



Pourquoi s'attaquer à la malnutrition?

La réduction de la malnutrition est à la base de la réduction de la pauvreté. Tant la malnutrition globale que les déficiences en micronutriments spécifiques contribuent à la mortalité infantile, enfantine et maternelle, réduisent la faculté d'apprentissage, font baisser la productivité et augmenter la mortalité. Des études au Ghana, par exemple, montrent que les enfants rachitiques perdent des années de scolarité du fait de leur entrée retardée à l'école. Plus de 50% des 12 millions de morts infantiles en 1995 venaient d'une insuffisance de poids par rapport à l'âge. L'anémie représente 7% des causes de mortalité maternelle totale en Asie, 6% en Afrique et 3% en Am. Latine.

La malnutrition reste un phénomène très répandu.

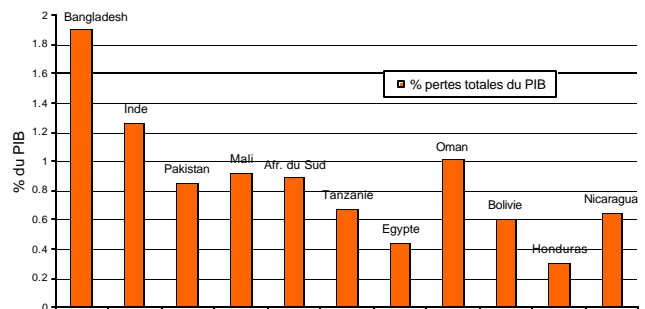
- Près de 30 millions de nourrissons/an – 82000 /jour environ– viennent au monde souffrant de retardement de croissance intra-utérine, du fait en particulier d'un statut nutritionnel carencé.
- Dans les pays en développement, 1 enfant <5 ans sur 3 est rachitique (environ 182 millions).
- Plus de 250 millions d'enfants <5 ans souffrent de carence clinique en vitamine A..
- Plus d'un milliard de personnes risquent des troubles liés à des carences en iode.
- On estime à 3,5 milliards les victimes de carences en fer et d'anémie.

Dans la plupart des régions, les taux de nutrition augmentent lentement, mais en Afrique de l'ouest, taux et valeurs absolues de malnutrition montent – de 22 millions d'enfants de moins de 5 ans mal nourris en 2000 à 24 millions prévus pour 2005.

Les gains tirés de la réduction de la malnutrition sont substantiels. Au Pakistan, les taux de scolarisation augmentent de manière significative (2% pour les garçons, 10% pour les filles) avec une légère augmentation de la taille moyenne pour l'âge. S'attaquer au problème de la déficience en vitamine A pourrait réduire de près de 23% la mortalité des enfants < 6 ans. L'iodation universelle du sel peut éliminer de graves retards mentaux liés aux carences en iode et faire augmenter le QI de 11 points en moyenne, chez tous les habitants d'un pays. Administrer du fer aux enfants entre 6 et 24 mois peut aider à réduire les malformations mentales réduisant les performances scolaires.

L'éducation à la nutrition, les suppléments en vitamine A et la promotion de l'allaitement au sein figurent parmi les interventions de la santé publique les plus rentables, en termes d'année de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI).

Estimations des coûts économiques de l'anémie (cognition+ productivité) en % du PIB



Que faire face à la malnutrition?

Tandis que la croissance des revenus est un facteur clé à la réduction de la malnutrition, des études récentes confirment que la malnutrition persiste même en zone de croissance rapide des revenus tant que des mesures supplémentaires directes ne sont pas prises.

Le tableau suivant contient un résumé des principales interventions avérées efficaces. La malnutrition est souvent une combinaison de régime inadapté et de maladie, renforcée par un manque de soin accordé aux mères et aux enfants ; une stratégie globale doit donc prendre en considération différents secteurs.

- Mobiliser groupes et leaders communautaires pour reconnaître et exiger une bonne nutrition pour femmes et jeunes enfants en particulier ;
- Baser les actions directes sur la communauté et le conseil pour un changement de conduite ;
- Combiner fortification et suppléments, dont sel iodé, fer/acide folique et supplément vitaminé et favoriser l'apport de micronutriments ;
- Améliorer les services de nutrition pour en faire des services de santé principaux ;
- Améliorer les services d'eau et d'hygiène publ.
- Eduquer les filles et les femmes ;
- Fournir des stratégies de revenu pour les femmes ;
- Assurer un environnement favorable à une politique d'alimentation et de nutrition.

Ce tableau résume les interventions principales dans le domaine de la nutrition, les bénéficiaires visés, et les indicateurs permettant d'enregistrer le succès des objectifs nutrition primaires

Objectifs nutrition	Interventions principales	Bénéficiaires / groupes ciblés	Indicateurs
Prévenir et réduire la malnutrition globale			
Réduire la malnutrition maternelle et réduire le taux de PPN (Petit Poids à la naissance)	<p>Promouvoir une bonne nutrition pour la mère</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conseils sur les apports diététiques, dépenses d'énergie réduites, avant et pendant la grossesse ✓ Enregistrer la prise de poids pendant la grossesse ✓ Contrôle de l'anémie et prévention des déficiences micro-nutritionnelles ✓ Suppléments en aliments <u>spécifiques</u> pour femmes enceintes & allaitant et adolescentes. 	Adolescentes et fillettes en âge de scolarité, Femmes enceintes et allaitant, Femmes en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux et tendances PPN ✓ Gain de poids pendant la grossesse ✓ % de femmes en dessous du seuil de l'index de Masse Corporelle
Prévenir les défauts de croissance et promouvoir une croissance optimale/réduire la malnutrition des enfants	<p>Promouvoir un allaitement optimal du nourrisson</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conseil sur l'allaitement du nourrisson: <ul style="list-style-type: none"> -Allaitement au sein exclusivement jusqu'à 6 mois -Allaitement avec compl. nutri adaptés (6 à 24 mois) -Allaitement des enfants malades et mal nourris ✓ Conseil sur les options d'allaitement pour les séro+ <p>Promouvoir croissance opti & réduire malnutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enregistrement de la croissance et conseil ✓ Contrôle des maladies infectieuses ✓ Stratégies micro-nutritionnelles – voir ci-dessous ✓ Alimentation supplémentaire <u>spécifique</u> <p>Traitement, enregistrement et orientation des enfants souffrant de malnutrition sévère et séropositifs.</p>	Femmes enceintes et allaitant, Enfants de moins de 24 mois Enfants de moins de 24 mois, responsables	<ul style="list-style-type: none"> ✓ % de population entre 6-36 mois au-dessous des scores -2Z, pour âge/poids, taille/poids, poids/taille ✓ % d'allaitement au sein immédiat (dans la 1ère h) à la naissance ✓ Taux d'allaitement au sein seul pour des nourrissons < 6 mois ✗ Durée de l'allait. au sein (mois) ✗ Age moyen d'introduction d'aliments complémentaires ✓ Score de la qualité de l'alimentation complémentaire
Prévenir et traiter les carences micro-nutritionnelles			
Toutes carences	<p>Faire connaître les différentes sources alimentaires riches en micronutriments ; conseil sur l'emploi d'aliments enrichis et de suppléments</p>	Tous	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux sanguins de fer, vitamine A ou signes cliniques de carences ✓ Iode urinaire
Carence en vitamine A (CVA) Prévention et traitement	<p>Fortification et supplément en vitamine A</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortifier la nourriture de base (sucre) en vitamine A ✓ Supplément vitamine A : post-accouchement (dans les 60 jours) et 2 fois /an pour les enfants de 6-59 mois. Traitement de diarrhée prolongée, rougeole, infections respiratoires, PME graves (malnutrition protéines énergétiques), infections graves ✓ Traitement haute dose si signes cliniques de CVA 	Toute la population Mères, immédiatement post-accouchement ; jeunes enfants	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incidence sur les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ✓ Fréquence de l'héméralopie dans la population ✓ % d'enfants, 6-59 mois, recevant des suppléments vitamine A

<p>Carence en fer ; prévention et traitement de l'anémie</p>	<p>Fortification et suppléments en fer</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortification de la nourriture (e.g. blé) en fer ✓ Suppléments en fer et acide folique ✓ Traitement vermifuge ✓ <u>Malaria</u>: moustiquaires traitées aux insecticides, & traitement de la malaria si nécessaire, et par directives nationales. <p>Femmes enceintes : traitement intermittent présomptif ou chimio-prophylaxie, allant de pair avec la politique de traitement nationale, et moustiquaires traitées (voir Coup d'œil sur la malaria)</p>	<p>Toute la population</p> <p>Femmes enceintes, enf. 6-24 mois, ado, enf. âge scol. Enfants en âge scol. zones endémiques: femmes enceintes - après 1^{er} trim. Enfants < 5 ans et femmes enceintes (ou toutes personnes à risque en zones de transmission faible/modérée)</p> <p>Femmes enceintes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ % des ménages consommant des aliments fortifiés en fer ✓ Fréquence de l'anémie chez les femmes enceintes et les enfants < 24 mois ✓ % de la population ciblée recevant des suppléments en fer ✓ % de la population ciblée recevant un traitement vermifuge ✓ % des enfants <5 ans et des femmes enceintes dormant sous moustiquaires traitées à l'insect. ✓ % des femmes enceintes qui ont subi de la chimioprophylaxie ou pris des traitements médicaments intermittents selon la pol. nat.
<p>Troubles liés aux carences en iode Prévention et traitement</p>	<p>Iodation universelle du sel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Des solutions alternatives, comme des suppléments en iode, de l'huile ou de l'eau iodée (comme mesure à court terme dans des zones manquant d'iode, où il n'y a pas de sel iodé) 	<p>Toute la population</p> <p>Jeunes enfants ; femmes en âge de procréer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ % des ménages consommant du sel iodé ✓ Proportion de population ayant un taux urinaire d'iode <100µg/L ✓ Proportion des enfants d'âge scolaire entre 6-12 ans avec un gonflement thyroïdien palpable
<p>S'attaquer aux causes sous-jacentes de malnutrition</p>			
<p>Sécurité de subvention des ménages</p>	<p>Réforme de politique alimentaire (e.g. expliquer les politiques alimentaires du consommateur, les politiques agricoles, commerciale et macroéconomiques)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Actions ciblées pour la sécurité alimentaire – e.g. génération de revenus hors-ferme, subventions, procédures de réduction de travail pour les femmes ✓ Réseaux de sécurité, y compris transferts de revenus ciblés, e.g. subventions pour des aliments ciblés, tickets alimentaires, micro-crédit, packages d'apport à la ferme, formation des compétences ✓ Génération de revenus combinée à éduc à la nutrition 	<p>Bénéficiaires des revenus les plus bas</p> <p>Population</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de calories nécessaires par jour disponible au niveau du ménage ✓ % des ménages consommant < 80% des besoins caloriques OU < 2 repas par jour ✓ % des dépenses en alimentation du ménages >50%
<p>Hygiène et hygiène publique</p>	<p>Amélioration de l'accès à l'eau potable et à la sanitation</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Education sanitaire 	<p>Population</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ % des ménages ayant accès à l'eau potable ✓ % des ménages ayant accès aux latrines
<p>Equité sexuelle</p>	<p>Education des filles</p>	<p>Filles en âge d'être scolarisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ratio des femmes bénéficiant d'une éducation secondaire

Par où commencer

Baser l'action sur une compréhension de la situation nutritionnelle, fixer des objectifs réalistes, et évaluer régulièrement les progrès et performances pour atteindre les buts.

Les indicateurs de nutrition progressent lorsque les interventions atteignent l'échelle prévue. Identifier et travailler avec des partenaires qui font aboutir le projet à l'échelle prévue. Obtenir un impact visible avec une série réduite d'activités, tout en renforçant la capacité et le soutien. Prôner le développement d'actions pour la nutrition et d'indicateurs dans d'autres domaines concernés (santé, développement de la première enfance, éducation, développement rural et communautaire, question des femmes).

Pour un impact soutenu, gouvernements et membres clés de la société civile doivent faire des choix politiques et sociaux, s'engager à soutenir une stratégie multi-faces par phase. Les renseignements sur la nutrition générés par la stratégie seront aussi utiles pour comprendre la situation du pays en matière médicale et économique

Choisir un ensemble d'interventions

Adapter des interventions qui ont fait leurs preuves, choisies après examen critique de :

- ❑ La nature, l'étendue et les déterminants clés du problème de la malnutrition dans un pays, région ou population ciblée particuliers;
- ❑ Buts, cibles et délais pour la réduction de la malnutrition fixés par le pays ;
- ❑ Actions menées actuellement dans le pays en matière de nutrition et de domaines liés ;
- ❑ Capacité du pays à concevoir, mettre en œuvre et soutenir les activités. La formation de la capacité devrait faire partie intégrante de la stratégie.

Ce qu'il faut faire et ne pas faire dans des programmes de nutrition maternelle et infantile basés sur la communauté :

A faire :

- ❑ Obtenir et maintenir le soutien des leaders
- ❑ Cibler les femmes enceintes et les très jeunes enfants plutôt que l'ensemble des enfants de moins de 5 ans –les défauts de croissance apparaissent avant la naissance et dans les 24 premiers mois.
- ❑ Faire participer tous les enfants de moins de 2 ans à des activités d'enregistrement et de promotion de la croissance – pas seulement les enfants mal nourris ni seulement ceux venant dans des cliniques.
- ❑ Viser la croissance – procès dynamique – plutôt que le statut nutritionnel seulement.
- ❑ Viser à conseiller les responsables, utilisant des messages conçus *avec* le public visé.
- ❑ Investir dans la formation et la supervision. Utiliser des ratios employés/ménages & superviseurs/employés appropriés.
- ❑ Décrire des tâches réalistes pour les employés de la communauté. Une équipe fonctionne mieux qu'un seul volontaire.
- ❑ Assurer des liens avec la structure médicale et des arrangements d'orientation appropriés
- ❑ Travailler avec les structures communautaires déjà existantes dans des zones urbaines et rurales e.g. groupes de femmes/jeunes, soigneurs religieux et traditionnels et autres.

A ne pas faire

- ❑ Ne pas se précipiter sur la supplémentation alimentaire ; établir que l'accès à une alimentation et un régime de qualité sont des contraintes avant de décider d'inclure des suppléments nutritionnels ciblés.

Pour plus de renseignements ...

Groupe Thématique Nutrition : Milla McLachlan
GT Politique Aliment. et Nutrition: Harold Alderman
Services de Conseil en Nutrition: Veuillez envoyer un e-mail nutrition@worldbank.org

Références clés :

- ⇒ [World Bank. Nutrition Toolkit](http://www.worldbank.org/nutritiontoolkit) sur le site web BM : www.worldbank.org/nutritiontoolkit, ou par e-mail commander à nutrition@worldbank.org (40\$ +coûts d'envoi)
- ⇒ **Le Projet Liens** (pour information sur l'alimentation des nourrissons et des enfants www.linkagesproject.org)

- ⇒ Stolzhus RJ et Dreyfuss M. Directives pour l'utilisation de suppléments en fer destinés à prévenir et à traiter l'anémie due aux carences en fer. INACG/WHO/UNICEF (1998).
- ⇒ BASICS, WHO, UNICEF. Les essentiels de la nutrition. Un guide pour les directeurs médicaux (1999)
- ⇒ WHO/UNICEF/ICDIDD. Niveaux d'iode recommandés dans le sel et directives pour enregistrer leur valeur et efficacité. (WHO/NUT/96.13)
- ⇒ WHO/UNICEF/IVACG Force de travail. Suppléments vitamine A : un guide pour leur utilisation dans le traitement et la prévention des carences en vitamine A et de la xérophthalmie. Seconde Edition, Genève: WHO, Division Nutrition (1997)