

Un cadre d'investissement pour le traitement de l'émaciation sévère

Jakub Kakietek, Michelle Mehta, et Meera Shekar

Messages clés

- En raison de la faiblesse du corpus de données sur la prévention de l'émaciation (également désignée comme la malnutrition aiguë), l'estimation des coûts liés à l'atteinte de la cible mondiale paraît actuellement impossible. Pour satisfaire à cet objectif, il faudra donc procéder rapidement au développement d'une base de données et de directives de politique comme d'intervention.
- La mise à l'échelle de traitements éprouvés et vitaux de la malnutrition aiguë sévère chez les 90 pour cent d'enfants ayant besoin de soins dans les pays à revenu faible et intermédiaire demanderait un investissement d'environ 9,1 milliards de dollars sur 10 ans. L'absence d'investissements se traduirait par 91 millions d'enfants laissés sans traitement et 800 000 mortalités infantiles supplémentaires.
- La mise à l'échelle du traitement de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant permettrait d'accroître la productivité économique d'au moins 25 milliards de dollars au cours de la vie active des enfants bénéficiaires. Chaque dollar investi générerait donc des rendements économiques d'environ quatre dollars.



CIBLE EN MATIÈRE D'ÉMACIATION

RÉDUIRE ET MAINTENIR
AU-DESSOUS DE CINQ POUR
CENT L'ÉMACIATION CHEZ
L'ENFANT

L'émaciation (faible poids pour la taille), qui apparaît lorsque l'enfant perd rapidement du poids en raison d'un faible apport calorique et/ou d'infections répétées, indique généralement la présence de malnutrition aiguë. En 2012, l'Assemblée mondiale de la santé a convenu d'une cible mondiale de réduction et de maintien de l'émaciation infantile à moins de cinq pour cent d'ici 2025 (OMS 2012), une cible également introduite à l'Objectif de développement durable 2 (Nations Unies 2015a).¹ La cible a été axée sur la réduction de la prévalence de l'émaciation et, par conséquent sur sa prévention et son traitement. Toutefois, jusqu'à maintenant, les données probantes portant sur les moyens qui permettraient d'atteindre la cible mondiale en matière d'émaciation restent limitées et non concluantes. Il faudra donc, pour satisfaire à l'objectif, développer des stratégies efficaces à la fois de traitement des cas actuels et de prévention de l'occurrence de l'émaciation dans l'avenir.

L'émaciation et ses effets

L'émaciation — la malnutrition aiguë — est généralement sévère ou modérée.² En 2014, 50 millions d'enfants du monde souffraient d'émaciation (UNICEF, OMS et Banque mondiale 2015), dont le tiers de façon sévère. L'Asie du Sud abrite près de

Note: Cette Note a été basée sur Shekar, Meera, Jakub Kakietek, Julia Dayton Eberwein, et Dylan Walters. 2017. Un cadre d'investissement pour la nutrition : atteindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d'anémie, d'allaitement maternel et d'émaciation. Directions du Développement. Washington, DC: Banque mondiale. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7, disponibles au : <https://tinyurl.com/InvestmentFrameworkNutrition>. Toute citation de cette Note devrait être formulée de façon suivante : Kakietek, Jakub, Michelle Mehta, et Meera Shekar. 2017. Un cadre d'investissement pour le traitement de l'émaciation sévère. Washington, DC: Groupe de la Banque mondiale. Tous les montants sont en dollars des États-Unis.

¹ L'ODM est le suivant : « D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en atteignant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées » (Nations Unies 2015b).

² La malnutrition aiguë sévère se caractérise par une émaciation prononcée (rapport poids pour la taille équivalent à un écart-type de -3 unités de déviation standard ou plus) et/ou une circonférence brachiale inférieure à 115 millimètres et/ou la présence d'œdème prenant le godet bilatéral. La malnutrition aiguë modérée fait référence à une émaciation modérée (rapport poids pour la taille équivalent à un écart-type de -2 unités de déviation standard) et/ou une circonférence musculaire brachiale supérieure ou égale à 115 millimètres mais inférieure à 125 millimètres (OMS 2014).

34 millions d'enfants émaciés, contre 14 millions en Afrique subsaharienne. ³ Au niveau mondial, la prévalence de l'émaciation est demeurée stable à huit pour cent, quoiqu'un léger déclin à 7,5 pour cent ait récemment été enregistré (UNICEF, OMS et Banque mondiale 2015) – toutefois, dans les situations d'urgence, par exemple lors de saisons creuses ou de crises alimentaires, la charge de l'émaciation peut croître rapidement.

L'émaciation apparaît suite à une insécurité alimentaire dans des environnements pauvres en ressource dans lesquels une diète de quantité, qualité et diversité suffisantes ne peut être adoptée ; l'allaitement maternel reste sous optimal ; et pro-pices à des épisodes récurrents de maladie – par exemple de diarrhées. L'émaciation et l'infection interagissent dans un cercle vicieux, alors que la malnutrition aiguë entraîne une réduction de la capacité immunitaire, ce qui, en retour, accroît la sensibilité aux infections, qui provoquent pour leur part une diminution de l'appétit, la malabsorption des nutriments, des besoins métaboliques élevés et, finalement, la malnutrition aiguë (OMS 2014). Les enfants souffrant d'émaciation sévère ont un risque de mortalité 11 fois plus élevé que celui de ceux qui sont en santé (McDonald et al. 2013). Les enfants qui font face des crises humanitaires telles que les famines ou les urgences complexes sont particulièrement vulnérables à la malnutrition aiguë.

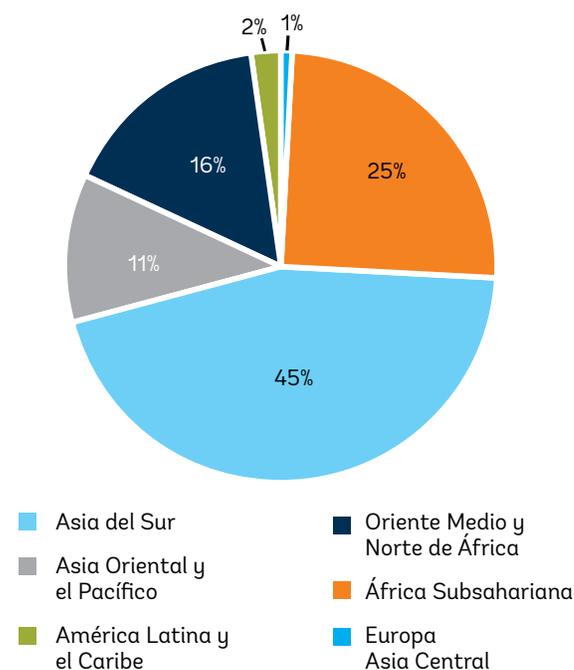
Investir dans des interventions éprouvées pour traiter la malnutrition aiguë sévère

Cette Note porte essentiellement sur l'estimation des coûts du traitement de la malnutrition aiguë sévère et la réduction de ses impacts. Elle ne considère pas les coûts ou les effets du traitement de l'émaciation modérée en raison du manque de données probantes et de directives de traitement de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

L'OMS recommande le traitement ambulatoire des enfants présentant une malnutrition aiguë sévère sans complications (85 - 90 pour cent des cas), notamment à l'aide d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et d'une cure préventive d'antibiotiques pendant sept jours (OMS 2013). Ce traitement a fait la preuve de sa capacité à réduire la mortalité et à favoriser le rétablissement dans près de 80 pour cent des cas (Hossain et al. 2009 ; Khanum, Ashworth, et Huttly 1994, 1998 ; Lenters et al. 2013). Quoique le traitement de la malnutrition aiguë sévère soit efficace, sa mise à l'échelle reste limitée : seuls près de 15 pour cent des enfants affectés ont actuellement accès au traitement (OMS 2014), notamment en raison de son coût élevé (voir, par exemple, Bhutta et al. 2013 ; Horton et al. 2010).

La mise à l'échelle du traitement de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant dans les pays à revenu faible et intermédiaire demanderait des investissements de 9,1 milliards de dollars sur 10 ans. De cette somme, environ 8,1 milliards se-raient consacrés à la prestation directe de services et 12 pour cent additionnels (971 millions de dollars) au renforcement des capacités, au développement des politiques, protocoles et directives nécessaires et au suivi et évaluation des programmes de traitement. Ces estimations présument qu'au fil du temps, les prix des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi auront chuté et que la prestation de services se sera améliorée. Une ventilation par région révèle qu'environ 45 pour cent des coûts totaux seront nécessaires à la seule expansion de la couverture du traitement de la malnutrition aiguë sévère en Asie du Sud (voir le graphique circulaire).

Total des besoins financiers sur 10 ans pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère, par région



³Toutes les données épidémiologiques ont été tirées d'analyses datant de 2014

Impact de la mise à l'échelle du traitement de la malnutrition aiguë sévère

La mise à l'échelle sur 10 ans du traitement de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant dans l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire permettrait de traiter 91 millions de cas de malnutrition aiguë sévère supplémentaires et de prévenir près de 860 000 mortalités chez les enfants de moins de 5 ans. Environ 49 pour cent de celles-ci seraient évitées en Afrique subsaharienne, 44 pour cent en Asie du Sud et les 7 pour cent résiduels dans d'autres régions.

Le traitement de la malnutrition aiguë sévère constitue un investissement économique assuré. La mise à l'échelle de cette intervention permettrait en effet d'augmenter d'au moins 25 milliards de dollars la productivité économique au cours de la vie active des enfants bénéficiaires du programme. Chaque dollar investi dans le traitement générerait donc des rendements économiques d'au moins 4 dollars.

Il s'agit ici d'estimations conservatrices, essentiellement axées sur la réduction de la mortalité. Il est probable que le traitement de l'émaciation ait d'autres retombées sur le développement infantile (par exemple, réduction des pertes cognitives et de l'incapacité physique). Toutefois, ces avantages supplémentaires n'ont pas encore été quantifiés.

Appel à l'action

En raison de la faiblesse du corpus de données sur la prévention de l'émaciation, l'estimation des coûts liés à l'atteinte de la cible mondiale paraît actuellement impossible. Par conséquent, cette analyse recommande tout d'abord la mise à l'échelle du traitement des enfants déjà affectés et la priorisation de la recherche sur la prévention. Sans ce type de données, la cible mondiale en matière d'émaciation ne pourra pas être atteinte et davantage d'enfants souffriront de malnutrition aiguë sévère et de ses effets potentiellement mortels.

Le traitement de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant reste une intervention rentable et à très fort rapport coût – efficacité, particulièrement dans les pays où les facteurs de risque tels que les maladies infectieuses, une hygiène insuffisante et un assainissement inadéquat sont endémiques. Toutefois, si l'on veut mieux saisir les retombées de l'investissement dans le traitement et la prévention de la malnutrition aiguë, il faudra procéder des recherches plus poussées sur l'incidence de l'émaciation; le nombre d'épisodes de malnutrition aiguë potentiellement subis par un enfant; la relation entre le retard de croissance, l'émaciation et les autres résultats de santé infantile; et, les impacts à moyen et long termes de la malnutrition aiguë sur le développement physique et cognitif de l'enfant. En outre, quoique le traitement de la malnutrition aiguë sévère soit rentable, il s'agit d'une intervention coûteuse (environ 110 dollars par enfant, pour chaque épisode d'émaciation). Les recherches à venir devront donc également se concentrer d'une part sur l'identification de stratégies de prévention de l'émaciation à meilleur rapport coût – efficacité, ce qui permettrait de réduire le nombre d'enfants à traiter et, d'autre part sur l'identification d'options de traitement plus rentables. Sans investissement à court terme dans les connaissances, il ne sera pas possible de procéder à un plaidoyer efficace pour l'investissement mondial nécessaire à l'atteinte de la cible en matière d'émaciation.

Remerciements

Ces résultats sont le fruit d'un travail conjoint du Groupe de la Banque mondiale, du Results for Development Institute et de l'organisme 1,000 Days; le soutien financier a été accordé par la Fondation Bill et Melinda Gates et la Children's Investment Fund Foundation.

Pour plus d'informations, veuillez consulter: <https://tinyurl.com/InvestmentFrameworkNutrition>

Références

- Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, A. Lartey, et R. E. Black. 2013. « Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost? » *The Lancet* 382 (9890): 452–77.
- Horton, S., M. Shekar, C. McDonald, A. Mahal, et J. Krystene Brooks. 2010. *Scaling Up Nutrition: What Will It Cost?* Série des Directions du développement. Washington, DC: Banque mondiale.
- Hossain, M. M., M. Q. Hassan, M. H. Rahman, A. Kabir, A. H. Hannan, et A. Rahman. 2009. « Hospital Management of Severely Malnourished Children: Comparison of Locally Adapted Protocol with WHO Protocol. » *Indian Pediatrics* 46: 213–17.
- Khanum, S., A. Ashworth, et S. Huttly. 1994. « Controlled Trial of Three Approaches to the Treatment of Severe Malnutrition. » *The Lancet* 344 (8939): 1728–32.
- . 1998. « Growth, Morbidity, and Mortality of Children in Dhaka after Treatment for Severe Malnutrition: A Prospective Study. » *American Journal of Clinical Nutrition* 67: 940–45.
- Lenters, L. M., K. Wazny, P. Webb, T. Ahmed, et Z. A. Bhutta. 2013. « Treatment of Severe and Moderate Acute Malnutrition in Low- and Middle-Income Settings: A Systematic Review, Meta-Analysis and Delphi Process. » *BMC Public Health* 13 (3): 1.
- McDonald, C. M., I. Olofin, S. Flaxman, W. W. Fawzi, D. Spiegelman, L. E. Caulfield, R. E. Black, M. Ezzati, et G. Danaei. 2013. « The Effect of Multiple Anthropometric Deficits on Child Mortality: Meta-Analysis of Individual Data in 10 Prospective Studies from Developing Countries. » *American Journal of Clinical Nutrition* 97 (4): 896–901. doi:10.3945/ajcn.112.047639
- Nations Unies. 2015a. *Historic New Sustainable Development Agenda Unanimously Adopted by 193 UN Members*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2015/09/historic-new-sustainable-development-agenda-unanimously-adopted-by-193-un-members/>
- . 2015b. Objectif de développement durable 2: Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l’agriculture durable. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/hunger/>
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2012. *Cibles mondiales 2025* (consulté le 1er décembre 2015). http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/
- . 2013. *Guideline: Updates on the Management of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95584/1/9789241506328_eng.pdf
- . 2014. *WHA Global Nutrition Targets 2025: Wasting Policy Brief*. http://www.who.int/nutrition/topics/global-targets_wasting_policybrief.pdf
- Shekar, Meera, Jakub Kakietek, Julia Dayton Eberwein, et Dylan Walters. 2017. *Un cadre d’investissement pour la nutrition : at-teindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d’anémie, d’allaitement maternel et d’émaciation*. Directions du développement. Washington, DC: Banque mondiale. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7.
- UNICEF, OMS, et Banque mondiale (Fonds des Nations Unies pour l’Enfance, Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale). 2015. *Joint Child Malnutrition Estimates*. Base de données mondiale sur la croissance infantile et la mal-nutrition. <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2014/en/> (consulté en octobre 2015).