



La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

Rapport du Secrétariat

1. À sa cent trente-quatrième session en janvier 2014, le Conseil exécutif a examiné une version antérieure du présent rapport¹ et adopté la décision EB134(2).² Le présent rapport rend compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, approuvé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA65.6 ; de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, approuvée par l'Assemblée dans la résolution WHA55.25 en 2002 ; et des mesures prises par les pays en application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, que l'Assemblée de la Santé a adopté dans sa résolution WHA34.22 en 1981, puis actualisé dans des résolutions subséquentes. Le présent document contient des informations complémentaires sur la constitution d'un groupe de travail mixte chargé d'établir un document final pour la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (voir le paragraphe 22).

LA STRATÉGIE MONDIALE ET LE PLAN D'APPLICATION EXHAUSTIF

2. Les paragraphes qui suivent décrivent les progrès accomplis vers la réalisation des cibles mondiales du plan d'application exhaustif et ce qui a été fait pour mettre en œuvre les mesures qui y sont présentées.³

Progrès accomplis vers les cibles

3. **Cible mondiale 1 (Retard de croissance).** À l'échelle mondiale, 162 millions d'enfants de moins de cinq ans présentaient un retard de croissance en 2012, dont 56 % vivaient en Asie et 36 % en Afrique. Ce total est inférieur à l'estimation pour 2010 (167 millions).

4. **Cible mondiale 2 (Anémie).** En 2011, la prévalence de l'anémie était de 38 % parmi les femmes enceintes et de 29 % parmi les femmes non enceintes en âge de procréer (15-49 ans), touchant respectivement 32 millions et 496 millions de personnes dans ces populations. Les taux les plus élevés

¹ Document EB134/15.

² Voir le document EB134/2014/REC/1 pour le texte de la décision et les incidences financières et administratives de son adoption pour le Secrétariat.

³ Voir le document WHA65/2012/REC/1, annexe 2.

étaient enregistrés en Afrique centrale, en Afrique de l'Ouest et en Asie du Sud. Ces chiffres sont une actualisation du niveau de référence pour cette cible qui, pour la période 1993-2005, était de 41,8 % pour les femmes enceintes et de 30 % pour les femmes non enceintes.

5. **Cible mondiale 3 (Insuffisance pondérale à la naissance).** Les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance n'ont pas été actualisées en 2013 et l'estimation mondiale pour 2005-2010 indique que 15 % des nouveau-nés pesaient moins de 2500 g durant cette période. De plus, on estime qu'en 2010, 32,4 millions d'enfants étaient nés petits pour l'âge gestationnel (27 % du total des naissances dans les pays à revenu faible ou intermédiaire).

6. **Cible mondiale 4 (Surcharge pondérale).** À l'échelle mondiale, 44 millions d'enfants de moins de cinq ans présentaient une surcharge pondérale en 2012, contre 41 millions en 2010. La prévalence progresse en Afrique, en Asie et dans les pays développés. En 2012, c'est en Afrique australe (18 %), en Asie centrale (12 %) et dans les pays développés (15 %) qu'elle était la plus élevée.

7. **Cible mondiale 5 (Allaitement au sein).** À l'échelle mondiale, 38 % des enfants de moins de six mois étaient allaités exclusivement au sein durant la période 2005-2012. C'est dans la Région de l'Asie du Sud-Est (47 %) que ces pourcentages sont les plus élevés, tandis qu'ils sont le plus faibles dans la Région européenne (25 %). On trouve les valeurs intermédiaires dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale (35 % à chaque fois) et dans la Région des Amériques (30 %). Les données sont insuffisantes pour pouvoir calculer une moyenne régionale pour la Région du Pacifique occidental. Il est donc impossible de déterminer si des progrès y ont été accomplis depuis la période 2000-2009, durant laquelle ce chiffre était de 36 %.

8. **Cible mondiale 6 (Émaciation).** À l'échelle mondiale, en 2012, 51 millions d'enfants de moins de cinq ans (8 %) souffraient d'émaciation et 17 millions (3 %) d'émaciation sévère. Environ 71 % du total des enfants souffrant d'émaciation sévère vivaient dans la Région de l'Asie des Nations Unies et 28 % dans la Région de l'Afrique des Nations Unies, et les chiffres sont semblables pour les enfants souffrant d'émaciation (69 % et 28 %, respectivement). Il apparaît que le taux de prévalence de l'émaciation a stagné depuis 1990 (9 %).

Mesure 1 : Créer un environnement propice à la mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles complètes

9. Les politiques sur l'alimentation et la nutrition ont bénéficié en 2013 d'un surcroît d'attention de la part du monde politique. Les cibles mondiales sur la nutrition que l'Assemblée de la Santé a approuvées dans la résolution WHA65.6 ont été largement adoptées par les initiatives mondiales, y compris l'initiative Renforcer la nutrition (SUN), le Global Nutrition for Growth Compact et la deuxième série de *The Lancet* sur la dénutrition de la mère et de l'enfant. Ces cibles ont également été mentionnées dans le cadre du processus préparatoire du programme de développement pour l'après-2015.¹

10. Par l'intermédiaire de l'initiative SUN, 42 pays se sont engagés à améliorer l'environnement politique, à aligner de multiples acteurs, à faire progresser les politiques et la législation et à intensifier rapidement les actions efficaces en matière de nutrition (voir également le paragraphe 20 ci-dessous).

¹ Consultation de haut niveau sur la faim, la sécurité alimentaire et la nutrition (Madrid, 4 avril 2013). *Background Note and Agenda* (http://www.fao.org/fsnforum/post2015/sites/post2015/files/files/Background_and_Agenda_HLM_on_FSN.pdf, consulté le 20 mars 2014).

11. L'OMS a soutenu la conduite d'analyses de situation en Guinée, au Mali, en Namibie, à Sri Lanka et en République-Unie de Tanzanie, première étape pour établir ou renforcer les politiques, stratégies et actions nutritionnelles de ces pays au moyen d'interventions ciblées et adaptées. Un plan d'action régional pour la nutrition a été établi pour la Région de l'Asie du Sud-Est et un autre est en préparation dans la Région du Pacifique occidental. Les participants à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 (Vienne, 4 et 5 juillet 2013) ont adopté la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, où il est entre autres demandé que soit élaboré un nouveau plan d'action européen sur l'alimentation et la nutrition.

12. Les Membres qui ont participé au Sommet du G8 (Lough Erne, Irlande du Nord, 17 et 18 juillet 2013) ont réaffirmé « l'engagement qu'ils ont pris d'agir avec la rapidité et l'intensité voulues pour parvenir à la sécurité internationale durable en matière alimentaire et de nutrition ».

13. Les partenaires du développement, la société civile et le secteur privé ont mis en place leurs mécanismes mondiaux de coordination respectifs afin d'apporter un soutien cohérent et harmonisé aux pays en vue d'accélérer l'action pour améliorer la nutrition. Un groupe d'organismes spécialisés des Nations Unies a établi un réseau pour l'initiative SUN, coordonné par le Comité permanent de la nutrition des Nations Unies et par le Partenariat REACH des Nations Unies.

14. Les principes et les modalités pratiques de la collaboration avec le secteur privé ont suscité un vif débat et, afin de donner suite à une demande formulée à l'intention du Directeur général dans la résolution WHA65.6, le Secrétariat analyse les définitions et les problèmes actuels dans ce domaine en vue d'un examen ultérieur par les États Membres. Les conflits d'intérêts potentiels doivent être gérés à la fois par le Secrétariat et par les États Membres. Le Secrétariat poursuivra ses activités dans le cadre du processus de collaboration avec les acteurs non étatiques, comme le souligne le document A67/6, et des indications supplémentaires seraient bienvenues concernant les travaux que l'OMS devrait mener sur la gestion, par les États Membres, de la collaboration avec le secteur privé.

Mesure 2 : Faire figurer toutes les interventions sanitaires efficaces ayant un effet sur la nutrition dans les plans nationaux en matière de nutrition

15. L'OMS a élaboré et actualisé des orientations dans plusieurs domaines, y compris sur les apports de vitamines et de minéraux pour différentes tranches d'âges, l'enrichissement des denrées de base, la prise en charge de la malnutrition aiguë, et les buts liés à l'alimentation pour la prévention de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Ces informations sont diffusées au moyen de la bibliothèque électronique OMS de données pour l'action nutritionnelle où l'on retrouve plus de 70 interventions liées à la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.

16. La base de données mondiale OMS sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition indique que seuls 38 pays sont dotés d'un plan récent sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant qui réponde de manière complète aux problèmes nutritionnels, adopte une démarche intersectorielle et intègre le suivi et l'évaluation. Des données factuelles indiquent que, dans 42 pays, l'approche recommandée par l'OMS a montré son efficacité contre le retard de croissance, l'émaciation et l'anémie.

17. Le Secrétariat apporte un soutien technique aux États Membres pour l'examen des politiques et pour la mise en place des programmes et l'élargissement de leur couverture. Dans la Région du Pacifique occidental, le Secrétariat collabore avec les Gouvernements du Cambodge, des Îles Salomon et des Philippines pour élaborer des plans ou des stratégies nationaux sur la nutrition mobilisant

différents secteurs et parties prenantes. En Chine et au Viet Nam, il participe à la mise au point d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi adaptés aux spécificités culturelles, ainsi qu'à des projets de démonstration agricoles visant à favoriser la diversification de l'alimentation. Le Bureau régional de l'Afrique, quant à lui, apporte son soutien aux Gouvernements de l'Éthiopie, de l'Ouganda et de la République-Unie de Tanzanie en vue d'intensifier les actions en matière de nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant. Le Bureau régional des Amériques a prêté son concours à la Colombie et à El Salvador pour l'élaboration de leur stratégie nationale de prévention de l'anémie. De même, il a collaboré avec le Mexique pour rédiger une politique nationale sur l'allaitement au sein et pour élaborer un outil d'aide à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions visant à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Dans la Région de la Méditerranée orientale, le Secrétariat prête son concours à l'Afghanistan, à l'Iraq, au Pakistan, à la République arabe syrienne, à la Somalie, au Soudan et au Yémen. Le Bureau régional de l'Europe soutient la mise en œuvre des plans et stratégies nationaux destinés à promouvoir une nutrition adaptée. Il a notamment appuyé la création de réseaux d'action concernant la réduction de l'apport de sel, les inégalités sociales face à l'obésité, la nutrition à l'école, la commercialisation des aliments auprès des enfants et la nutrition à l'hôpital. Le Secrétariat continue de soutenir les États Membres de toutes les Régions pour l'application des normes OMS de croissance de l'enfant.

Mesure 3 : Favoriser les politiques et les programmes de développement autres que sanitaires qui reconnaissent l'importance de la nutrition et la prennent en compte

18. Les discussions entre les organismes spécialisés des Nations Unies, la Banque mondiale et le monde universitaire ont montré que l'on peut faire en sorte que les politiques et programmes agricoles prennent en compte la nutrition, pour autant qu'ils améliorent la disponibilité et l'accessibilité financière d'aliments diversifiés, sains et nutritifs et en augmentent la consommation ; qu'ils soient en harmonie avec les recommandations alimentaires et assurent un environnement durable ; qu'ils favorisent l'autonomie des femmes ; et qu'ils incluent des messages de promotion de la nutrition. La transformation et la distribution des aliments devraient viser à en préserver la valeur nutritionnelle, à en allonger la durée de conservation et à en garantir la sécurité sanitaire.

19. En novembre 2014, la FAO et l'OMS organiseront à Rome la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition, où les ministres de l'agriculture, de la santé publique et des affaires étrangères devraient s'entendre sur un cadre général d'orientation pour relever les grands défis des 10 prochaines années en matière de nutrition.

20. Une réunion technique préparatoire s'est tenue à Rome du 13 au 15 novembre 2013 avec la participation de représentants des États Membres, des secteurs de la santé et de l'agriculture, de la société civile et du secteur privé, ainsi que d'experts techniques. Les participants ont souligné que la malnutrition constituait un fardeau multiple et demandé que soit adoptée une série de mesures propres à influencer l'accessibilité, l'accessibilité économique et l'acceptabilité des aliments à différents maillons de la chaîne de valeur alimentaire, dans le but de produire plus de nutriments, et non plus de nourriture, et tenant compte du besoin de durabilité.

21. Les participants sont convenus qu'un document final de fond devrait être issu de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition et qu'il devrait être établi au moyen d'un processus dirigé par les États Membres. Ce dernier devrait être participatif et caractérisé par l'ouverture ; les représentants de certains États Membres ont à cet égard vigoureusement plaidé pour une participation active de la société civile et du secteur privé.

22. Conformément à l'engagement pris par le Secrétariat devant le Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session,¹ la FAO et l'OMS ont élaboré un « projet zéro » de document final. Dans le cadre de cet effort, un groupe de travail mixte comprenant jusqu'à deux représentants de chaque groupe régional de la FAO et de l'OMS a également été constitué pour examiner l'établissement du document final. On trouvera des précisions à ce sujet dans un rapport distinct du Secrétariat.²

23. Les pays de l'initiative Renforcer la nutrition (SUN) accordent une attention croissante à l'élaboration de plans multisectoriels pour améliorer la nutrition. L'OMS encourage la collaboration intersectorielle au niveau des pays, et participe également à l'analyse de l'état de préparation des pays pour l'action dans le domaine de la nutrition.

Mesure 4 : Fournir des ressources humaines et financières suffisantes pour la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles

24. En juin 2013, les gouvernants de 19 pays de l'initiative SUN, les partenaires du développement, le secteur privé, la communauté scientifique et les groupes de la société civile se sont engagés à prévenir au moins 20 millions de cas de retard de croissance chez l'enfant d'ici 2020, conformément aux cibles mondiales pour 2025 du plan d'application exhaustif. Quatorze de ces 19 gouvernements se sont engagés à augmenter les ressources intérieures qui seront investies entre 2013 et 2020 dans le renforcement des plans d'action nationaux pour la nutrition (jusqu'à US \$4,150 milliards pour les interventions nutritionnelles et, selon les estimations, US \$19 milliards pour améliorer les résultats nutritionnels des investissements sensibles aux enjeux nutritionnels). Selon les estimations, l'aide publique au développement consacrée à la nutrition était d'environ US \$420 millions en 2011, soit une hausse de 60 % par rapport à 2008.³

25. L'OMS a analysé les mécanismes de financement potentiels pour soutenir la mise en œuvre des interventions nutritionnelles dans la Région du Pacifique occidental. Des services de conseil en nutrition et des mesures d'incitation pourraient, par exemple, être intégrés aux programmes de transferts conditionnels en espèces ou aux systèmes publics d'assurance-maladie.

26. Les agents de santé doivent être suffisamment nombreux pour assurer une couverture et une fourniture de services adaptées. Ainsi, dans la Région de l'Asie du Sud-Est, l'amélioration des indicateurs relatifs à la nutrition est corrélée à un ratio de 30 agents de santé communautaires pour 1000 enfants, mais ces données ne sont pas disponibles pour les autres Régions.

27. Lors de l'analyse détaillée de leur état de préparation, l'OMS a évalué les besoins en ressources humaines de 18 pays pour les interventions nutritionnelles. Si l'on veut atteindre les cibles mondiales de nutrition, il faut fortement investir dans certains domaines programmatiques.

28. Le Secrétariat a organisé des ateliers de renforcement des capacités sur la planification, l'accélération et le renforcement de l'action destinés à améliorer la nutrition de la mère et de l'enfant dans les pays. Ils portaient sur l'utilisation de notes d'orientation à bases factuelles, le renforcement des moyens des interventions nutritionnelles et l'exploitation de l'outil OneHealth pour définir les coûts, le budget et le financement et élaborer des stratégies nationales.

¹ Voir le procès-verbal de la quatrième séance du Conseil exécutif, à sa cent trente-quatrième session, section 2.

² Document A67/15 Add.1.

³ Initiative Renforcer la nutrition (SUN). State of the SUN Movement progress report. Septembre 2013.

Mesure 5 : Suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques et des programmes

29. Le Secrétariat a organisé des consultations avec les États Membres, la société civile et le secteur privé en vue d'élaborer un cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (voir le projet de document à l'annexe 1).

30. L'OMS héberge plusieurs bases de données intégrées au Système d'information sur le paysage nutritionnel (NLiS),¹ notamment sur la croissance de l'enfant et la malnutrition, l'état nutritionnel pour les vitamines et les minéraux, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'indice de masse corporelle, qui constituent la principale source d'information pour suivre la réalisation des cibles mondiales en matière de nutrition. En 2012, la base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GINA) a été mise en place pour suivre l'adoption des politiques et la mise en œuvre des programmes de nutrition.

31. L'OMS, le secrétariat de l'initiative SUN, la Commission européenne et d'autres partenaires conceptualisent actuellement ensemble des systèmes d'information en réseau sur la nutrition, dans le but de mettre en place des systèmes nationaux et une approche coordonnée de la gestion des flux d'informations aux fins du suivi et de la responsabilisation.

32. Se fondant sur une évaluation des tendances nationales en matière de retard de croissance, des facteurs de risque, des tendances sociodémographiques et des ressources et compétences disponibles, le Secrétariat prête son concours aux gouvernements et aux autres parties prenantes en vue de définir des cibles annuelles nationales de réduction du retard de croissance. Il a également élaboré avec la Commission européenne un outil pour évaluer les progrès accomplis dans la prévention du retard de croissance dans les pays.

33. Grâce à un financement du Gouvernement du Canada, l'OMS fournit un soutien technique à 11 pays africains et un pays asiatique en vue de renforcer la surveillance de la nutrition. Dans la Région européenne, l'OMS prête son concours à 21 pays dans la collecte et l'analyse d'informations sur l'obésité de l'enfant, et suit l'adoption et la mise en œuvre des politiques sur la nutrition et l'activité physique.

CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

34. En 2013, l'OMS a publié des informations concernant la situation en 2011² de l'application du Code international par les pays. Ce rapport se fonde sur des informations fournies par les États Membres en 2008 et 2010 ; sur des données concernant la situation de l'application que l'UNICEF a publiées en 2011 ; et sur des sources régionales. Il montre qu'en 2011, 165 pays avaient transposé le Code en une mesure nationale. Sur ce total, 105 (64 %) avaient intégré certains aspects du Code dans la législation nationale. Seuls 37 (22 %) avaient adopté une législation complète reprenant toutes les recommandations du Code, c'est-à-dire : dans la Région africaine, 13 pays sur 47 (28 %) de ceux ayant notifié des données ; dans la Région des Amériques, 8 sur 38 (21 %) ; dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 4 sur 11 (36 %) ; dans la Région européenne, 2 sur 53 (4 %) ; dans la Région de la

¹ <http://www.who.int/nutrition/databases/en/> (consulté le 20 mars 2014).

² Country implementation of the international code of marketing of breast-milk substitutes: status report 2011. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (version révisée).

Méditerranée orientale, 7 sur 22 (32 %) ; et dans la Région du Pacifique occidental, 3 sur 28 (11 %). Sur 165 pays ayant notifié des données, seuls 45 (23 %) étaient dotés d'un système efficace d'application et de suivi. En ce qui concerne la publicité en faveur des substituts du lait maternel, 69 pays (35 %) interdisent totalement cette pratique ; 62 (31 %) interdisent la distribution d'échantillons gratuits ou les approvisionnements à prix réduits ; 64 (32 %) interdisent aux fabricants d'offrir des cadeaux aux agents de santé, quelle qu'en soit la forme ; et 83 (42 %) exigent que les étiquettes des substituts du lait maternel comportent un message sur la supériorité de l'allaitement au sein. Des informations actualisées sur l'application du Code sont disponibles dans la base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition.

35. D'après les informations les plus récentes, 28 pays supplémentaires ont adopté une législation sur les substituts du lait maternel, portant à 133 le nombre total de ces pays. Des progrès notables ont été accomplis au Viet Nam, où une nouvelle loi a été adoptée en 2012 interdisant la publicité pour les substituts du lait maternel destinés aux enfants jusqu'à deux ans. Le Cambodge, pour sa part, s'efforce de faire appliquer les mécanismes de suivi et d'application stipulés dans le décret en vigueur. En 2013, par ailleurs, les congrès d'El Salvador et du Honduras ont approuvé une loi sur l'allaitement au sein qui respecte le Code. Le Panama a, quant à lui, adopté en 2012 un texte d'application pour la loi sur le Code adoptée en 1995. Enfin, toujours en 2012, le Kenya et l'Afrique du Sud ont adopté une réglementation sur les substituts du lait maternel et les aliments pour nourrissons.

36. Le Secrétariat a soutenu les pays dans l'élaboration des réglementations sur la commercialisation de substituts du lait maternel et dans la mise en place de mécanismes de suivi. Il s'est principalement attaché à réaliser des analyses détaillées sur les pratiques de commercialisation des produits alimentaires pour nourrissons (Philippines et Viet Nam), à rédiger des notes d'orientation (Chine, Philippines et République démocratique populaire lao) et à faire le point sur l'application (Cambodge, Chine, États fédérés de Micronésie, Fidji, Kiribati, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, Samoa, Vanuatu et Viet Nam). Dans la Région des Amériques, l'OMS a traduit en espagnol le protocole pour le suivi de l'application du Code qui avait été établi par le groupe interprogrammatique sur le suivi de l'allaitement au sein. L'Organisation a également prêté son concours à l'application du Code en Équateur, au Panama et au Pérou.

37. L'Assemblée de la Santé lui ayant demandé des précisions sur les formes inappropriées de commercialisation des aliments de complément, le Directeur général a créé un groupe consultatif scientifique et technique et exposé sa position dans une note (voir l'annexe 2).

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

38. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport et à examiner le projet de décision contenu dans la décision EB134(2) donnant en particulier des indications supplémentaires sur : a) les prochaines étapes de l'élaboration d'outils d'évaluation et de gestion du risque pour les conflits d'intérêts dans le domaine de la nutrition ; b) le cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ; c) les prochaines étapes de la lutte contre les formes inappropriées de commercialisation des aliments de complément ; et d) un processus dirigé par les États Membres en vue d'établir un document final pour la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition.

ANNEXE 1

PROJET DE CADRE MONDIAL DE SUIVI CONCERNANT LA NUTRITION CHEZ LA MÈRE, LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

En mai 2012, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé un plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, y compris six cibles mondiales à atteindre d'ici 2025.¹ Un projet d'ensemble d'indicateurs² a d'abord été établi pour le suivi de la mise en œuvre et des résultats des programmes. Puis, afin de donner suite à la demande des États Membres pour des consultations approfondies, un ensemble révisé d'indicateurs a été mis au point³ et examiné à l'occasion de consultations informelles avec les États Membres, les organismes des Nations Unies, la société civile et le secteur privé. Une consultation en ligne organisée du 7 septembre au 10 octobre 2013 a indiqué qu'en dépit des progrès accomplis, il était seulement possible de s'entendre sur une série d'indicateurs de résultats.

Cette annexe résume les débats actuels sur le cadre mondial de suivi et propose un premier ensemble convenu d'indicateurs à utiliser à l'échelle mondiale et dans les pays.

Le cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant comprendra :

- a) **un ensemble d'indicateurs de base.** Celui-ci inclura, d'une part, tous les indicateurs nécessaires pour suivre les progrès vers la réalisation des cibles mondiales et, d'autre part, des « marqueurs » pour suivre les processus ayant un impact sur les cibles mondiales. Tous les pays devront faire rapport sur cet ensemble de base ;
- b) **un ensemble élargi d'indicateurs.** Celui-ci vise également à suivre les processus qui ont un impact sur les cibles mondiales. Les pays feront rapport sur les indicateurs de l'ensemble élargi en se fondant sur leurs propres caractéristiques épidémiologiques et sur les programmes nutritionnels mis en œuvre dans les domaines prioritaires.

Le cadre mondial de suivi devait prendre en compte la nature multisectorielle de la nutrition et présenter des indicateurs sur les causes sous-jacentes de la malnutrition et sur les politiques ou mesures d'ordre plus général, y compris l'accès aux services de santé et aux politiques ne relevant pas du secteur de la santé.

Il est recommandé de ventiler les indicateurs en fonction du groupe socio-économique et du sexe, afin de pouvoir suivre les inégalités et fixer des cibles infranationales pour certains groupes vulnérables.

¹ Document WHA65/2012/REC/1, annexe 2.

² Indicators to monitor the implementation and achievements of initiatives to scale up nutrition actions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

³ http://www.who.int/nutrition/events/2013_consultation_indicators_globalmonitoringframework/en/index.html (consulté le 13 novembre 2013).

Il est proposé d'inclure les indicateurs de base suivants sur le suivi des progrès accomplis vers la réalisation des cibles mondiales :

Prévalence d'un faible rapport taille/âge chez les enfants de moins de cinq ans
Prévalence d'un taux d'hémoglobine <12 g/dL chez les femmes non enceintes
Prévalence d'un taux d'hémoglobine <11 g/dL chez les femmes enceintes
Prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance (<2500 g)
Prévalence d'un rapport poids/taille >2 écarts types chez les enfants de moins de cinq ans
Prévalence de l'allaitement exclusif au sein chez les nourrissons âgés de six mois ou moins
Prévalence d'un rapport poids/taille faible chez les enfants de moins de cinq ans

Pour achever l'élaboration du cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, il est proposé de créer un groupe de travail composé de représentants et d'experts nommés par les États Membres et les organes des Nations Unies. Le groupe de travail arrêterait l'ensemble d'indicateurs de base, y compris des « marqueurs » pour suivre la mise en œuvre des politiques et des programmes dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs importants pour la réalisation des cibles mondiales, et élaborerait l'ensemble élargi d'indicateurs.

Des consultations se tiendront ultérieurement avec les États Membres afin de débattre des propositions du groupe de travail.

ANNEXE 2

**FORMES INAPPROPRIÉES DE PROMOTION DES ALIMENTS
DESTINÉS AU NOURRISSON ET AU JEUNE ENFANT**

Dans la résolution WHA65.6, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de donner des précisions et des indications sur les formes inappropriées de promotion des aliments destinés au nourrisson et au jeune enfant. Le Secrétariat a réuni un groupe consultatif scientifique et technique (STAG) chargé de répondre à cette demande. La présente annexe se fonde sur les délibérations de ce groupe.¹

L'OMS et l'UNICEF recommandent l'allaitement exclusif au sein durant les six premiers mois, la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans et plus, et une alimentation de complément à partir de l'âge de six mois. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel s'applique à la commercialisation et aux pratiques y relatives des produits suivants : substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons ; autres produits lactés, aliments et boissons, y compris les aliments de complément donnés au biberon, quand ils sont commercialisés ou présentés de toute autre manière comme appropriés pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel.

Les enfants âgés de six à 23 mois devraient recevoir des aliments de complément sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel,² l'accent étant mis sur l'utilisation d'aliments appropriés disponibles sur place.³ Les aliments de complément peuvent être préparés à domicile, vendus sur le marché ou distribués gratuitement par l'intermédiaire des programmes sociaux. Ceux qui sont vendus ou distribués par l'intermédiaire de programmes sociaux doivent être prêts à l'emploi ou quasiment. Il convient d'examiner la méthode employée pour la promotion des aliments de complément commerciaux et des produits destinés à être mélangés avec des aliments de complément (par exemple suppléments en nutriments à base de lipides et micronutriments en poudre). Les autres produits destinés à combler une carence nutritionnelle particulière (par exemple les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et les suppléments en micronutriments) sont administrés dans le cadre des soins ou de programmes d'aide. Lorsque ces produits sont vendus au public, il faut examiner si les formes de promotion utilisées pourraient être inappropriées.

Les aliments transformés et les boissons non alcoolisées principalement destinés aux enfants d'âge scolaire, aux adolescents et/ou aux adultes peuvent également être consommés par des nourrissons et de jeunes enfants. L'ensemble des recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées⁴ sont applicables à ces produits.

¹ Le rapport d'activité du groupe consultatif scientifique et technique et les documents de base sont disponibles à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/events/2013_STAG_meeting_24to25June/en/.

² Un aliment de complément désigne tout aliment fabriqué industriellement ou confectionné sur le plan local, pouvant convenir comme complément du lait maternel ou des préparations pour nourrissons, quand le lait maternel ou les préparations ne suffisent plus pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson.

³ Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

⁴ Document WHA63/2010/REC/1, annexe 4.

Le terme « promotion » peut être interprété de manière large et englober alors la diffusion de messages destinés à faire mieux connaître un produit, à persuader ou inciter le public à l'acheter ou à le consommer, ou à renforcer la notoriété d'une marque. Les messages promotionnels peuvent être diffusés au moyen des canaux traditionnels de communication de masse, de l'Internet et d'autres voies, en employant différentes techniques de marketing.

Les gouvernements et les organisations non gouvernementales commercialisent dans un but social différents aliments et boissons non alcoolisées afin d'améliorer l'apport d'éléments nutritifs des populations exposées aux carences. Les entreprises à but lucratif, quant à elles, recherchent essentiellement le profit et ne sont pas forcément intéressées par la mise au point et la promotion de produits améliorant l'apport d'éléments nutritifs. La définition donnée ici des « formes inappropriées de promotion » s'applique à ces deux secteurs, les principes présentés ci-dessous étant importants quelle que soit l'entité concernée. Cependant, une surveillance et une réglementation accrues sont nécessaires pour le secteur à but lucratif en raison de sa finalité même.

Les cinq critères suivants peuvent être utilisés. On estime qu'une forme de promotion est inappropriée si :

1. elle met en cause les pratiques recommandées d'alimentation maternelle ;
2. elle contribue à l'obésité de l'enfant et aux maladies non transmissibles ;
3. le produit ne contribue pas de manière appropriée à la nutrition du nourrisson et du jeune enfant dans le pays ;
4. elle met en cause la consommation d'aliments préparés à domicile et/ou locaux ;
5. elle est trompeuse, prête à confusion ou pourrait entraîner un usage inapproprié.

Le rapport du STAG¹ donne de plus amples détails sur chacun de ces critères.

= = =

¹ http://www.who.int/nutrition/events/2013_STAG_meeting_24to25June/en/.