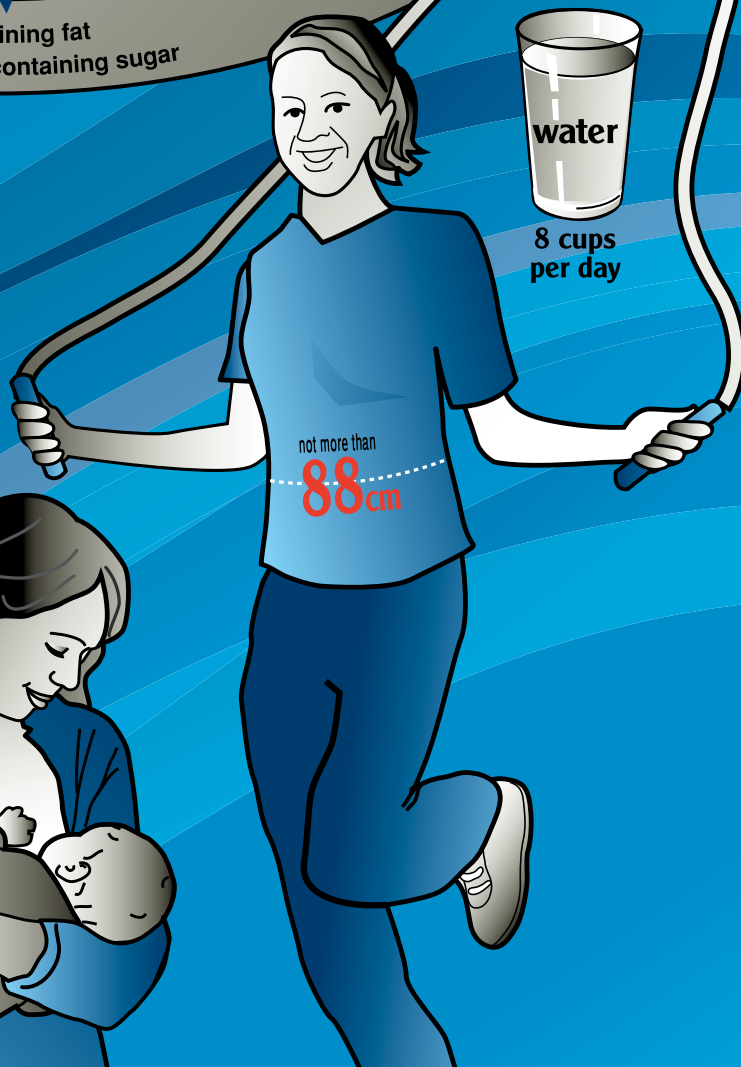
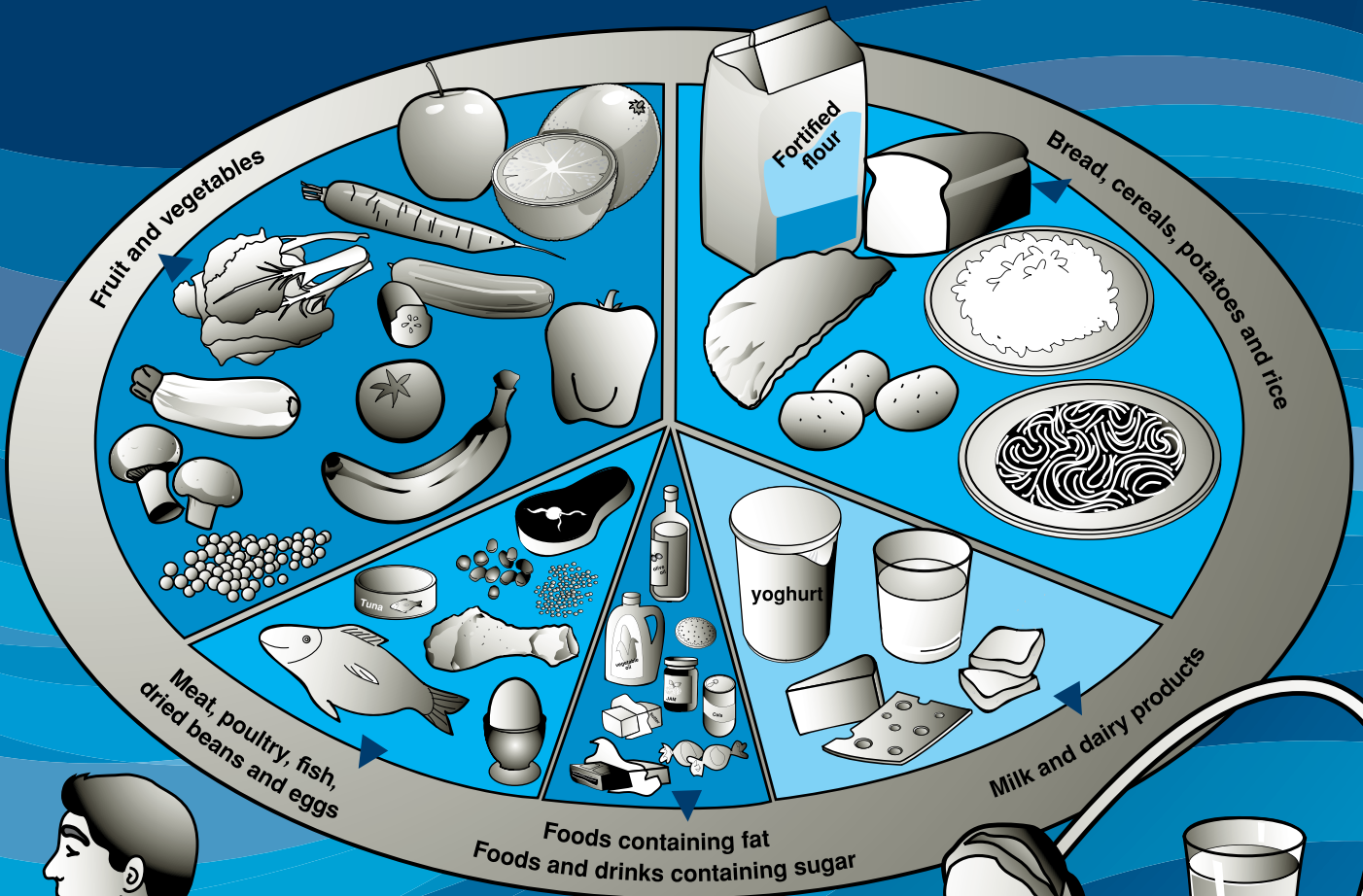


Regional strategy on nutrition  
2010–2019

and  
Plan of action

Stratégie régionale sur la nutrition  
2010-2019



**Regional strategy on nutrition  
2010–2019  
and  
Plan of action**

**Stratégie régionale sur la nutrition  
2010-2019**



**World Health  
Organization**

Regional Office for the Eastern Mediterranean



**Organisation  
mondiale de la Santé**

Bureau régional de la Méditerranée orientale

WHO Library Cataloguing in Publication Data

WHO. Regional Office for the Eastern Mediterranean  
Regional strategy on nutrition 2010 - 2019/World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean  
p.

Arabic edition published in Cairo (WHO-EM/NUT/256/A)

French edition published in Cairo (WHO-EM/NUT/256/F)

WHO-EM/NUT/256/E

1. Nutrition Policy 2. Regional Health Planning 3. Malnutrition - prevention and control 4. Deficiency Diseases - prevention and control  
5. Nutritional Status I. Title II Regional Office for the Eastern Mediterranean  
(NLM Classification: Qu 145)

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale

Stratégie régionale sur la nutrition 2010 - 2019 / Bureau régional de la Méditerranée orientale. Organisation mondiale de la Santé

p.

Édition anglaise au Caire (WHO-EM/NUT/256/E)

Édition arabe au Caire (WHO-EM/NUT/256/A)

WHO-EM/NUT/256/F

1. Politique nutritionnelle 2. Planification sanitaire régionale 3. Malnutrition - prévention et contrôle 4. Maladie de carence - prévention et contrôle  
5. État nutritionnel I. Titre II. Bureau régional de la Méditerranée orientale  
(Classification NLM : QU 145)

© World Health Organization 2011

All rights reserved.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Publications of the World Health Organization can be obtained from Distribution and Sales, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, PO Box 7608, Nasr City, Cairo 11371, Egypt (tel: +202 2670 2535, fax: +202 2670 2492; email: PAM@emro.who.int). Requests for permission to reproduce, in part or in whole, or to translate publications of WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, at the above address: email: WAP@emro.who.int.

Document WHO-EM/NUT/256/E

Design, layout and printing by WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, Egypt

© Organisation mondiale de la Santé 2011

Tous droits réservés

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Distribution et Ventes, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), Téléphone : +202 2670 2335, Télécopie : +202 2670 2492 ; adresse électronique : PAM@emro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à l'adresse ci-dessus ; adresse électronique : GAP@emro.who.int.

Document WHO-EM/ NUT/256/F

Conçu, mis en page et imprimé par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, le Caire, Égypte

# Contents

Preface .....	5
1. Introduction.....	6
2. Situation analysis.....	6
2.1 Global situation.....	6
2.2 Regional situation.....	7
2.3 Country nutrition profiles.....	9
3. Current response and challenges .....	10
4. Regional strategy on nutrition 2010–2019.....	11
5. Conclusion.....	14
Recommendations to Member States .....	15
References .....	16
Plan of action .....	17

# Sommaire

Préface .....	23
1. Introduction.....	24
2. Analyse de la situation.....	25
2.1 Situation mondiale.....	25
2.2 Situation régionale .....	25
2.3 Profil nutritionnel des pays .....	27
3. Réponse et difficultés actuelles.....	28
4. Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019.....	30
5. Conclusion.....	34
Recommandations aux États Membres.....	35
Références.....	35

## Resolution

**Regional Committee for the  
Eastern Mediterranean  
Fifty-seventh Session**

**EM/RC57/R.4  
October 2010**

Agenda item 4 (b)

### **Regional strategy on nutrition 2010–2019**

The Regional Committee,

Having discussed the technical paper on a regional strategy on nutrition 2010–2019<sup>1</sup>;

Recalling resolutions WHA55.25 Infant and young child nutrition and WHA55.23 Diet, physical activity and health, EM/RC37/R.9 Iodine deficiency disorders in the Eastern Mediterranean Region, EM/RC46/R.6 Food safety, EM/RC49/R.12 Micronutrient deficiency disorders, and EM/RC54/R.9 Food marketing to children and adolescents in the Eastern Mediterranean Region: implications for public health;

Recognizing that achieving the Millennium Development Goals will require the reduction of maternal and child malnutrition, as malnutrition accounts for 11% of the global burden of disease and leads to poor health and developmental outcomes;

Concerned that micronutrient deficiencies, including of iron, iodine, zinc, calcium, folic acid and vitamins A and D, are still being reported from many countries of the Region, particularly among vulnerable groups including children and women of childbearing age;

Concerned also by the burden of malnutrition in the Region, both over-nutrition and under-nutrition;

Acknowledging that strengthening of national nutrition surveillance is crucial to implementation of effective nutrition policies and scaling up of interventions;

1. ENDORSES the regional strategy on nutrition 2010–2019;
2. URGES Member States to:
  - 2.1 Review and/or develop a national nutrition strategy and action plan as an integral part of the national health policy and in line with the regional strategy, and allocate adequate human and financial resources to ensure implementation;
  - 2.2 Develop or review current policy frameworks and legislative mechanisms in order to address the burden of under-nutrition and over-nutrition;
  - 2.3 Strengthen nutrition surveillance and improve use and reporting of agreed Millennium Development Goals indicators in order to monitor progress;
  - 2.4 Develop mechanisms for intersectoral collaboration that promote nutrition;
  - 2.5 Promote awareness of healthy food among all age groups, particularly schoolchildren;
3. REQUESTS the Regional Director to:
  - 3.1 Continue to provide technical support to Member States in the development and implementation of national nutrition strategies and monitoring of plans;
  - 3.2 Facilitate exchange of information on successful programmes and development of networks for promotion of nutrition programmes;
  - 3.3 Support capacity-building for research in the area of nutrition;
  - 3.4 Continue, strengthen and expand the existing partnership mechanisms with stakeholders in support of regional and national nutrition strategies and plans.

---

<sup>1</sup> Document no. EM/RC57/4

## Preface

Although improvements in nutrition have taken place as a result of economic growth and as a natural outcome of health sector development and services, a rapid overview of nutrition programmes in the Region indicate that the burden of disease associated with inadequate dietary intake is the immediate factor causing under-nutrition and that this burden is increasing in many countries of the Eastern Mediterranean Region. Many countries are also experiencing a double burden of disease. Communicable diseases have not been fully controlled while the burden of noncommunicable disease is rising. This nutrition transition is alarming as it has a negative impact on health systems. The major nutrition problems in the Region are protein–energy malnutrition and high prevalence of low birth weight and of micronutrient deficiencies, including iodine deficiency disorders, vitamin A deficiency, iron deficiency anaemia in young children and women of childbearing age and calcium, zinc and vitamin D deficiencies.

Malnutrition remains a major health problem with consequences that are too grave to be ignored. It is the single biggest contributor to child mortality and 15% of the global burden of newborn and child mortality occurs in countries of the Region. Globally, it is estimated that 30% of deaths in children under 5 years of age are attributable to mild to moderate malnutrition. The overall proportion of underweight in children under 5 years of age has increased in the Region, from 14% in 1990 to 17% in 2004. Diet-related chronic diseases exert a heavy cost and contribute to morbidity and mortality rates in the Region, as the burden of overweight, obesity and diet-related chronic diseases increases. It is estimated that noncommunicable diseases in the Region accounted for 52% of all deaths and 47% of the disease burden in 2005; the latter is expected to rise to 60% in 2020.

The regional strategy on nutrition 2010–2019 was developed through a consultative process in collaboration with Member States, the American University of Beirut, WHO headquarters and the WHO Regional Advisory Committee on Nutrition,

which includes representatives from Member States, Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), UNICEF, World Food Programme, UNRWA, International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders, Middle East and North African Nutrition Association and International Union of Nutritional Sciences. The strategy proposes approaches to address the major health and nutrition problems in the Region. It aims to support countries in establishing and implementing action in nutrition in accordance with their national situation and resources. The overall goal of the strategy is to improve the nutritional status of people throughout the life-cycle by encouraging countries to reposition nutrition as central to their development agenda. It provides a framework to assist countries to decide which nutrition actions are appropriate for a particular context and according to the most prevalent health problems. The strategic approaches target undernutrition, micronutrient deficiencies, prevention and control of obesity and noncommunicable diseases. The strategy emphasizes support for the most vulnerable groups and alleviation of poverty and hunger, the root causes of malnutrition. Every effort has been made to direct the focus of Member States to results on the ground; to concentrate on the comparative advantages of the contributions of specialized agencies and donors, particularly in health and nutrition system strengthening; and to support the leadership of governments and the international community to achieve the Millennium Development Goals. The adoption of a life-cycle approach to nutrition by the health sector is in the interests of all.

# 1. Introduction

Health, nutrition and population policies play a pivotal role in economic and human development and in poverty alleviation. According to the World Bank, improved economic growth has enabled improvements in health outcomes, creating a virtuous cycle—good health boosts economic growth—and economic growth enables further gains in health (1). Nutrition will remain a key element in ensuring security: adequate food is literally “vital” in keeping people alive as a basic need and human right. However, evidence is increasingly showing that increased wealth does not essentially lead to alleviation of hunger or child undernutrition, or to the reduction of micronutrient deficiencies. Undernutrition coexists with high rates of overweight, obesity, diabetes, cardiovascular disease and some types of cancer. World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequities through action on the social determinants of health (2) called on Member States to tackle health inequities. Implementation of this resolution is key to addressing the root causes of malnutrition, including poverty and inequality, and to improving livelihoods, especially of the most vulnerable groups. According to the monitoring of progress towards achievement of the Millennium Development Goals, significant progress has been made over the years in a large number of countries in the Region in improving infant and young child nutrition (3).

Although many countries in the Region have nutrition policies or action plans, most have not been fully implemented and do not have a clear strategic path for implementation. The Region still faces many challenges in the formulation and implementation of strategies and action plans that are holistic in their approach to nutrition. This paper presents an analysis of the regional nutrition situation and its causes and consequences and stresses the importance of a regional nutrition strategy. It defines the priority areas of action, which include monitoring, advocacy, strengthening the implementation of nutrition programmes, promoting community participation and mobilizing resources. Specifically, and in order to reduce the

burden from nutrition-related diseases, unhealthy dietary patterns and physical inactivity need to be addressed. Public awareness of the determinants and impact of noncommunicable diseases, including overweight and obesity, needs to be increased through formal nutrition education at all levels, social marketing campaigns and incorporating positive messages in the media. Improving nutrition is widely regarded as an important intervention in emergency situations. Measures include provision of micronutrients through fortified powders or directly through supplements. Management of moderate and severe cases of malnutrition to save lives of infants and children requires well trained health workers.

Following the 1992 recommendations of the International Conference on Nutrition and the World Declaration and Plan of Action for Nutrition, many countries in the Region developed national nutrition plans of action. However, most of these plans have not been fully implemented. The purpose of this strategy is to improve the nutritional status of the people in the Region by encouraging countries to reposition nutrition as central to their development agenda and to provide a framework to help countries decide what nutrition actions are appropriate for a country's circumstances and health problems. It will support Member States in identifying, developing, prioritizing and adopting nutrition interventions that will help in achieving Millennium Development Goals 1, 4 and 5. It also addresses the emerging issue of obesity and diet-related noncommunicable diseases. The adoption of a life-cycle approach to nutrition by the health sector is in the interests of all.

## 2. Situation analysis

### 2.1 Global situation

Malnutrition presents significant challenges to human health, especially in developing countries. Child undernutrition is still estimated to cause 30% of all deaths of children under 5 years of age. Worldwide, malnutrition accounts for 11% of the global burden of disease, leading to long-term poor health and disability and poor educational



and developmental outcomes. 186 million children in the world are estimated to be stunted (4) and 20 million to suffer from the most deadly form of severe acute malnutrition each year. Nutritional risk factors, including underweight, suboptimal breastfeeding and vitamin and mineral deficiencies, particularly of vitamin A, iron, iodine and zinc, are considered responsible for 3.9 million deaths (35% of total deaths) and 144 million disability-adjusted life years (DALYS) (33% of total DALYS) in children below 5 years of age (4).

Food insecurity is the most pressing problem in the field of nutrition, especially for vulnerable populations, such as children and women and people living with HIV, tuberculosis and other communicable diseases. However, many Member States also face the rising challenge of overnutrition and obesity. It is estimated that excess body mass index (BMI) is responsible for more than 30 million DALYs, mostly from ischaemic heart disease and type II diabetes (5). The prevalence of obesity has been increasing constantly in recent years, with large geographic variations, in some parts of the world affecting the poor more than the wealthy (6). As a result, nutrition-related noncommunicable diseases have become a major threat to public health in low-income and middle-income countries (7).

## 2.2 Regional situation

The burden of disease associated with inadequate nutrition continues to grow in countries of the Eastern Mediterranean Region. Over the past three decades the Region has witnessed significant social, economic, demographic and political changes that have greatly influenced the nature, scope and magnitude of health and nutrition problems and the burden of disease and related risk factors in most countries, and in the Region as a whole. While problems of undernutrition still exist, the burden of overweight, obesity and diet-related chronic diseases is increasing due to nutrition transition, which is alarming as this has a negative impact on health systems in the Region. The Region faces other challenges that contribute generally to malnutrition, including in-country inequalities, limited natural resources (e.g. water and agricultural land), recurrent drought conditions, high population

growth rates, conflict and HIV in some countries. The key nutrition challenges facing the Region are malnutrition, micronutrient deficiencies, obesity and noncommunicable diseases, and foodborne diseases.

a) **Malnutrition.** Malnutrition remains a major health problem with consequences that are too grave to be ignored. It is the single biggest contributor to child mortality and 15% of the global burden of newborn and child mortality occurs in countries of the Region. It is estimated that 50% of deaths in the Region in children under 5 years of age is attributable to mild to moderate malnutrition (8). The consequences of early childhood malnutrition are irreversible and intergenerational. It is implicated in poor mental and cognitive development and consequently has adverse consequences for adult health. Malnutrition in women of reproductive age increases the maternal mortality ratio and the risk of low birth weight for their children. The mean maternal mortality ratio was estimated to be 210 per 100 000 live births in the Region in 2005, representing only a 20% reduction from the levels of 1990 (9). Unless policies and priorities are changed, the scale of the problem will prevent many countries from achieving the targets of the Millennium Development Goals. The overall proportion of underweight in children under 5 years of age has increased in the Region, from 14% in 1990 to 17% in 2004 (3). Subsequent to the global food and price crisis which started in early 2008, the nutrition situation of infants and children under 5 years of age has further deteriorated in countries in complex emergency situations, and also in other countries.

b) **Micronutrient deficiencies.** Several micronutrient deficiencies are still being reported from many countries of the Region (iron, iodine, zinc, calcium, folic acid and vitamins A and D), particularly among vulnerable groups, including children and women of childbearing age. It is estimated that more than one third of the population in the Region is anaemic (10); a total of 149 million people in the Region are estimated to be iron-deficient or anaemic according to WHO criteria; 83 million of them are anaemic women. Data on anaemia rates in preschoolers, pregnant women

and women of childbearing age from 1995 to 2001 show no improvement in the overall situation (11). Iron deficiency anaemia is a serious public health problem for many countries; the prevalence in Bahrain reached 48.3% among children under 5 years of age and 41.6% among children between 5 and 14 years (11). In women of childbearing age the prevalence of anaemia was also reported to be approximately 40% in both Oman and Bahrain.

Vitamin A deficiency is considered a public health problem in several countries, affecting preschoolers, school-age children and women of reproductive age. Vitamin A deficiency is highly prevalent with 0.8 million preschool-age children estimated to have night blindness and 13.2 million preschool-age children with serum retinol levels  $<0.70 \mu\text{mol/l}$  (12).

Iodine deficiency is recognized as a significant public health problem in 18 countries, and one third of the population is estimated to be at risk of developing iodine deficiency disorders, which have dramatic consequences for the fetal brain and for cognitive and functional development in early childhood (13).

c) **Obesity and noncommunicable diseases.** The epidemiology of noncommunicable diseases, such as cardiovascular disease, diabetes and cancer and the risk factors for these diseases are closely related to food consumption, dietary patterns, nutrition and lifestyles. Reports present alarming figures for the prevalence of obesity and noncommunicable diseases. In 2005, it was estimated that noncommunicable diseases accounted for 52% of all deaths and 47% of the disease burden; the latter is expected to rise to 60% in 2020 (14). Among the population aged 20 years and older, the prevalence of diabetes is reported to be 11%, hypertension 26%, dyslipidemia 50%, overweight and obesity 65% and physical inactivity 77% (15). This rise in noncommunicable diseases is paralleled by a rise in the direct cost of health care resources needed for disease management. Indirect costs (such as the loss of economic activity due to illness and premature deaths associated with noncommunicable diseases) and the intangible costs (such as social and personal loss) are even greater.

Overweight and obesity are potent risk factors for cardiovascular diseases and type 2 diabetes and are major contributors to premature deaths. These metabolic disorders are increasing dramatically among adults in the Region. Compiled data for adults aged 15 years and older from 16 countries show the highest levels of overweight in Kuwait, Egypt, United Arab Emirates, Saudi Arabia, Jordan and Bahrain, with the prevalence of overweight/obesity ranging between 74% and 86% in women and 69% and 77% in men (15). These data indicate a much higher prevalence of obesity among adult women whereas overweight is more marked among adult men. The escalating level of overweight and obesity among children and adolescents is of particular concern given the evidence linking childhood and adolescent obesity to increased risk of obesity and morbidity in adulthood.

Increased consumption of unhealthy foods compounded with increased prevalence of overweight in middle-to-low-income countries is typically referred to as the nutrition transition. It occurs in conjunction with epidemiological transition and has serious implications in terms of public health outcomes, risk factors, economic growth and international nutrition policy. Nutrition transition is malnutrition ensuing not from a need for food, but the need for high quality nourishment. Foods rich in vitamins, minerals and micronutrients, such as fruit, vegetables and whole grains, have been substituted by foods heavy in added sugar, saturated fat and sodium. This trend, which began with the processing of foods in the industrialized countries, has spread to developing countries. Still stressed and struggling with hunger, the latter are now dealing also with health problems, including malnutrition, associated with obesity.

d) **Foodborne diseases.** Although food safety has been addressed at regional level through the regional action plan to address food safety in the 21st century (resolution EM/RC46/R.6), foodborne diseases continue to pose a serious threat to achieving good nutritional status. Diseases of zoonotic origin represent a considerable public health burden and challenge, with salmonellosis and campylobacteriosis the most commonly reported foodborne illnesses (16). The lack of hygiene standards and control

measures in food preparation and the use of waste water and polluted water, especially in rural areas, are some of the underlying determinants. In recent years, food safety has come to the forefront of the public health agenda, following global events such as the avian influenza outbreaks and contamination of milk with melamine. In several countries, this has facilitated intersectoral collaboration between the different ministries and assessment of food safety structure and systems, resulting in some cases in the establishment of food and drug administrations or interministerial committees to address food safety.

## 2.3 Country nutrition profiles

Over the past three decades the Region has witnessed significant social, economic, demographic and political changes that have greatly influenced the nature, scope and magnitude of health and nutrition problems and the burden of disease and related risk factors in most countries, and in the Region as a whole. The Region can be divided into four groups, or country clusters, with regard to nutrition stages and dominant nutrition problems, major risk factors and underlying causes, programme interventions and gaps in response to these problems, and enabling environment factors for improved action. These four groups can be categorized as: countries in advanced nutrition transition stage; countries in early nutrition transition stage; countries with significant undernutrition; and countries in complex emergency. Some countries appear in more than one group.

### a) Countries in advanced nutrition transition

These countries have high levels of overweight and obesity, and moderate levels of undernutrition and micronutrient deficiencies in some population subgroups: Islamic Republic of Iran and Tunisia and all member countries of the Gulf Cooperation Council (GCC) except Yemen.

### b) Countries in early nutrition transition

These countries are characterized by moderate levels of overweight and obesity, moderate levels of undernutrition in specific population and age

groups, and widespread micronutrient deficiencies: Egypt, Jordan, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Morocco, Palestine and Syrian Arab Republic.

### c) Countries with significant undernutrition

These countries have particularly high levels of acute and chronic child malnutrition, widespread micronutrient deficiencies, and emerging overweight, obesity and malnutrition of affluence in certain socioeconomic subgroups: They are Djibouti, Iraq, Pakistan, Yemen and population subgroups in GCC member countries, Islamic Republic of Iran, Palestine (Gaza) and Tunisia.

### d) Countries in complex emergency

The countries in complex emergency situations with severe child and maternal undernutrition and widespread micronutrient deficiencies are: Afghanistan, Somalia and Sudan.

The characterization of the Region into four broad country clusters aims to provide a summary tool to capture commonalities and differences among countries and to guide, to a certain extent, strategic planning and the development of nutrition policies and programmes at regional and country level. However, nutrition transition also affects an increasing number of countries and socioeconomic groups within countries. Nutrition-related risk factors for noncommunicable diseases are increasing rapidly in low-income and medium-income countries. Economic differences have widened among countries and emergency and humanitarian crisis affects several countries. The recent global food and economic crisis, while affecting all countries, has particularly affected Djibouti, Somalia and Sudan in the Horn of Africa and Afghanistan, Pakistan and Yemen.

### 3. Current response and challenges

Social, economic, demographic and political changes have greatly influenced the nature, scope and magnitude of health and nutrition problems and the burden of disease and related risk factors in most countries in recent years. Significant progress has been made over the past three decades in a large number of countries in the Region in improving infant and young child nutrition. In the Middle East/North Africa, UNICEF reported in 2006 that six countries (Djibouti, Jordan, Oman, occupied Palestinian territory, Syrian Arab Republic and Tunisia) were on track to meet the Millennium Development Goals targeting reduction in the proportion of underweight children under 5 years of age; 12 countries had contained underweight prevalence rates at or below 10%; and six countries were not on track to meet the Millennium Development Goals (Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalia, Sudan and Yemen) (3). Nevertheless, as noted in section 2, the overall proportion of underweight in under-5 children has continued to rise, and the nutrition situation of infants and children under 5 is thought to have further deteriorated following the food crisis of 2008 (17).

The World Health Assembly has endorsed numerous resolutions on infant and young child nutrition, including nutrition and HIV/AIDS and the Codex Alimentarius Guidelines for use of nutrition and health claims, notably WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21, WHA61.20 and most recently WHA.63.23. Action following Regional Committee resolutions EM/RC57/R.9 and EM/RC49/R.12 has resulted in significant progress in promoting salt iodization and reducing prevalence of iodine deficiency disorders. Lack of data on neural tube defects, due to the absence of nutrition surveillance in most countries, is a major challenge.

Although many countries in the Region have nutrition policies or action plans, most have not been fully implemented and do not have a clear strategic path for implementation. The Region still faces many challenges in the formulation and implementation

of nutrition strategies and action plans that are holistic in their approach to addressing nutrition issues. The Region suffers from:

- absence of clear political commitment for nutrition action and/or failure to turn political commitment for nutrition problems into tangible action;
- absence of a policy framework and institutional capacity to plan, implement and monitor sustainable nutrition programmes that respond to the basic causes of malnutrition which are linked to the social determinants of health;
- chronic conflict and natural disasters which prevent some countries from making or maintaining progress;
- disproportionate allocation of health budgets, often at the expense of preventive strategies such as nutrition;
- abandonment of traditional diets in favour of “fast” foods, resulting in the reduction of dietary diversity and, often, a less nutritious diet; and
- absence of nutrition expertise in related sectors and lack of intersectoral coordination.

A complex set of other factors affect nutritional status, including food safety, changing lifestyle patterns and decreased food production and availability. Food distribution and catering in many countries is concentrated in the hands of a few operators, who influence product supply, safety and price. The media, advertising and retail sectors and the food industry have a powerful influence on dietary choices, sometimes in opposing those recommended by public health specialists. Urban design, too, often discourages recreational activities, such as walking or cycling, and the increasing use of television and computers encourages sedentary leisure activities, thus adding physical inactivity as an underlying factor contributing to the many health challenges.

A regional nutrition strategy with a clear plan of action is clearly urgently needed to respond to the challenges, while taking into consideration the nutrition and food security profile for each country,

and to guide strategic planning and the development of nutrition policies and programmes at regional and country level.

## 4. Regional strategy on nutrition 2010–2019

The regional strategy on nutrition 2010–2019 is the first nutrition strategy to be developed in the Region. Its development was led by WHO, in consultation with all Member States as well as United Nations agencies, academia and civil society. The World Declaration and Plan of Action for Nutrition 1992 guided the technical issues of nutrition policy and programme development.

### Goal

The overall goal of the nutrition strategy for the Eastern Mediterranean Region is to improve the nutritional status of people throughout the life-cycle through encouraging countries to reposition nutrition as central to their development agenda. It aims to support countries in establishing and implementing action in nutrition according to their national situation and resources. It provides a framework to assist countries to decide which nutrition actions are appropriate for a particular context and according to the most prevalent health problems. It will enable Member States to identify, develop, prioritize and adopt nutrition interventions which will contribute to achieving the targets of the Millennium Development Goals, in particular goal 1 targeting poverty and hunger, goal 4 targeting child mortality, and goal 5 targeting maternal health. It also addresses emerging issues of overnutrition to overcome increasing rates of obesity and diet-related noncommunicable diseases.

### Objectives

- 1. To increase political commitment and enhance nutrition assessment, monitoring and evaluation.**

#### Targets

- All countries have developed a national nutrition strategy and plan of action.
- All countries have developed a nutrition surveillance system with an efficient monitoring and evaluation mechanism.

- 2. To reduce the prevalence of wasting and stunting among children, especially children under 5 years of age, and of undernutrition among women.**

#### Targets

- Prevalence of underweight among children reduced by 30%.
- Prevalence of low birth weight reduced by 30%.
- Child mortality reduced by 50%.
- Maternal mortality reduced by 20%.
- Percentage of women exclusively breastfeeding for the first 6 months increased by 50%.
- Percentage of women adopting complementary feeding practices from 6 months to 2 years increased by 50%.

- 3. To reduce the prevalence of micronutrient deficiencies.**

#### Targets

- Prevalence of iron deficiency anaemia among preschool-aged and school-aged children, women of reproductive age women and the elderly reduced by 30%.
- Prevalence of calcium and vitamin D deficiencies among women of childbearing age, lactating women, children and the elderly reduced by 50%.
- Prevalence of vitamin A deficiency among children under 5 years of age and pregnant and lactating women reduced by 50% or eliminated.
- Iodine deficiency disorders reduced by 50% or eliminated.

- Prevalence of neural tube defects among newborn infants reduced by 50%.

#### **4. To reduce the prevalence of diet-related noncommunicable diseases.**

##### *Target*

- Obesity in children, adolescents and adults reduced by 35%.

#### **5. To build capacity for emergency preparedness in nutrition.**

##### *Target*

- All countries have developed contingency plans and preparedness in nutrition and food security enabling them to respond effectively and in a timely manner to any emergency.

#### **6. To improve food safety.**

##### *Targets*

- National legislation and regulations to meet the international food safety standards of the Codex Alimentarius adopted and implemented.
- Incidence of foodborne diseases reduced by 50%.

#### **7. To ensure a safe, healthy and sustainable food supply.**

##### *Target*

- Access of the poor to healthy and safe food increased by 50%.

## **Strategic approaches**

### **Approach 1: Strengthening political commitment, legislation and multisectoral approaches to ensure healthy and sustainable food supply.**

- Increasing political commitment to national nutrition programmes.
- Promoting the development of national food and nutrition policies and including the

prevention of malnutrition in development strategies.

- Strengthening technical and managerial capacities for nutrition programmes in the health sector.
- Allocating adequate budget for the prevention and control of nutrition-related diseases.
- Engaging all national and international stakeholders that can contribute to addressing nutrition-related diseases while keeping a strong public health leadership.

### **Approach 2: Promoting and protecting the nutritional well-being of women and children and ensuring good nutrition throughout the life-cycle for all age groups.**

- Promoting optimal fetal nutrition, which includes: ensuring appropriate maternal nutrition and micronutrient supplementation before and during pregnancy; and providing counselling on diet and food safety to pregnant women.
- Protecting, promoting and supporting breastfeeding and timely, adequate and safe complementary feeding of infants and young children by implementing the global strategy on infant and young child feeding.
- Promoting the development of pre-school and school nutrition, including: advocating for nutrition-friendly schools; promoting education in nutrition; providing healthy options in canteens and other food distribution points in schools; encouraging schools to adopt physical activity and nutrition policies in line with the global strategy on diet, physical activity and health; and establishing fruit and vegetable distribution schemes.
- Promoting nutrition counselling through primary health care centres and private sector clinics to control obesity and malnutrition during childhood.
- Promoting and protecting nutritional well-being among other age groups, in particular adolescents and women, as well as groups with

special needs, such as people with physical and mental disabilities and the elderly.

### **Approach 3: Promoting food with adequate micronutrient content.**

- Promoting healthy food consumption patterns to ensure diversity in the diet, and nutrition education and supplementation programmes, especially for children and women.
- Encouraging food-based strategies in order to address micronutrient deficiencies, such as bio-fortification and food fortification.
- Promoting de-worming of schoolchildren.

### **Approach 4: Providing comprehensive information and education to the public**

- Establishing national food-based dietary guidelines and monitoring their implementation.
- Promoting nutritional knowledge and appropriate attitudes and practices of caregivers towards food, social and dietary customs, family/child care and feeding practices as well as household hygiene.
- Introducing nutrition labelling schemes that support healthy choices at the point of purchase.
- Raising awareness of the link between nutrition and safe food and water.

### **Approach 5: Promoting implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health.**

- Strengthening national policies on nutrition, physical activity and obesity.
- Increasing physical activity in schools.
- Supporting physical activity through transportation policy, increasing resources for nutrition and physical activity programmes, and ensuring that adequate infrastructure for

physical activity exists and barriers to achieving a physically active community are removed.

- Promoting healthy diets.
- Promoting healthy foods in chain restaurants and school canteens.

### **Approach 6: Improving nutrition services and capacity-building in the health sector, including emergency situations and support to vulnerable groups.**

- Engaging and educating primary health care and other health workers in nutrition assessment and the provision of counselling on diet, food safety and physical activity, in addition to protection, promotion and support of breastfeeding and complementary feeding, as well as promoting use of the WHO child growth standards and hospital nutrition.
- Improving standards of service delivery for the prevention, diagnosis and treatment of nutrition-related diseases through establishing efficient outpatient and inpatient nutrition services, with adequate population coverage.
- Improving nutritional care and support in emergency situations and under conditions of humanitarian crisis.

### **Approach 7: Strengthening food safety**

- Updating and implementing national legislation and regulations to meet the international food safety standards of the Codex Alimentarius.
- Conducting awareness campaigns to educate the public about safe food practices.
- Enforcing food safety laws to prevent foodborne diseases throughout the food supply chain.
- Monitoring water safety and sanitation through expanding the development of water safety plans, in order to reduce the incidence of waterborne diseases, supporting initiatives to increase community coverage with clean water for drinking and washing, and ensuring

the use of water of drinking quality in the food processing chain.

### **Approach 8: Ensuring a safe, healthy and sustainable food supply**

- Establishing, in collaboration with partners and Member States, adequate policies in agriculture and fisheries, food processing, marketing and distribution.
- Improving safety nets and social protection programmes and aim to increase the incomes and assets of those living below a certain level of income either directly through money transfers, especially for vulnerable groups or indirectly via market interventions or government pricing policies.
- Increasing self-sufficiency in nutrition at all levels, promoting poverty alleviation programmes, including school feeding and income-generating activities, and expanding social protection programmes that support vulnerable groups and people with special needs, including older persons, people with disability and mental health problems, widows and orphans.
- Scaling up production and processing of local foods.
- Improving the bioavailability of nutrients and promoting foods rich in micronutrients.

### **Approach 9: Research, monitoring and evaluation**

- Developing national nutrition surveillance systems to monitor nutrition interventions and assess nutritional status, food availability and consumption and the physical activity patterns of populations.
- Conducting situation analysis, assessing needs and ensuring quality of data.
- Evaluating the impact of programmes and policies aimed at reducing the burden of food and nutrition-related diseases, by establishing input, process and output indicators in

different socioeconomic population groups and by calculating the cost–effectiveness of interventions.

- Monitoring the characteristics of the food environment, including nutritional quality, food prices and marketing practices.
- Assessing the impact of sectoral policies on health and nutrition using health impact assessment methods in order to achieve better intersectoral collaboration in integrating health in all policies, whether targeted at diet, food supply or food safety.
- Conducting systematic reviews to enhance the understanding of the role of nutrition, food safety and lifestyle factors in disease development and prevention and to strengthen the evidence base for interventions and policies.
- Determining the micronutrient composition of local foods, both raw and cooked, with special emphasis on identifying micronutrient-rich traditional foods.

## **5. Conclusion**

The overall goal of the regional nutrition strategy is to improve the nutritional status of people throughout the life-cycle through encouraging countries to reposition nutrition as central to their development agenda. The strategy will support Member States in enforcing or establishing and implementing action in nutrition according to their national situation and resources. Efforts have been made to make the strategic approaches relevant to each country in the Region. The strategy focuses on improving the nutritional status of the population, particularly in early life, by preventing and treating malnutrition among pregnant women and children aged up to 2 years, promoting adequate micronutrient intake, integrating actions to address the determinants of obesity and noncommunicable diseases, promoting safe and healthy food choices, providing comprehensive nutrition information and education to consumers, improving nutrition services in the health sector, monitoring and evaluating progress



and outcomes using the WHO child growth standards and increasing political commitment. Attention is also given to emergency preparedness. Essential to the process of implementation is the building of institutional capacity to manage nutrition programmes by encouraging partnerships between governments, universities, communities, and nongovernmental organizations, and between governments and the corporate sector, which occupies a central role in the nutritional content of processed foods and in fortifying foods and producing healthy food choices.

The Regional Office will work closely with Member States and provide technical support, in coordination with other key partners and United Nations agencies, to ensure that nutrition occupies a prominent place in national development plans and related programmes to achieve health and nutrition security for all people. WHO will work with policy-makers and decision-makers to promote investment in nutrition as a pressing need that is essential to save the lives of people from malnutrition and noncommunicable diseases and that is also cost-effective. Advocacy with civil society and communities is crucial. The Regional Office will continue to host the Regional Advisory Committee on Nutrition and will monitor implementation of the strategy and plan of action, in coordination with the various organizations involved in nutrition and health.

## Recommendations to Member States

1. Review and update national health policies, strategies and plans in relevant areas to ensure that nutrition is identified and integrated as a priority, and review and/or develop a national nutrition strategy and action plan in line with the regional strategic approaches.
2. Increase political commitment to prevention and reduction of malnutrition in all its forms.
3. Strengthen and expedite the sustainable implementation of the national nutrition strategy for all age groups.
4. Develop or update policy frameworks in order to address the double burden of malnutrition and allocate adequate human and financial resources to ensure implementation.
5. Develop and/or strengthen legislative, regulatory and/or other effective measures to promote nutrition.
6. Scale up interventions to improve nutrition status among all age groups, especially infants and children, in an integrated manner, including the protection, promotion and support of breastfeeding and timely, safe and appropriate complementary feeding as core interventions, prevention and management of severe malnutrition, and control of vitamin and mineral deficiencies.
7. Integrate the WHO child growth standards into child health programmes to ensure their implementation.
8. Ensure that national and international emergency preparedness and response plans follow the evidence-based operational guidance for emergency relief staff and programme managers to save lives of people through providing healthy and balanced food for all age groups.
9. Strengthen nutrition surveillance systems and improve use and reporting of the agreed indicators in order to monitor progress in achievement of the Millennium Development Goals.
10. Implement measures for prevention of malnutrition as specified in the WHO/ UNICEF joint statement on community-based management of severe acute malnutrition,

most importantly improving water and sanitation systems and hygiene practices to protect children against communicable disease and infections.

## References

11. *Healthy development. The World Bank strategy for health, nutrition, and population results*. New York, World Bank, 2007.
12. Commission on the Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
13. *Progress for children. A report card on nutrition*. Number 4, May 2006. New York, UNICEF, 2006.
14. *World health statistics*, Geneva, World Health Organization, 2010.
15. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004, 497–596.
16. Speiser PW et al. Childhood obesity. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2005, 1871–87.
17. Disease Control Priorities Project. *Disease control priorities in developing countries*. Second edition. Washington DC, The World Bank and Oxford University Press, 2006.
18. Len-Cava N et al. *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence*. Washington DC, Pan American health Organization, 2002. ([http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits\\_of\\_BF.htm](http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm))
19. Childinfo. Monitoring the situation of children and women. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, 2005. (<http://www.childinfo.org>)
20. Verster A, van der Pols JC. Anaemia in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1995, 1:64–79.
21. Bagchi K. Iron deficiency anaemia—an old enemy. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2004, 10:754–60.
22. *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005*. WHO global database on vitamin A deficiency. Geneva, World Health Organization, 2009.
23. de Benoist B (et al). Iodine deficiency in 2007: global progress since 2003. *Food and Nutrition Bulletin*, 2008, 29:195–202.
24. Health statistics and health information systems. *Projections of mortality and burden of disease, 2002–2030*. Geneva, World Health Organization, 2002. Available at [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/projections2002/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2002/en/index.html)
25. Chronic diseases and health promotion. *STEPwise approach to chronic risk factor surveillance (STEPS)*. Geneva, World Health Organization. Available at <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/en/index.html>
26. *First joint FAO/OIE/WHO expert workshop on non-human antimicrobial usage and antimicrobial resistance: scientific assessment*. Geneva, World health Organization, 2003.
27. *The Millennium Development Goals report 2010*. New York, United Nations, 2010.

# Plan of action

Table 1. Plan of action for undernutrition

Health challenges	Determinants	Strategies	Activities	Outcome/tools
Under nutrition	<ol style="list-style-type: none"> <li>Lack of data on the under nourished and their geographic locations</li> <li>Inadequate child feeding practices</li> <li>Inadequate nutrition services in the health sector</li> <li>Poor nutrition knowledge</li> <li>Food insecurity and poverty</li> <li>Foodborne diseases</li> <li>Humanitarian crises</li> <li>Lack of political commitment towards the eradication of all forms of undernutrition</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Establish and monitor national nutrition surveillance systems</li> <li>Protect, promote and support breastfeeding and timely, appropriate and safe complementary feeding of infants and young children</li> <li>Build up the nutrition-related capacity of primary health care staff</li> <li>Introduce nutrition education in school curricula</li> <li>Develop national feeding programme</li> <li>Educate community on food safety and toxicity</li> <li>Increase capacity in nutrition in emergencies</li> <li>Encourage governments to include malnutrition in their development strategies</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Establish a national nutrition monitoring system on food consumption patterns and undernutrition</li> <li>Promote adequate nutrition knowledge about appropriate child feeding and safe food practices               <ol style="list-style-type: none"> <li>Implement the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding</li> <li>Ensure the proper application of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes</li> <li>Revitalize the effort of baby-friendly hospitals</li> </ol> </li> <li>Educate health professionals on nutrition: include nutrition in health professionals curricula</li> <li>Introduce nutrition education in school curricula, and ensure the availability of nutrition education publications (books, cartoons, movies, pamphlets) to all sectors of the population               <ol style="list-style-type: none"> <li>Conduct nutrition education campaigns</li> <li>Enforce food labelling regulations</li> </ol> </li> <li>Establish “nutritious lunch or breakfast” programmes in public schools               <ol style="list-style-type: none"> <li>Distribute free meals to vulnerable groups</li> <li>Establish effective food subsidy programmes</li> </ol> </li> <li>Provide education to improve the use of safe food and promote hygienic practices</li> <li>Strengthen household food security</li> <li>Promote the development of national food and nutrition policies</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Establish national nutrition surveillance systems</li> <li>Increased exclusive breastfeeding for the first 6 months</li> <li>Increased number of programmes to improve nutrition services in the health sector               <ol style="list-style-type: none"> <li>Established food-based dietary guidelines</li> <li>Established nutrition education programmes in schools, universities and the community</li> </ol> </li> <li>Reduced proportion of people who suffer from hunger               <ol style="list-style-type: none"> <li>Reduced prevalence of stunting and underweight children.</li> <li>Reduced birth weight prevalence</li> <li>Decreased child mortality</li> <li>Decreased maternal mortality</li> </ol> </li> <li>Number of countries that have adopted national food and nutritional policies/strategies</li> </ol>

**Table 2. Plan of action for micronutrient deficiencies**

Health challenges	Determinants	Strategies	Activities	Outcome/tools
Micronutrient deficiencies	I Inadequate access to foods with proper micronutrient content and poor environment	I. Encourage food-based strategies in order to address micronutrient deficiencies and other health interventions	<p>Ia. Promote the production and consumption of micronutrient-rich foods</p> <p>Ib. Encourage the re-use of traditional household food technologies as a way to improve the bioavailability of nutrients</p> <p>Ic. Encourage home-based preparation of nutritionally sound complementary foods</p> <p>Id. Promote fortification of basic food with iron, vitamin A, vitamin D and iodine</p> <p>Ie. Promote micronutrient-rich school feeding and deworming to school children</p> <p>If. Promote supplementation programmes with micronutrients for specific targeted groups at risk</p>	<p>I/2a. Reduced prevalence of iron deficiency anaemia among preschool-aged and school-aged children, non-pregnant and pregnant women, and the elderly</p> <p>I/2b. Reduced prevalence of calcium and vitamin D deficiencies among women of childbearing age, lactating women, children and the elderly</p> <p>I/2c. Reduced prevalence of vitamin A deficiency among children under 5 and pregnant and lactating women</p> <p>I/2d. Reduced prevalence of iodine deficiency disorder in women</p> <p>I/2f. Decreased prevalence of neural tube defects among newborn infants</p> <p>I/2g. Increased percentage of households consuming iodized salt</p> <p>I/2h. Increased percentage of households consuming adequate iron and folic acid A and D</p>
	2. Poor knowledge of dietary sources of micronutrients	2. Educate the public on micronutrient contents of foods	<p>2a. Create community awareness of the seriousness of micronutrient deficiency problems</p> <p>2b. Promote dietary diversity through information, education and food price control</p>	
	3. Lack of updated data on the micronutrient status/problems of the Region	3. Establish and monitor national nutrition surveillance systems	3. Establish a national database on micronutrient consumption patterns and micronutrient deficiency status every 5–10 years	3. Increased number of countries with established national nutrition surveillance systems
	4. Lack of political commitment towards the eradication of micronutrient deficiencies	4. Encourage the political commitment to set up government standards, as well as establish mandatory fortification and supplementation laws	4. Promote the development of national fortification laws	

**Table 3. Action plan for overweight and obesity**

Health challenges	Determinants	Strategies	Activities	Outcome/tools
Overweight and obesity	1. Suboptimal fetal nutrition and unhealthy infant and child feeding practices	1. Promote optimal fetal, infant and child feeding practices	1a. Ensure adequate maternal nutrition from pre-conception 1b. Implement the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding 1c. Implement the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and ensure adherence to Codex	1. Increased exclusive breastfeeding for the first 6 months
	2. Increased demand and supply of unhealthy foods	2. Promote the demand and supply of healthy foods	2a. Encourage the development of nutrient-dense food products 2b. Encourage the government to consider economic measures that facilitate healthier food choices and restrict consumption of fats and sugar, and reduce the price of fruit and vegetables 2c. Encourage, the private catering sector to provide healthy food choices and discourage promoting energy-dense foods and larger portion sizes through price incentives 2d. Control food advertising and commercial promotions of food and sweetened beverages to children through both industry self-regulation and statutory action 2e. Establish food labelling regulations, especially for products that contain high amounts of fat, sugar, energy and salt 2f. Support nutrition education in schools through the promotion of nutrition-friendly schools and ensuring the availability of healthy food choices at competitive prices 2g. Avoid the localization of fast food outlets and vending machines providing energy-dense and nutrient-poor foods	2. Improved dietary habits of the population
	3. Absence of national nutrition surveillance systems	3. Establish and monitor national nutrition surveillance systems	3. Establish a national database and monitor food consumption patterns and overweight/obesity status performed every 5–10 years	3. Reduced prevalence of overweight and obesity among children, adolescents and adults
	4. Physical inactivity	4. Encourage physical activity, using the WHO Diet and Physical Activity Strategy guidelines	4a. Encourage physical activity programmes in schools and kindergartens 4b. Create opportunities for outdoor recreational activities 4c. Promote physical activity at the workplace. 4d. Enforce government regulations to provide adequate infrastructure to physically active transport	4. Increased prevalence of physical activity

**Table 3. Action plan for overweight and obesity**

Health challenges	Determinants	Strategies	Activities	Outcome/tools
5. Poor knowledge and awareness about the adverse health impacts of obesity	5. Educate the public about optimal eating habits	5a. Perform, regularly, nutrition education and social marketing campaigns 5b. Incorporate positive behaviour change messages into television programmes and magazines	5. Increased number of countries that have adopted nutrition-friendly schools	
6. Lack of political commitment	6. Increase political commitment towards obesity and obesity-related problems (task of international organizations)	6. Establish support schemes for low socioeconomic groups		

**Table 4. Noncommunicable diseases**

Health challenges	Determinants	Strategies	Activities	Outcome/tools
Noncommunicable diseases	1. Lack of national nutrition surveillance systems	1. Establish and monitor national nutrition surveillance systems	1. Establish a national database on food consumption, physical activity and smoking patterns, as well as on noncommunicable disease prevalence food consumption surveys, performed every 5–10 years	1. Achieved annual reduction in noncommunicable disease mortality rates
	2. Poor knowledge about healthy food choices	2. Increase community awareness of health risks of diet-related noncommunicable diseases	2. Promote accurate and objective education to the public and to patients on healthy foods and risk-associated food items	
	3. Inadequate dietary habits	3. Promote healthy food choices	3a. Adhere to adequate life-cycle nutrition recommendations 3b. Improve the quality of the diets/foods served or distributed by the public sector; food aid programmes, and school feeding programmes 3c. Promote standards of diet quality in restaurants and school cafeterias 3d. Improve product labelling	3/4. Increased number of countries that have adopted the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health
	4. Sedentary lifestyle	4. Promote physical activity in line with the strategies of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health	4a. Promote 30 minutes of moderate intensity physical activity per day 4b. Promote physical activity efforts use of stairs, creating an institutional culture for health promotion 4c. Encourage physical education programmes at schools in schools	
	5. Genetics			
	6. Smoking	6. Enforce all legislation concerned with tobacco control)		6/7. Increased number of countries that have implemented legislation and strategies to limit smoking and promote a healthy lifestyle for the prevention of diet-related chronic diseases
	7. Lack of political commitment	7. Encourage the government to establish the appropriate legislation and strategies as well as to allocate a considerable budget for the prevention and monitoring of noncommunicable diseases	7a. Create incentives for the development of healthier products by the food industry 7b. Increase the relative price of unhealthy food choices through taxes or other disincentives 7c. Develop guidelines/ regulations for food marketing and advertising to children	

## Résolution

**COMITÉ RÉGIONAL DE LA  
MÉDITERRANÉE ORIENTALE**  
Cinquante-septième session

**EM/RC57/R.4**  
**Octobre 2010**

Point 4 b) de l'ordre du jour

### **Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019**

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique intitulé « Stratégie régionale sur la nutrition 2010–2019 »<sup>1</sup> ;

Rappelant les résolutions WHA55.25 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et WHA55.23 sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, ainsi que les résolutions EM/RC37/R.9 sur les troubles dus à une carence en iode dans la Méditerranée orientale, EM/RC46/R.6 sur la sécurité sanitaire des aliments, EM/RC49/R.12 sur les troubles dus à une carence en iode et EM/RC54/R.9 sur la commercialisation des aliments destinés aux enfants et aux adolescents dans la Région de la Méditerranée orientale : implications pour la santé publique ;

Reconnaissant que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement nécessitera la réduction de la malnutrition chez la mère et l'enfant, car la malnutrition représente 11 % de la charge mondiale de morbidité et entraîne un mauvais état de santé et des troubles du développement ;

Préoccupé par le fait que des carences en micronutriments, y compris en fer, iode, zinc, calcium, acide folique et vitamines A et D sont encore signalées dans de nombreux pays de la Région, en particulier dans les groupes vulnérables, comme les enfants et les femmes en âge de procréer ;

Préoccupé également par le poids de la malnutrition dans la Région, la suralimentation comme la dénutrition ;

Reconnaissant que le renforcement de la surveillance nationale de la nutrition est essentiel pour la mise en œuvre de politiques nutritionnelles efficaces et pour l'intensification des interventions ;

1. **APPROUVE** la stratégie régionale sur la nutrition 2010–2019 ;
2. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :
  - 2.1 à examiner et/ou élaborer une stratégie et un plan d'action pour la nutrition au plan national, en tant que partie intégrante de la politique nationale de santé et conformément à la stratégie régionale ;
  - 2.2 à élaborer ou examiner les cadres politiques actuels et les mécanismes législatifs pour s'attaquer à la charge de la dénutrition et suralimentation et allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour garantir une mise en œuvre ;
  - 2.3 à renforcer les systèmes de surveillance de la nutrition et à mieux utiliser et notifier les indicateurs convenus des objectifs du Millénaire pour le développement afin de suivre les progrès accomplis ;
  - 2.4 à élaborer des mécanismes pour une collaboration intersectorielle favorisant la nutrition ;
  - 2.4 à promouvoir la sensibilisation à une alimentation saine dans tous les groupes d'âge, notamment chez les écoliers ;
3. **PRIE** le Directeur régional :
  - 3.1 de continuer à fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration, la mise en œuvre des stratégies nationales pour la nutrition et le suivi des plans ;
  - 3.2 de faciliter l'échange d'informations sur les programmes couronnés de succès et la constitution de réseaux de promotion des programmes axés sur la nutrition ;
  - 3.3 de soutenir le renforcement des capacités pour mener des recherches dans le domaine de la nutrition ;
  - 3.4 de poursuivre, renforcer et élargir les dispositifs actuels de partenariat avec les parties prenantes visant à soutenir les stratégies et plans régionaux et nationaux sur la nutrition.

<sup>1</sup> Document EM/RC57/4



## Préface

Si des améliorations ont été constatées sur le plan nutritionnel, du fait de la croissance économique et de l'effet naturel du développement du secteur de la santé et des services qu'il propose, un rapide aperçu des programmes de nutrition dans la Région laisse penser que la charge de morbidité associée à des apports alimentaires inappropriés constitue le facteur causal immédiat de la dénutrition et que cette charge augmente dans plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale. De nombreux pays supportent une double charge de morbidité. Les maladies transmissibles ne sont pas complètement contrôlées alors que la charge des maladies non transmissibles augmente. La transition nutritionnelle est alarmante car elle a un impact négatif sur les systèmes de santé. Les problèmes de nutrition majeurs dans la Région sont la malnutrition protéino-énergétique, une prévalence élevée du faible poids de naissance et les carences en micronutriments – parmi lesquels on peut citer l'iode, la vitamine A et le fer chez les jeunes enfants et les femmes en âge de procréer, et les carences en calcium, zinc et vitamine D.

La malnutrition demeure un problème de santé majeur, dont les conséquences sont trop importantes pour être négligées. Elle est la principale cause de la mortalité infantile. De fait, la charge de mortalité des nouveau-nés et des enfants dans les pays de la Région représente 15 % de la charge mondiale. Dans le monde, on estime que 30 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont imputables à la malnutrition légère ou modérée. Dans la Région, la proportion totale d'enfants de moins de cinq ans en insuffisance pondérale a augmenté, passant de 14 % en 1990 à 17 % en 2004. Les maladies chroniques liées à l'alimentation engendrent de lourds coûts et pèsent sur les taux de morbidité et de mortalité dans la Région, alors que les conséquences de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation s'aggravent. Il a été estimé que les maladies non transmissibles dans la Région représentaient 52 % des décès

et 47 % de la charge de morbidité en 2005 ; ce dernier pourcentage devrait passer à 60 % en 2020.

La stratégie régionale sur la nutrition 2010–2019 a été élaborée suivant un processus de consultation en collaboration avec les États Membres, l'Université américaine de Beyrouth, le Siège de l'OMS et le Comité consultatif régional de l'OMS sur la nutrition. Ce dernier comprend des représentants des États Membres, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), de l'UNICEF, du Programme alimentaire mondial, de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, de la *Middle East and North African Nutrition Association* [Association pour la nutrition au Moyen-Orient et en Afrique du Nord] et de l'Union internationale des Sciences de la Nutrition. La stratégie propose des approches pour s'attaquer aux problèmes sanitaires et nutritionnels importants dans la Région. Elle vise à appuyer les pays dans la création et la mise en œuvre d'actions portant sur la nutrition, en prenant en compte les situations et les ressources nationales. Son objectif est d'améliorer l'état nutritionnel de la population tout au long de la vie, en encourageant les pays à accorder à la nutrition une place centrale dans leurs programmes d'action pour le développement. Elle propose un cadre pour aider les pays à décider quelles actions en faveur de la nutrition sont appropriées dans un contexte particulier, en fonction des problèmes de santé les plus répandus. Les approches stratégiques ciblent la dénutrition, les carences en micronutriments, la lutte contre l'obésité et les maladies non transmissibles. La stratégie met l'accent sur l'appui aux groupes les plus vulnérables et sur la réduction de la pauvreté et de la faim, causes profondes de la malnutrition. Une attention particulière a été accordée à l'orientation des efforts des États Membres sur les résultats de terrain ; sur les avantages comparatifs des contributions des institutions spécialisées et des bailleurs de fonds, notamment en matière de renforcement des systèmes de santé et de nutrition ; et à l'appui du rôle moteur des gouvernements et de la communauté internationale dans la réalisation des

objectifs du Millénaire pour le développement. Il est dans l'intérêt de tous que le secteur de santé adopte une approche de la nutrition tout au long de la vie.

## 1. Introduction

Les politiques relatives à la santé, à la nutrition et à la population jouent un rôle fondamental dans le développement économique et humain et dans la réduction de la pauvreté. Selon la Banque mondiale, l'intensification de la croissance économique a permis d'améliorer les résultats en matière de santé, créant un cercle vertueux —une bonne santé accélère la croissance économique— et la croissance économique engendre des bénéfices supplémentaires pour la santé (1). La nutrition restera un élément clé pour garantir la sécurité : une alimentation adéquate est littéralement « vitale » pour rester en vie ; c'est aussi un besoin fondamental et un droit de l'être humain. Toutefois, les informations révèlent de plus en plus que l'augmentation des richesses ne conduit pas automatiquement à l'atténuation de la faim ou de la dénutrition chez l'enfant, ou à la réduction des carences en micronutriments. La dénutrition cohabite avec des taux élevés de surcharge pondérale, d'obésité, de diabète, de maladies cardio-vasculaires et certains types de cancer. La résolution WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé intitulée « Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé » (2) invite les États Membres à s'attaquer aux inégalités en matière de santé. La mise en œuvre de cette résolution est essentielle pour s'attaquer aux causes profondes de la malnutrition, notamment la pauvreté et l'inégalité et pour améliorer les moyens de subsistance, en particulier ceux des groupes les plus vulnérables. La surveillance de la situation relative à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement a montré que des progrès importants ont été effectués au cours des dernières années dans de nombreux pays de la Région pour améliorer la nutrition du nourrisson et du jeune enfant (3).

Si plusieurs pays de la Région ont établi des politiques et plans d'action concernant la nutrition, leur application n'est pas complète et il n'existe

pas de stratégie claire de mise en œuvre. La Région reste confrontée à de nombreux défis dans la formulation et l'application de stratégies et de plans d'action, au moyen d'une approche globale de la nutrition. Ce document présente une analyse de la situation nutritionnelle dans la Région, de ses causes et de ses conséquences et souligne l'importance d'une stratégie régionale en matière de nutrition. Il définit les domaines d'action prioritaires, notamment la surveillance, le plaidoyer, le renforcement de l'application des programmes de nutrition, l'encouragement à la participation de la communauté et la mobilisation des ressources. Plus précisément, afin de réduire la charge de morbidité imputable aux maladies liées à la nutrition, les modes d'alimentation nuisibles à la santé et le manque d'exercice physique devront être combattus. La sensibilisation du public en matière de déterminants et d'impact des maladies non transmissibles, y compris la surcharge pondérale et l'obésité, doit être intensifiée au moyen d'une éducation nutritionnelle formelle à tous les niveaux, de campagnes de marketing social et de diffusion de messages positifs dans les médias. L'amélioration de la nutrition est largement reconnue en tant qu'intervention importante dans les situations d'urgence. Parmi les mesures, on peut citer la fourniture de micronutriments sous forme de poudres enrichies ou directement sous forme de compléments. La prise en charge des cas de malnutrition modérée à sévère visant à sauver la vie de nourrissons et d'enfants doit être réalisée par des agents de santé ayant reçu une formation adéquate.

Suite aux recommandations formulées en 1992 lors de la Conférence internationale sur la nutrition, ainsi qu'à la Déclaration mondiale et au plan d'action pour la nutrition, de nombreux pays dans la Région ont élaboré des plans d'action nationaux pour la nutrition. Toutefois, la mise en œuvre de la plupart de ces plans n'est pas terminée. L'objectif de cette stratégie est d'améliorer l'état nutritionnel des populations dans la Région en encourageant les pays à replacer la nutrition au centre de leur programme de développement, mais aussi d'offrir un cadre destiné à aider les pays à choisir les actions en faveur de la nutrition qui sont appropriées dans le contexte national et sanitaire qui leur est

propre. La présente stratégie permettra aux États Membres d'identifier, d'élaborer et d'adopter des interventions nutritionnelles ainsi que de classer ces interventions par ordre de priorité afin de contribuer à la réalisation des objectifs 1, 4 et 5 du Millénaire pour le développement. Elle traite aussi du problème émergent de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Il est dans l'intérêt de tous que le secteur de santé adopte une approche de la nutrition tout au long de la vie.

## 2. Analyse de la situation

### 2.1 Situation mondiale

La malnutrition représente un défi considérable pour la santé humaine, notamment dans les pays en développement. On estime que la dénutrition est encore responsable de 30 % de tous les décès chez les enfants de moins de cinq ans. Dans le monde, elle représente 11 % de la charge de morbidité, entraînant une mauvaise santé à long terme, des incapacités et des conséquences défavorables dans le domaine de l'éducation et du développement. On estime que 186 millions d'enfants dans le monde sont atteints d'un retard de croissance (4) et que 20 millions souffrent chaque année de la forme la plus mortelle de malnutrition aiguë sévère de l'enfant. Les facteurs de risque nutritionnels, notamment l'insuffisance pondérale, l'allaitement maternel insuffisant et les carences en vitamines et minéraux (en particulier en vitamine A, fer, iode et zinc), sont considérés comme responsables de 3,9 millions de décès (35 % de tous les décès) et 144 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), soit 33 % du total des AVCI, chez les enfants de moins de cinq ans (4).

L'insécurité alimentaire est le problème le plus urgent dans le domaine de la nutrition, en particulier pour les populations vulnérables telles que les enfants, les femmes et les personnes vivant avec le VIH, la tuberculose ou d'autres maladies transmissibles. Toutefois, de nombreux États Membres sont aussi confrontés au problème croissant de la surnutrition et de l'obésité. On estime qu'un indice de masse corporelle (IMC) excessif est à l'origine de plus de

30 millions d'AVCI, qui sont principalement dues à des cardiopathies ischémiques et au diabète de type 2 (5). La prévalence de l'obésité est en constante augmentation depuis ces dernières années, avec des variations géographiques importantes ; de plus, dans certaines parties du monde, les pauvres sont plus touchés que les riches (6). En conséquence, les maladies non transmissibles liées à la nutrition sont devenues une menace importante pour la santé publique dans les pays à revenu faible et intermédiaire (7).

### 2.2 Situation régionale

La charge de morbidité associée à une nutrition inadaptée continue d'augmenter dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale. Au cours des trente dernières années, la Région a été témoin d'évolutions sociales, économiques, démographiques et politiques qui ont grandement influencé la nature, l'ampleur et la portée des problèmes de santé et de nutrition, ainsi que la charge de morbidité et les facteurs de risques qui y sont liés dans la plupart des pays, et dans la Région dans son ensemble. Alors que les problèmes de dénutrition persistent, les conséquences de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation s'aggravent, en raison de la transition nutritionnelle. Ce phénomène est alarmant car il a des répercussions négatives sur les systèmes de santé de la Région. La Région est confrontée à d'autres problèmes qui contribuent généralement à la malnutrition, comme les inégalités au sein des pays, des ressources naturelles limitées (par exemple l'eau et les terres agricoles), une situation de sécheresse chronique, des taux de croissance démographique élevés, des conflits et le VIH dans certains pays. La malnutrition, les carences en micronutriments, l'obésité et les maladies non transmissibles, ainsi que les maladies d'origine alimentaire sont les défis essentiels en matière de nutrition auxquels la Région est confrontée.

a) **La malnutrition.** La malnutrition demeure un problème de santé majeur, dont les conséquences sont trop importantes pour être négligées. Elle est la principale cause de mortalité infantile ; en outre, la charge de mortalité des nouveau-nés et

des enfants dans les pays de la Région représente 15 % de la charge mondiale. Dans la Région, environ 50 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont imputables à la malnutrition légère ou modérée (8). Les conséquences de la malnutrition dans la petite enfance sont irréversibles et intergénérationnelles. Elle affecte négativement le développement mental et cognitif, puis par la suite la santé de l'adulte. La malnutrition chez les femmes en âge de procréer augmente le taux de mortalité maternelle et le risque de faible poids de naissance pour leurs enfants. Le taux de mortalité maternelle moyen a été estimé à 210 pour 100 000 naissances vivantes dans la Région en 2005, ce qui ne représente qu'une amélioration de 20 % par rapport à 1990 (9). En l'absence de changements dans les politiques et les priorités, l'ampleur du problème sera un obstacle à l'atteinte des cibles fixées dans les objectifs du Millénaire pour le développement pour de nombreux pays. Le pourcentage global d'enfants de moins de cinq ans en insuffisance pondérale a augmenté dans la Région, passant de 14 % en 1990 à 17 % en 2004 (3). Suite à la crise mondiale des denrées alimentaires et des prix apparue début 2008, la situation nutritionnelle des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans a continué à se détériorer dans les pays confrontés à des situations d'urgence complexes mais aussi dans d'autres pays.

**b) Les carences en micronutriments.** Des carences en micronutriments (fer, iode, zinc, calcium, acide folique et vitamines A et D) sont encore signalées dans de nombreux pays de la Région, en particulier dans les groupes vulnérables, comme les enfants et les femmes en âge de procréer. Il est estimé que plus d'un tiers de la population de la Région souffre d'anémie (10) ; 149 millions de personnes au total souffriraient de carence martiale ou d'anémie selon les critères de l'OMS ; 83 millions d'entre eux sont des femmes anémiées. Les données relatives aux taux d'anémie chez les enfants d'âge préscolaire, les femmes enceintes et en âge de procréer de 1995 à 2001 n'indiquent aucune amélioration de la situation globale (11). L'anémie ferriprive est un grave problème de santé publique pour de nombreux pays ; la prévalence à Bahreïn a atteint 48,3 % chez les enfants de moins de cinq ans et 41,6 % chez les enfants de cinq à 14 ans (11). Chez les femmes en âge de procréer, la prévalence de

l'anémie était aussi estimée à 40 % environ, à Oman comme à Bahreïn.

La carence en vitamine A est considérée comme un problème de santé publique dans plusieurs pays, affectant les enfants d'âge préscolaire et scolaire et les femmes en âge de procréer. La prévalence de la carence en vitamine A est très élevée. En effet, il a été estimé qu'environ 0,8 million d'enfants d'âge préscolaire souffraient de cécité nocturne et 13,2 millions dans cette même tranche d'âge présentaient des taux sériques de rétinol inférieurs à 0,70  $\mu\text{mol/l}$  (12).

La carence en iode a été reconnue comme un problème de santé publique important dans 18 pays, et il a été estimé qu'un tiers de la population courait un risque de développer des troubles dus à une carence en iode, avec des conséquences dramatiques pour le cerveau fœtal et le développement cognitif et fonctionnel dans la petite enfance (13).

**c) L'obésité et les maladies non transmissibles.** L'épidémiologie des maladies non transmissibles, telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer, et les facteurs de risque pour ces maladies sont étroitement liés à la consommation de certains aliments, aux modes d'alimentation, à la nutrition et aux styles de vie. Les rapports révèlent des chiffres alarmants pour la prévalence de l'obésité et des maladies non transmissibles. Il a été estimé que les maladies non transmissibles étaient à l'origine de 52 % de l'ensemble des décès et de 47 % de la charge de morbidité en 2005 ; ce dernier pourcentage devrait passer à 60 % en 2020 (14). Dans la population âgée de 20 ans ou plus, la prévalence du diabète est estimée à 11 %, l'hypertension à 26 %, la dyslipidémie à 50 %, la surcharge pondérale et l'obésité à 65 % et la sédentarité à 77 % (15). Cette augmentation des maladies non transmissibles va de pair avec la hausse des coûts directs des ressources de soins de santé nécessaires à leur prise en charge. Les coûts indirects, comme la perte d'une activité économique pour cause de maladie ou les décès prématurés associés aux maladies non transmissibles, et les frais intangibles, comme les pertes sociales et personnelles, sont encore plus importants.

La surcharge pondérale et l'obésité sont des facteurs de risque importants pour les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2 et contribuent largement à la survenue des décès prématurés. Ces troubles métaboliques augmentent considérablement chez les adultes de la Région. Les données recueillies pour les adultes âgés de 15 ans et plus dans 16 pays montrent que les pourcentages les plus élevés pour la surcharge pondérale se situent dans les pays suivants : Arabie saoudite, Bahreïn, Égypte, Émirats arabes unis, Jordanie et Koweït, avec une prévalence de la surcharge pondérale et/ou de l'obésité allant de 74 % à 86 % chez les femmes et de 69 % à 77 % chez les hommes (15). Ces données indiquent une prévalence de l'obésité largement supérieure chez les femmes adultes, tandis que la surcharge pondérale est plus marquée chez les hommes adultes. La progression de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants et les adolescents est préoccupante, en raison du lien avéré qui existe entre l'obésité de l'enfant et de l'adolescent et le risque accru d'obésité et de morbidité à l'âge adulte.

On appelle généralement nutrition transitionnelle le phénomène consistant en la consommation accrue d'aliments nuisibles pour la santé, aggravée par l'augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ce phénomène va de pair avec la transition épidémiologique et a de graves répercussions en termes de résultats pour la santé publique, de facteurs de risques, de croissance économique et de politique nutritionnelle internationale. Dans le cas de la transition nutritionnelle, la malnutrition n'est pas causée par le manque de nourriture, mais par l'absence d'une alimentation de bonne qualité. Les aliments riches en minéraux et micronutriments, comme les fruits, les légumes et les céréales complètes, ont été remplacés par des aliments à teneur élevée en sucre ajouté, en graisses saturées et en sel. Cette tendance, qui a débuté avec la transformation des aliments dans les pays industrialisés, s'est propagée aux pays en développement. Encore éprouvés par la faim et le combat contre celle-ci, ces derniers doivent maintenant faire face à des problèmes de santé tels que la malnutrition associée à l'obésité.

d) **Les maladies d'origine alimentaire.** La sécurité sanitaire des aliments a été traitée au niveau régional au moyen d'un plan d'action régional pour s'attaquer à la sécurité sanitaire des aliments au XXI<sup>e</sup> siècle (résolution EM/RC46/R.6), mais les maladies d'origine alimentaire continuent à menacer gravement la réalisation d'une situation nutritionnelle satisfaisante. Les maladies d'origine zoonotique représentent une charge et un défi considérables pour la santé publique, la salmonellose et la campylobactériose étant les maladies d'origine alimentaire les plus fréquemment signalées (16). L'absence de normes d'hygiène et de mesures de contrôle dans la préparation des aliments ainsi que l'utilisation des eaux usées et polluées, en particulier dans les régions rurales, comptent parmi les déterminants sous-jacents. Ces dernières années, la sécurité sanitaire des aliments a été hissée au premier rang des préoccupations de santé publique suite à des événements mondiaux tels que les flambées de grippe aviaire et la contamination du lait par la mélamine. Dans plusieurs pays, cette évolution a facilité la collaboration intersectorielle entre les différents ministères et l'évaluation de la structure et des systèmes de sécurité sanitaire des aliments, ce qui a dans certains cas, entraîné la création d'administrations ou comités interministériels des aliments et des médicaments pour traiter les questions de sécurité sanitaire des aliments.

## 2.3 Profil nutritionnel des pays

Au cours des trente dernières années, la Région a été témoin d'évolutions sociales, économiques, démographiques et politiques qui ont grandement influencé la nature, l'ampleur et la portée des problèmes de santé et de nutrition et la charge de morbidité et les facteurs de risques qui y sont liés dans la plupart des pays, et dans la Région dans son ensemble. Les pays de la Région peuvent être répartis en quatre groupes, ou groupes de pays, en relation avec les étapes de la nutrition et les problèmes nutritionnels dominants, les facteurs de risque majeurs et les causes sous-jacentes, les interventions de programmes, les lacunes de la riposte à ces problèmes et les facteurs environnementaux favorables à une action améliorée. Ces quatre

groupes ont les caractéristiques suivantes : pays au stade avancé de la transition nutritionnelle ; pays au stade précoce de la transition nutritionnelle ; pays ayant un taux de dénutrition important ; et pays en situation d'urgence complexe. Certains pays appartiennent à plusieurs groupes.

#### **a) Pays au stade avancé de la transition nutritionnelle**

Ces pays ont des taux élevés de surcharge pondérale et d'obésité, et des taux modérés de dénutrition et de carences en micronutriments dans certains sous-groupes de population : il s'agit de la République islamique d'Iran et de la Tunisie ainsi que de tous les pays membres du Conseil de coopération du Golfe (GCC) à l'exception du Yémen.

#### **b) Pays au stade précoce de la transition nutritionnelle**

Ces pays sont caractérisés par des taux modérés de surcharge pondérale et d'obésité, des taux modérés de dénutrition au sein de groupes de population et groupes d'âge spécifiques, et par des taux élevés de carences en micronutriments : Égypte, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Liban, Maroc, Palestine et République arabe syrienne.

#### **c) Pays ayant un taux de dénutrition important**

Ces pays présentent des taux particulièrement élevés de malnutrition aiguë chronique chez l'enfant, des carences en micronutriments répandues et l'émergence de la surcharge pondérale, de l'obésité et d'une malnutrition de l'abondance dans certains sous-groupes socio-économiques. Il s'agit de Djibouti, de la République islamique d'Iran, de l'Iraq, du Pakistan, de la Palestine (Gaza), de la Tunisie et du Yémen, ainsi que des sous-groupes de population des pays du Conseil de Coopération du Golfe.

#### **d) Pays dans des situations d'urgence complexes**

Les pays confrontés à des situations d'urgence complexes affectés par des taux élevés de dénutrition maternelle et infantile et de carences

en micronutriments sont les suivants : Afghanistan, Somalie et Soudan.

La répartition des pays de la Région dans quatre grands groupes vise à offrir un outil synthétique destiné à rendre compte des éléments communs et des différences entre les pays et à orienter, dans une certaine mesure, la planification stratégique et le développement des politiques et programmes de nutrition aux niveaux régional et national. Toutefois, la transition nutritionnelle concerne aussi un nombre croissant de pays et de groupes socio-économiques au sein des pays. Les facteurs de risque liés à la nutrition pour les maladies non transmissibles augmentent rapidement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les différences économiques se sont accentuées entre les pays et les situations d'urgence complexes et de crise humanitaire touchent plusieurs pays. La récente crise alimentaire et économique mondiale, qui a touché tous les pays, a plus sévèrement frappé les pays suivants : Djibouti, Somalie, et Soudan dans la Corne de l'Afrique ainsi que l'Afghanistan, le Pakistan, et le Yémen.

## **3. Réponse et difficultés actuelles**

Les changements sociaux, économiques, démographiques et politiques ont largement influencé la nature, l'ampleur et la portée des problèmes de santé et de nutrition et la charge de morbidité et les facteurs de risques qui y sont liés dans la plupart des pays au cours des dernières années. Des progrès significatifs ont été accomplis au cours des trente dernières années dans de nombreux pays de la Région pour améliorer la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, l'UNICEF a rapporté en 2006 que six pays (Djibouti, Jordanie, Oman, République arabe syrienne, Territoire palestinien occupé et Tunisie) étaient sur le point d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement visant la réduction du pourcentage d'enfants de moins de cinq ans en insuffisance pondérale ; 12 pays avaient maintenu leurs taux de prévalence de l'insuffisance

pondérale à 10 % ou moins, alors que six pays n'étaient pas en bonne voie pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) (3). Cependant, comme indiqué à la section 2, la proportion générale d'enfants de moins de cinq ans en insuffisance pondérale continue à augmenter et la situation nutritionnelle des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans semble s'être davantage détériorée à la suite de la crise alimentaire de 2008 (17).

L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté de nombreuses résolutions sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, et sur la nutrition et le VIH/sida, ainsi que les Directives du *Codex Alimentarius* pour l'emploi des allégations relatives à la nutrition et à la santé, notamment WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21, WHA61.20 et plus récemment WHA.63.23. L'action (faisant suite aux résolutions du Comité régional EM/RC57/R.9 et EM/RC49/R.12) s'est traduite par des progrès significatifs dans la promotion de l'iodation du sel et la réduction de la prévalence des troubles dus à une carence en iode. Le manque de données sur les anomalies du tube neural représente un défi majeur, en raison de l'absence de surveillance nutritionnelle dans la plupart des pays.

Si de nombreux pays de la Région ont établi des politiques et plans d'action concernant la nutrition, leur mise en place n'est pas complète et il n'existe pas de stratégie claire de mise en œuvre. La Région reste confrontée à de nombreux défis dans la formulation et l'application de stratégies et de plans d'action en faveur de la nutrition, au moyen d'une approche globale des problèmes nutritionnels. La Région souffre des maux suivants :

- absence d'engagement politique clair envers des actions relatives à la nutrition et/ou incapacité à traduire un engagement politique à l'égard des problèmes nutritionnels en actions tangibles ;
- absence de cadre politique et de capacités institutionnelles pour prévoir, mettre en œuvre et suivre les programmes de nutrition durables qui répondent aux causes fondamentales de la

malnutrition liées aux déterminants sociaux de la santé ;

- conflits chroniques et catastrophes naturelles qui empêchent certains pays de progresser ou de préserver les progrès accomplis ;
- répartition disproportionnée des budgets de la santé, souvent au détriment des stratégies de prévention, notamment dans le domaine de la nutrition ;
- abandon des régimes alimentaires traditionnels au profit des aliments tout prêts, ce qui entraîne une réduction de la diversité alimentaire et souvent, un régime moins nutritif ; et
- absence d'expertise nutritionnelle dans les secteurs apparentés et manque de coordination intersectorielle.

Un ensemble complexe d'autres facteurs affecte l'état nutritionnel, notamment la sécurité sanitaire des aliments, l'évolution des modes de vie et la diminution de la production alimentaire ainsi que sa disponibilité. Dans de nombreux pays, la distribution de nourriture et la restauration sont concentrées entre les mains de quelques parties prenantes, qui influencent l'approvisionnement des produits, leur sécurité sanitaire et leur prix. Les secteurs des médias, de la publicité et de la vente au détail ainsi que l'industrie alimentaire ont une forte influence sur les choix diététiques, parfois en opposition aux recommandations des spécialistes de la santé publique. L'urbanisme décourage aussi les activités récréatives comme la marche ou la bicyclette et l'utilisation accrue de la télévision et des ordinateurs favorisent les activités de loisirs sédentaires, ajoutant le manque d'exercice physique aux facteurs sous-jacents expliquant les nombreuses difficultés de santé.

Une stratégie nutritionnelle régionale incluant un plan d'action clair est nécessaire de toute urgence pour riposter aux défis, tout en prenant en compte le profil de nutrition et de sécurité sanitaire de chaque pays et pour guider la planification stratégique et le développement des politiques et programmes de nutrition aux niveaux régional et national.

## 4. Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019

La stratégie régionale sur la nutrition 2010–2019 est la première stratégie à être mise au point sur ce thème dans la Région. Sa préparation a été dirigée par l’OMS, en consultation avec tous les États Membres, les institutions des Nations Unies, les universités et la société civile. La Déclaration mondiale et plan d’action pour la nutrition 1992 ont orienté les questions techniques de développement des politiques et des programmes de nutrition.

### But

L’objectif de la stratégie sur la nutrition pour la Région de la Méditerranée orientale est d’améliorer l’état nutritionnel de la population tout au long de la vie, en encourageant les pays à accorder à la nutrition une place centrale dans leurs programmes d’action pour le développement. Elle vise à appuyer les pays dans l’établissement et la mise en œuvre d’actions concernant la nutrition en prenant en compte les situations et les ressources nationales. Elle propose un cadre pour aider les pays à décider quelles actions en faveur de la nutrition sont appropriées dans un contexte particulier et en fonction des problèmes de santé les plus répandus. Elle permet aux États Membres d’identifier, de mettre au point, d’accorder un ordre de priorité et d’adopter des interventions en nutrition susceptibles de contribuer à la réalisation des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier l’objectif 1 visant la pauvreté et la faim, l’objectif 4 visant la mortalité infantile et l’objectif 5 visant la santé maternelle. Elle traite également des problèmes émergents de la suralimentation pour s’attaquer à l’augmentation des taux d’obésité et de maladies non transmissibles liées à l’alimentation.

### Objectifs

1. Intensifier l’engagement politique et améliorer l’estimation de la nutrition, son suivi et son évaluation.

#### Cibles

- Tous les pays auront mis au point une stratégie nationale sur la nutrition et un plan d’action.
  - Tous les pays auront mis en place un système de surveillance de la nutrition reposant sur un mécanisme d’évaluation et de suivi efficace.
2. Réduire la prévalence des retards de croissance et de l’émaciation chez les enfants, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans, et de dénutrition chez les femmes.

#### Cibles

- Réduction de 30 % de la prévalence de l’insuffisance pondérale chez les enfants.
  - Réduction de 30 % de la prévalence du faible poids de naissance.
  - Réduction de 50 % de la mortalité infantile.
  - Réduction de 20 % de la mortalité maternelle.
  - Augmentation de 50 % du nombre de femmes allaitant exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois.
  - Augmentation de 50 % du nombre de femmes adoptant des pratiques d’alimentation complémentaires pour leur enfant de 6 mois à 2 ans.
3. Réduire la prévalence des carences en micronutriments.

#### Cibles

- Réduction de 30 % de la prévalence de l’anémie ferriprive chez les enfants d’âge préscolaire et scolaire, chez les femmes en âge de procréer et les personnes âgées.
- Réduction de 50 % de la prévalence des carences en calcium et vitamine D chez les femmes en âge de procréer, les femmes allaitantes, les enfants et les personnes âgées.
- Réduction de 50 % ou élimination de la prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes ou allaitantes.
- Réduction de 50 % ou élimination des troubles dus à une carence en iode.



- Réduction de 50 % de la prévalence des anomalies du tube neural chez les nouveau-nés.
4. Réduire la prévalence des maladies non transmissibles liées à l'alimentation.

#### Cible

- Réduction de 35 % de l'obésité chez les enfants, les adolescents et les adultes.
5. Renforcer les capacités pour la préparation aux situations d'urgence en matière de nutrition.

#### Cible

- Tous les pays ont mis au point des plans d'urgence et une préparation en termes de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments leur permettant de riposter efficacement et en temps opportun à toute situation d'urgence.
6. Améliorer la sécurité sanitaire des aliments.

#### Cibles

- Adoption et mise en œuvre de la législation et des réglementations nationales destinées à satisfaire aux normes internationales de sécurité sanitaire des aliments du *Codex Alimentarius*.
  - Réduction de 50 % de l'incidence des maladies d'origine alimentaire.
7. Garantir un approvisionnement en denrées alimentaires sûr, sain et durable.

#### Cible

- Augmentation de 50 % de l'accès aux aliments sûrs et sains pour les pauvres.

## Approches stratégiques

### **Approche 1 : renforcement de l'engagement politique, de la législation et des approches multisectorielles pour garantir un approvisionnement en denrées alimentaires sain et durable.**

- Renforcement de l'engagement politique envers les programmes nationaux de nutrition.

- Promotion de l'élaboration des politiques nationales alimentaires et nutritionnelles incluant la prévention de la malnutrition dans les stratégies de développement.
- Renforcement des capacités techniques et de gestion pour les programmes de nutrition dans le secteur de la santé.
- Allocation de ressources budgétaires adéquates en faveur de la lutte contre les maladies liées à la nutrition.
- Mobilisation de toutes les parties prenantes nationales et internationales capables de participer à la lutte contre les maladies liées à la nutrition tout en conservant le puissant rôle moteur de la santé publique.

### **Approche 2 : promotion et protection du bien-être nutritionnel des femmes et des enfants et assurance d'une bonne nutrition tout au long de la vie pour tous les groupes d'âge.**

- Promotion d'une nutrition foetale optimale, et plus particulièrement des points suivants : assurance d'une nutrition maternelle adéquate et de la supplémentation en micronutriments avant et pendant la grossesse ; et fourniture de conseils aux femmes enceintes concernant le régime alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments.
- Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire appropriée, sûre et opportune pour les nourrissons et les jeunes enfants par la mise en place d'une stratégie mondiale relative à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- Promotion du développement de la nutrition préscolaire et scolaire, et plus particulièrement des points suivants : plaidoyer pour des écoles engagées dans la promotion de la nutrition ; promotion de l'éducation en matière de nutrition ; offre de choix sains dans les cantines et les autres points de distribution d'aliments dans les écoles ; encouragement aux écoles qui adoptent des politiques en faveur de

l'exercice physique et de la nutrition reposant sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et qui mettent sur pied des systèmes de distribution de fruits et de légumes.

- Promotion des conseils en nutrition par l'intermédiaire des centres de soins de santé primaires et des cliniques du secteur privé pour lutter contre l'obésité et la malnutrition pendant l'enfance.
- Promotion et protection du bien-être nutritionnel au sein d'autres groupes d'âge, en particulier chez les adolescents, mais aussi dans d'autres groupes ayant des besoins spécifiques comme ceux atteints d'incapacités physiques et mentales, les personnes âgées et les femmes.

### **Approche 3 : promotion d'une alimentation garantissant un apport suffisant en micronutriments.**

- Promotion de modes de consommation alimentaire sains pour assurer une alimentation variée, et de programmes d'éducation et de supplémentation nutritionnels, en particulier chez les enfants et les femmes.
- Encouragement de stratégies alimentaires comme le bio-enrichissement et l'enrichissement des aliments afin de s'attaquer aux carences en micronutriments.
- Promotion de la distribution de vermifuges chez les écoliers.

### **Approche 4 : fourniture d'informations complètes au public et sensibilisation.**

- Création de lignes directrices nationales relatives à l'alimentation et suivi de leur mise en œuvre.
- Promotion des connaissances nutritionnelles et des attitudes et pratiques adaptées des soignants visant les habitudes alimentaires, sociales et diététiques, les soins aux familles et aux enfants et les pratiques alimentaires ainsi que l'hygiène domestique.

- Introduction de systèmes d'étiquetage des denrées alimentaires en faveur de choix sains au point de vente.
- Sensibilisation au lien existant entre la nutrition et une alimentation et une eau saines.

### **Approche 5 : promotion de la mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé.**

- Renforcement des politiques nationales relatives à la nutrition, l'exercice physique et l'obésité.
- Augmentation du temps imparti à l'exercice physique dans les écoles.
- Encouragement de l'exercice physique au moyen d'une politique de transport, augmentation de l'allocation de ressources en faveur des programmes de nutrition et d'exercice physique, et garantie qu'une infrastructure adaptée aux exercices physiques existe et que les obstacles au développement d'une communauté physiquement active sont éliminés.
- Promotion de modes d'alimentation sains.
- Promotion d'aliments sains dans les chaînes de restaurants et les cantines scolaires.

### **Approche 6 : amélioration des services de nutrition et renforcement des capacités dans le secteur de la santé, notamment face aux situations d'urgence et augmentation de l'appui aux groupes vulnérables.**

- Participation et formation des agents de soins de santé primaires et d'autres agents de santé à l'évaluation nutritionnelle et à la fourniture de conseils sur l'alimentation, la sécurité sanitaire des aliments et l'exercice physique, mais aussi engagement pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel et de l'alimentation de complément, ainsi que la promotion de l'utilisation des normes OMS de croissance de l'enfant et de la nutrition en milieu hospitalier.

- Amélioration des normes de prestation de services en faveur de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies liées à la nutrition aux moyens de la création de services de consultations externes et d'hospitalisation spécialisés en nutrition, avec une couverture adaptée de la population par ces services.
- Amélioration des soins nutritionnels et de l'appui dans les situations d'urgence et de crises humanitaires.

### **Approche 7 : renforcement de la sécurité sanitaire des aliments.**

- Actualisation et mise en œuvre de législations et réglementations nationales destinées à satisfaire aux normes internationales de sécurité sanitaire des aliments du *Codex Alimentarius*.
- Réalisation de campagnes de sensibilisation pour éduquer le public aux pratiques alimentaires sûres.
- Application de la législation relative à la sécurité sanitaire des aliments à toute la chaîne d'approvisionnement pour prévenir les maladies d'origine alimentaire.
- Surveillance de la sécurité sanitaire de l'eau et de l'assainissement au moyen de l'élargissement de l'élaboration de plans de sécurité de l'eau, afin de réduire l'incidence des maladies transmises par l'eau, appui d'initiatives visant à accroître la couverture de la communauté en eau saine destinée à la boisson et au lavage, et assurance d'utiliser une eau potable dans la chaîne de transformation des aliments.

### **Approche 8 : assurance d'un approvisionnement sûr, sain et durable en denrées alimentaires.**

- Création de politiques adéquates concernant l'agriculture, la pêche, l'industrie alimentaire, le marketing et la distribution, en collaboration avec les partenaires et les États Membres.

- Amélioration des filets de sécurité et des programmes de protection sociale et objectif d'augmenter les revenus et les ressources des personnes vivants sous un certain niveau de revenus, soit directement aux moyens d'allocations financières, notamment au bénéfice des groupes vulnérables, soit indirectement par des interventions sur le marché ou par des politiques de prix gouvernementales.
- Augmentation de l'autosuffisance en nutrition à tous les niveaux, promotion des programmes de réduction de la pauvreté incluant des actions alimentaires en milieu scolaire et des activités lucratives, et extension des programmes de protection sociale destinés aux groupes vulnérables et aux personnes ayant des besoins spécifiques telles que les personnes âgées, les personnes souffrant d'incapacité et de troubles mentaux, les veuves et les orphelins.
- Intensification de la production et de la transformation des aliments produits localement.
- Amélioration de la biodisponibilité des nutriments et promotion des aliments riches en micronutriments.

### **Approche 9 : recherche, suivi et évaluation.**

- Développement des systèmes nationaux de surveillance nutritionnelle afin de suivre les interventions nutritionnelles et d'estimer l'état nutritionnel, la disponibilité des aliments et leur consommation, et les modes d'exercice physique des populations.
- Conduite d'analyses de situation, estimation des besoins et garantie de la qualité des données.
- Évaluation de l'impact des programmes et des politiques visant à réduire la charge de la morbidité liée à l'alimentation et à la nutrition, aux moyens de la création d'indicateurs de contribution, de processus et de produits au sein de groupes socio-économiques de la population et calcul du rapport coût-efficacité des interventions.

- Surveillance des caractéristiques de l'environnement des services alimentaires, y compris la qualité nutritionnelle, les prix des aliments et les pratiques de commercialisation.
- Évaluation de l'impact des politiques sectorielles sur la santé et sur la nutrition aux moyens de méthodes d'évaluation de l'impact sanitaire afin d'améliorer la collaboration intersectorielle qui permettrait d'intégrer la santé dans toutes les politiques, quel que soit l'objectif, c'est-à-dire l'alimentation, l'approvisionnement ou la sécurité sanitaire des aliments.
- Réalisation d'études systématiques pour renforcer la compréhension du rôle des facteurs tels que la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et les modes de vie dans l'apparition des maladies et leur prévention et pour enrichir les connaissances factuelles sur lesquelles reposent les interventions et les politiques.
- Détermination de la composition en micronutriments des aliments produits localement, crus ou cuits, avec une attention particulière visant à identifier les aliments traditionnels riches en micronutriments.

## 5. Conclusion

L'objectif global de la stratégie régionale sur la nutrition est d'améliorer l'état nutritionnel de la population tout au long de la vie, en encourageant les pays à accorder à la nutrition une place centrale dans leurs programmes d'action pour le développement. La stratégie apportera son soutien aux États Membres pour mettre en place ou élaborer et mettre en œuvre des actions de nutrition prenant en compte la situation nationale et les ressources de chacun. Des efforts ont été faits pour adapter les approches stratégiques à chaque pays de la Région. La stratégie est axée sur l'amélioration de l'état nutritionnel de la population, en particulier dans la petite enfance, par la prévention de la malnutrition chez les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans et le traitement de cet état, en favorisant une alimentation contenant suffisamment de micronutriments, en intégrant des

actions destinées à s'attaquer aux déterminants de l'obésité et des maladies non transmissibles, en encourageant les choix alimentaires sûrs et sains, en fournissant aux consommateurs des informations et une éducation complètes en matière de nutrition, en améliorant les services de nutrition dans le secteur de la santé, en surveillant et en évaluant les progrès et les résultats par rapport aux normes OMS de croissance de l'enfant et en augmentant l'engagement politique. Une attention particulière a aussi été accordée à la préparation aux situations d'urgence. Le renforcement des capacités institutionnelles en matière de gestion des programmes de nutrition est essentiel au processus de mise en œuvre, en encourageant les partenariats entre les gouvernements, les universités, les communautés et les organisations non gouvernementales ainsi qu'entre les gouvernements et le secteur privé, qui occupe une place centrale dans la composition nutritionnelle des aliments transformés, l'enrichissement des aliments et l'offre de produits alimentaires sains.

Le Bureau régional collaborera étroitement avec les États Membres et leur fournira un appui technique, en coordination avec les autres partenaires principaux et les institutions des Nations Unies, pour faire en sorte que la nutrition occupe une place centrale dans les plans nationaux de développement et les programmes associés afin d'offrir la santé et la sécurité nutritionnelle pour tous. L'OMS travaillera avec les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs pour promouvoir les investissements dans le domaine de la nutrition en tant que besoin urgent essentiel pour prévenir la malnutrition et la survenue de maladies non transmissibles mais aussi en tant qu'action ayant un bon rapport coût-efficacité. Le plaidoyer auprès de la société civile et des communautés est crucial. Le Bureau régional continuera à accueillir le Comité consultatif régional sur la nutrition et surveillera la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action, en coordination avec les organisations impliquées dans la nutrition et la santé.

# Recommandations aux États Membres

1. Réviser et actualiser les politiques, stratégies et plans nationaux de santé dans les domaines pertinents pour garantir que la nutrition a bien été identifiée et intégrée en tant que priorité, et réviser et/ou élaborer une stratégie et un plan d'action nationaux sur la nutrition conformes aux approches stratégiques régionales.
2. Intensifier l'engagement politique envers la prévention et la réduction de la malnutrition sous toutes ses formes.
3. Renforcer et accélérer la mise en œuvre durable de la stratégie nationale sur la nutrition pour tous les groupes d'âge.
4. Élaborer ou actualiser les cadres politiques pour s'attaquer à la double charge de la malnutrition et allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour garantir une mise en œuvre.
5. Élaborer et/ou renforcer les mesures législatives, réglementaires et/ou d'autres mesures efficaces visant à promouvoir la nutrition.
6. Augmentation des interventions intégrées destinées à améliorer l'état nutritionnel dans tous les groupes d'âge, en particulier les nourrissons et les enfants, comprenant les points suivants : la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire appropriée, sûre et opportune en tant qu'interventions centrales ; la prévention et la prise en charge de la malnutrition sévère ; et la lutte contre les carences en vitamines et minéraux.
7. Intégrer les normes OMS de croissance de l'enfant dans les programmes de santé de l'enfant pour garantir leur mise en œuvre.
8. Veiller que les plans de préparation et de riposte nationaux et internationaux aux situations d'urgence suivent les conseils opérationnels reposant sur des données factuelles afin que le personnel de secours d'urgence et les administrateurs des programmes soient en mesure de sauver des vies aux moyens d'une alimentation équilibrée et saine pour tous les groupes d'âge.
9. Renforcer les systèmes de surveillance de la nutrition et améliorer le recours et la notification d'indicateurs convenus destinés à suivre les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
10. Mettre en œuvre des mesures de prévention de la malnutrition d'après la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF concernant la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère, et surtout, améliorer les systèmes d'approvisionnement en eau et son assainissement et les pratiques d'hygiène permettant de protéger les enfants des maladies transmissibles et des infections.

## Références

1. Pour un développement sain : stratégie de la Banque mondiale pour l'amélioration des résultats en matière de santé, de nutrition et de population, New York, Banque mondiale, 2007.
2. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
3. Progrès pour les enfants. Un bilan de la nutrition, numéro 4, mai 2006. New York, UNICEF, 2006.
4. Statistiques sanitaires mondiales, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
5. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004, 497–596.
6. Speiser PW et al. Childhood obesity. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2005, 1871–87.
7. Disease Control Priorities Project. *Disease control priorities in developing countries*. Second edition. Washington DC, The World Bank and Oxford University Press, 2006.
8. Len-Cava N et al. *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence*. Washington DC, Pan American health Organization, 2002. ([http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits\\_of\\_BF.htm](http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm))
9. Childinfo. Monitoring the situation of children and women. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, 2005. (<http://www.childinfo.org>)
10. Verster A, van der Pols JC. Anaemia in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1995, 1:64–79. [L'anémie dans la Région de la Méditerranée orientale. Résumé p.64]
11. Bagchi K. Iron deficiency anaemia—an old enemy. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2004, 10:754–60.
12. *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005*. WHO global database on vitamin A deficiency. Geneva, World Health Organization, 2009.
13. de Benoist B (et al). Iodine deficiency in 2007: global progress since 2003. *Food and Nutrition Bulletin*, 2008, 29:195–202.
14. Health statistics and health information systems. *Projections of mortality and burden of disease, 2002–2030*. Geneva, World Health Organization, 2002. Available at [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/projections2002/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2002/en/index.html)
15. Chronic diseases and health promotion. *STEPwise approach to chronic risk factor surveillance (STEPS)*. Geneva, World Health Organization. Available at <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/en/index.html>
16. *First joint FAO/OIE/WHO expert workshop on non-human antimicrobial usage and antimicrobial resistance: scientific assessment*. Geneva, World health Organization, 2003.
17. Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2010. New York, Nations Unies, 2010.

global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008, 371:243–260.

## المراجع

11. Bagchi K. Iron deficiency anaemia—an old enemy. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2004, 10:754–760.
12. *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005*. WHO global database on vitamin A deficiency. Geneva, World Health Organization, 2009.
13. de Benoist B, McLean E, Andersson M, Rogers L. Iodine deficiency in 2007: global progress since 2003. *Food and Nutrition Bulletin*, 2008, 29:195–202.
14. Health statistics and health information systems. *Projections of mortality and burden of disease, 2002–2030*. Geneva, World Health Organization, 2002. Available at [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/projections2002/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2002/en/index.html)
15. Chronic diseases and health promotion. *STEPwise approach to chronic risk factor surveillance (STEPS)*. Geneva, World Health Organization. Available at <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/en/index.html>
16. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, World Health Organization, 2004. Available at <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>
17. *First joint FAO/OIE/WHO expert workshop on non-human antimicrobial usage and antimicrobial resistance: scientific assessment*. Geneva, World health Organization, 2003.
18. The Millennium Development Goals report 2010. New York, United Nations, 2010.
1. Healthy development. *The World Bank strategy for health, nutrition, and population results*. New York, World Bank, 2007.
2. Commission on the Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. *Progress for children. A report card on nutrition*. Number 4, May 2006. New York, UNICEF, 2006.
4. The Lancet, *Maternal and Child Under-nutrition*, UK, 2008, <http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition>
5. *World health statistics*, Geneva, World Health Organization, 2010.
6. James WPT et al. *Overweight and obesity (high body mass index)*. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004, 497–596.
7. Burslem C. *International Food Policy Research Institute. Obesity in developing countries: people are overweight but still not well nourished*, 2004. Available online as of 5/7/2008 at: <http://www.worldhunger.org/articles/04/global/burslem.htm>
8. *Disease Control Priorities Project. Disease control priorities in developing countries. Second edition*, Washington DC, The World Bank and Oxford University Press, 2006.
9. Atinmo T et al. *Breaking the poverty/malnutrition cycle in Africa and the Middle East*. *Nutrition Reviews*, 2009, 67, Suppl 1: S40–S46.
10. Black RE et al. *Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition:*

8. التأكيد من أن الخطط الوطنية والدولية للاستعداد للطوارئ ومجاهتها، تتبع الإرشادات الميدانية المسندة بالبيّنات والخاصة بموظفي الإغاثة في الطوارئ، ومديري البرنامج، لإنقاذ أرواح المواطنين، من خلال تقديم الغذاء الصحي والمتوازن لكل الفئات العمرية.
9. تقوية نظم الترصد التغذوي، وتحسين استخدام المؤشرات المتفق عليها، والإبلاغ عنها، بغير رصده، التقدم المحرز في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية.
10. تنفيذ التدابير اللازمة للوقاية من سوء التغذية، كما هو مبين في البيان المشترك لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف حول التدبير المجتمعي لحالات سوء التغذية الحادة الوخيم، والأهم من ذلك تحسين نظم المياه والصرف الصحي والتصحح لحماية الأطفال من الأمراض السارية والعدوى.



## 5. خاتمة

والأمراض غير السارية، وبالنظر أيضاً إلى مردوديته. وتحظى جهود التبصير والإعلام الموجهة إلى المجتمع المدني والمجتمعات المحلية بأهمية حاسمة. وسيواصل المكتب الإقليمي العمل على استضافة اللجنة الإقليمية الاستشارية حول التغذية، وسيقوم برصد تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل، بالتنسيق مع مختلف المنظمات المعنية بالصحة والتغذية.

## 6. التوصيات إلى الدول الأعضاء

1. مراجعة وتحديث السياسات والخطط والاستراتيجيات الصحية الوطنية، في المجالات المعنية، لضمان الاعتراف بأهمية التغذية، وإدماجها بوصفها إحدى الأولويات، ووضع أو مراجعة استراتيجيات التغذية الوطنية، وخطة العمل، وفقاً للأساليب الاستراتيجية الإقليمية.
2. زيادة الالتزام السياسي بالوقاية، وتقليل عبء سوء التغذية بكل أشكاله.
3. تقوية وتسريع وتيرة التنفيذ المضمون الاستمرار للاستراتيجية الوطنية للتغذية في كل المجموعات العمرية.
4. رسم أو تحديث أطر السياسات، من أجل التعاطي مع العبء المزدوج لسوء التغذية، وتخصيص الموارد المالية والبشرية اللازمة لضمان التنفيذ.
5. وضع أو تقوية التشريعات واللوائح وغيرها من التدابير الفعالة لتحسين التغذية.
6. الارتقاء بمستوى التدخلات الهادفة لتحسين وضع التغذية لدى جميع الفئات العمرية، ولاسيما الرضع والأطفال بشكل متكامل، بما في ذلك حماية وتعزيز ودعم الإرضاع من الثدي، وكذلك التغذية التكميلية المناسبة والمأمونة في الوقت المناسب، بوصفها تدخلين محوريين، واتقاء ومعالجة سوء التغذية الحاد، ومكافحة عَوَز الفيتامينات والمعادن.
7. إدماج معايير المنظمة الخاصة بنمو الطفل في برامج صحة الطفولة لضمان تنفيذها.

يتمثل الهدف العام للاستراتيجية الإقليمية للتغذية في تحسين الوضع التغذوي للمواطنين طوال دورة حياتهم، من خلال تشجيع البلدان على إعادة النظر في مكانة التغذية، لتتبوأ مكاناً محورياً على جدول أعمالها الإنمائية. وسوف تساعد هذه الاستراتيجية الدول الأعضاء على وضع وتنفيذ الأفعال المتعلقة بالتغذية، أو الإلزام بها وفقاً لأوضاعها الراهنة ومواردها الوطنية. وقد بذلت الجهود لجعل الأساليب الاستراتيجية متناسبة مع كل بلد من بلدان الإقليم. وتركز الاستراتيجية على تحسين الوضع التغذوي للمواطنين، ولاسيما في مستهل حياتهم، من خلال وقاية ومعالجة الحوامل والأطفال حتى سن الثانية، من حدوث سوء التغذية، وتعزيز إعطاء دُخُل كافٍ من المغذيات الزهيدة المقدار، وإدماج تدابير التعاطي مع كل من محددات السمنة والأمراض غير السارية، وتشجيع الخيارات الغذائية الصحية والمأمونة، وتوفير معلومات وتوعية شاملة عن التغذية للمستهلكين، وتحسين خدمات التغذية في قطاع الصحة، ورصد وتقييم الحصائل والتقدم المحرز بالاعتماد على معايير المنظمة المتعلقة بنمو الطفل، وزيادة الالتزام السياسي. وقد تم إيلاء ما ينبغي من الاهتمام للاستعداد للطوارئ. ويعتبر من الأركان الأساسية للتنفيذ بناء القدرة المؤسسية لإدارة البرامج الغذائية، من خلال تشجيع الشراكات بين الحكومات والجامعات والمجتمعات المحلية والمنظمات اللاحكومية، وبين الحكومات وقطاع الشركات، الذي يحتل دوراً محورياً في المحتوى التغذوي للطعام المصنع وفي إغناء الأغذية، وإنتاج خيارات من الأغذية الصحية.

وسيعمل المكتب الإقليمي عن كثب مع الدول الأعضاء، ويقوم بتقديم الدعم التقني، بالتنسيق مع سائر الشركاء الرئيسيين، ووكالات الأمم المتحدة، لضمان احتلال التغذية مكانة محورية في الخطط الإنمائية الوطنية والبرامج المتعلقة بها بُغية تحقيق الأمن الصحي والتغذوي للجميع. وستعمل المنظمة مع راسمي السياسات ومتخذي القرار من أجل تعزيز الاستثمار في مجال التغذية، باعتباره حاجة ملحة ضرورية لإنقاذ حياة المواطنين من سوء التغذية

## الأسلوب التاسع: البحث والرصد والتقييم

- إعداد نُظُم وطنية لترصُّد التغذية بُعْيَة رصد التدخلات التغذوية، وتقييم الوضع التغذوي، وتوافر الأغذية، واستهلاكها، وأنماط النشاط البدني للسكان.
- إجراء تحليل للوضع الراهن، وتقييم للاحتياجات، وضمان جودة المعطيات.
- تقييم تأثير البرامج والسياسات الهادفة إلى تقليص عبء الأمراض المرتبطة بالتغذية والغذاء، من خلال وضع مؤشرات للمُدخَلات والعملية والمُخرَجَات لدى مختلف المجموعات السكانية ذات المستويات الاجتماعية والاقتصادية، ومن خلال حساب مردودية التدخلات.
- رصد مواصفات بيئة الغذاء بما في ذلك جودته التغذوية وأسعار الغذاء وممارسات التسويق.
- تقييم أثر السياسات القطاعية على الصحة والتغذية، باستخدام طرق تقييم الأثر الصحي، من أجل الارتقاء بمستوى التعاون بين القطاعات في إدماج الصحة في جميع السياسات، سواء منها الموجهة نحو القوت أو توريد الأغذية أو السلامة الغذائية.
- إجراء مراجعات منهجية لتحسين فهم دور التغذية وسلامة الغذاء والعوامل المرتبطة بنمط الحياة في ظهور الأمراض وكيفية الوقاية منها، ولتقوية قاعدة البيّنات اللازمة للسياسات والتدخلات.
- تحديد مقادير المغذيات الزهيدة المقدار في الطعام المحلي سواء منه المطبوخ أو غير المطبوخ، مع التركيز بشكلٍ خاص على تحديد الأغذية التقليدية الغنية بالمغذيات الزهيدة المقدار.

- الإلزام بقوانين سلامة الغذاء للوقاية من الأمراض المنقولة بالغذاء على مدى سلسلة الإمداد بالغذاء.
- رصد سلامة المياه والإصحاح من خلال توسيع نطاق إعداد الخطط الخاصة بسلامة المياه بهدف تقليص وقوعات الأمراض المنقولة بالمياه؛ ودعم المبادرات التي ترمي إلى زيادة تغطية المجتمع بالمياه النظيفة اللازمة للشرب والاعتسال، وضمان استخدام مياه تضاها في جودتها مياه الشرب في سلسلة تصنيع الغذاء.

## الأسلوب الثامن: ضمان توفير توريدات غذائية مأمونة وصحية ومضمونة الاستثمار.

- التعاون مع الدول الأعضاء والشركاء لوضع سياسات وافية تتعلق بالزراعة، ومصائد الأسماك، وتصنيع الأغذية وتسويقها وتوزيعها.
- تحسين برامج الحماية الاجتماعية والشبكات المعنيّة بالسلامة، والعمل على زيادة دخل وأصول أولئك الذين يعيشون تحت مستوى معين من الدخل، سواء كان ذلك بشكل مباشر من خلال تحويل الأموال، ولاسيما للمجموعات الفقيرة، أو غير مباشر من خلال تدخلات السوق أو سياسات التسعير الحكومية.
- زيادة الاكتفاء الذاتي في التغذية على جميع المستويات، وتعزيز برامج التخفيف من وطأة الفقر، بما في ذلك التغذية المدرسية، والأنشطة المدرة للدخل، وتوسيع نطاق برامج الحماية الاجتماعية التي تدعم المجموعات المستضعفة، وذوي الاحتياجات الخاصة، بما في ذلك المسنين والمعوقين، والمُعانين من مشاكل الصحة النفسية، والأرامل والأيتام.
- الارتقاء بمستوى إنتاج الأغذية المحلية وتصنيعها.
- تحسين التوافر البيولوجي للمُغذيات، والترويج للأغذية الغنية بالمغذيات الزهيدة المقدار.

- زيادة النشاط البدني في المدارس.
- دعم النشاط البدني من خلال سياسات النقل، وزيادة الموارد المخصصة لبرامج التغذية والنشاط البدني، وضمان توفير هيكلية أساسية كافية للنشاط البدني، وإزالة العوائق التي تحول دون تكوين مجتمع نشيط بدنياً.

- تعزيز النظم الغذائية الصحية.
- تعزيز الأغذية الصحية في سلاسل المطاعم وفي أماكن بيع الطعام في المدارس.

#### الأسلوب السادس: تحسين الخدمات الغذائية وبناء قدرات القطاع الصحي، بما في ذلك حالات الطوارئ، ودعم المجموعات المستضعفة.

- توعية العاملين المعنيين بالرعاية الصحية الأولية، وسائر العاملين الصحيين، وإشراكهم في عملية التقييم التغذوي وتقديم المشورة حول القوت، والسلامة الغذائية، والنشاط البدني، بالإضافة إلى حماية وتعزيز ودعم الإرضاع من الثدي والتغذية التكميلية، فضلاً عن تعزيز استخدام معايير منظمة الصحة العالمية الخاصة بنمو الطفل والتغذية بالمستشفيات.
- تحسين معايير إيتاء الخدمة، للوقاية من الأمراض المرتبطة بالتغذية، وتشخيصها ومعالجتها من خلال إنشاء خدمات التغذية الفعالة للمرضى في العيادات الخارجية وداخل المستشفيات، مع توفير تغطية كافية للمواطنين.
- تحسين الرعاية التغذوية والدعم المقدم في حالات الطوارئ وفي ظل ظروف الأزمات الإنسانية.

#### الأسلوب السابع: تعزيز السلامة الغذائية

- تحديث التشريعات واللوائح الوطنية، وتنفيذها بما يلبي المعايير الدولية للسلامة الغذائية الواردة في المدونة الغذائية Codex Alimentarius.
- إجراء حملات تثقيفية بهدف توعية الجمهور بممارسات الغذاء السليم.

- حفظ وتعزيز المعافاة التغذوية في سائر الفئات العمرية الأخرى، ولاسيما النساء، والمراهقين، بالإضافة إلى الفئات ذات الاحتياجات الخاصة، مثل أولئك الذين يعانون من إعاقة بدنية أو نفسية أو المسنين.

#### الأسلوب الثالث: تعزيز احتواء الغذاء على ما يكفي من المغذيات الزهيدة المقدار.

- تعزيز أنماط استهلاك الأغذية الصحية، لضمان تنوع القوت، وتوفير التوعية التغذوية، وبرامج التكميل الغذائي، ولاسيما للأطفال والأمهات.
- تشجيع الاستراتيجيات الغذائية المُرْتَكز، من قبيل الإغناء البيولوجي وإغناء الطعام بغير التعاطي مع عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار.
- الترويج للمعالجة الطارئة للديدان لدى أطفال المدارس.

#### الأسلوب الرابع: تقديم التثقيف والإعلام الشاملين للناس.

- وضع دلائل إرشادية للنظم الغذائية الوطنية تركز على الغذاء، ورصد تنفيذ هذه الدلائل.
- تعزيز المعارف التغذوية، والمواقف، والممارسات الملائمة، لمقدمي الرعاية بشأن الغذاء، والعادات الغذائية والاجتماعية، ورعاية الطفل والأسرة، وممارسات التغذية، فضلاً عن حفظ صحة الأسرة.
- إدخال نظم اللصاقات التغذوية، التي تدعم الخيارات الصحية في نقاط البيع.
- الارتقاء بمستوى الوعي بالصلة بين التغذية وبين الغذاء المأمون والماء الصالح للشرب.

#### الأسلوب الخامس: تعزيز تنفيذ الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية الخاصة بالقوت والنشاط البدني والصحة.

- تعزيز السياسات الوطنية الخاصة بالتغذية والنشاط البدني والسمنة.

## 5. بناء قدرات الاستعداد للطوارئ في مجال التغذية.

- تعزيز القدرات التقنية والإدارية لبرامج التغذية في القطاع الصحي.

### الهدف

- تخصيص ميزانية كافية للوقاية من الأمراض المرتبطة بالتغذية ومكافحتها.
- إشراك جميع الأطراف المعنية الدولية والوطنية التي تستطيع المساهمة في التعاطي مع الأمراض المرتبطة بالتغذية، مع الحفاظ، في الوقت نفسه، على الدور القيادي القوي للصحة العمومية.

- قيام جميع البلدان بإعداد خطط للطوارئ والاستعداد في مجال الأمن الغذائي والتغذية، بما يمكنها من مجابهة أي طارئة مجابهة فعّالة، وفي الوقت المناسب.

## 6. تحسين السلامة الغذائية

### الأهداف

الأسلوب الثاني: حفظ وتعزيز الصحة التغذوية للنساء والأطفال. مع ضمان تغذية جيّدة طوال دورة حياة جميع الفئات العمرية.

- تعزيز التغذية المثلى للجنين، وهي تشمل: ضمان توفير التغذية الملائمة والمكمّلات الزهيدة المقدار للأمهات، قبل الحمل وأثناءه؛ وتقديم المشورة حول النظام الغذائي، والسلامة الغذائية للحوامل.
- حفظ وتعزيز ودعم الرضاعة من الثدي، والتغذية التكميلية المأمونة والكافية، في التوقيت المناسب، للرضع وصغار الأطفال، من خلال تنفيذ الاستراتيجية العالمية الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال.

- إقرار وتنفيذ التشريعات واللوائح الوطنية لتلبية المعايير الدولية للسلامة الغذائية، الواردة في المدوّنة الغذائية.
- تقليص معدّل حدوث الأمراض المنقولة بالغذاء بنسبة 50٪.

7. ضمان توفير توريدات غذائية مأمونة وصحية ومضمونة الاستمرار.

### الهدف

- تعزيز عملية تحسين التغذية في المدارس، وقبل الالتحاق بالمدارس، بما في ذلك الدعوة إلى توفير المدارس المراعية للتغذية؛ وتعزيز التثقيف حول التغذية؛ وتوفير خيارات صحية في المطاعم وسائر نقاط توزيع الأغذية في المدارس؛ وتشجيع المدارس على تبني سياسات التغذية والنشاط البدني طبقاً للاستراتيجية العالمية للنظم الغذائية والنشاط البدني والصحة؛ ووضع الخطط الخاصة بتوزيع الخضراوات والفاكهة.

- زيادة حصول الفقراء على الغذاء الصحي، السليم زيادةً تبلغ 50٪.

## الأساليب الاستراتيجية

الأسلوب الأول: تعزيز الالتزام السياسي، والتشريعات، والأساليب المتعددة القطاعات لضمان توفير توريد الغذاء الصحي توريداً مضمون الاستمرار.

- تعزيز تقديم المشورة الغذائية، من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية، وعيادات القطاع الخاص، بما يكفل مكافحة السمّة وسوء التغذية خلال مرحلة الطفولة.

- زيادة الالتزام السياسي ببرامج التغذية الوطنية.
- تعزيز تطوير السياسات الغذائية والتغذوية الوطنية، وتضمنين الوقاية من سوء التغذية في الاستراتيجيات الإنمائية.

الاستراتيجية إلى مساعدة البلدان في وضع وتنفيذ الفاعليات التغذوية وفقاً للوضع والموارد الوطنية المتاحة لها. وهي تقدم الإطار اللازم لمساعدة البلدان على اتخاذ القرار بشأن الفاعليات التغذوية المناسبة لسياق معين، تبعاً للمشاكل الصحية الأكثر انتشاراً. وسوف تمكن هذه الاستراتيجية الدول الأعضاء من تحديد ووضع وترتيب واعتماد التدخلات الغذائية التي ستسهم في بلوغ أهداف المرامي الإنمائية للألفية، ولاسيما المرمى الأول الذي يستهدف الجوع والفقر، والرمى الرابع الذي يستهدف وفيات الأطفال، والرمى الخامس الذي يستهدف صحة الأمهات. وتتعاطى الاستراتيجية أيضاً مع القضايا المستجدة لفرط التغذية من أجل التغلب على المعدلات المتزايدة للسمنة وسائر الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء.

## الأغراض

1. زيادة الالتزام السياسي، وتعزيز التقييم الغذائي والرصد والتقييم.

### الأهداف

- قيام جميع البلدان بإعداد خطة عمل واستراتيجية حول التغذية الوطنية.
- قيام جميع البلدان بإنشاء نظام للترصد التغذوي فيه آلية كفوءة للتقييم والرصد.

2. تقليص معدل انتشار الهزال والتقزم بين الأطفال. ولاسيما الأطفال دون سن الخامسة من العمر. وكذلك نقص التغذية بين النساء.

### الأهداف

- تقليص معدل انتشار نقص الوزن بين الأطفال بنسبة 30%.
- تقليص معدل انتشار نقص الوزن عند الميلاد بنسبة 30%.

- تقليص وفيات الأطفال بنسبة 50%.
- تقليص وفيات الأمهات بنسبة 20%.
- زيادة نسبة الأمهات اللاتي يلتزمن بالاعتصار على الإرضاع من الثدي خلال الأشهر الستة الأولى بمعدل 50%.
- زيادة نسبة الأمهات اللاتي يطبقن ممارسات التغذية التكميلية من ستة أشهر إلى عامين بمعدل 50%.

3. تقليص معدل انتشار عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار.

### الأهداف

- تقليص معدل انتشار فقر الدم الناجم عن عَوَز الحديد بين الأطفال قبل سن المدرسة وفي سن المدرسة، وبين النساء في سن الإنجاب، وبين المسنين بنسبة 30%.
- تقليص معدل انتشار عَوَز الكالسيوم والفيتامين (د) بين النساء في سن الإنجاب، والمراضع، والأطفال، والمسنيين بنسبة 50%.
- تقليص عَوَز الفيتامين «أ» لدى الأطفال دون سن الخامسة، ولدى الحوامل، ولدى المراضع بنسبة 50% أو التخلص منه.
- تقليص اضطرابات عَوَز اليود بنسبة 50% أو التخلص منها تماماً.
- تقليص معدل انتشار عيوب الأنبوب العصبي بين الولدان بنسبة 50%.

4. تقليص معدل انتشار الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء.

### الهدف

- تقليص السمنة لدى الأطفال والمراهقين والبالغين بنسبة 35%.

ش م/ل 49/ق 12 عن تقدّم كبير في تعزيز يودنة الملح، وتقليل معدل انتشار اضطرابات عوز اليود. ويمثّل نقص المعطيات حول عيوب الأنبوب العصبي بسبب غياب الترصد التغذوي في معظم البلدان تحدياً كبيراً.

وعلى الرغم من وجود سياسات أو خطط عمل بشأن التغذية في العديد من بلدان الإقليم، إلا أن غالبيتها لم تنفذ تنفيذاً كاملاً، وهي تفتقر إلى طريق استراتيجي واضح للتنفيذ. ولا يزال الإقليم يواجه العديد من التحديات من حيث صياغة وتنفيذ الاستراتيجيات وخطط العمل الخاصة بالتغذية، والتي تتسم بأسلوبها الشامل في التعاطي مع قضايا التغذية. ويعاني الإقليم مما يلي:

- غياب الالتزام السياسي الواضح بالعمل في مجال التغذية، أو الإخفاق في ترجمة الالتزامات السياسية تجاه مشاكل التغذية إلى تدابير ملموسة، أو من الأمرين معاً؛
- غياب الإطار السياسي، والقدرة المؤسسية على تخطيط وتنفيذ ورصد برامج التغذية المضمونة الاستمرار، لمجابهة الأسباب الأساسية لسوء التغذية المرتبطة بالمحددات الاجتماعية للصحة؛
- الصراعات المزمرة والكوارث الطبيعية التي تمنع بعض البلدان من إحراز التقدّم أو الحفاظ عليه؛
- التخصيص غير التناسبي للميزانيات الصحية، والذي غالباً ما يكون على حساب الاستراتيجيات الوقائية كالتغذية مثلاً؛
- الإقلاع عن النظم الغذائية التقليدية لصالح الأغذية «السريعة» مما يسفر عن تقليص التنوع الغذائي وغالباً الاتجاه إلى قوت diet أقل تغذية؛ وأخيراً:
- غياب الخبرات التغذوية في القطاعات ذات الصلة بها، والافتقار إلى التنسيق بين القطاعات.

من المتعاملين الذين يؤثرون في عرض المنتج، وسلامته، وسعره؛ كما يتمتع الإعلام، وقطاعات التجزئة، والإعلان، وصناعة الغذاء بتأثير قوي على الخيارات التغذوية، وكثيراً ما تتعارض خياراتهم مع الخيارات الموصى بها من قبل إحصائيي الصحة العمومية. ثم إن التصميم الحضري أيضاً؛ لا يشجع غالباً على ممارسة الأنشطة الترفيهية النافعة من قبيل المشي أو ركوب الدراجات، فضلاً عن أن الاستخدام المتزايد للتلفاز والحاسوب يشجع على الأنشطة الترفيهية التي تترافق بقلّة الحركة، مما يضيف قلة النشاط البدني بوصفها عاملاً مُستتراً يَنصَاف إلى التحديات الصحية العديدة.

ومن هنا تتجلى الحاجة الماسّة إلى وضع استراتيجية تغذوية ذات خطة عمل واضحة لمجابهة التحديات، تأخذ في حسابها مرتسم الأمن الغذائي والتغذية الخاص بكل بلد بعين الاعتبار، وإلى توجيه التخطيط الاستراتيجي، وعملية إعداد السياسات، والبرامج المتعلقة بالتغذية على الصعيد القطري والإقليمي.

## 4. الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 - 2019

تعتبر الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 - 2019 أول استراتيجية للتغذية يتم إعدادها في الإقليم. وقد بادرت منظمة الصحة العالمية بإعدادها بالتشاور مع جميع الدول الأعضاء، ومع وكالات الأمم المتحدة والدوائر الأكاديمية والمجتمع المدني. وتم الاستهداء بالإعلان العالمي وخطة العمل حول التغذية 1992، في القضايا التقنية الخاصة بإعداد البرامج والسياسات التغذوية.

### المرمى

يتمثّل المرمى العام لاستراتيجية التغذية بإقليم شرق المتوسط في تحسين الوضع التغذوي للمواطنين طوال دورة حياتهم، من خلال تشجيع البلدان على إعطاء التغذية مكانة محورية في جدول الأعمال الإنشائي. وتهدف

على أن مجموعة معقدة من العوامل الأخرى تؤثر على الوضع التغذوي، ومنها السلامة الغذائية، وتغيّر نمط الحياة، وانخفاض إنتاج الطعام وتوافره. ويتركز توزيع الطعام وتقديمه في العديد من البلدان في أيدي عدد قليل

### (ب) البلدان التي هي في بؤاكير نُقْلة تغذوية

على العديد من البلدان. وبعد، فإن الأزمة الاقتصادية والغذائية العالمية الأخيرة التي تركت بصماتها على جميع البلدان، قد أثرت بوجه خاص على جيبوتي والسودان والصومال في القرن الأفريقي، فضلاً عن أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية.

وتتسم هذه البلدان بمستويات متوسطة من السمنة وزيادة الوزن، ومستويات متوسطة من سوء التغذية لدى مجموعات عمرية وسكانية معينة، وانتشار عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار، وهي: الأردن، والجمهورية العربية الليبية، والجمهورية العربية السورية، ولبنان، ومصر، والمغرب.

### 3. المجابهة والتحديات الراهنة

#### (ج) البلدان التي تعاني من سوء تغذية فادح

لقد أثرت التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والسياسية على طبيعة ونطاق وحجم المشاكل التغذوية وعبء المرض وعوامل الاختطار المرتبطة به في معظم البلدان في السنوات الأخيرة. مع أنه كان قد أحرز تقدُّم كبير على مدى العقود الثلاثة الماضية في عدد كبير من بلدان الإقليم لتحسين تغذية الرضع وصغار الأطفال. وبالنسبة للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، أبلغت اليونيسف في عام 2006، أن ستة بلدان (هي الأردن، وتونس، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، وعمان، وفلسطين) أنها تسير في الطريق الصحيح لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية التي تستهدف تقليص نسبة انخفاض الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة من العمر؛ فقد تمكن اثنا عشر بلداً من احتواء معدلات انتشار انخفاض الوزن بحيث تكون 10٪ أو أقل؛ في حين أن هنالك ستة بلدان حادَّت عن الطريق المؤدي لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية (أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية، والسودان، والصومال، والعراق) [3]. ومع هذا، فإن النسبة الكلية لانخفاض الوزن لدى الأطفال دون الخامسة قد واصلت ارتفاعها، كما يَرُدُّ في القسم الثاني من هذه الورقة، كما شهد وضع تغذية الرضع والأطفال دون الخامسة المزيد من التدهور في أعقاب أزمة الغذاء سنة 2008 [17].

تعاني هذه البلدان معاناة خاصة من ارتفاع مستويات سوء تغذية الأطفال الحادة والمزمنة، وانتشار عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار على نطاق واسع، ومن زيادة الوزن والسمنة المستجدين، ومن سوء التغذية الناجم عن الرِّخاء في بعض المجموعات الفرعية الاقتصادية والاجتماعية، وهذه البلدان هي: باكستان، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والعراق، وبعض المجموعات الفرعية في دول مجلس التعاون الخليجي، وفي تونس، وجمهورية إيران الإسلامية، وفلسطين (قطاع غزة).

#### (د) البلدان التي تمر بأوضاع طوارئ معقدة

تترافق أوضاع الطوارئ المعقدة في هذه البلدان بنقص التغذية الوخيم لدى الأمهات والأطفال، وانتشار عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار. وهذه البلدان هي: أفغانستان، والسودان، والصومال.

يهدف تقسيم الإقليم إلى أربع مجموعات سكانية عرضية النطاق إلى تقديم وسيلة موجزة، مع تجميع أوجه التشابه وأوجه الاختلاف بين البلدان، كما يهدف إلى تقديم توجيه، ولو محدود، للتخطيط الاستراتيجي وإعداد السياسات والبرامج الخاصة بالتغذية على الصعيد الإقليمي والقطري. على أن التُّقْلة التغذوية تؤثر أيضاً على عدد متزايد من البلدان والمجموعات الاقتصادية والاجتماعية في البلدان. كما تشهد عوامل اختطار الأمراض غير السارية المرتبطة بالتغذية زيادة سريعة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ثم إن الهوة الاقتصادية آخذةً بالاتساع بين البلدان، فضلاً عن تأثير الأزمات الإنسانية والطوارئ

هذا الأمر قد أدى في العديد من البلدان، إلى تيسير التعاون بين القطاعات في مختلف الوزارات، وتقييم هيكل ونظم سلامة الغذاء، مما أسفر في بعض الحالات عن إنشاء إدارات تعنى بالأغذية والأدوية، أو لجان مشتركة بين الوزارات للتعاطي مع سلامة الغذاء.

### 3.2 المُرْتَسَمَاتِ التَغْذِوِيَّةِ فِي الْبِلْدَانِ

شهد الإقليم على مدى العقود الثلاثة الأخيرة تغييرات اجتماعية واقتصادية وسياسية وديموغرافية كبيرة، كان لها أثر واضح على طبيعة، ومدى، وحجم مشكلات الصحة والتغذية، وعبء المرض، وعوامل الاختطار المرتبطة به في كثير من البلدان، إن لم يكن في الإقليم بأكمله. ويمكن تقسيم الإقليم إلى أربع مجموعات أو ثلث من البلدان، من حيث مراحل التغذية ومشكلات التغذية السائدة، وعوامل الاختطار الأساسية، والأسباب الكامنة، ومن حيث تدخلات البرنامج وفجواته رداً على هذه المشاكل، والعوامل البيئية التي تجعل من الممكن تحسين العمل. ويمكن تصنيف هذه المجموعات الأربع إلى: بلدان في مرحلة نُقْلَة تغذوية متقدّمة؛ وبلدان في بواكير النُقْلَة التغذوية؛ وبلدان تعاني من سوء تغذية فادح؛ وبلدان تمر بطوارئ معقدة. وهناك بعض البلدان التي تظهر في أكثر من مجموعة واحدة.

#### (أ) الْبِلْدَانِ الَّتِي هِيَ فِي مَرِحَلَةِ نُقْلَةِ تَغْذِوِيَّةِ مَتَقَدِّمَةٍ

وهذه البلدان تعاني من ارتفاع مستويات السمنة وزيادة الوزن، مع مستويات معتدلة من نقص التغذية وعوز المغذيات الزهيدة المقدار في بعض المجموعات السكانية الفرعية، وهي: تونس وجمهورية إيران الإسلامية، وجميع البلدان الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي باستثناء الجمهورية اليمنية.

تكون ملحوظة بشكل أكبر بين البالغين. وهذا التصاعد في مستوى السمنة وزيادة الوزن في الأطفال والمراهقين تثير مخاوف خاصة في ضوء البيئات التي تربط بين السمنة في مرحلة الطفولة والمراهقة، وبين زيادة اختطار السمنة والوفيات في مرحلة البلوغ adulthood.

وعادةً ما يُطلق اسم النُقْلَة التغذوية على زيادة استهلاك الغذاء غير الصحي، المتضاعفة بزيادة معدل انتشار فُرْط الوزن في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ويقترن حدوث هذه النُقْلَة التغذوية بنُقْلَة وبائية ولها مستتبعات خطيرة على حصائل الصحة العمومية، وعوامل الاختطار، والنمو الاقتصادي، والسياسة التغذوية الدولية. ويُعنى بالنُقْلَة التغذوية نوع من سوء التغذية لا ينجم عن الحاجة إلى الغذاء، وإنما عن الحاجة إلى تغذية عالية الجودة. فقد تم الاستغناء عن الطعام الغني بالفيتامينات والمعادن والمغذيات الزهيدة المقدار مثل الخضر والفاكهة والحبوب الكاملة، وإحلال الأطعمة المُفَعَّمَة بالسكريات المضافة، والدهون المشبعة والصوديوم محلها. وهذا الاتجاه الذي بدأ بالأغذية المصنعة في البلدان الصناعية، ما لبث أن انتشر إلى البلدان النامية. فهذه البلدان النامية التي لاتزال تعاني الكروب وتكافح الجوع، مضطرة للتعاطي الآن مع مشكلات صحية بما فيها سوء التغذية مصحوبة بالسمنة.

(د) **الأمراض المنقولة بالغذاء.** على الرغم من أن السلامة الغذائية قد تم تناوؤها على الصعيد الإقليمي من خلال خطة العمل الإقليمية للتعاطي مع السلامة الغذائية في القرن الواحد والعشرين (القرار ش م/ل إ 46 ق 6). فلاتزال الأمراض المنقولة بالغذاء تفرض تهديداً خطيراً لبلوغ الوضع التغذوي الجيد. وتمثل الأمراض الحيوانية المنشأ عبئاً وتحدياً كبيرين للصحة العمومية، مع كون داء السلمونيلا salmonellosis وداء العطائف campylobacteriosis أكثر الأمراض المنقولة بالغذاء شيوعاً [16]. على أن الافتقار إلى معايير الإصحاح وتدابير المكافحة في إعداد الطعام، واستخدام مياه الفضلات والمياه الملوثة وخاصة في المناطق الريفية، تمثل بعض المحددات المستترة. ففي السنوات الأخيرة، تسنمت السلامة الغذائية جدول أعمال الصحة العمومية، في أعقاب عدد من الأحداث العالمية من قبيل فاشيات إنفلونزا الطيور وتلوث اللبن بالميلامين. ولو أن



ويعتبر عَوَز اليود كذلك مشكلة من مشاكل الصحة العمومية المهمة المؤثرة في 18 بلداً، ويقدر أن ثلث السكان مُخْتَطَرُونَ لاضطرابات عَوَز اليود، مع ما له من عواقب بليغة على دماغ الجنين، وعلى النمو الإدراكي والوظيفي في مرحلة الطفولة المبكرة [13].

**(ج) السمنة والأمراض غير السارية.** ترتبط وبائيات الأمراض غير السارية من قبيل السكري وأمراض القلب والأوعية والسرطان كما ترتبط عوامل اختطارها، ارتباطاً وثيقاً باستهلاك الطعام، وبنمط القوت، والتغذية، وأنماط الحياة. وتعرض التقارير أرقاماً مثيرة للقلق حول معدل انتشار السمنة والأمراض غير السارية. ففي عام 2005، تسببت الأمراض غير السارية في 52٪ من إجمالي الوفيات، و47٪ من عبء المرض الذي يُتوقع زيادته ليصل إلى 60٪ في عام 2020 [14]. أما بين السكان من سن العشرين فما فوق، فيقدر معدل الانتشار المبلغ عن السكري بنحو 11٪، وعن فرط ضغط الدم بـ 26٪، وعن خلل شحيمات الدم بـ 50٪، وعن زيادة الوزن والسمنة بـ 65٪، وعن قلة النشاط بـ 77٪ [15]. وهذه الزيادة في الأمراض غير السارية، يوازها ارتفاع في التكلفة المباشرة لموارد الرعاية الصحية اللازمة لمعالجة الأمراض. أما التكاليف غير المباشرة (مثل الخسائر في النشاط الاقتصادي جرّاء المرض والوفيات قبل الأوان المصاحبة للأمراض غير السارية) ومثل التكاليف غير الملموسة (كالخسائر الشخصية والاجتماعية) فإنها أكبر من ذلك.

وتعتبر السمنة وزيادة الوزن من عوامل الاختطار الكامنة للأمراض القلبية الوعائية والسكري من النمط الثاني، وهما من العوامل الأساسية المهمة في الوفيات قبل الأوان. فهذه الاضطرابات الاستقلابية تزداد بشكل مُريع بين البالغين في الإقليم. وتدل المعطيات المتجمعة حول البالغين في سن الخامسة عشرة فما فوق، من 16 بلداً، على أن أعلى مستويات زيادة الوزن كانت في الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين والكويت ومصر والمملكة العربية السعودية، مع زيادة في معدل انتشار السمنة وزيادة الوزن ليشترّاح بين 74٪ و86٪ لدى النساء، وبين 69٪ و77٪ لدى الرجال [15]. وتشير هذه المعطيات إلى ارتفاع معدل انتشار السمنة بين البالغين، في حين أن زيادة الوزن

[9]. وما لم يتم تغيير السياسات والأولويات، فإن حجم المشكلة سيحول دون بلوغ العديد من البلدان أهداف المرامي الإنمائية للألفية. وقد ارتفعت النسبة الإجمالية لانخفاض وزن الأطفال دون الخامسة في الإقليم من 14٪ في عام 1990 إلى 17٪ في عام 2004 [3]. وفي أعقاب الأزمة العالمية في الغذاء والأسعار التي بدأت مع مطلع عام 2008، زاد تدهور الوضع الغذائي للرضع والأطفال دون سن الخامسة من العمر في البلدان التي تمر في أوضاع طوارئ معقدة، كما زاد في سائر البلدان.

**(ب) عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار.** يواصل الكثير من بلدان الإقليم التبليغ عن عدد من حالات عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار (الحديد، واليود، والزنك، والكالسيوم، وحمض الفوليك، والفيتامين «أ» والفيتامين «د») ولاسيما بين المجموعات المستضعفة، بما فيها الأطفال والنساء في سن الإنجاب. ويقدر أن أكثر من ثلث سكان الإقليم [10] يعانون من فقر الدم، ويقدر إجمالي عدد الأفراد في الإقليم الذين يعانون من عَوَز الحديد أو فقر الدم طبقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية بـ 149 مليوناً؛ 83 مليوناً منهم نساءً يعانين من فقر الدم. ولم تظهر المعطيات حول معدلات فقر الدم لدى الأطفال دون سن المدارس، والحوامل، والنساء في سن الإنجاب من عام 1995 إلى عام 2001، أي تحسن في الوضع الإجمالي [11]. ويمثل فقر الدم الناجم عن نقص الحديد مشكلة خطيرة من مشاكل الصحة العمومية في العديد من البلدان؛ فقد وصل معدل انتشاره في البحرين إلى 48.3٪ بين الأطفال دون الخامسة، و41.6٪ بين الأطفال بين سن 5 و14 عاماً [11]. في حين أن معدل انتشار فقر الدم المبلغ عنه لدى نساء في سن الإنجاب، يقدر بنحو 40٪ في عُمان والبحرين.

ويعتبر عَوَز الفيتامين «أ»، الذي يُصيب الأطفال في سن المدرسة، ودون سن المدرسة، والنساء في سن الإنجاب مشكلةً من مشكلات الصحة العمومية في العديد من البلدان. ويكون عَوَز الفيتامين «أ» واسع الانتشار بما يقدر بـ 0.8 مليون طفل دون سن المدارس يعانون من العشاوة، و13.2 مليون طفل دون سن المدارس يعانون من انخفاض المستويات المصلية للريتينول، إذ تقل عن 0.70 ميكرومول بالتر [12].

## 2. تحليل الوضع الراهن

### 2.2 الوضع الإقليمي الراهن

يواصل عبء المرض المصاحب لعدم كفاية التغذية نموّه في بلدان إقليم شرق المتوسط. فعلى مدى العقود الثلاثة الماضية، شهد الإقليم تغييرات اجتماعية واقتصادية وديموغرافية وسياسية بالغة، أثرت بشدة على طبيعة ومدى وحجم المشكلات المتعلقة بالصحة والتغذية، وعلى عبء المرض، وعوامل الاختطار المرتبطة به في معظم البلدان بل وفي الإقليم برمته. فعلى الرغم من أن مشكلات سوء التغذية لا تزال حاضرة، فإن عبء زيادة الوزن والسمنة والأمراض المزمنة المرتبطة بالقوت diet أخذ في الزيادة من جزاء النقلة التغذوية. وهو أمر مثير للقلق، لما له من أثر سلبي على النظم الصحية في الإقليم. ويواجه الإقليم تحديات أخرى تسهم بشكل عام في سوء التغذية، منها الحيف أو انعدام المساواة داخل البلد الواحد، ومنها الموارد الطبيعية المحدودة (مثل المياه والأراضي الزراعية) وظروف الجفاف المتكررة، ومنها معدلات النمو السكاني المرتفعة، والصراعات الدائرة، وفيروس الإيدز في بعض البلدان. وتتمثل التحديات التغذوية الرئيسية التي تواجه الإقليم في سوء التغذية، وعوز المغذيات الزهيدة المقدار، والسمنة، والأمراض غير السارية، والأمراض المنقولة بالغذاء.

**(أ) سوء التغذية.** يظل سوء التغذية يمثل مشكلة من أهم المشكلات الصحية ذات العواقب الوخيمة التي يصعب تجاهلها، إذ هو أكبر عامل يساهم بمفرده في وفيات الأطفال. حتى إن 15٪ من العبء العالمي لوفيات الولدان والأطفال، يقع في بلدان الإقليم. ويقدر أن 50٪ من وفيات الأطفال دون الخامسة في الإقليم، يُعزى إلى سوء التغذية الخفيف والمعتدل [8]. وفضلاً عن أن عواقب سوء التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة، تسبب أثراً لا رجعة فيه ويمتد عبر الأجيال، فإنه ينطوي بدهاء على ضعف النمو الإدراكي والنفسي، ومن ثم يحدث آثاراً سلبية على صحة البالغين. فسوء التغذية لدى النساء في سن الإنجاب يزيد من معدّل وفيات الأمومة، وخطر انخفاض وزن أطفالهن عند الميلاد. ويقدر متوسط معدّل وفيات الأمهات بنحو 210 لكل مئة ألف ولادة حية في الإقليم في عام 2005، مما يمثل انخفاضاً قدره 20٪ فقط عن مستويات عام 1990

### 1.2 الوضع العالمي الراهن

يمثل سوء التغذية تحديات هائلة لصحة الإنسان، ولاسيما في البلدان النامية. فلاتزال التقديرات تدل على أن سوء تغذية الطفل، يتسبب في 30٪ من جميع وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر. ولايزال سوء التغذية على مستوى العالم يتسبب في 11٪ من العبء العالمي للمرض، مما يسفر عن اعتلال الصحة والعجز الطويل الأمد، وتردّي الحصائل الإنمائية والثقيفية. ويقدر أن 186 مليون طفل في العالم، يعانون من التقزم [4]، كما يعاني 20 مليوناً، من سوء التغذية الحادة والوخيمة في أكثر أشكالها قضاءً على الحياة كل عام. ثم إن عوامل الاختطار التغذوية بما فيها نقص الوزن، والمستوى دون الأمثل للرضاعة من الثدي، وعوز المعادن والفيتامينات، ولاسيما الفيتامين «أ»، والحديد، واليود، والزنك، تعتبر مسؤولة عن 3.9 مليون وفاة (35٪ من إجمالي الوفيات) و144 مليون سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (33٪ من إجمالي سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز) لدى الأطفال دون الخامسة [4].

ويعتبر انعدام الأمن الغذائي من أكثر المشكلات إلحاحاً في مجال التغذية، ولاسيما بالنسبة للمختطرين من المواطنين؛ مثل الأطفال، والنساء، والمتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري والسل وسائر الأمراض السارية. في حين يواجه كثير من الدول الأعضاء بالمقابل تحدياً متزايداً سببه السمنة وفرط التغذية. ويقدر أن زيادة منسب كتلة الجسم BMI مسؤول عن أكثر من 30 مليوناً من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALYs، معظمها عن داء القلب الإقفاري والسكري من النمط الثاني [5]. ذلك أن معدل انتشار السمنة قد شهد تزايداً متواصلاً في السنوات الأخيرة، مع وجود تفاوتات جغرافية كبيرة، حيث يؤثر في بعض أجزاء العالم على الفقراء أكثر من الأغنياء [6]. ونتيجة لذلك، أصبحت الأمراض غير السارية المرتبطة بالتغذية تمثل تهديداً كبيراً للصحة العمومية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل [7].

## 1. المقدمة

وأساببه، وعواقبه، وتؤكد على أهمية اعتماد استراتيجية إقليمية للتغذية. وهي تحدد مجالات العمل ذات الأولوية، بما فيها الرصد، والتوعية، وتقوية تنفيذ برامج التغذية، وتعزيز المشاركة المجتمعية، وحشد الموارد. وينبغي تحديداً، ومن أجل تقليص عبء الأمراض المرتبطة بالتغذية، التعاطي مع الأنماط الغذائية غير الصحية، وقلة النشاط البدني. ولابد من الارتقاء بمستوى الوعي العام بمحددات وتأثير الأمراض غير السارية، بما فيها زيادة الوزن، والسمنة، من خلال التوعية الرسمية بالتغذية على جميع المستويات، وإجراء حملات التسويق الاجتماعي، وإدماج الرسائل الإيجابية في الإعلام. ثم إن تحسين التغذية يُنظر إليه بشكل عام بوصفه تدخلاً مهماً أثناء حالات الطوارئ. وتتضمن التدابير التي ينبغي اتخاذها توفير المغذيات الزهيدة المقدار من خلال إغناء الأغذية المطحونة، أو توفير تلك المغذيات الزهيدة المقدار مباشرة من خلال المُضافات التكميلية. وبعد، فإن معالجة حالات سوء التغذية بدءاً من الحالات المتوسطة، ووصولاً إلى الحالات الوخيمة، لإنقاذ حياة الرضع والأطفال، تتطلب الاعتماد على عاملين صحيين مدربين جيداً.

وفي أعقاب توصيات المؤتمر الدولي للتغذية الذي عُقد في عام 1992، والإعلان العالمي وخطة العمل حول التغذية، قام العديد من بلدان الإقليم بإعداد خطط عمل وطنية خاصة بالتغذية، إلا أن معظم هذه الخطط لم ينفذ تنفيذاً كاملاً. والغرض من هذه الاستراتيجية هو تحسين الوضع التغذوي لشعوب الإقليم من خلال تشجيع البلدان على إعادة النظر في المكانة المُعطاة للتغذية بحيث تتبوأ مكانة محورية في جداول الأعمال الإنمائية للدول، وتقديم إطار لمساعدة البلدان على تحديد التدابير التغذوية المناسبة لظروف كل منها ومشاكله الصحية. وبذلك تساعد هذه الاستراتيجية الدول الأعضاء على تحديد وإعداد وتبني وترتيب أولويات التدخلات التغذوية التي ستساعد في تحقيق المرامي 1، 4، و5 من المرامي الإنمائية للألفية. كما أن الاستراتيجية تتعاطى مع القضية المستجدة المتصلة بالسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالقوت diet. ولاشك في أن تبني القطاع الصحي لأسلوب دورة الحياة الخاص بالتغذية، يصب في مصلحة الجميع.

ليس يخفى أن للسياسات الخاصة بالصحة والتغذية والسكان دوراً محورياً في التنمية الاقتصادية والبشرية، وفي التخلص من وطأة الفقر. ويذكر البنك الدولي أن تحسُّن النمو الاقتصادي قد جعل من الممكن الارتقاء بالحصائل الصحية، مما ولد دورة حميدة فحوها أن الصحة الجيدة تعزز النمو الاقتصادي، والنمو الاقتصادي يمكن من تحقيق المزيد من المكاسب الصحية [1]. وسوف تظل التغذية عنصراً أساسياً لضمان الأمن: فالغذاء الكافي «حيوي» بكل ما في الكلمة من معنى للإبقاء على حياة الناس، بوصفه أحد الاحتياجات الأساسية وحقاً من حقوق الإنسان - ومع هذا تُظهر البيّنات بشكل متزايد أن زيادة الثروة لا تؤدي بالضرورة إلى التخفيف من وطأة الجوع أو من سوء تغذية الأطفال، أو إلى التقليل من عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار. فسوء التغذية يتواجد مع المعدلات المرتفعة مع زيادة الوزن، والسمنة، والسكري، والأمراض القلبية الوعائية وبعض أنواع السرطان. أما قرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع62 - 14، الخاص بالحد من حالات العُبن في المجال الصحي من خلال العمل الخاص بالمحددات الاجتماعية للصحة [2] فقد طلب إلى الدول الأعضاء التعاطي مع جوانب الجور الصحي. ويعتبر تنفيذ هذا القرار أمراً أساسياً للتعاطي مع الأسباب الجذرية لسوء التغذية، بما في ذلك الفقر والحيثُf inequality، ولتحسين أسباب المعيشة، ولاسيما للمجموعات الأكثر استضعافاً. ويدل رَصْدُ التقدُّم المحرَّز صوب تحقيق المرامي الإنمائية للألفية، على إحراز تقدُّم ملحوظ على مدى السنوات في عدد كبير من بلدان الإقليم في تحسين تغذية الرضع وصغار الأطفال [3].

وعلى الرغم من أن لدى كثير من بلدان الإقليم سياسات وخطط عمل للتغذية، فإن معظمها لم يتم تنفيذه تنفيذاً كاملاً، وتفتقر هذه البلدان إلى طريق استراتيجي واضح تستهدي به في التنفيذ. ولا يزال الإقليم يواجه العديد من التحدّيات في صياغة وتنفيذ الاستراتيجيات وخطط العمل التي تعتمد أسلوباً شاملاً في تعاطيها مع التغذية. وتقدّم هذه الورقة تحليلاً لوضع التغذية في الإقليم،

## الموجز

وقد تم إعداد الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 - 2019، من خلال عملية تشاورية بين الدول الأعضاء، بالتعاون مع الجامعة الأمريكية في بيروت، والمقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية واللجنة الإقليمية الاستشارية المعنية بالتغذية في منظمة الصحة العالمية. وتضم هذه اللجنة ممثلين من الدول الأعضاء، ومنظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة، واليونسيف، وبرنامج الغذاء العالمي، والأنروا، والمجلس الدولي المعني بمكافحة الاضطرابات الناجمة عن عَوَز اليود، وجمعية شرق المتوسط وشمال أفريقيا المعنية بالتغذية، والاتحاد الدولي لعلوم التغذية. وتقترح الاستراتيجية أساليب للتعاطي مع المشاكل الكبرى المتعلقة بالصحة والتغذية في الإقليم. وهي تهدف إلى دعم البلدان في وضع التدابير الخاصة بالتغذية وتنفيذها وفقاً للوضع الراهن والموارد الوطنية فيها. ويتمثل المرمى الإجمالي للاستراتيجية في تحسين الوضع التغذوي للأفراد طوال دورة حياتهم، من خلال تشجيع البلدان على إعادة النظر في مكانة التغذية بحيث تتبوأ مكانة محورية على جدول الأعمال الإنشائي فيها. وتقدم الاستراتيجية إطاراً لمساعدة البلدان على أن تقرر أي تدابير التغذية هي الملائمة في سياق معين، ووفقاً للمشاكل الصحية الأكثر انتشاراً. وتستهدف الأساليب الاستراتيجية سوء التغذية، وعَوَز المغذيات الزهيدة المقدار، والوقاية من السمنة والأمراض غير السارية ومكافحتها. وتؤكد الاستراتيجية على تقديم الدعم للمجموعات الأكثر اختطراً، وعلى جهود التخلص من الفقر والجوع والأسباب الجذرية لسوء التغذية. وقد تم بذل كل الجهود الممكنة لتوجيه اهتمام الدول الأعضاء إلى النتائج على أرض الواقع؛ ولتركيز على المميزات المقارنة لإسهامات الوكالات المتخصصة والمانحين، ولاسيما في مجال تعزيز النظام الخاص بالصحة والتغذية؛ ولدعم الدور القيادي للحكومات والمجتمع الدولي لتحقيق المرامي الإنشائية للألفية. ولا يخفى أن تبني القطاع الصحي للأسلوب الذي يستغرق كامل دورة الحياة بشأن التغذية، يصب في مصلحة الجميع.

على الرغم مما طرأ على التغذية من تحسينات كنتيجة للنمو الاقتصادي، وكحصيلة طبيعية لتطور القطاع الصحي والخدمات، فإن النظرة العامة السريعة على برامج التغذية في الإقليم، تدل على أن عبء المرض المصاحب لعدم كفاية المدخول الغذائي، يعتبر العامل المباشر المتسبب في سوء التغذية، وأن هذا العبء أخذ في التزايد في العديد من بلدان إقليم شرق المتوسط. وتشهد العديد من البلدان أيضاً عبئاً مزدوجاً للمرض. ففي الوقت الذي لم تتم فيه السيطرة على الأمراض السارية سيطرة كاملة، نجد أن عبء الأمراض غير السارية أخذ في التزايد. ويبحث هذا التحول في التغذية على القلق، نظراً لتأثيره السلبي على النظم الصحية. وتتمثل أهم مشكلات التغذية في الإقليم في سوء التغذية بالبروتين والطاقة، وازدياد معدل انتشار وزن الولادة المنخفض، وعَوَز المغذيات الزهيدة المقدار، بما في ذلك الاضطرابات الناجمة عن عَوَز اليود، وعَوَز الفيتامين «أ»، وفقر الدم الناجم عن عَوَز الحديد لدى الأطفال والسيدات في سن الإنجاب، فضلاً عن عَوَز الكالسيوم، والزنك، والفيتامين «د».

ولايزال سوء التغذية من أهم المشكلات الصحية، ذات العواقب الوخيمة التي يصعب تجاهلها، إذ إنه يمثل أكبر عامل يسهم بمفرده في وفيات الأطفال. ومن المعروف أن 15% من العبء العالمي لوفيات الولدان والأطفال، يقع في بلدان الإقليم. وعلى مستوى العالم، يقدر أن 30% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر، يُعزى إلى سوء التغذية الخفيف أو المعتدل. وقد زادت النسبة الإجمالية لنقص الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة من العمر في الإقليم من 14% في عام 1990 إلى 17% في عام 2004. وتفرض الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء تكلفةً باهظة، وتسهم في زيادة معدلات الوفيات والمراضة في الإقليم، نظراً لزيادة عبء زيادة الوزن والسمنة وسائر الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء. ويقدر أن الأمراض غير السارية في الإقليم، قد تسببت في 52% من جميع الوفيات، وفي 47% من عبء المرض في عام 2005، والذي يُتوقع ارتفاعه ليصل إلى 60% في عام 2020.

## القرار

EM/RC57/R.4

ش م/ل 57/ق - 4

تشرين الأول/ أكتوبر 2010

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة السادسة والخمسون

البند 4 (ب) من جدول الأعمال

### الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 - 2019

اللجنة الإقليمية،

بعد أن استعرضت ورقة المناقشات التقنية المتعلقة بالاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 - 2019<sup>(1)</sup>،

وإذ تذكر، بالقرار ذي الرقم ج ص ع 25.55 بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال، والقرار ذي الرقم ج ص ع 23.55 بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، والقرارين ش م/ل 37/ق 9-، بشأن اضطرابات عَوَز اليود في إقليم شرق المتوسط والقرارين ش م/ل 46/ق 6- بشأن السلامة الغذائية، و ش م/ل 49/ق 12-، بشأن اضطرابات عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار، والقرار ش م/ل 54/ق 9- بشأن تسويق الغذاء للأطفال والمراهقين في إقليم شرق المتوسط وتبعاته على الصحة العمومية؛

وإقراراً منها بأن بلوغ المرامي الإنمائية للألفية يستلزم الحد من سوء تغذية الأمهات والأطفال، الذي يُعدُّ مسؤولاً عن 11٪ من العبء المرضي العالمي، ويؤدي إلى اعتلال الصحة، ويفضي إلى حصائل تعليمية ونائية ضعيفة؛

وإدراكاً منها لكون العديد من حالات عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار بما فيها الحديد، واليود، والزنك، والكالسيوم، وحمض الفوليك والفيتامينات «أ» و «د»، لا يزال يبلغ عنها من بلدان كثيرة في الإقليم، ولاسيما في الفئات المستضعفة، بمن فيها الأطفال والنساء في سن الإنجاب؛

وإذ يساورها القلق بسبب عبء سوء التغذية في الإقليم المتمثل في نقص التغذية وفرط التغذية على حدٍّ سواء؛

وإقراراً منها بأن تعزيز الترسُّد التغذوي على الصعيد الوطني أمر حاسم لتنفيذ سياسات تغذوية فعّالة والارتقاء بمستوى التدخلات التغذوية؛

1. تعتمد الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 - 2019؛

2. تتَحَثُّ الدول الأعضاء على ما يلي:

1.2 مراجعة أو إعداد الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية للتغذية باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من السياسة الصحية الوطنية وبتماشى مع الاستراتيجية الإقليمية، وتخصيص الموارد المالية والبشرية اللازمة لضمان التنفيذ؛

2.2 إعداد أو مراجعة أطر السياسات القائمة والآليات التشريعية من أجل التعاطي مع عبء سوء التغذية الناجم عن نقص التغذية أو فرط التغذية على حدٍّ سواء؛

3.2 تقوية الترسُّد التغذوي، وتحسين استخدام المؤشرات المتفق عليها والتبليغ عنها، بُعْية رصد التقدم المحرَّز في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية؛

4.2 إعداد آليات للتعاون بين القطاعات لتعزيز التغذية؛

5.2 الارتقاء بمستوى الوعي حول الغذاء الصحي بين جميع المجموعات العمرية ولاسيما أطفال المدارس.

3. تطلب إلى المدير الإقليمي:

1.3 تقديم الدعم التقني للدول الأعضاء، لإعداد وتنفيذ ورصد الاستراتيجيات وخطط الوطنية المعنية بالتغذية؛

2.3 تيسير تبادل المعلومات حول البرامج الناجحة، وإقامة الشبكات المعنية بتعزيز البرامج التغذوية؛

3.3 تعزيز بناء قدرات البحوث في مجال التغذية؛

4.3 مواصلة تقوية وتوسُّع آليات الشراكات القائمة مع أصحاب الشأن المعنيين لدعم الاستراتيجيات وخطط الإقليمية والوطنية المعنية بالتغذية.

## المحتوى

5	الموجز.....
6	1. المقدمة.....
7	2. تحليل الوضع الراهن.....
7	1.2 الوضع العالمي الراهن.....
7	2.2 الوضع الإقليمي الراهن.....
9	3.2 المُرْتَسَمَات التَغْذَوِيَّة فِي الْبِلْدَان.....
10	3. المجابهة والتحديات الراهنة.....
11	4. الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 - 2019.....
16	5. خاتمة.....
16	6. التوصيات إلى الدول الأعضاء.....
18	المراجع.....

بيانات الفهرسة أثناء النشر  
منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط  
الإستراتيجية الإقليمية للتغذية 2010 - 2019 / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط  
ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في القاهرة (WHO-EM/NUT/256/E)  
صدرت الطبعة الفرنسية في القاهرة (WHO-EM/NUT/256/F)  
WHO-EM/NUT/256/A

1. سياسة التغذية 2. التخطيط الصحي الإقليمي 3. سوء التغذية التغذوية - وقاية ومكافحة 4. أمراض العوز - وقاية ومكافحة 5. الوضع التغذوي  
أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط  
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: QU 145)

© منظمة الصحة العالمية، 2011

جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معيّنة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

ولا تضمن منظمة الصحة العالمية كمال أو صحة المعلومات الواردة في هذه المنشورة، كما أنها غير مسؤولة عن أية أضرار قد تنشأ عن استخدام هذه المعلومات.

يمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: +202 2670 2535؛ فاكس رقم: +202 2670 2492؛ عنوان البريد الإلكتروني: PAM@emro.who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري إلى المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه؛ عنوان البريد الإلكتروني: WAP@emro.who.int.

الوثيقة WHO-EM/NCD/064/A/05.10/300

جرى التصميم والإعداد والطباعة في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، بالقاهرة، مصر

# الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2019 - 2010