



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC51/11 Rév.1
28 juin 2001

Cinquante et unième session
Brazzaville, Congo, 27 août - 1er septembre 2001

ORIGINAL : FRANCAIS

Point 8.4 de l'ordre du jour provisoire

**NUTRITION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT :
ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES
DANS LA REGION AFRICAINE**

Rapport du Directeur régional

RESUME

1. La malnutrition reste à la fois l'une des causes et l'un des déterminants les plus fréquents de la morbidité et de la mortalité chez les enfants dans le monde entier. 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.
2. Face à cette situation mondiale et régionale pleine de défis, l'OMS et l'UNICEF ont décidé d'entreprendre une consultation mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Cette initiative qui a débuté en mars 2000 à Genève aboutira en 2002 à l'adoption d'une stratégie mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant pour la décennie à venir. Le présent document est une contribution du Comité régional de l'Afrique aux efforts de réflexion engagés à cet effet.
3. La situation nutritionnelle du nourrisson et du jeune enfant est aggravée en Afrique par la pauvreté, les catastrophes naturelles, les guerres, les troubles socio-politiques et les déplacements massifs de populations.
4. La malnutrition protéino-énergétique augmente sur le continent alors qu'elle diminue dans d'autres régions du monde. Les nourrissons et les jeunes enfants paient chaque année un lourd tribut aux carences en micronutriments. Le risque de transmission du VIH/SIDA par l'allaitement maternel crée des problèmes supplémentaires dans les pays pauvres et à haute prévalence de l'infection à VIH.
5. La Région africaine pourrait saisir l'occasion offerte par l'élaboration de la stratégie mondiale pour faire le bilan des progrès accomplis en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et adapter les programmes nationaux aux orientations formulées dans cette nouvelle stratégie.
6. Le Comité régional est prié d'examiner le présent document et de formuler des recommandations en vue d'améliorer la contribution de la Région africaine à la stratégie mondiale actualisée sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1 - 4
ANALYSE DE LA SITUATION	5 - 9
LES PERSPECTIVES DANS LA REGION	10 - 16
CONDITIONS A REMPLIR POUR GARANTIR LE SUCCES DE LA STRATEGIE	17 - 18
CONCLUSION	19 - 20

INTRODUCTION

1. En 2000, la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé l'importance accordée par les Etats Membres aux activités relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant¹. Elle a décidé de prendre une nouvelle initiative² pour l'adoption d'une stratégie actualisée concernant la "Nutrition du nourrisson et du jeune enfant", conjointement avec l'UNICEF. Le processus de préparation de cette stratégie devra aboutir à la soumission à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2002, d'un document qui aura été amendé et enrichi par toutes les régions.
2. Le présent document analyse la situation de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant dans la Région africaine et décrit les perspectives et les conditions de mise en oeuvre d'une stratégie efficace de prise en charge des problèmes y afférents. Il est la contribution de la Région africaine au débat engagé à l'échelle mondiale pour l'adoption de cette stratégie.
3. En Afrique, les problèmes nutritionnels rencontrés chez les nourrissons et les jeunes enfants surviennent dans un contexte caractérisé par la fréquence des faibles poids à la naissance, l'insécurité alimentaire au niveau des ménages, les pratiques inadéquates en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris l'absence de salubrité et d'hygiène des aliments, et un apport insuffisant en protéines et en nutriments énergétiques. Cet ensemble de facteurs entraîne :
 - a) la malnutrition protéino-énergétique (MPE);
 - b) des carences en micronutriments : iode, vitamine A et fer;
 - c) des conséquences nutritionnelles sévères pouvant aggraver les maladies infectieuses telles que les infections respiratoires aiguës, la diarrhée ou le paludisme.
4. Depuis une dizaine d'années, la communauté internationale intensifie les actions pour lutter contre toutes ces carences nutritionnelles. De nombreuses conférences internationales³ se sont tenues pour trouver les moyens, sinon de les éradiquer, du moins d'en réduire l'ampleur.

ANALYSE DE LA SITUATION

5. La malnutrition reste l'une des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité chez les enfants dans le monde entier. Selon l'OMS, elle contribue à 55 % des décès infanto-juvéniles⁴.

¹ Décision WHO53 (10).

² Les groupes cibles bénéficiaires de cette stratégie sont les nouveau-nés de 0 à 28 jours; les nourrissons d'un mois à 12 mois et les jeunes enfants de 36 à 59 mois; les enfants nés dans des circonstances difficiles comme les prématurés et les enfants malnutris sévères et ceux nés avec un faible poids.

³ Conférence internationale sur la Nutrition (CIN-1992) et Sommet mondial sur l'alimentation (1996).

⁴ D'après C. J. L. Murray and A. D. Lopez, *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press, Cambridge, USA, 1996; et D. L. Pelletier, E. A. Frongilo and J. P. Habicht, "Epidemiological evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality" in *American Journal of Public Health*, 1993, p. 83.

6. Au cours de la dernière décennie, les situations alimentaire et nutritionnelle de l'Afrique ont connu une constante dégradation. Sous l'effet conjugué de multiples facteurs dont les politiques macro-économiques restrictives, les catastrophes naturelles et les conflits, la production alimentaire a continué de baisser d'année en année. En conséquence, les différentes maladies liées aux carences nutritionnelles touchent des millions de nourrissons et de jeunes enfants. Ainsi, la malnutrition protéino-énergétique augmente en Afrique⁵ alors qu'elle diminue dans d'autres régions du monde.

7. Les nourrissons et les enfants paient chaque année un lourd tribut aux carences en micronutriments. On estime à 57 000 le nombre d'enfants de 6 à 59⁶ mois qui meurent chaque année des suites d'une carence en vitamine A dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest; cette carence entraîne aussi la cécité et accroît le risque d'infection. Environ 150 millions de personnes, soit 25 % de la population africaine totale, sont menacées par la carence en iode. Cette carence est particulièrement grave chez l'enfant car elle inhibe son développement intellectuel. Enfin, la carence en fer, qui est la forme la plus répandue de toutes les carences en micronutriments, touche plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans en Afrique.

8. En Afrique, plus de 90 % des enfants de zéro à deux ans sont allaités au sein; cependant, dans de nombreux pays, moins de 20 % des nourrissons de zéro à quatre mois sont nourris *exclusivement* au sein⁷, alors que l'OMS estime à 35 % cette proportion dans le monde⁸. La persistance des pratiques socio-culturelles défavorables à une bonne nutrition prive le nourrisson de la protection irremplaçable que le lait maternel est en mesure de lui offrir. On sait en effet que les risques d'infection sont plus élevés quand le nourrisson ne bénéficie pas de l'allaitement maternel exclusif. Avec l'apparition du VIH/SIDA et compte tenu des risques de transmission mère-enfant⁹ du virus par l'allaitement maternel, plusieurs actions sont en cours dans la Région pour former des agents de santé aux niveaux central et périphérique. En l'absence d'une réponse idéale au problème posé par l'allaitement d'enfants séronégatifs par leur mère séropositive, les recherches se poursuivent pour trouver les meilleurs moyens de sensibiliser les mères et les parents chargés de dispenser des soins aux enfants infectés.

9. Les problèmes nutritionnels en situation d'urgence concernent un nombre important de pays. On peut en rapprocher les problèmes vécus par les orphelins et les veuves du SIDA. Dans ces cas, il faut associer à la prise en charge des enfants déjà malnutris, celle des mères adolescentes, des futures mères et de bien d'autres groupes sociaux comme les personnes handicapées et les mères en prison qui ont aussi le droit d'allaiter leurs enfants et de ne pas être séparées d'eux.

⁵ Selon les *Enquêtes démographiques et de Santé* (EDS, 1989-99), un enfant sur trois souffre de retard de croissance ("stunted") et d'insuffisance pondérale et un enfant sur dix de maigreur ("wasted"). Dans certains pays, les pourcentages relatifs aux retards de croissance chez les enfants de moins de trois ans sont les suivants : 41 % au Niger, 26 % au BurkinaFaso, 36 % en Mauritanie, 43 % au Nigéria, 35 % en Sierra Leone.

⁶ AG-Bendes M & coll. (1999) : Les pratiques prometteuses et les leçons apprises dans la lutte contre la carence en vitamine A dans les pays de l'Afrique subsaharienne. Les pays mentionnés sont ceux de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE).

⁷ USAID et Macro International, *Enquêtes démographiques et de Santé* (EDS), 1994-1999.

⁸ Document A53/7(Mars2000) : Rapport du Directeur général de l'OMS à la 53^e Assemblée mondiale de la Santé.

⁹ Piwoz, E.G.(Août 2000): SARA/AED-USAID: VIH/SIDA et l'alimentation du nourrisson: Risques et réalités en Afrique.

LES PERSPECTIVES DANS LA REGION

10. **Trois objectifs stratégiques** sont retenus dans la proposition formulée par l'OMS et l'UNICEF :

- a) assurer la survie, la santé, la bonne nutrition des nourrissons et des enfants;
- b) accroître les capacités des mères, des parents, des relais sociaux et de tous ceux qui donnent des soins aux nourrissons et aux enfants de faire des choix judicieux en faveur d'une bonne nutrition du jeune enfant même dans les situations particulièrement difficiles;
- c) faciliter l'adoption et la mise en oeuvre par les gouvernements, avec l'appui de la communauté nationale et internationale, de politiques et de plans d'action favorables à de bonnes pratiques en matière d'alimentation et de nutrition du nourrisson et du jeune enfant.

Ces stratégies doivent se traduire en actions concrètes dans les domaines de l'allaitement maternel, de l'alimentation complémentaire, de la prévention et de la lutte contre les carences protéinoénergétiques et en micronutriments, notamment dans des situations d'urgence.

11. **Dans le domaine de l'allaitement maternel**, il s'agira de :

- a) renforcer les politiques nationales pour promouvoir l'allaitement maternel exclusif et ininterrompu pendant les six premiers mois;
- b) soutenir les femmes qui allaitent sur les lieux de travail en renforçant les structures d'accueil;
- c) alléger les charges des femmes rurales pour qu'elles puissent allaiter le plus longtemps possible leurs enfants;
- d) aider les gouvernements qui ne l'ont pas encore fait, à adopter le Code de commercialisation des substituts du lait maternel et à assurer son application et son suivi;
- e) généraliser l'initiative "Hôpitaux amis des bébés" à toutes les structures sanitaires des pays et envisager son extension aux communautés;
- f) former les agents de santé, les travailleurs sociaux et les membres des associations intervenant dans ce domaine, aux questions techniques se rapportant à la politique nationale sur l'allaitement maternel;
- g) soutenir la recherche sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des communautés en matière d'allaitement maternel afin de dégager des thèmes de sensibilisation et d'action.

12. **L'allaitement maternel en rapport avec le VIH** pose un véritable problème dans les pays où coexistent pauvreté et forte séroprévalence. En attendant que des solutions soient trouvées, on doit poursuivre les actions de prévention et de prise en charge globale de l'infection. Il s'agit :

- a) d'aider les mères infectées à faire de bons choix pour l'allaitement de leurs enfants;
- b) de former les agents de santé à la prise en charge des nourrissons et des enfants nés de mères infectées;

- c) d'encourager et d'appuyer tous les relais sociaux qui interviennent dans la communauté pour soutenir les mères et les nourrissons.

13. Dans le domaine de **l'alimentation complémentaire**, des actions doivent être prises pour :

- a) renforcer les connaissances des communautés, des mères et des personnes qui s'occupent des enfants sur la période la mieux indiquée pour introduire d'autres aliments solides ou liquides après les six premiers mois, en même temps que l'allaitement maternel se poursuit;
- b) promouvoir des directives nationales claires, simples et pratiques, destinées à valoriser et à rendre accessibles des produits locaux permettant de compléter de façon adéquate l'alimentation des enfants de 6 à 24 mois allaités au sein;
- c) éduquer les mères sur l'hygiène et la conservation des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants.

14. **La nutrition du nourrisson dans des situations exceptionnelles** doit faire partie intégrante des plans de préparation aux urgences. Ces plans devraient permettre d'évaluer immédiatement la situation nutritionnelle et d'y apporter d'urgence une réponse pour en limiter autant que possible les conséquences néfastes sur la santé des nourrissons et des enfants. Parmi les mesures préconisées à cet égard, on peut citer la formation de réseaux de volontaires capables d'assurer le suivi nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants vivant dans les camps de déplacés et d'intervenir en cas de besoin, ainsi que le respect de règles élémentaires d'hygiène.

15. Les programmes de lutte contre la malnutrition devraient également couvrir les mères qui allaitent, notamment dans le cadre des soins de santé primaire.

16. Un consensus existe sur les actions à mettre en oeuvre en ce qui concerne la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments :

- a) renforcer les stratégies qui ont donné des résultats satisfaisants (iodation du sel, supplémentation en vitamine A et en fer);
- b) promouvoir l'entreposage, le conditionnement et l'utilisation appropriés des aliments locaux pour favoriser un bon sevrage;
- c) former les agents de santé sur la prise en charge intégrée des maladies nutritionnelles (malnutrition protéino-énergétique sévère, carence en iode, en fer et en vitamine A);
- d) soutenir la recherche sur les différentes pathologies en rapport avec la nutrition infantile afin de dégager des stratégies nouvelles;
- e) suivre et évaluer l'impact de ces interventions.

CONDITIONS A REMPLIR POUR GARANTIR LE SUCCÈS DE LA NOUVELLE STRATEGIE

17. Pour que les orientations de cette nouvelle stratégie soient mises en oeuvre avec succès, il faut :

- a) faire le bilan des programmes menés à bien ou en cours dans le domaine de la survie de l'enfant et plus particulièrement dans celui de l'alimentation du nourrisson;
- b) documenter les pratiques jugées prometteuses et apporter les preuves scientifiques de leur efficacité;
- c) coordonner les efforts des gouvernements, des partenaires et de la société civile pour la formulation de politiques nutritionnelles cohérentes, tenant compte des besoins des populations; une approche multisectorielle et pluridisciplinaire de la lutte contre la malnutrition est indispensable pour garantir le succès de toute stratégie menée à cet égard; particulièrement une action de sensibilisation menée par le Ministère de l'Agriculture à l'intention de la population rurale pour qu'elle produise des aliments de haute valeur nutritive; les populations doivent en outre être associées à la détermination des priorités et participer activement à la mise en oeuvre des différents programmes;
- d) renforcer les performances des services de santé; ceux-ci doivent lancer des actions de sensibilisation et de plaidoyer, et offrir des soins préventifs et curatifs accessibles et de qualité; le principal outil que pourraient utiliser les districts de santé pour contribuer concrètement à la lutte contre la malnutrition du nourrisson et du jeune enfant consisterait à mettre en place un système d'information et de suivi relatif à leur état nutritionnel.

18. L'OMS et l'UNICEF continueront à renforcer leur coopération avec les pays aux plans technique, institutionnel et financier. Ils poursuivront leur plaidoyer pour que les politiques nutritionnelles au profit du nourrisson et du jeune enfant soient fondées sur l'équité. Ils appuieront l'établissement des normes et standards dans le domaine sanitaire et nutritionnel, ainsi que la recherche essentielle en santé-nutrition et la formation des ressources humaines. Ces actions seront menées en collaboration avec les autres partenaires tels la FAO, le PNUD, la Banque mondiale, l'USAID.

CONCLUSION

19. La nouvelle Stratégie mondiale sur la «nutrition du nourrisson et du jeune enfant» offre aux Etats Membres de la Région africaine l'occasion de faire le point de la situation et de réaffirmer le caractère stratégique et intimement lié à la lutte contre la pauvreté que revêtent les problèmes de nutrition en général et de nutrition du nourrisson et du jeune enfant en particulier. Si la plupart des pays de la Région ont déjà formulé des directives sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, ils doivent cependant encore faire des efforts pour la mise en oeuvre concrète de ces directives. Ils doivent également encourager la recherche pour affiner leurs recommandations dans des domaines tels que la durée de l'allaitement exclusif au sein ou le risque de transmission mère-enfant du VIH.

20. L'OMS et l'UNICEF entendent conjuguer leurs efforts pour aider les pays à relever le défi de la mortalité infanto-juvénile. Les actions envisagées dans le présent document devraient permettre de réduire significativement cette mortalité dans la Région africaine et assurer la survie de l'enfant. La Région africaine soutient cette initiative et prendra les dispositions nécessaires pour qu'elle soit couronnée de succès au cours de la décennie à venir.