

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-neuvième session
Brazzaville, République du Congo, 19-23 août 2019

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

**PLAN STRATÉGIQUE POUR RÉDUIRE LE DOUBLE FARDEAU DE LA
MALNUTRITION DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS 2019-2025**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Le double fardeau de la malnutrition fait référence à la coexistence de la dénutrition et de la surcharge pondérale ou de l'obésité. En dépit des initiatives prises sur les plans mondial, régional et national pour y remédier, la faim et la dénutrition continuent de sévir à des taux inacceptables dans une Région africaine qui traverse une phase de transition nutritionnelle caractérisée par une incidence croissante de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies non transmissibles d'origine alimentaire.
2. Un plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012 avec pour objectif d'atteindre six cibles mondiales à l'horizon 2025 et, à terme, de mettre fin à toutes les formes de malnutrition en 2030 au plus tard. Cependant, la progression est entravée dans la Région africaine par un environnement politique peu outillé pour lutter contre la consommation d'aliments malsains, et par l'insuffisance des ressources et des capacités qui ne permet pas de réaliser des programmes efficaces.
3. La présente stratégie vise à réduire toutes les formes de malnutrition à toutes les étapes de la vie. L'un des objectifs à atteindre est de renforcer les politiques et les cadres réglementaires afin de promouvoir, de protéger et d'encourager la consommation d'aliments sûrs et sains. La stratégie vise aussi à renforcer la capacité nationale et la base de données factuelles sur les programmes en matière de nutrition. Les principes fondamentaux sont notamment une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie, une collaboration multisectorielle, la couverture sanitaire universelle et les partenariats.
4. La présente stratégie propose des mesures prioritaires prenant en compte à la fois la législation et la réglementation, tout comme la mobilisation de ressources, l'action multisectorielle, la prestation de services, l'innovation en matière de données et la recherche. La stratégie propose en outre des approches pour accroître l'efficacité grâce à l'intégration des actions en faveur de la nutrition dans les plateformes existantes de prestation de services. Des évaluations seront réalisées à mi-parcours et à l'échéance dans le but de suivre la mise en œuvre de la stratégie.
5. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la présente stratégie.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1-4
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION	5-12
STRATÉGIE RÉGIONALE	13-36
CONCLUSION	37-39

ANNEXE

	Page
Objectifs, jalons et cibles	11

INTRODUCTION

1. Le double fardeau de la malnutrition fait référence à la coexistence de la dénutrition et de la surcharge pondérale ou obésité au sein des mêmes populations, des mêmes ménages et chez les mêmes individus. Cette double charge est caractéristique de la transition nutritionnelle en cours, un phénomène dans lequel la surcharge pondérale et l'obésité sont en augmentation dans des populations en proie majoritairement à la dénutrition, comme on peut le constater dans la Région africaine. Les aliments de mauvaise qualité sont reconnus comme un facteur clé du double fardeau de la malnutrition que l'on observe à l'échelle mondiale,¹ à toutes les étapes de la vie.²
2. Les causes directes de la dénutrition sont une ration alimentaire insuffisante et les infections récurrentes, notamment les maladies d'origine alimentaire qui affectent 91 millions de personnes et sont à l'origine de 137 000 décès chaque année en Afrique (soit un tiers de la mortalité mondiale totale).³ D'une manière générale, d'après les estimations, une proportion de 45 % de la mortalité infantile est liée à la dénutrition.⁴
3. En Afrique, la structure de la production alimentaire, les pratiques de commercialisation et le changement de modes de vie ont induit une augmentation de la consommation d'aliments transformés bon marché à haute valeur énergétique, riches en matières grasses et en sel, mais faibles en qualité nutritionnelle.⁵ Loin de combattre la dénutrition et la carence en micronutriments, ce régime alimentaire contribue plutôt à la hausse de l'incidence de l'obésité et des maladies non transmissibles d'origine alimentaire.
4. Au cours de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (qui s'est tenue en 2012), les États Membres ont approuvé le plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, s'engageant ainsi à atteindre six cibles mondiales⁶ en matière de nutrition d'ici à 2025. Les cibles sont d'une part de réduire le retard de croissance chez les enfants, tout comme l'émaciation et la surcharge pondérale, le faible poids à la naissance, l'anémie chez les femmes en âge de procréer et, d'autre part, de rehausser les taux d'allaitement maternel exclusif. Le plan d'application exhaustif vient compléter le plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles⁷ qui vise des cibles telles que la réduction de l'obésité et d'autres facteurs de risque des maladies non transmissibles à l'horizon 2025.

¹ Swinburn BA et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The lancet Commission Report. Published online January 27, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8), consulté le 29 janvier 2019.

² Development Initiatives. 2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition. Bristol, UK: Development Initiatives, 2018.

³ OMS. Estimations de l'OMS sur la charge mondiale de morbidité imputable aux maladies d'origine alimentaire 2007-2015 – Groupe de référence sur l'épidémiologie des maladies d'origine alimentaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

⁴ Black RE et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382: 427–51, 2013.

⁵ Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. Systèmes et régimes alimentaires : Faire face aux défis du 21^{ème} siècle, 2016. <http://glopan.org/sites/default/files/ForesightSummaryFrench.pdf>, consulté le 21 février 2019.

⁶ OMS. Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 https://www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/fr/, consulté le 6 décembre 2018.

⁷ WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva, World Health Organization, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf, consulté le 4 décembre 2018.

ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

Analyse de la situation

5. La Région africaine est confrontée au double fardeau de la malnutrition et, si les tendances actuelles se poursuivent, on ne pourra pas atteindre l'objectif qui est d'éliminer la faim et toute forme de malnutrition au plus tard en 2030.⁸ Le nombre de personnes sous-alimentées en Afrique subsaharienne est passé de 181 millions de sujets en 2010 à presque 222 millions d'individus en 2016.⁹ Chez les enfants,¹⁰ si la prévalence du retard de croissance a baissé, passant de 38,3 % à 30,3 % entre 2000 et 2017, le nombre d'enfants malnutris a augmenté du fait de la croissance démographique, passant de 50,6 millions à 58,7 millions d'enfants atteints de malnutrition. Le taux d'émaciation était de 7,1 % en 2017, soit 13,8 millions d'enfants en valeur absolue, parmi lesquels quatre millions d'enfants souffrant d'émaciation sévère.

6. Malgré la persistance de la dénutrition, les taux de surcharge pondérale sont eux aussi en augmentation. En effet, le nombre d'enfants âgés de moins de cinq ans atteints de surcharge pondérale s'est accru, passant de 6,6 millions en 2000 à 9,7 millions en 2017. Dans la tranche d'âge des cinq à 19 ans, les taux de surcharge pondérale ont doublé entre 2006 et 2016, alors que la surcharge pondérale et l'obésité¹¹ sont en hausse¹² chez les adultes, l'incidence étant passée de 28,4 % en 2000 à 41,7 % en 2016.

7. Les programmes de lutte contre la malnutrition sont inspirés du cadre Lancet pour des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition, avec pour objectif principal de réduire la dénutrition chez l'enfant. Pourtant, le cadre ne fournit pas suffisamment de détails sur la façon d'alléger le double fardeau de la malnutrition.

8. Selon le deuxième examen des politiques mondiales en matière de nutrition, les mesures visant à promouvoir une alimentation saine et à réduire l'obésité et les maladies non transmissibles d'origine alimentaire en Afrique sont largement limitées à des conseils en matière d'alimentation et de nutrition, à des campagnes médiatiques, à l'étiquetage nutritionnel et à la formulation de directives diététiques.¹³ À moins de provoquer des changements durables en matière d'habitudes alimentaires chez beaucoup d'individus au sein de la population, de telles mesures auront peu d'impact sur la santé publique.¹⁴

9. Dans le deuxième examen des politiques mondiales en matière de nutrition, la Gambie, le Libéria et le Mali sont les seuls pays à avoir indiqué qu'ils disposaient d'une réglementation leur permettant de contrôler la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants et aucun État Membre n'a déclaré avoir interdit les acides gras trans

⁸ ONU. Objectifs de développement durable. Objectif 2 : Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/hunger/>, consulté le 19 février 2019.

⁹ FAO/FIDA/UNICEF/PAM/OMS. L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde – Renforcer la résilience face aux changements climatiques pour la sécurité alimentaire et la nutrition. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2018.

¹⁰ UNICEF/WHO/World Bank. Joint child malnutrition estimates, 2018 edition. <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2017/en/>, consulté le 6 décembre 2018.

¹¹ La classification de la surcharge pondérale et de l'obésité se fonde sur l'indice de masse corporelle, qui correspond au poids (en kilogrammes) rapporté à la taille (m²), dans lequel le surpoids équivaut à un indice de masse corporelle compris entre 25.0 et 29.9, et l'obésité équivaut à un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30.

¹² OMS. Atlas des statistiques sanitaires de la Région africaine. Brazzaville, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2018. <http://www.who.afro.who.int/en/atlas/atlas-african-health-statistics-2018>, consulté le 6 décembre 2018.

¹³ WHO. Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition. Geneva, World Health Organization, 2018.

¹⁴ Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. *American Journal of Public Health*, 100 (4): 590–595, 2010.

industriels. Un rapport récent OMS/UNICEF a révélé que 17 États Membres n'ont pris aucune mesure juridique visant à contrôler la commercialisation des substituts du lait maternel.¹⁵

10. Entre 2016 et 2018, dix-huit États Membres¹⁶ ont mené un examen des programmes relatifs à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, nutrition comprise. De nombreuses insuffisances ont été recensées, notamment l'inadéquation du budget alloué à la mise en œuvre des mesures prévues. La majorité des États Membres s'appuient sur des projets nutritionnels financés par des partenaires, des projets qui sont généralement de courte durée et exécutés à petite échelle. Le manque de ressources compromet également la motivation et la fidélisation du personnel. Il existe des lacunes dans les capacités, surtout en ce qui concerne la planification, la coordination et le suivi. L'intégration de la nutrition dans les services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent est faible et les opportunités de fournir des interventions en matière de nutrition sont manquées. Les données systématiques sur la nutrition collectées dans le domaine des soins de santé primaires sont rarement utilisées dans le cadre de la gestion des programmes ou de la surveillance.¹⁷

Justification

11. La situation décrite ci-dessus requiert une action diligente et accélérée pour mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 tel que stipulé dans les objectifs de développement durables. Des politiques visant à rationaliser l'environnement alimentaire, à protéger et à prôner la consommation d'aliments sûrs et sains tout au long de la vie doivent être élaborées d'urgence. Une telle démarche est en cohérence avec l'engagement en faveur de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles, tel qu'il a été réitéré dans la déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies.¹⁸

12. Le plan stratégique fournit aux États Membres des orientations pour consolider les programmes en vue d'un impact plus notable sur la réduction de la dénutrition, et pour renforcer les politiques et les cadres réglementaires afin de promouvoir, de protéger et d'encourager la consommation d'aliments sains et sûrs à toutes les étapes de la vie. Des ressources financières et humaines accrues s'avèrent nécessaires pour assurer des interventions efficaces sur la nutrition. En outre, une collaboration plus étroite entre les instituts de recherche et les responsables politiques est essentielle pour garantir que les politiques soient éclairées par la science. La mise en œuvre rapide de la présente stratégie permettra d'accélérer la réduction du double fardeau de la malnutrition dans la Région africaine.

STRATÉGIE RÉGIONALE

But, objectifs et cibles

13. Le but est de réduire toutes les formes de malnutrition à toutes les étapes de la vie pour une meilleure santé et un plus grand bien-être dans la Région africaine.

¹⁵ OMS/UNICEF/IBFAN. Commercialisation des substituts du lait maternel : mise en œuvre du code international à l'échelle nationale. Rapport de situation 2018. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

¹⁶ Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Congo, Érythrée, Eswatini, Gabon, Lesotho, Madagascar, Malawi, Namibie, Niger, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone et Soudan du Sud.

¹⁷ OMS. Nutrition dans la Région africaine de l'OMS. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

¹⁸ Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, New York, Assemblée générale des Nations Unies 2018.

14. Les objectifs sont les suivants :

- a) renforcer les politiques visant à promouvoir, à protéger et à encourager la consommation d'aliments sûrs et sains ;
- b) renforcer la capacité nationale de prévention et de gestion de toutes les formes de malnutrition ;
- c) renforcer les bases de données factuelles servant de socle aux politiques et à l'action programmatique.

15. Les cibles¹⁹ à l'horizon 2025 sont les suivantes :

- a) au moins 23 États Membres disposent d'un éventail complet de lois prenant en compte le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (le Code) ;²⁰
- b) au moins 25 États Membres présentent des taux d'émaciation inférieurs à 5 % ;
- c) tous les États Membres ont élaboré au moins une politique visant à protéger ou à promouvoir une alimentation saine ;²¹
- d) au moins 35 États Membres ont renforcé leur réglementation sur la sécurité sanitaire des aliments ;
- e) au moins 30 États Membres ont atteint la cible de porter à 50 % le taux d'allaitement maternel exclusif ;
- f) interrompre toute augmentation dans la prévalence du surpoids chez les enfants de moins de cinq ans ;
- g) au moins 30 États Membres disposent dans leurs systèmes d'information sanitaire de données ventilées selon le poids à la naissance, selon le poids par rapport à la taille, et selon la taille rapportée à l'âge ;
- h) au moins 25 États Membres ont mis en œuvre une détection des risques liés aux maladies non transmissibles contractées dans les établissements de santé et dans les communautés, conformément à l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles ;
- i) tous les États Membres disposent de capacités en matière de détection, d'évaluation des risques, de gestion de malnutrition aigüe et de gestion d'événements liés à la sécurité sanitaire des aliments.

16. Principes directeurs

- a) **Une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie.** Des interventions prioritaires ciblant les femmes en âge de procréer, tout comme les femmes enceintes, les mères allaitantes, les nouveau-nés, les nourrissons, les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées, menées conjointement à des actions de bien-être nutritionnel adaptées à chaque tranche d'âge sont importantes pour trouver une solution intégrée aux problèmes de nutrition.
- b) **Une approche fondée sur l'équité, l'égalité entre les sexes et les droits.** Afin de faire en sorte que nul ne soit laissé de côté, des données ventilées selon l'âge, le sexe, la situation socioéconomique et la région géographique permettent de recenser les groupes vulnérables et défavorisés, ce qui facilite la programmation adéquate de leur accès équitable aux services de nutrition.

¹⁹ Les cibles fixées pour 2022 sont énumérées en annexe. Les cibles pour l'émaciation, l'allaitement maternel exclusif et le surpoids sont alignées sur les cibles mondiales concernant la nutrition fixées pour 2025 par l'Assemblée mondiale de la Santé.

²⁰ OMS. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981.

²¹ Englobe des mesures visant à réglementer la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, tout comme des mesures ayant pour but d'amener la population à diminuer sa consommation de sucres, de sel et de matières grasses.

- c) **La collaboration multisectorielle.** Il existe de nombreux déterminants contextuels de la malnutrition. C'est pourquoi il est important que le secteur de la santé œuvre de concert et de façon coordonnée avec les secteurs non sanitaires pour trouver des solutions appropriées au problème.
- d) **La coopération Sud-Sud et les partenariats internationaux.** Les États Membres en proie à des problèmes d'une nature similaire doivent partager les ressources et les solutions afin d'instaurer un environnement alimentaire sûr et sain.
- e) **La couverture sanitaire universelle.** La nutrition en tant que moyen de préserver la santé et le bien-être joue un rôle crucial dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle en réduisant le risque de maladies qui entraînent des coûts catastrophiques.

Mesures prioritaires

17. **Adopter une législation qui protège et encourage l'allaitement au sein.** Les États Membres devraient promulguer une législation et appliquer intégralement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, de même que les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé.²² Les États Membres qui disposent d'un éventail complet de lois prenant en compte le Code devraient mettre en place des systèmes de suivi pour détecter toute violation des lois en vigueur et prendre des mesures adéquates en vue de la pleine application de ces lois. En revanche, les États Membres qui disposent seulement de quelques lois et ceux qui n'en disposent pas devraient renforcer leurs réglementations. En vue de compléter l'arsenal des mesures de réglementation existantes, il est primordial que les mères bénéficient d'un appui pour pratiquer une alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant, ce qui passe par l'éducation et par l'instauration d'un environnement propice dans les formations sanitaires et les communautés, ainsi que sur le lieu de travail.

18. **Réglementer la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées.**²³ Les États Membres devraient appliquer les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Le modèle de profil nutritionnel de la Région africaine de l'OMS devrait être adopté par les États Membres afin d'identifier les aliments dont la commercialisation devrait être restreinte. Les éventuelles restrictions comprennent l'interdiction de publicité, de parrainage, de recours à une mascotte de marque ou à des personnages populaires, des présentoirs au point de vente et des promotions en ligne.

19. **Renforcer la législation et les systèmes de réglementation dans l'optique de la sécurité sanitaire des aliments.** Ceci devrait être fait pour garantir la sécurité sanitaire tout au long de la chaîne alimentaire conformément aux normes du Codex alimentarius et pour combattre la résistance aux antimicrobiens. En ce qui concerne l'utilisation des pesticides, les États Membres devraient s'appuyer sur le code de conduite international qui vise à protéger la santé humaine et l'environnement.²⁴ Les accords internationaux sur les normes de sécurité sanitaire des aliments – contraignants pour tous les États Membres en ce qui concerne les produits destinés aux marchés nationaux et les exportations – devraient être négociés lors de réunions régionales appropriées.

20. **Définir des normes d'étiquetage alimentaire.** Les États Membres devraient imposer une exigence minimale stipulant que sur les aliments emballés doit figurer une liste bien lisible d'ingrédients, de même que la teneur en énergie, protéines, matières grasses totales, graisses saturées, sucre et sodium par 100 unités de contenu. L'ajout d'un étiquetage interprétatif sur la

²² OMS. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : questions fréquemment posées (2017). Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

²³ Les options stratégiques, les actions prioritaires et une cible pour la réduction de l'usage nocif de l'alcool sont détaillées dans le Plan d'action mondial de l'OMS contre les MNT 2013-2020.

²⁴ FAO/OMS. Code de conduite international sur la gestion des pesticides. Rome, Italie, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2014.

face avant de l'emballage devrait être envisagé en guise d'appui à la mise en œuvre des politiques visant à réduire la consommation de produits alimentaires riches en sel, en acides gras trans, en graisses saturées ou en sucres libres.

21. Définir des normes pour l'enrichissement des aliments. Les États Membres devraient définir des normes en matière d'enrichissement des aliments (surtout le bioenrichissement) en guise de stratégie susceptible de combler les carences en micronutriments dans le régime alimentaire. La méthode d'enrichissement choisie ne devrait poser aucun risque pour la santé. Ainsi, même si l'enrichissement du sucre par la vitamine A et d'autres micronutriments peut en accroître la consommation,²⁵ le recours à cette méthode devrait être découragé à cause des problèmes de santé publique que cela pourrait engendrer, notamment l'obésité, le diabète et la carie dentaire.

22. Utiliser des mesures fiscales pour promouvoir des choix propices à la santé. Afin de faciliter le changement des habitudes en matière de consommation, les États Membres devraient envisager d'appliquer des mesures fiscales parallèlement à des mesures d'incitation.²⁶ À titre d'exemple, la taxation des boissons sucrées pourrait être couplée à l'élargissement de l'accès à l'eau potable ; ou la taxation des aliments ultratransformés pourrait aller de pair avec la promotion et la subvention des aliments frais peu transformés. Les recettes fiscales pourraient servir à financer des initiatives correspondantes en faveur de la santé.

23. Envisager la collaboration entre le secteur public et le secteur privé pour la reformulation des produits. La Région africaine devrait étudier minutieusement les expériences des autres régions en matière de collaboration entre secteur public et secteur privé en vue de la reformulation des produits pour réduire la consommation de produits alimentaires riches en sel, en sucres ou en acides gras saturés. Dans certains cas, une législation et des mesures d'incitation fiscale s'avèrent nécessaires pour garantir l'efficacité des politiques. Toutefois, il existe des cas où des initiatives ont été prises délibérément par l'industrie, par exemple pour éliminer les acides gras trans industriels de la chaîne alimentaire. Le rôle moteur des pouvoirs publics et la vigilance des consommateurs devraient être renforcés pour garantir que les politiques découlant de tels partenariats soient réellement en faveur de la santé publique.

24. Accroître le budget alloué à la nutrition. Les chefs d'État africains se sont engagés à allouer des ressources nationales à l'élimination de la dénutrition chez l'enfant.²⁷ Les États Membres devraient honorer cet engagement qui témoigne de la prise en main du programme nutritionnel par le gouvernement.

25. Renforcer l'action multisectorielle pour prévenir la malnutrition. Pour cela :

- a) Les États Membres devraient intensifier l'action multisectorielle afin de réduire la faim, la dénutrition (y compris les carences en micronutriments), la surcharge pondérale et l'obésité ;
- b) Les programmes de protection sociale devraient cibler particulièrement les populations qui vivent dans des situations de fragilité. Ceci suppose que les ménages vulnérables doivent être identifiés et ciblés pour améliorer la sécurité sanitaire, l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux soins de santé dans la perspective de la prévention des maladies et de la prise en charge des malades ;

²⁵ Martorell R and de Romaña DL. Components of successful staple food fortification programs: Lessons from Latin America. *Food Nutr Bull.* 38:384–404, 2017.

²⁶ Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. Improving nutrition through enhanced food environments. Policy Brief No. 7. London UK, Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, 2017.

²⁷ African Union Assembly/AU/Decl.4(XXIII). Déclaration sur la sécurité nutritionnelle pour une croissance économique inclusive et un développement durable en Afrique. Décisions, déclarations et résolution. Assemblée de l'Union africaine. Vingt-troisième session ordinaire, 26-27 juin 2014. Malabo, Guinée équatoriale, 2014.

- c) Les États Membres devraient tirer parti des dispositions figurant dans les accords commerciaux internationaux et régionaux,²⁸ en vertu desquels ils peuvent légitimement restreindre la commercialisation de certains biens lorsqu'il est nécessaire de protéger la vie humaine ou la santé ;
- d) Les États Membres devraient s'efforcer de mettre en œuvre des politiques agricoles propices à la nutrition, garantissant l'approvisionnement en produits alimentaires diversifiés et nutritifs capables de rassasier les populations et de prévenir les carences nutritionnelles. L'appui à l'agriculture familiale devrait être adopté comme une politique pour favoriser une agriculture sensible à l'environnement et pour améliorer les moyens de subsistance chez les populations qui ont un faible statut socioéconomique ;
- e) En ce qui concerne les innovations biotechnologiques dans l'agriculture, les États Membres devraient adopter des approches de précaution dont le but est de protéger l'environnement, ainsi que la santé humaine et animale. On peut citer à titre d'exemple l'approche de précaution adoptée par l'Union européenne²⁹ à l'égard des organismes génétiquement modifiés (OGM). Cette approche comprend des critères spécifiques pour l'autorisation des organismes génétiquement modifiés, l'évaluation des risques et la surveillance des conséquences néfastes que ces organismes peuvent avoir sur l'environnement et la santé humaine et animale. L'approche prévoit en outre que les États Membres peuvent imposer des restrictions aux OGM autorisés par l'Union européenne ;
- f) Les interventions ciblant les enfants d'âge scolaire devraient envisager de leur inculquer une hygiène alimentaire positive et des comportements positifs en matière de santé qui permettront à ces enfants d'adopter des comportements sains à l'âge adulte et lorsqu'ils deviendront des pourvoyeurs de soins. La collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation devrait être encouragée pour favoriser la prestation de ces services dans les écoles.

26. **Adopter les lignes directrices actualisées sur l'initiative Hôpitaux amis des bébés.**³⁰ Les États Membres devraient adopter et mettre en œuvre les lignes directrices actualisées sur l'initiative Hôpitaux amis des bébés ; ce qui fournira un cadre pour l'intégration des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel dans les efforts visant à améliorer la qualité des soins pour la santé de la mère et du nouveau-né. L'initiative Hôpitaux amis des bébés met aussi en corrélation les interventions sanitaires en milieu hospitalier et les interventions à assise communautaire afin d'en accroître la durabilité.

27. **Intégrer les interventions nutritionnelles essentielles aux plateformes de prestation de services de santé,** ainsi qu'il suit :

- a) Les interventions en faveur des femmes en âge de procréer et de leurs bébés devraient être réalisées grâce à des plateformes de soins pendant les périodes préconceptionnelle, prénatale et postnatale. La supplémentation en fer-folate peut être fournie dans l'ensemble de soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive,³¹ ce qui implique des conseils en matière de nutrition maternelle et la préparation pour que l'expérience de l'allaitement soit positive.

²⁸ Se référer à l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce, et plus précisément à son article XX b) qui porte sur l'adoption ou l'application des mesures nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation de la santé (https://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/gatt47.pdf). La même disposition se retrouve dans l'article 26 (b) du Protocole sur le commerce des marchandises (qui fait partie de l'Accord portant création de la zone de libre-échange continentale africaine, Kigali, 2018).

²⁹ Union européenne. Directive (UE) 2015/412 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2015 modifiant la directive 2001/18/CE en ce qui concerne la possibilité pour les États membres de restreindre ou d'interdire la culture d'organismes génétiquement modifiés (OGM) sur leur territoire.

³⁰ WHO. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva, World Health Organization, 2018.

³¹ OMS. Recommandations de l'OMS sur les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

- b) La mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés fournira une plateforme pour l'amélioration des soins pendant la grossesse et des soins aux nouveau-nés avec notamment la mise en route sans délai de l'allaitement maternel et l'appui à l'allaitement maternel exclusif. Les services de soins postnatals devraient englober la promotion d'aliments de complément sûrs et appropriés du point de vue nutritionnel à partir de l'âge de six mois avec un allaitement continu jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. Pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir,³² les États Membres doivent intégrer la promotion de la croissance et la prestation de soins attentifs dans les plateformes de vaccination.³³
- c) Les États Membres devraient envisager de mettre en œuvre l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires (WHO-PEN),³⁴ en associant au WHO-PEN le dépistage à base communautaire et l'orientation-recours des personnes souffrant d'hypertension, ainsi que celles qui présentent un indice de masse corporelle et un taux de glycémie élevés.

28. Renforcer les capacités de gestion des programmes et de prestation de services. Les capacités nationales seront renforcées pour ajuster les orientations scientifiques afin de régler des problèmes qui se posent dans un contexte spécifique, de veiller à la mise en œuvre des politiques et à la prestation de services, l'ambition étant d'atteindre les objectifs du programme. Les États Membres devraient édifier et gérer des systèmes de surveillance de la conformité aux normes réglementaires ; mettre au point des outils qui aideront à traduire les orientations en pratique, par exemple en passant des directives diététiques à des décisions sur la consommation d'aliments. Les États Membres devraient aussi tirer profit des outils de formation disponibles pour renforcer d'une part les capacités de prise en charge des cas de malnutrition dans des contextes stables et humanitaires, et d'autre part les capacités d'évaluation, de communication sur les risques et de gestion des événements liés à la sécurité sanitaire des aliments. Des données factuelles devraient être mises à contribution pour façonner des politiques rationnelles, assurer une gestion efficace des programmes et favoriser la responsabilisation.

29. Tirer profit de l'expertise locale. Les États Membres devraient tirer parti de l'expertise de leurs instituts de recherche pour créer une base de données factuelles sur les facteurs de la malnutrition et concevoir des politiques adaptées. L'analyse des profils et tendances de la malnutrition ventilés selon la localisation géographique, le statut socio-économique, le sexe et l'âge doit permettre d'indiquer qui doit être ciblé par les différents types d'interventions.

30. Favoriser la recherche sur la mise en œuvre et l'exploitation des données systématiques. Les États Membres devraient favoriser le recours à la recherche sur la mise en œuvre en tant que pratique standard pour comprendre les déterminants de l'efficacité des programmes. En vue d'assurer une utilisation judicieuse des ressources limitées disponibles, il s'avère primordial d'ériger le suivi-évaluation en condition préalable et d'en faire une incitation à investir dans les programmes. Les systèmes de suivi et de surveillance des données sur la nutrition devraient être renforcés, ce qui permettra de rationaliser la collecte en garantissant l'utilisation judicieuse et la qualité des données sur la nutrition issues des services de santé systématiques. Les principaux indicateurs concernant la nutrition devraient être intégrés aux systèmes d'information sanitaire existants pour fournir des données en temps réel requises pour un établissement de rapports harmonisé lors des forums régionaux et mondiaux.

³² Nations Unies. Chaque femme, chaque enfant. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). New York, Nations Unies, 2015.

³³ OMS, UNICEF, Banque mondiale. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (Résumé en français : Soins attentifs pour le développement de la petite enfance, un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain).

³⁴ OMS. Implementation tools: Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

Rôles et responsabilités

31. Les États Membres devraient :

- a) jouer le rôle moteur dans l'élaboration de politiques, l'adoption de réglementations, la surveillance de la mise en œuvre et l'application de sanctions, afin de promouvoir une alimentation saine ;
- b) mettre en place ou consolider les autorités de réglementation des produits alimentaires et pharmaceutiques dans le but de surveiller la mise en application des normes de sécurité sanitaire des aliments ;
- c) intégrer les actions de lutte contre le double fardeau de la malnutrition dans les plans nationaux de développement, ainsi que dans les politiques agricoles et commerciales ;
- d) coordonner la mise en œuvre d'actions multisectorielles et d'interventions prioritaires adaptées au contexte ;
- e) fixer des cibles de financement et accroître le budget national durable alloué à la nutrition afin de traduire en réalité la Déclaration de Malabo et l'engagement politique de haut niveau visant à éliminer la faim ;
- f) se doter de mécanismes visant à collecter et à utiliser les données sur la nutrition issues des services de santé systématiques puis assurer ou renforcer la surveillance de la nutrition ;
- g) faire participer les instituts de recherche à l'élaboration et à l'application de politiques reposant sur des bases factuelles.

32. L'OMS et ses partenaires devraient :

- a) entreprendre un plaidoyer de haut niveau en faveur d'investissements accrus qui permettraient de réduire le double fardeau de la malnutrition ;
- b) prêter leur assistance au renforcement de la capacité à assurer les services nutritionnels, le suivi et l'évaluation des programmes, tout comme la surveillance et l'établissement de rapports ;
- c) soutenir la collaboration régionale dans le domaine de la recherche de solutions aux problèmes liés à la malnutrition dans la Région ;
- d) examiner les bases factuelles existantes sur la prévention et la prise en charge de l'obésité et définir des orientations pour des interventions efficaces dans la Région africaine ;
- e) recenser les dispositions en rapport avec la protection de la santé publique dans les traités internationaux portant sur l'agriculture, l'environnement et le commerce, et fournir un appui aux États Membres pour qu'ils puissent utiliser rationnellement ces dispositions.

Incidences financières

33. Pour atteindre la couverture de 90 % en ce qui concerne les 10 interventions les plus efficaces en matière de nutrition, la Région africaine de l'OMS doit investir approximativement US \$3,4 milliards par an.³⁵ De même, le Secrétariat a besoin d'environ US \$1,4 millions chaque année pour venir en appui aux États Membres.

34. Le Secrétariat établira et appliquera un plan de mobilisation des ressources. Les États Membres devront également mobiliser des ressources pour que la mise en œuvre de la stratégie soit adossée sur un financement durable. La taxation des aliments nocifs pour la santé devrait être envisagée en vue de générer des fonds qui seront investis dans les programmes de réduction de la dénutrition et de promotion d'une alimentation saine.

³⁵ Bhutta ZA, et al & Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, 382: 452–77, 2013.

Suivi et évaluation

35. Les États Membres devraient intégrer le suivi et l'évaluation dans les cycles de programmation et élaborer des cadres logiques reliant les facteurs de production, les processus, les produits et les résultats sans oublier les indicateurs de résultats des programmes.

36. La mise en œuvre de la stratégie sera évaluée sur la base des données issues des systèmes d'information existants et des enquêtes nationales. Un examen à mi-parcours sera effectué en 2023 et fera l'objet d'un rapport adressé au Comité régional. Un rapport de fin de parcours sera présenté en 2026.

CONCLUSION

37. Les progrès réalisés actuellement dans la Région africaine vers la réduction du retard de croissance, de l'émaciation et de la carence en micronutriments ne répondent pas encore aux besoins. Les programmes existants devraient être révisés pour déterminer où et comment leur efficacité peut être renforcée. Entre-temps, au regard de l'augmentation constante du fardeau de la surcharge pondérale dans toutes les catégories d'âge, des mesures doivent être prises pour une réforme de l'environnement alimentaire afin d'enrayer la hausse des taux d'obésité et de maladies non transmissibles d'origine alimentaire.

38. La présente stratégie est un outil de référence pour les responsables politiques qui cherchent à réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région. La stratégie fournit des orientations pour éclairer les interventions des États Membres et recenser les domaines essentiels qui nécessitent l'appui du Secrétariat. En outre, la stratégie exhorte chacun des partenaires, tout comme les institutions régionales, à user de leurs avantages comparatifs respectifs pour soutenir les efforts que les États Membres font pour mettre fin à toutes les formes de malnutrition.

39. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la présente stratégie.

**PLAN STRATÉGIQUE POUR RÉDUIRE LE DOUBLE FARDEAU DE LA MALNUTRITION DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS
2019-2025**

Annexe Objectifs, jalons et cibles

Objectif	Mesures prioritaires	Situation de départ	Jalons à mi-parcours (2022)	Cibles (à l'horizon 2025)
Renforcer les politiques visant à promouvoir, à protéger et à encourager la consommation d'aliments sûrs et sains.	Promulguer une législation visant à protéger l'allaitement au sein ; adopter des orientations actualisées sur l'initiative Hôpitaux amis des bébés.	En 2018, douze États Membres disposaient d'une législation prenant en compte le Code (éventail complet de lois). ¹⁵	Cinquante pour cent des États Membres ont participé au processus de renforcement de la réglementation sur la commercialisation des substituts du lait maternel.	Au moins 50 % des États Membres disposent d'un éventail complet de lois alignées sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
	Renforcer l'action multisectorielle pour prévenir toutes les formes de malnutrition.	En 2016, dix-sept États Membres ont enregistré des taux d'émaciation inférieurs à 5 %. ¹⁸ Dix-sept États Membres ³⁶ affichaient une prévalence de la surcharge pondérale supérieure à 5 % dans leurs enquêtes nationales les plus récentes (années variables).	Aucune hausse de la surcharge pondérale n'est enregistrée dans les États Membres dont la prévalence est inférieure à 5 %.	Au moins 25 États Membres présentent des taux d'émaciation inférieurs à 5 %. L'arrêt de toute augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale dans les dix-sept États Membres.

³⁶ Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cameroun, Comores, Congo, Guinée équatoriale, Eswatini, Gabon, Lesotho, Mozambique, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe. Source : UNICEF/WHO/World Bank Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Overweight. New York, UNICEF, mars 2019.

Objectif	Mesures prioritaires	Situation de départ	Jalons à mi-parcours (2022)	Cibles (à l'horizon 2025)
	<p>Réglementer la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées ;</p> <p>Définir les normes d'étiquetage des denrées alimentaires ;</p> <p>Définir les normes d'enrichissement des aliments ;</p> <p>Envisager la collaboration entre les secteurs public et privé pour la reformulation des produits ;</p> <p>Utiliser des mesures fiscales pour promouvoir les choix sains.</p>	<p>En 2017, trois pays disposaient d'une réglementation visant à contrôler la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.¹³</p> <p>En 2017, vingt-deux États Membres avaient défini des orientations concernant les normes de base en matière d'étiquetage des denrées alimentaires.¹³</p> <p>En 2017, cinq États Membres avaient mis en œuvre des interventions en faveur de la reformulation des aliments¹³ et aucun pays ne disposait de lois portant interdiction des acides gras trans industriels.</p>	<p>Au moins 10 États Membres ont initié des mesures politiques visant à contrôler la commercialisation des aliments destinés aux enfants.</p> <p>Au moins 30 États Membres ont renforcé la réglementation portant sur les normes de base en matière d'étiquetage des denrées alimentaires.</p> <p>Au moins sept États Membres ont pris des mesures juridiques pour réduire la consommation de produits alimentaires riches en sucre, en sel et en acides gras trans.</p>	<p>Tous les États Membres ont élaboré au moins une politique visant à protéger ou à promouvoir une alimentation saine (<i>note : y compris des mesures politiques permettant de contrôler la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, tout comme la consommation par la population de produits alimentaires riches en sucres, en sel et en matières grasses</i>).</p>
	<p>Renforcer la législation et les systèmes de réglementation dans l'optique de la sécurité sanitaire des aliments.</p>	<p>En 2018, seize États Membres disposaient d'une réglementation concernant les bonnes pratiques d'hygiène alignée sur les normes du Codex.</p>	<p>Au moins 25 États Membres disposent d'une réglementation concernant les bonnes pratiques d'hygiène alignée sur les normes du Codex.</p>	<p>Au moins 35 États Membres disposent d'une réglementation concernant les bonnes pratiques d'hygiène alignée sur les normes du Codex.</p>
<p>Renforcer la capacité nationale de prévention et de gestion de toutes</p>	<p>Accroître le budget alloué à la nutrition.</p> <p>Intégrer les interventions</p>	<p>En 2016, seize États Membres affichaient un taux d'allaitement maternel exclusif de 50 % ou plus.¹⁷</p>	<p>Au moins 23 États Membres ont atteint la cible de porter à 50 % le taux d'allaitement maternel exclusif.</p>	<p>Au moins 30 États Membres ont atteint la cible de porter à 50 % le taux d'allaitement maternel exclusif.</p>

Objectif	Mesures prioritaires	Situation de départ	Jalons à mi-parcours (2022)	Cibles (à l'horizon 2025)
les formes de malnutrition	<p>nutritionnelles essentielles dans les plateformes de prestation de services de santé.</p> <p>Renforcer les capacités pour la gestion des programmes et la prestation de services.</p>	<p>Le consensus sur la collecte des données liées à la nutrition à partir des plateformes de vaccination n'a pas encore été établi.</p> <p>On ne dispose pas de données sur les programmes de nutrition en milieu scolaire.</p> <p>En 2018, douze États Membres mettaient en œuvre l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles.</p> <p>Aucune donnée de référence n'est disponible en ce qui concerne la capacité de détection et de prise en charge des cas de malnutrition aiguë, et la capacité de gestion d'événements liés à la sécurité sanitaire des aliments.</p>	<p>Le consensus établi sur les âges pour la collecte de données nutritionnelles, liée aux visites de vaccination.</p> <p>Au moins 10 États Membres mettent en œuvre des programmes relatifs à la nutrition en milieu scolaire afin de lutter contre la dénutrition et la mauvaise alimentation.</p> <p>Au moins 10 États Membres ont mis en œuvre le dépistage des risques liés aux maladies non transmissibles dans les communautés pour compléter l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles.</p> <p>Au moins 23 États Membres disposent de capacités en matière de détection, d'évaluation des risques, de prise en charge de la malnutrition aiguë et de gestion d'événements liés à la sécurité sanitaire des aliments.</p>	<p>Au moins 25 États Membres procèdent à l'évaluation des risques liés aux maladies non transmissibles dans les établissements de santé et les communautés, conformément à l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles.</p> <p>Tous les États Membres disposent de capacités en matière de détection, d'évaluation des risques, de gestion de malnutrition aiguë, de prise en charge des cas de malnutrition aiguë et de gestion d'événements liés à la sécurité sanitaire des aliments.</p>

Objectif	Mesures prioritaires	Situation de départ	Jalons à mi-parcours (2022)	Cibles (à l'horizon 2025)
<p>Renforcer les bases de données factuelles servant de socle aux politiques et à l'action programmatique.</p>	<p>Tirer profit de l'expertise locale.</p> <p>Promouvoir la recherche sur la mise en œuvre.</p> <p>Exploiter les données systématiques.</p>	<p>Les données de référence ne sont pas disponibles.</p>	<p>Le consortium pour la recherche en Afrique a décidé de soutenir le processus d'élaboration de politiques et l'action en faveur de la nutrition.</p> <p>Le module de collecte de données nutritionnelles systématiques auprès d'établissements fournissant des services de maternité, de santé de l'enfant et de vaccination est conçu et adopté par au moins 20 États Membres.</p> <p>Les indicateurs concernant la nutrition issus du système d'information pour la gestion sanitaire sont systématiquement transférés au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.</p>	<p>Au moins 30 États Membres disposent d'informations relatives au poids à la naissance, au poids rapporté à la taille et à la taille rapportée à l'âge dans leurs systèmes d'information sanitaire (pour les âges choisis : de zéro à deux ans).</p>