaluation. Cette information a aidé à réaliser une mise à jour de la situation et des tendances de l'état nutritionnel de la Région.

Mise à jour des progrès réalisés selon les axes d'intervention de la stratégie

4. ***Élaboration et diffusion de macropolitiques visant les questions de nutrition les plus critiques.*** Sur la période analysée, 18 des États Membres ont révisé leurs politiques et programmes pour aborder la malnutrition sous toutes ses formes ; 11 pays ont incorporé des cibles et des indicateurs de l'état nutritionnel dans leurs politiques de développement ; plus de 20 pays possèdent des politiques sur la sécurité alimentaire nutritionnelle et ont établi par leur biais des mécanismes de coordination intersectorielle pour promouvoir des actions aux niveaux national, d'État, municipal ou local ; 18 pays possèdent des programmes de transferts monétaires conditionnels dont bénéficient environ 130 millions de personnes dans la Région (3, 4) ; toutefois, les États Membres ont priorisé l'approche des carences nutritionnelles et la nutrition sous-optimale.

5. ***Renforcement des capacités de ressources à travers les secteurs afférents et non afférents à la santé sur la base de normes.*** Durant la période analysée, le Bureau régional comme les représentations dans les pays, en coordination avec les ministères de la Santé et autres partenaires stratégiques, ont organisé de nombreuses activités de formation comme de diffusion et échange de connaissances. Il faut mentionner parmi elles les ateliers sur la révision, l'adaptation et l'adoption des modèles de croissance de l'OMS, sur les guides de l'OMS pour la distribution ou la supplémentation de micronutriments et sur la conception et mise en œuvre de systèmes de suivi et évaluation des programmes de fortification des aliments. D'autre part, il faut souligner que les États Membres réalisent de manière systématique des activités de formation et d'échange d'expériences; toutefois, il n'existe pas de système qui permet de connaître le nombre de prestataires de soins de santé qui ont une formation en matière d'alimentation et de nutrition.

6. ***Gestion du savoir, de l'information et des systèmes d'évaluation.*** Durant la période analysée, l'OPS a encouragé l'échange d'expériences et de leçons apprises ainsi que la coopération sud-sud. Les 21 États Membres qui disposent d'informations organisent la surveillance de l'état nutritionnel en fonction des résultats d'enquêtes

démographie et santé, d'enquêtes d'indicateurs multiples par grappe, d'enquêtes de micronutriments ou d'enquêtes de nutrition et santé qui comportent des informations anthropométriques, de même que sur l'allaitement maternel et l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans, les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes. La Colombie et le Mexique ont systématisé l'exécution d'enquêtes quinquennales sur la nutrition. Au cours des cinq dernières années, le Costa Rica, le Guatemala et la République dominicaine ont mené des enquêtes nationales pour connaître l'état nutritionnel en matière de vitamine A, de fer, d'acide folique et de vitamine B12. Le Brésil, la Colombie, l'Équateur, le Mexique et la République dominicaine ont publié des informations sur l'état nutritionnel des enfants en âge scolaire et des adolescents (2). Dans la Région, l'information sur l'état nutritionnel des adolescents est produite par l'enquête mondiale de santé en milieu scolaire qui est réalisée dans 33 pays. Au cours des 10 dernières années, le Brésil, la Colombie et le Mexique ont institutionnalisé le suivi et l'évaluation des programmes de transferts monétaires conditionnels (4). Malgré les progrès, 15 pays ne disposent pas d'information sur l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer ni des enfants de moins de cinq ans et, en général, aucune information n'est disponible au niveau régional sur l'état nutritionnel des enfants en âge scolaire, des hommes adultes ou des personnes âgées (2, 3). Les États Membres doivent s'efforcer d'assurer le recueil périodique d'informations en matière d'alimentation et de nutrition durant le cours de la vie pour permettre d'orienter les politiques et les programmes de manière opportune.

7. *Élaboration et diffusion de directives, d'outils et de modèles efficaces.* Au cours de la période analysée, 33 États Membres ont adopté les modèles de croissance infantile de l'Organisation mondiale de la Santé (2006) (5, 6) et la majorité ont actuellement des politiques et des programmes pour protéger, encourager et appuyer l'allaitement maternel. Bien que 21 pays disposent de législation relative au Code international pour la commercialisation des substituts du lait maternel, seuls 7 pays disposent de lois incorporant toutes ou presque toutes les recommandations. Quinze pays ont des législations de protection de la maternité. Il convient de mentionner qu'au Chili, la Loi numéro 20.545 de 2011, qui modifie les normes sur la protection de la maternité et incorpore l'autorisation de congé postnatale parentale, accorde 12 semaines d'autorisation de congé à part entière et 18 semaines d'autorisation de congé avec demi-journée ouvrable (3). De même, presque tous les pays ont adopté l'Initiative hôpitaux amis des bébés et 22 ont au moins un hôpital certifié selon les termes de l'Initiative. Il faut également souligner les efforts réalisés par l'Uruguay, où 75 % des accouchements se déroulent dans des services de santé certifiés selon les termes de l'Initiative et où 84 % des établissements ont également obtenu cette certification (7).

8. Quant à la prévention des carences en micronutriments, il convient de noter que sur 18 pays analysés, 15 ont révisé et adopté la majorité des directives de l'OMS en matière de supplémentation ou distribution de micronutriments. À ce jour, 11 pays disposent de normes sur la supplémentation en vitamine A pour les enfants âgés de 6 à 59 mois ; 13 pays réglementent la supplémentation quotidienne en fer pour les enfants de 6 à 59 mois ; deux ont approuvé les directives concernant l'administration intermittente

de suppléments en fer pour les enfants âgés de 6 à 59 mois ; 10 pays appliquent les normes pour la distribution de micronutriments en poudre pour les enfants âgés de 6 à 23 mois ; dans trois pays il existe des normes sur le fer et l'acide folique quotidiens pour les femmes qui ne sont pas enceintes ; dans un pays il existe des normes sur l'administration intermittente de fer et d'acide folique pour les femmes qui ne sont pas enceintes ; dans 15 pays il existe des normes sur le fer et l'acide folique quotidiens pour les femmes enceintes anémiques ; dans deux pays sur le zinc pour le traitement de la diarrhée, et dans deux pays sur la consommation de calcium pendant la grossesse. Il convient de noter que les États Membres ont fait des progrès dans l'adoption de normes de supplémentation ; toutefois, le Bureau sanitaire panaméricain n'a pas réussi à identifier des rapports officiels permettant de décrire l'exécution des programmes ni les couvertures atteintes (2, 3).

9. **Création de partenariats, réseaux ou forums régionaux sur l'alimentation et la nutrition.** En juillet 2008, les directeurs régionaux des organismes Nations Unies ont établi l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement.¹ Cette initiative a renforcé les mesures de sécurité alimentaire au sein des équipes nationales des Nations Unies et a contribué à promouvoir la coordination intersectorielle. Récemment, l'initiative *Scaling Up Nutrition* (SUN) a favorisé la formation d'alliances au Costa Rica, El Salvador, au Guatemala, en Haïti et au Pérou pour promouvoir la nutrition et inviter les dirigeants des pays à accorder la priorité aux efforts pour affronter la malnutrition.

Mise à jour sur les progrès réalisés selon les sous-axes d'intervention

10. **Réduire les carences nutritionnelles et la nutrition sous-optimale.** Au cours des 20 dernières années, 16 pays qui disposent d'information ont réussi à réduire la prévalence de la malnutrition chronique de 12 points de pourcentage en moyenne (0,69 points de pourcentage par an), cependant, le Brésil, le Pérou et la République dominicaine ont réduit la malnutrition chronique de 66 %, 59 % et 72% respectivement au cours des 30 dernières années. Malgré les réussites, la malnutrition chronique est deux fois plus élevée chez les enfants vivant dans les zones rurales ou parmi les enfants de femmes autochtones et jusqu'à 13 fois plus élevée parmi les enfants de foyers se situant dans le quintile inférieur du classement du bien-être. Dans 15 pays sur les 21 qui disposent d'information, l'émaciation des enfants de moins de 5 ans est inférieure à 3,5 %. Toutefois, des zones géographiques existent où on enregistre périodiquement des flambées de malnutrition aiguë sévère, comme dans le corridor sec du Guatemala, El Salvador et Honduras, le Chocó en Colombie, l'Amazonie et la région du Chaco en Argentine et Paraguay. Le faible poids a diminué dans tous les pays de la Région jusqu'à une prévalence qui est considérée faible. Le surpoids et l'obésité ont augmenté chez les moins de cinq ans, de 3,5 % dans les années 90 à 7 % dans les années plus récentes. L'augmentation du surpoids et de l'obésité est observée non seulement chez les enfants

¹ Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement [en espagnol]: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1483%3A2009-la-alianza-panamericana-nutricion-desarrollo&catid=1373%3Apan-american-alliance&Itemid=40504&lang=es

de moins de cinq ans, mais aussi chez les enfants en âge scolaire et les adolescents. Selon les estimations, plus de 50 % des femmes en âge de procréer présentent des symptômes de surpoids et d'obésité (indice de masse corporelle $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) (2).

11. Dans la Région, la prévalence de l'anémie est de 44,5 % chez les enfants de moins de cinq ans (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), selon les données de l'année 2011 (8). L'anémie continue d'être un problème mineur ou modéré (entre 5 % et 39,9 %) dans toutes les tranches d'âge (2). Bien que peu de pays disposent de données récentes, les estimations de l'OMS indiquent que 15,6 % des enfants de moins de cinq ans et 4,4 % des femmes enceintes souffrent de carence en vitamine A, ce qui constitue un problème mineur à modéré dans la Région. Dans la majorité des pays, la moyenne de l'excrétion d'iode chez les enfants en âge scolaire se situe entre 100 et 299 mcg/100 ml, rang considéré comme normal. Toutefois, le Brésil, la Colombie, le Honduras, le Paraguay et l'Uruguay ont signalé des moyennes d'excrétion supérieures à 300 mcg/100 ml : ce sont des valeurs associées à une ingestion excessive d'iode, ce qui constitue un risque potentiel pour la santé. Les rapports de certaines enquêtes et d'études épidémiologiques sur des groupes de population restreints suggèrent que la carence en zinc, vitamine B12 et vitamine D peut constituer un problème de santé publique parmi les populations vulnérables. Dans la Région, 58 % seulement des nouveau-nés prennent le sein dans la première heure suivant la naissance et 44 % seulement des nourrissons de moins de six mois bénéficient de l'allaitement maternel exclusif. Près de 30 % des enfants ne reçoivent pas une diversité alimentaire minimale et 43 % seulement reçoivent une fréquence minimale appropriée d'aliments (9).

12. *Adoption d'habitudes alimentaires saines et de modes de vie actifs, contrôle de l'obésité et des maladies chroniques liées à la nutrition.* Au cours de la période analysée, 24 États Membres ont actualisé leurs guides alimentaires fondés sur les aliments, et ont encouragé l'activité physique au moyen de la création de pistes cyclables d'agrément dans au moins 350 villes de la Région (10). Au cours des trois dernières années, la Barbade, la Dominique, l'Équateur, le Mexique et deux villes des États-Unis ont instauré des taxes sur les boissons sucrées. La Bolivie, le Chili et le Pérou ont approuvé des lois sur l'alimentation saine. Le Chili et l'Équateur ont adopté l'étiquetage frontal pour faciliter le choix de produits alimentaires faibles en sel, en sucre et en graisses. Le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, les États-Unis, le Mexique, le Pérou et l'Uruguay ont approuvé des réglementations pour les aliments et boissons distribués, commercialisés ou promus dans les établissements scolaires. Le Brésil a ordonné que les aliments achetés pour les programmes d'alimentation scolaire proviennent d'exploitations familiales (3). Ces décisions montrent la réponse des États Membres au changement du profil épidémiologique.

13. **Conclusions.** Les États Membres ont progressé dans l'adoption de macropolitiques, en particulier des politiques de sécurité alimentaire et nutritionnelle et de protection sociale, ainsi que d'interventions pour affronter la malnutrition chronique aiguë et les carences en micronutriments. Plus récemment, suite aux changements du

profil épidémiologique, les États Membres sont passés de politiques et programmes centrés sur l'adoption d'habitudes alimentaires saines et de modes de vie actifs à la mise en œuvre de cadres réglementaires pour la modification du milieu obésogénique. La capacité du secteur de la santé a été renforcée à travers la formation des ressources humaines, l'échange d'expériences et l'adoption de normes. Il reste à procéder à l'institutionnalisation du suivi et l'évaluation des programmes, ainsi qu'à la création et au renforcement des systèmes intégrés de surveillance alimentaire et nutritionnelle, qui permettent d'ajuster les politiques et les programmes au contexte économique et social de la population et de répondre aux changements imposés par la mondialisation et la vie moderne.

14. Au cours de la période analysée, les 16 États Membres qui disposent d'information ont réussi à réduire la malnutrition chronique de 12 points de pourcentage en moyenne, à maintenir la malnutrition aiguë en dessous de 3,5 %, à réduire le faible poids de 6,3 points de pourcentage en moyenne et à prévenir la carence en iode. L'anémie et la carence en vitamine A continuent d'être un problème mineur à modéré (entre 5,0 et 39,9 % pour l'anémie ; entre 2,0 et 19,9 % pour la vitamine A) dans la Région. D'autre part, les tendances indiquent une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans toutes les tranches d'âge (2).

Mesures à prendre pour améliorer la situation

15. Au vu de l'engagement pris par l'Organisation des Nations Unies après sa proclamation de la Décennie d'action pour la nutrition 2016-2025, tout comme des risques associés à la pauvreté et l'iniquité, l'OPS recommande que les États Membres encouragent les activités permettant de mettre en pratique le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant de l'OMS (11), dont les actions prioritaires visent à réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance, de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer et de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance, à faire en sorte qu'il n'y ait pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surcharge pondérale, à porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 % et à réduire ou maintenir au-dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant.

16. Considérant les progrès de la Région, les États Membres doivent : *a)* promouvoir et maintenir un environnement propice à l'application de politiques exhaustives et d'actions multisectorielles en matière d'alimentation et de nutrition, en respectant les différences culturelles, *b)* promouvoir des partenariats stratégiques avec d'autres partenaires, *c)* accroître la couverture des interventions sanitaires en matière de nutrition, *d)* promouvoir l'échange de connaissances et des enseignements tirés entre les pays, *e)* stimuler l'élaboration de politiques et de programmes hors du secteur santé visant à améliorer la nutrition, *f)* fournir des ressources humaines et économiques suffisantes pour la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles et garantir leur viabilité, *g)* élaborer de actions innovantes pour combattre l'anémie et *h)* renforcer les systèmes d'information et de surveillance nutritionnelle de même que les systèmes de suivi et évaluation des

programmes. Les actions proposées complètent le Cadre pour l'action de la seconde Conférence internationale sur la nutrition et le Plan pour la sécurité alimentaire, nutrition et éradication de la faim 2025 de la Communauté des États latino-américains et caribéens, et sont essentielles pour atteindre les objectifs de développement durable (12-14).

Mesure à prendre par le Conseil directeur

17. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et de formuler les recommandations qu'il jugera pertinentes.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie régionale de nutrition en santé et en développement, 2006-2015 [Internet]. 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2006 ; Washington, DC. Washington, DC: OPS ; 2006 (document CD47/18) [consulté le 25 avril 2016]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD47-18-f.pdf>
2. Galicia L, López de Romaña D, Grajeda R. Nutrition situation in Latin America and the Caribbean: current scenario, past trends and data gaps. Rev Panam Salud Pub. Accepté pour publication.
3. Tirado C, Husby H, Lopez J, Olamendi S, Chaparro P, Galicia L, Grajeda R. Policy mapping of the nutrition and sectoral policies to address malnutrition in Latin America. Rev Panam Salud Pub. Accepté pour publication.
4. Segura-Perez S, Perez-Escamilla R, Grajeda R. Conditional cash transfers and the health and nutrition of Latin American children. Rev Panam Salud Pub. Accepté pour publication.
5. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Longitud/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad. Métodos y desarrollo. Ginebra: OMS; 2006. Consulté le 25 avril 2016. [Internet]. Disponible [en espagnol] sur : http://who.int/childgrowth/standards/tr_summary_spanish_rev.pdf?ua=1
6. de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. Public Health Nutr, 2012; 15(9):1603-10. Disponible [en anglais] sur : http://www.who.int/childgrowth/publications/global_implementation.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. La iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. Washington, DC: OPS; 2016. Disponible [en espagnol] sur :

- http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18829/9789275318775_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Organisation mondiale de la Santé. Prévalence de l'anémie dans le monde en 2011. Genève : OMS; 2015.
 9. Lutter C, Lutter R. Fetal and Early Childhood Undernutrition, Mortality, and Lifelong Health. *Science* 337:1495-1499. Disponible [en anglais] sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22997328>
 10. Organización Panamericana de la Salud. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. Documento Técnico de Referencia REGULA. Washington, DC: OPS. 2015. Disponible [en espagnol] sur : http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y
 11. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Genève : OMS; 2014. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130454/1/WHO_NMH_NHD_14.1_fre.pdf?ua=1
 12. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la Santé. Document final de la Conférence : Déclaration de Rome sur la nutrition [Internet]. Du 19 au 21 novembre 2014 ; Rome. [consulté le 5 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.fao.org/3/a-m1542f.pdf>
 13. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, CEPAL, ALADI. Plan para la seguridad alimentaria, nutrición y erradicación del hambre, de la CELAC 2025 [Internet]. 2015; Quito. [consulté le 5 mai 2016]. Disponible [en espagnol] sur : <http://www.fao.org/3/a-i4493s.pdf>
 14. Assemblée générale des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Assemblée générale, Soixante-dixième session ; 18 septembre 2015 ; New York, [consulté le 5 mai 2016]. Disponible sur : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&Lang=F
