



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

Rapport du Secrétariat

1. À sa cent trente-huitième session, le Conseil exécutif a examiné une version précédente du présent rapport.¹ Le Conseil a accepté de nouvelles discussions au sujet du projet de résolution entre la cent trente-huitième session et la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Les paragraphes 2, 10, 26 à 30 et 36 du rapport ont été amendés compte tenu des observations faites et des mesures prises à la suite de la session.

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 (2012) ; fournit des informations sur l'état d'avancement 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 (1981), puis actualisé dans des résolutions ultérieures ; résume les progrès accomplis, comme il est demandé dans la résolution WHA65.6, dans la mise au point d'outils d'évaluation, de notification et de gestion des risques pour prévenir les possibles conflits d'intérêts lors de l'élaboration et de l'exécution des programmes nutritionnels. En réponse à la demande du Conseil, le Secrétariat a révisé le projet d'orientations en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants mentionnées dans la résolution WHA63.23 (2010) sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, conformément à la demande formulée par l'Assemblée de la Santé dans la décision WHA67(9) (2014), en tenant compte des observations faites au cours de la discussion à la cent trente-huitième session du Conseil et soumises par écrit au cours des quatre semaines suivantes ainsi que la conclusion d'une consultation informelle (tenue à Genève le 8 avril 2016).²

¹ Voir le document EB138/8 et le procès-verbal de la cent trente-huitième session du Conseil exécutif, douzième séance, section 4 (document EB138/2016/REC/2) (en anglais seulement).

² Voir le document A69/7 Add.1.

PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'APPLICATION EXHAUSTIF CONCERNANT LA NUTRITION CHEZ LA MÈRE, LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

3. Les paragraphes qui suivent décrivent les progrès accomplis vers la réalisation des cibles mondiales en matière de nutrition fixées par le Plan d'application exhaustif et ce qui a été fait pour mettre en œuvre les mesures qui sont présentées dans le Plan.¹ Les données dans ce domaine sont régulièrement collectées par l'OMS et ses partenaires. Ainsi, les progrès dans les pays sont suivis au moyen de l'instrument de suivi des cibles qui a été mis au point conjointement par l'OMS, l'UNICEF et la Commission européenne.² Globalement toutefois, 49 % des pays n'ont pas suffisamment de données sur la nutrition pour qu'il soit possible de déterminer s'ils sont ou non en bonne voie pour atteindre les cibles mondiales.

Progrès accomplis vers la réalisation des cibles mondiales

4. **Cible mondiale 1 (Retard de croissance).** À l'échelle mondiale, 255 millions d'enfants de moins de cinq ans présentaient un retard de croissance en 1990. En 2014, leur nombre était de 159 millions, dont 57 % vivaient en Asie et 37 % en Afrique. La tendance à la baisse se confirme. Sur les 114 pays pour lesquels des données sont disponibles en 2015, 39 sont en bonne voie pour atteindre la cible mondiale, contre 24 en 2014.³

5. **Cible mondiale 2 (Anémie).** Selon les estimations les plus récentes, la prévalence de l'anémie était, à l'échelle mondiale, de 29 % parmi les femmes en âge de procréer en 2011. En appliquant ce pourcentage aux dernières estimations démographiques publiées par les Nations Unies, on obtient le chiffre de 533 millions de femmes en âge de procréer souffrant d'anémie en 2011. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique de l'Ouest et en Asie du Sud.

6. **Cible mondiale 3 (Insuffisance pondérale à la naissance).** Les estimations mondiales sur la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance sont en cours de préparation et devraient être publiées en 2016, les résultats des travaux méthodologiques entrepris actuellement par un groupe comprenant des représentants de l'UNICEF, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, de l'Université Johns Hopkins et de l'OMS étant attendus. Actuellement, l'estimation mondiale pour 2005-2010, selon laquelle 15 % des nouveau-nés pesaient moins de 2,500 kg, reste inchangée.

7. **Cible mondiale 4 (Surcharge pondérale).** À l'échelle mondiale, on estimait à 41 millions le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale en 2014. Bien que ce chiffre soit légèrement inférieur à celui de 2013, la tendance générale est à la hausse. La prévalence de la surcharge pondérale est élevée chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique australe (14 %), en Asie centrale (11 %) et en Afrique du Nord (11 %).

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

² Voir <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/> (consulté le 6 avril 2016).

³ International Food Policy Research Institute. Global nutrition report 2015: actions and accountability to advance nutrition and sustainable development. Washington, D.C., (<http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/129443/filename/129654.pdf>, consulté le 6 avril 2016).

8. **Cible mondiale 5 (Allaitement au sein).** À l'échelle mondiale, 36 % des nourrissons de moins de six mois étaient allaités exclusivement au sein durant la période 2007-2014. Sur la base des estimations issues des analyses menées au cours de cette période, dans 33 pays les taux d'allaitement sont supérieurs à 50 % et dans 98 pays, ils sont inférieurs à ce seuil.

9. **Cible mondiale 6 (Émaciation).** À l'échelle mondiale, en 2014, 50 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient d'émaciation et 16 millions d'émaciation sévère. Environ 68 % du total des enfants souffrant d'émaciation vivaient en Asie et 28 % en Afrique. Plus de la moitié des enfants souffrant d'émaciation dans le monde vivent en Asie du Sud.

Mise en œuvre des mesures présentées dans le Plan

10. **Mesure 1 : Créer un environnement propice à la mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles complètes.** L'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies du Programme de développement durable à l'horizon 2030 a été un événement majeur.¹ Le Programme inclut un objectif visant à éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable. L'objectif 2 comprend la cible 2.2 qui consiste spécifiquement, d'ici à 2030, à « 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 cinq ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées ». Le 1^{er} avril 2016, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une troisième résolution sur la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (Rome, 19-21 novembre 2014) et son suivi,² dans laquelle elle proclame 2016-2025 Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition et appelle la FAO et l'OMS à élaborer un programme de travail. De plus amples renseignements figurent dans le document A69/7 Add.2.

11. Plusieurs Régions de l'OMS ont élaboré des stratégies régionales sur la nutrition qui sont alignées sur le Plan d'application exhaustif, notamment le Plan d'action de l'OPS pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents (2014-2019) ;³ le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle (2015-2020) ;⁴ et le plan d'action visant à réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région du Pacifique occidental (2015-2020).⁵ La Stratégie régionale africaine pour la nutrition (2015-2025)⁶ reprend les six cibles mondiales fixées dans le Plan d'application exhaustif de l'OMS. Un plan d'action régional pour la nutrition, qui sera le reflet du Plan d'application exhaustif, est en préparation pour la Région de l'Asie du Sud-Est. La Région de la Méditerranée orientale a approuvé les cibles mondiales et recensé un ensemble d'interventions sur la nutrition qu'elle entend mettre immédiatement en œuvre à grande échelle.

¹ Résolution A/RES/70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », voir http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=F (consulté le 6 avril 2016).

² Résolution 70/259 de l'Assemblée générale des Nations Unies. Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025).

³ Approuvé par le cinquante-troisième Conseil directeur de l'OPS/la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, en octobre 2014.

⁴ Adopté par le Comité régional de l'Europe à sa soixante-quatrième session, en septembre 2014.

⁵ Élaboré en réponse à la résolution WPR/RC63.R2 sur le renforcement de la nutrition dans la Région du Pacifique occidental, adoptée par le Comité régional du Pacifique occidental à sa soixante-troisième session, en septembre 2012.

⁶ Adoptée par les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine en juin 2015.

12. Depuis la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition, l’OMS, la FAO et l’UNICEF ont apporté un soutien technique à sept pays de la sous-région de l’Afrique centrale (Cameroun, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, République démocratique du Congo, Tchad et Sao Tomé-et-Principe) dans le but d’élaborer des feuilles de route (2015-2017) pour entreprendre une action de suivi au niveau national. En outre, dans la Région de la Méditerranée orientale, une feuille de route régionale a été élaborée puis adaptée pour être utilisée au niveau des pays, au Maroc, en Somalie et au Soudan.

13. Créer un environnement qui soit favorable aux politiques de nutrition : tel est l’un des objectifs du Mouvement SUN (Renforcer la nutrition), auquel participent désormais 56 pays. En 2015, 28 des pays participants ont indiqué qu’ils avaient établi des cadres de résultats communs au niveau national et 21 avaient élaboré des plans d’action. Des réductions importantes de la malnutrition ont été enregistrées dans bon nombre des pays membres du Mouvement.¹ Parallèlement, les organismes des Nations Unies sont convenus d’un programme mondial pour la nutrition afin de favoriser une action commune de soutien aux pays.² Compte tenu des données actuellement disponibles dans la base de données mondiale de l’OMS pour la mise en œuvre des mesures concernant la nutrition, 76 pays disposent de plans et de stratégies récents pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant qui répondent de manière complète aux problèmes nutritionnels, adoptent une approche multisectorielle et intègrent le suivi et l’évaluation. Dans 60 pays de la Région africaine et des Régions de l’Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, les cibles les plus souvent couvertes par les politiques nationales sont l’allaitement exclusif au sein, le retard de croissance et l’anémie, tandis que le surpoids est moins fréquemment pris en compte. Près de la moitié de ces pays ont quantifié des cibles et ont pour objectif d’accélérer les progrès au-delà des tendances actuelles ; dans de nombreux cas, les ambitions sont d’un niveau supérieur à celui des cibles mondiales. Pour aider les pays à fixer des cibles au niveau national – et à cartographier les progrès accomplis vers leur réalisation – l’OMS et ses partenaires ont mis au point un instrument de suivi en ligne.³

14. Une soixantaine de pays ont révisé leurs plans d’action nationaux sur l’alimentation et la nutrition⁴ en 2014-2015 avec le soutien de l’OMS, en se référant au Plan d’application exhaustif et aux résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (11 dans la Région africaine ; trois dans la Région des Amériques ; sept dans la Région de l’Asie du Sud-Est ; 22 dans la Région européenne ; neuf dans la Région de la Méditerranée orientale ; et six dans la Région du Pacifique occidental).

15. **Mesure 2 : Faire figurer toutes les interventions sanitaires efficaces ayant un effet sur la nutrition dans les plans nationaux en matière de nutrition.** L’OMS a élaboré, publié et actualisé, lorsque cela était nécessaire, des lignes directrices reposant sur des données factuelles pour soutenir les stratégies de santé publique dans plusieurs domaines liés aux interventions nutritionnelles et à des régimes sains.⁵ Il s’agit notamment de lignes directrices sur l’enrichissement en iode du sel de qualité alimentaire pour lutter contre les troubles dus à une carence en iode ; les concentrations optimales en folate dans le sérum et les hématies chez les femmes en âge de procréer pour la prévention des anomalies du tube neuronal ; le clampage tardif du cordon ombilical pour améliorer les résultats

¹ Scaling Up Nutrition. Rapport annuel du Mouvement SUN, septembre 2015.

² Voir http://www.unscn.org/files/Activities/SUN/UN_Global_Nutrition_Agenda_final.pdf (consulté le 6 avril 2016).

³ Voir <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consulté le 6 avril 2016).

⁴ Y compris les stratégies et plans d’action nationaux sur la nutrition et la sécurité alimentaire, les stratégies nationales sur l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les stratégies nationales pour la nutrition dans les situations d’urgence et les feuilles de route ou plans d’action pour prévenir l’obésité de l’enfant.

⁵ Lignes directrices de l’OMS sur la nutrition. Disponible à l’adresse <http://www.who.int/publications/guidelines/nutrition/en/> (consulté le 6 avril 2016).

sanitaires et nutritionnels pour la mère et le nourrisson ; et l'apport en sucres chez l'adulte et l'enfant. En collaboration avec l'UNICEF et le PAM, l'OMS a publié des lignes directrices provisoires sur la prise en charge nutritionnelle des enfants et des adultes atteints de maladie à virus Ebola dans les centres de traitement. Les lignes directrices de l'OMS reposant sur des données factuelles sont disponibles en ligne et par l'intermédiaire de la bibliothèque électronique OMS de données pour l'action nutritionnelle où l'on retrouve actuellement une centaine d'interventions liées à la nutrition ; le site Web a été consulté par plus d'un million d'utilisateurs depuis son lancement en 2011.

16. L'OMS a élaboré des notes d'orientation,¹ correspondant à chacune des cibles mondiales, pour donner aux responsables politiques aux niveaux national et local des indications sur les mesures à prendre, et à quel rythme, afin d'atteindre les cibles mondiales d'ici à 2025 pour améliorer la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant. Les notes d'orientation font la synthèse des données probantes sur les interventions et domaines d'investissement qu'il convient d'élargir, et guident les responsables de la prise de décisions quant aux mesures à prendre pour y parvenir. Les mesures recommandées par l'OMS pour élargir les interventions prioritaires efficaces pour atteindre les six cibles mondiales doivent inclure à la fois des investissements spécifiques à la nutrition et des investissements qui tiennent compte des enjeux nutritionnels aux niveaux des politiques, des systèmes de santé et des communautés, en utilisant une approche intersectorielle.

17. Dans 55 pays, les données factuelles indiquent que l'approche recommandée par l'OMS a montré son efficacité contre le retard de croissance, l'émaciation et l'anémie. Dans un certain nombre de pays, des programmes de nutrition efficaces commencent à être intégrés à l'objectif de réalisation de la couverture sanitaire universelle, avec le soutien actif de l'OMS. Il s'agit notamment de programmes sur le démarrage précoce de l'allaitement au sein et la réduction de l'anémie, conjointement à la mise en œuvre des interventions précoces de soins aux nouveau-nés telles que le clampage tardif du cordon ou le contact peau contre peau ;² l'application et le respect au niveau national du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ;³ les initiatives « Hôpitaux amis des bébés » ;⁴ la supplémentation en micronutriments ;⁵ le suivi et la promotion de la croissance ;⁶ et la prise en charge de la malnutrition aiguë dans les situations stables ou les situations d'urgence.⁷

¹ Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.

² Afghanistan, Cambodge, Chine, Colombie, Émirats arabes unis, Honduras, Îles Salomon, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, Soudan et Viet Nam.

³ Brésil, Cambodge, Chili, Émirats arabes unis, Honduras, Iraq, Jordanie, Mongolie, Namibie, Népal, République démocratique populaire lao et Viet Nam.

⁴ Bolivie (État plurinational de), Brésil, Cambodge, Chine, Colombie, Émirats arabes unis, Guatemala, Honduras, Jamaïque et Seychelles.

⁵ Bangladesh, Bhoutan, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Colombie, El Salvador, Équateur, Guatemala, Inde, Indonésie, Iraq, Maldives, Myanmar, Népal, Nicaragua, Pérou, République arabe syrienne, République démocratique populaire lao, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste et Yémen.

⁶ Bahreïn, Bangladesh, Bhoutan, Burkina Faso, Colombie, Éthiopie, Honduras, Îles Salomon, Indonésie, Jordanie, Koweït, Maldives, Maroc, Myanmar, Népal, Niger, Oman, Ouganda, Qatar, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste, Togo et Vanuatu.

⁷ Afghanistan, Bangladesh, Bolivie (État plurinational de), Cambodge, El Salvador, Éthiopie, Guatemala, Iraq, Lesotho, Mauritanie, Népal, Ouganda, Pakistan, Philippines, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Swaziland, Timor-Leste, Viet Nam et Yémen.

18. **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.** Le Comité de la sécurité alimentaire mondiale a établi un programme de travail sur la nutrition afin de suivre les résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition et de mettre en œuvre le Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'objectif étant de mettre au point des systèmes d'alimentation plus sains.

19. La plupart des États Membres ont agi en adoptant une approche fondée sur les systèmes alimentaires pour améliorer la nutrition. L'OMS a signalé l'utilité de l'enrichissement des aliments dans le cadre d'interventions intégrées pour la nutrition et la santé publique se fondant sur les besoins ou sur le risque de carences ou de déficiences. L'OMS a apporté un soutien technique au premier Sommet mondial sur l'enrichissement des aliments (du 9 au 11 septembre 2015) qui s'est tenu à Arusha (République-Unie de Tanzanie). Actuellement, 159 pays disposent de plans nationaux sur l'enrichissement des aliments. L'OMS a fourni une aide technique dans ce domaine à des pays de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale, à l'Inde et aux Îles Salomon.

20. L'OMS a soutenu l'élaboration de lignes directrices diététiques dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental. Le Bureau régional de l'Europe a mis au point un modèle de profils nutritionnels afin de fixer des limites à la commercialisation des aliments destinés aux enfants. Des initiatives similaires ont vu le jour dans la Région des Amériques et dans les Régions de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental pour orienter les programmes d'alimentation scolaire, les politiques fiscales et la réglementation pour la commercialisation des produits alimentaires à forte teneur en calories et pauvres en nutriments et les boissons non alcoolisées. Des politiques de prix visant à promouvoir des régimes sains ont été débattues dans 12 pays de la Région européenne et aux Philippines, des taxes ont été imposées sur les boissons sucrées. Dans la Région des Amériques, la Barbade, le Mexique et la République dominicaine ont adopté un droit d'accise sur les boissons sucrées dans le but de prévenir l'obésité. Conformément au Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, plusieurs pays (quatre de la Région des Amériques, sept de la Région européenne et 10 de la Région de la Méditerranée orientale) ont mis en place des politiques pour réduire les acides gras trans. La Région de la Méditerranée orientale adopte aussi des mesures pour réduire les sucres libres, ainsi que la Mongolie. Plusieurs pays de la Région des Amériques (Chili, Équateur, État plurinational de Bolivie et Pérou) ont conçu, ou conçoivent actuellement, un étiquetage nutritionnel plus convivial pour le consommateur. Dans la Région du Pacifique occidental, l'OMS a aidé des pays à mettre en œuvre un étiquetage sur le devant de l'emballage (Fidji) et à mettre au point ou réviser la réglementation en matière d'étiquetage (Fidji, Îles Cook, Kiribati, Samoa et Tuvalu).

21. L'OMS a apporté son soutien aux révisions de la législation sur l'assurance-maladie et appuie actuellement les travaux visant à introduire des services nutritionnels dans l'ensemble des prestations proposées au Viet Nam. Des données recueillies au Brésil, en Colombie et au Mexique montrent que les actions en faveur de la nutrition incluses dans les programmes de transferts de fonds assortis de conditions ont un impact positif sur les résultats dans ce domaine.

22. **Mesure 4 : Fournir des ressources humaines et financières suffisantes pour la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles.** Le financement pour la nutrition commence à augmenter, bien qu'il ne soit toujours pas à la hauteur des besoins mondiaux. Les investissements visant spécifiquement la nutrition ou tenant compte des enjeux nutritionnels – parmi ceux pour lesquels les donateurs communiquent la destination – ont progressé, passant de US \$1,3 milliard en 2010 à

US \$1,5 milliard en 2012, soit une hausse de 15 %.¹ En avril 2015, le Fonds « Power for Nutrition », qui pourrait permettre de recueillir jusqu'à US \$1 milliard de nouveaux fonds privés et publics, a été lancé. En juin 2015, la Fondation Bill & Melinda Gates a annoncé que US \$776 millions supplémentaires avaient été mis à disposition pour la nutrition. Selon une évaluation récente menée avec le soutien technique de l'OMS, US \$42 milliards – ou US \$8,50 par enfant – de financement supplémentaire sont nécessaires pour que les 37 pays les plus touchés atteignent la cible mondiale concernant le retard de croissance au cours des 10 prochaines années.² L'introduction des cibles mondiales dans les documents stratégiques des principaux donateurs dans le domaine de la nutrition (Fondation Bill & Melinda Gates et l'Agency for International Development des États-Unis d'Amérique) a permis une utilisation plus cohérente du financement.

23. Dans le contexte du projet « Accélération des améliorations à l'égard de la nutrition », financé par le Département des Affaires étrangères, commerce et développement du Canada, l'OMS a renforcé les capacités des agents de santé dans le domaine de la nutrition dans 11 pays (Burkina Faso, Éthiopie, Mali, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe). Plus de 1800 agents de santé aux niveaux des communautés, des établissements de santé et des districts, ont reçu une formation sur la surveillance de la nutrition et un nombre identique a reçu une formation sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, la promotion de la nutrition de l'adolescent, de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, et la planification et la budgétisation en faveur de la nutrition. L'OMS apporte son soutien à la formation des professionnels de santé dans le domaine de la nutrition dans cinq pays de la Région de l'Asie du Sud-Est, (Bangladesh, Indonésie, Maldives, République populaire démocratique de Corée et Sri Lanka), six pays de la Région du Pacifique occidental (Chine, Mongolie, Philippines, République démocratique populaire lao, Tonga et Viet Nam) et dans 10 pays en situation d'urgence de la Région de la Méditerranée orientale, où la priorité est donnée au suivi et à la promotion de la croissance et à l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

24. **Mesure 5 : Suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques et des programmes.** L'OMS et l'UNICEF ont créé conjointement un groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition afin de soutenir la mise en œuvre du cadre mondial de suivi tel qu'il a été approuvé par les Soixante-Septième et Soixante-Huitième Assemblées mondiales de la Santé.³ Depuis 2014, la rédaction du rapport mondial sur la nutrition a réuni divers acteurs afin de décrire les avancées de la lutte contre la malnutrition, de cerner les lacunes et de proposer des façons de les combler. Le rapport de 2015 appelait à changer radicalement d'approche concernant les données en matière de nutrition et recommandait à tous les pays, y compris aux pays à revenu élevé, d'instaurer un dialogue avec les organismes des Nations Unies afin de faciliter la conversion de leurs propres données et leur introduction dans les bases de données internationales créées par ces organismes.⁴

25. Par l'intermédiaire du projet « Accélération des améliorations à l'égard de la nutrition », l'OMS a apporté un soutien à huit pays africains pour que les indicateurs de la nutrition soient révisés et intégrés

¹ Scaling Up Nutrition. Rapport annuel du Mouvement SUN, septembre 2014.

² World Bank Group, Results for Development, Children's Investment Fund Foundation, 1000 Days partnership, Bill & Melinda Gates Foundation. Meeting the global goals for malnutrition: how much will it cost, and who will pay? Exposé présenté lors de la Troisième Conférence internationale sur le financement du développement, Addis-Abeba, du 13 au 16 juillet 2015.

³ Voir les décisions WHA67(9) (2014) et WHA68(14) (2015).

⁴ International Food Policy Research Institute. Global nutrition report 2015: actions and accountability to advance nutrition and sustainable development. Washington, D.C., (<http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738col12/id/129443/filename/129654.pdf>, consulté le 6 avril 2016).

aux systèmes de gestion et d'information sanitaires (Burkina Faso, Éthiopie, Mali, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, et Zimbabwe). Le Bureau régional de l'Europe a mis sur pied une initiative pour la surveillance de l'obésité de l'enfant en Europe, qui permet de collecter des données représentatives et mesurées au niveau national, et comparables au niveau international, sur l'excès pondéral et l'obésité chez les enfants de l'école primaire dans 31 États Membres. L'OMS a aussi soutenu les activités de surveillance de la nutrition dans huit pays et territoires de la Région de la Méditerranée orientale (Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Cisjordanie et Bande de Gaza, Koweït, Oman, Pakistan et République arabe syrienne), six pays de la Région du Pacifique occidental (Chine, Fiji, Îles Salomon, Kiribati, République démocratique populaire lao et Tuvalu) et certains pays de la Région des Amériques.

PROGRÈS DANS L'APPLICATION DU CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

26. En vertu des dispositions de l'article 11.1 du Code, il est demandé aux États Membres de « prendre des mesures pour donner effet aux principes et au but du présent Code, eu égard à leurs structures sociales et législatives, y compris par l'adoption d'une législation, d'une réglementation ou d'autres mesures nationales appropriées ». Dans la résolution WHA34.22 (1981), dans laquelle le Code a été adopté, l'Assemblée de la Santé souligne que l'adoption et le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel représentent une exigence minimum pour tous les pays, et prie instamment tous les États Membres de l'appliquer « dans sa totalité ». La mise en œuvre et le contrôle de l'application par les États Membres des normes et recommandations figurant dans le Code et dans les résolutions ultérieures de l'Assemblée de la Santé sont essentiels pour garantir que des pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont en place, et que les parents et autres personnes chargées des soins aux enfants sont protégés contre d'éventuelles informations inappropriées ou trompeuses.

27. En 2014, les États Membres ont été invités à fournir des informations actualisées sur l'état de mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, au titre de leurs obligations de notification périodiques prévues par le Code. Les États Membres ont donné des informations sur les mesures législatives et autres qui ont été prises, y compris la documentation législative disponible. L'OMS a intégré les résultats dans sa base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition. D'autres informations sur le statut juridique du Code dans les États Membres ont été obtenues dans la base de données de l'UNICEF sur la mise en œuvre du Code au niveau des pays et celle du Centre de documentation du Code international.

28. Le rapport 2011 sur la situation de l'application du Code dans les pays indiquait que 103 pays au total sur 194 États Membres avaient mis en place des mesures législatives sous une forme ou une autre.¹ Depuis 2011, il y a eu une augmentation considérable de l'adoption de mesures juridiques au niveau national visant à donner effet au Code et aux résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé. En mars 2016, ce nombre s'élevait à 136. Cette augmentation est due en partie au fait que les États Membres ont adopté de nouvelles lois ou autres mesures d'ordre juridique, mais également à l'amélioration des informations sur les mesures juridiques existantes. À la même date, 39 États Membres étaient dotés d'une législation exhaustive ou de mesures juridiques reflétant toutes les

¹ Country implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: status report 2011. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (version révisée).

dispositions du Code ou du moins la plupart d'entre elles. Ce nombre est identique à celui signalé en 2011 (37 États Membres). Des mesures juridiques intégrant de nombreuses dispositions existantes dans 32 États Membres et depuis, 65 États Membres ont adopté des mesures qui en contiennent quelques-unes. Quarante-six États Membres n'ont pas de mesures juridiques ni de mesures quelconques en place et l'on dispose d'aucune information pour 11 d'entre eux. Depuis le rapport de situation de 2011, 21 États Membres ont élaboré ou mis à jour une législation appropriée (Afrique du Sud, Algérie, Arménie, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Burundi, Chine, Comores, El Salvador, Îles Salomon, Indonésie, Kenya, Koweït, Madagascar, Mexique, Myanmar, Panama, République de Moldova, République-Unie de Tanzanie, Venezuela et Viet Nam). En 2015, la Chine a révisé sa législation relative à la publicité et à la sécurité alimentaire pour réglementer la production des substituts du lait maternel et introduire une interdiction sur la publicité de tels produits dans les médias de masse et les lieux publics. En outre, l'Union européenne a adopté en 2013 de nouvelles règles qui s'appliquent à l'ensemble des États Membres de l'Union et de l'Espace économique européen.

29. Pour une application réussie du Code, un mécanisme de suivi et de contrôle de l'application indépendant et transparent est indispensable ; il doit être exempt de toute influence commerciale, capable d'identifier les violations de la législation nationale et suffisamment puissant pour appliquer des sanctions. Toutefois, peu de pays à ce jour disposent d'un mécanisme opérationnel de suivi et de contrôle de l'application qui satisfasse à l'ensemble ou à la plupart de ces critères. En mars 2016, les informations reçues de 54 pays indiquaient que 27 pays au total avaient mis en place ce type de mécanisme. Selon les pays, ils étaient qualifiés de transparents (23 pays) ; indépendants (23 pays) ; exempts de toute influence commerciale (23 pays) ; inscrits au budget ou financés (9 pays) ; dotés des capacités requises pour prendre des mesures administratives et juridiques (22 pays) ; et durables (10 pays).

30. Dans de nombreux pays, la disponibilité des données et des compétences techniques sur les questions liées au Code, et la coordination entre les acteurs responsables laissent à désirer. En outre, la volonté politique, et le financement durable, pour assurer le suivi et contrôler l'application du Code au niveau national restent insuffisants. Pour répondre à ces défis persistants, l'OMS et l'UNICEF ont créé un réseau mondial d'organisations de la société civile et d'experts de plusieurs pays pour apporter un soutien technique à ces pays et leur permettre d'améliorer le suivi et le contrôle de l'application du Code (NetCode).

OUTILS DE GESTION ET D'ÉVALUATION DES RISQUES DE CONFLIT D'INTÉRÊTS DANS LES PROGRAMMES DE NUTRITION

31. Une consultation technique a été organisée les 8 et 9 octobre 2015 pour élaborer des définitions, critères et indicateurs afin de contribuer à recenser et à classer par ordre de priorité les conflits d'intérêts potentiels dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques préconisées par le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant au niveau des pays ; recenser les situations dans lesquelles l'élaboration et la mise en œuvre des politiques préconisées par le Plan d'application exhaustif entraînent des interactions entre les gouvernements et les acteurs non étatiques (l'accent étant mis sur le secteur privé) susceptibles de conduire à des conflits d'intérêts ; et définir une liste d'outils, de méthodologies et d'approches pouvant contribuer à identifier et à gérer les conflits d'intérêts. Parmi les participants figuraient des experts du domaine de l'évaluation, de la divulgation et de la gestion des risques de conflits d'intérêts, ainsi que d'autres domaines, et des représentants des États Membres, présents en qualité d'observateurs.¹

¹ Le rapport de la consultation est disponible à l'adresse http://www.who.int/nutrition/publications/technicalconsultation_conflictinterest_nutprogram_report.pdf (consulté le 6 avril 2016).

32. La consultation a conclu qu'il incombe aux États Membres de veiller à ce qu'aucune influence induue – qu'elle soit réelle ou perçue – n'est exercée sur des individus ou des institutions responsables de la prise de décisions au profit d'intérêts autres que le bien public, dans la mesure où cette influence porterait atteinte à l'intégrité et à la confiance du public. Elle a également conclu que les conflits d'intérêts peuvent être financiers ou non financiers, et directs ou indirects ; que les États Membres ont aussi la responsabilité de tenir compte des intérêts divergents des différents acteurs de la société, et des différents acteurs publics ; et que les conflits d'intérêts peuvent survenir à différentes étapes du processus politique : lors de la prise d'une décision sur la nécessité d'établir une politique ou un programme ; lors de la création de la politique ou du programme ; lors de sa mise en œuvre ; et lors de son suivi. Les deuxième et troisième étapes sont celles au cours desquelles la possibilité de collaborer avec le secteur privé est la plus fréquente, et un ensemble d'outils est nécessaire pour identifier les conflits d'intérêts et y remédier.

33. La consultation a en outre conclu que lorsque les États Membres engagent une discussion politique, une évaluation initiale des risques est requise. Celle-ci pourra consister à cartographier les différents intérêts, comprendre les tactiques institutionnelles ainsi que le niveau de risque associé à différents types de collaboration avec les acteurs publics et privés. Afin de prévenir les conflits d'intérêts, les États Membres pourraient établir des lignes directrices sur les personnes habilitées à participer aux groupes responsables de la définition des politiques et du travail normatif ; des règles sur la divulgation et la transparence des intérêts ; et des politiques de gestion des conflits d'intérêts (y compris sur le désinvestissement, la sélection, la récusation, les sanctions pour violation, les règles concernant les politiques postemploi et les codes d'éthique). Lorsque les États Membres décident d'établir des partenariats, la définition de règles de participation claires peut permettre d'atténuer les conflits d'intérêts. Celles-ci pourront définir des structures de gouvernance et mandats précis ; établir que les objectifs de santé publique doivent être une priorité manifeste ; fixer des règles de partenariat et définir les rôles des différents acteurs ; et exiger la divulgation et la transparence des intérêts. La référence aux politiques publiques, telles que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ou la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, peut contribuer à protéger les partenariats de toute influence induue. Parmi les autres pratiques utiles figurent un suivi transparent et indépendant, les règles de parrainage, les registres concernant les groupes de pression et les politiques visant à protéger les personnes signalant des actes répréhensibles. Au nombre des mesures complémentaires, on peut citer le renforcement des capacités des fonctionnaires publics en matière de gestion des conflits d'intérêts et le renforcement de la société civile moyennant la sensibilisation du public.

PROJET D'ORIENTATIONS EN VUE DE METTRE UN TERME AUX FORMES INAPPROPRIÉES DE PROMOTION DES ALIMENTS DESTINÉS AUX NOURRISSONS ET AUX JEUNES ENFANTS

34. En mai 2010, dans la résolution WHA63.23, la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu que la promotion des substituts du lait maternel et de certains aliments commerciaux pour le nourrisson et le jeune enfant compromet les progrès sur la voie d'une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant. En mai 2012, 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 citées dans la résolution WHA63.23, en tenant compte des travaux en cours de la Commission du Codex Alimentarius ». En conséquence, le Secrétariat a créé un groupe consultatif scientifique et technique sur les formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants, qui a établi un premier rapport en 2013, donnant une définition de l'expression « formes inappropriées

de promotion »¹ et un deuxième rapport en 2015, contenant un projet d'orientations pour contribuer à atteindre l'objectif de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants.²

35. Selon les rapports du groupe consultatif scientifique et technique, les données recueillies dans de nombreux pays indiquent que certains aliments (incluant dans ce contexte à la fois les aliments et les boissons, y compris les aliments de complément et les substituts du lait maternel) sont présentés à la vente comme étant adaptés à une introduction avant l'âge de six mois, que certains substituts du lait maternel font l'objet d'une promotion indirecte par association avec des aliments de complément commerciaux et que des allégations inexactes sont faites sur certains produits, affirmant qu'ils amélioreront la santé ou l'aptitude intellectuelle des enfants. En outre, il a été démontré que la consommation d'aliments de complément se fait au détriment de l'apport en lait maternel si les quantités consommées représentent une part substantielle des besoins énergétiques de l'enfant. Les aliments de complément commerciaux sont d'une qualité très variable : certains enrichissent l'apport nutritionnel en fournissant des micronutriments essentiels qui soit font défaut, soit ne sont pas présents en quantité adéquate dans l'alimentation des jeunes enfants, tandis que d'autres sont préoccupants de par leur teneur élevée en sucres ajoutés ou en sel. Les formes inappropriées de promotion des aliments commerciaux destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants peuvent induire les parents et autres personnes chargées des soins aux enfants en erreur quant aux qualités nutritives, aux avantages pour la santé, à l'adéquation à l'âge de l'enfant et à l'utilisation sans danger de ces aliments. En particulier, les distinctions entre produits lactés commercialisés pour des enfants d'âges différents ne sont pas toujours bien comprises. En outre, la promotion des aliments de complément avant l'âge de six mois est associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement exclusif.

36. Avec le soutien du groupe consultatif scientifique et technique sur les formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants, le Secrétariat a établi un document de réflexion³ comportant un ensemble de recommandations en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants. Le document a été mis à la disposition du public, pour recueillir ses observations, du 20 juillet au 10 août 2015. En outre, afin d'affiner davantage le texte, le Secrétariat a organisé des dialogues informels avec les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS et les entités du secteur privé le 17 août 2015, et une consultation informelle avec les États Membres et d'autres organismes des Nations Unies a eu lieu le 18 août 2015. À sa cent trente-huitième session en janvier 2016, le Conseil exécutif a examiné le document EB138/8 sur le projet d'orientations en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants. Suite aux informations fournies par les représentants des États Membres pendant la session du Conseil et soumises par écrit au Secrétariat au cours des quatre semaines suivantes (à la demande du Conseil), le Secrétariat a préparé une nouvelle version de ces orientations. Celle-ci a été diffusée aux États Membres en avance de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé afin de faciliter les consultations intersessions relatives à la mise au point des orientations et du projet de résolution.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

37. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =

¹ Voir http://www.who.int/nutrition/publications/2013_STAG_meeting_24to25Jun_report.pdf?ua=1 (consulté le 11 décembre 2015).

² Voir <http://www.who.int/nutrition/events/stag-report-inappropriate-promotion-infant-foods-en.pdf> (consulté le 6 avril 2016).

³ Voir <http://www.who.int/nutrition/events/draft-inappropriate-promotion-infant-foods-fr.pdf> (consulté le 6 avril 2016).