World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXECUTIF
Quatre-vingt-treizième session

Point 8
de l'ordre du jour provisoire

EB93/17
10 novembre 1993

La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (rapport de situation et d'évaluation; et état de la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel)

Rapport du Directeur général

Le présent rapport est divisé en deux parties : la première partie résume brièvement la situation mondiale actuelle en ce qui concerne la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, en particulier la malnutrition protéino-énergétique et la malnutrition par carence en micronutriments. La deuxième partie est soumise en application de la résolution WHA33.32 qui prie le Directeur général de faire rapport les années paires sur les mesures prises pour promouvoir l'allaitement au sein et pour améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant - et conformément à l'article 11, paragraphe 7, du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, lequel stipule qu'il sera fait rapport avec la même périodicité sur l'état de la mise en oeuvre du Code. Cette partie est articulée, comme dans les précédents rapports de situation, autour de cinq grands thèmes qui sont l'encouragement de l'allaitement maternel; la promotion des pratiques appropriées de sevrage fondées sur l'utilisation des ressources alimentaires locales; le renforcement de l'éducation, de la formation et de l'information concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; la promotion de la santé et de la situation sociale de la femme; et, enfin, la commercialisation et la distribution appropriées des substituts du lait maternel.

Les deux parties du rapport doivent être examinées à la lumière des résultats de la Conférence internationale sur la nutrition (Rome, 1992). Les activités décrites ont généralement trait à la période 1992-1993; en ce qui concerne l'OMS, elles s'inscrivent dans le cadre de son vaste programme de soutien aux pays dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition, y compris la salubrité des aliments, de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale, de la lutte contre les maladies diarrhéiques, et dans des secteurs de programme apparentés.

Le Conseil est invité à transmettre le rapport, avec ses observations et recommandations, à l'Assemblée de la Santé. Le Conseil est en particulier prié de donner son avis, compte tenu de l'information contenue dans le rapport, sur le caractère souhaitable et opportun d'une action dans un certain nombre de secteurs spécifiques, qui sont décrits dans les paragraphes 167 à 170.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	3
Partie I. La malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants : résumé de la situation mondiale actuelle	6
Malnutrition protéino-énergétique	6
Malnutrition par carence en micronutriments	6
Partie II. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	9
Encouragement et soutien de l'allaitement au sein	9
Promotion et soutien de pratiques appropriées et opportunes d'alimentation complémentaire (sevrage) avec utilisation des ressources alimentaires locales	17
Renforcement de l'éducation, de la formation et de l'information concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	20
Mise en place d'un soutien pour améliorer l'état de santé et la situation sociale des femmes dans l'optique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	25
Commercialisation et distribution appropriées des substituts du lait maternel	26
Conclusion	46
Action du Conseil exécutif	48

INTRODUCTION

Conférence internationale sur la nutrition

1. La Conférence internationale sur la nutrition (CIN, Rome, décembre 1992) a été l'aboutissement de plus de deux années d'efforts conjoints déployés par l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) pour susciter une plus grande prise de conscience de l'ampleur et de la gravité des problèmes liés à la nutrition et à l'alimentation et parvenir à un consensus sur les moyens d'y faire face. La Conférence a regroupé plus de 1300 participants de 159 Etats Membres et de la Communauté européenne ainsi que des représentants de 15 organisations et organismes du système des Nations Unies et de plus de 150 autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales. Elle représente donc une étape décisive dans la direction d'un engagement véritablement mondial de lutter contre toutes les formes de malnutrition; de les relier à un développement social et économique inéquitable; et d'éliminer ou de réduire substantiellement bon nombre d'entre elles avant l'an 2000 (voir encadré ci-dessous).

DECLARATION MONDIALE SUR LA NUTRITION

(extrait)

En vue du plan d'action et pour faciliter la formulation de plans d'activités nationaux, y compris la définition de buts et objectifs mesurables assortis de délais, nous (Ministres et Plénipotentiaires) nous engageons à faire tout ce qui est en notre pouvoir pour faire disparaître avant la fin de la présente décennie :

- *la famine et les décès qu'elle entraîne;*
- *l'inanition et les maladies dues à des carences nutritionnelles dans les communautés éprouvées par des catastrophes naturelles ou causées par l'homme;*
- *les carences en iode et en vitamine A.*

Nous nous engageons également à réduire substantiellement au cours de la présente décennie :

- *l'inanition et la famine chronique généralisée;*
- *la sous-alimentation, spécialement parmi les enfants, les femmes et les personnes âgées;*
- *les autres grandes carences en micronutriments, notamment en fer;*
- *les cas de maladies transmissibles et non transmissibles liées au régime alimentaire;*
- *les obstacles sociaux et autres à un allaitement maternel optimal;*
- *les mauvaises conditions d'hygiène, y compris l'eau non potable.*

PLAN D'ACTION POUR LA NUTRITION

Stratégies et mesures à prendre

- *intégrer dans les politiques et programmes de développement des objectifs, des considérations et des éléments d'ordre nutritionnel;*
- *améliorer la sécurité alimentaire des ménages;*
- *protéger le consommateur en améliorant la qualité et la sécurité des produits alimentaires;*
- *prévenir et traiter les maladies infectieuses;*
- *promouvoir l'allaitement maternel;*
- *prendre en charge les personnes défavorisées sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel;*
- *prévenir et combattre les carences spécifiques en micronutriments;*
- *promouvoir des régimes alimentaires appropriés et des modes de vie sains;*
- *évaluer, analyser et surveiller la situation nutritionnelle.*

2. La Déclaration mondiale souligne le caractère inacceptable de la malnutrition et la volonté de tous les gouvernements d'éliminer la faim et de réduire considérablement la malnutrition. Elle désigne la pauvreté et l'ignorance, qui tiennent souvent au sous-développement, comme les causes profondes de cet état de choses et déclare que l'inégalité sur le plan social et économique et les disparités entre les sexes ainsi que les guerres et l'occupation jouent également un rôle majeur à cet égard. Elle préconise des changements de politiques universels majeurs pour réduire radicalement la malnutrition. Elle considère le bien-être nutritionnel comme un objectif capital du développement. Elle estime que les programmes doivent être axés sur ceux qui en ont le plus besoin et insiste sur le droit des femmes à bénéficier d'une alimentation, d'une santé et d'une éducation adéquates, à participer au processus de prise de décisions et accéder aux ressources et à leur contrôle. En vue du plan d'action pour la nutrition, la Déclaration réitère l'attachement de la communauté mondiale aux objectifs nutritionnels de la quatrième Décennie des Nations Unies pour le développement et du Sommet mondial pour l'enfance (voir encadré ci-dessous). Le plan d'action pour la nutrition, quant à lui, définit neuf thèmes d'action (voir l'extrait ci-dessus) qui impliquent divers secteurs et niveaux de responsabilités et regroupent les activités capitales à entreprendre pour réduire ou éliminer tous les types de malnutrition et promouvoir le bien-être nutritionnel.[1] Tous concernent directement la satisfaction des besoins nutritionnels des nourrissons et des jeunes enfants.

OBJECTIFS NUTRITIONNELS DU SOMMET MONDIAL POUR L'ENFANCE
(à atteindre d'ici l'an 2000)

- *Réduire de 50 % par rapport à 1990 le nombre des cas de malnutrition grave et modérée chez les enfants de moins de cinq ans.*
- *Ramener à moins de 10 % la proportion d'enfants ayant un poids insuffisant à la naissance (moins de 2,5 kg).*
- *Réduire du tiers par rapport à 1990 la proportion des femmes souffrant d'anémie ferriprive.*
- *Eliminer presque totalement les troubles dus aux carences en iode.*
- *Eliminer presque totalement l'avitaminose A et ses effets, dont la cécité.*
- *Permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année.*
- *Institutionnaliser la promotion et la surveillance périodique de la croissance dans tous les pays d'ici à la fin des années 90.*
- *Faire connaître les moyens d'accroître la production alimentaire et fournir les services d'appui nécessaires afin de garantir la sécurité alimentaire des ménages.*

3. En tant que consensus mondial sur la nature et les causes des problèmes nutritionnels, la Déclaration mondiale et le plan d'action pour la nutrition servent de cadre à l'appui technique continu fourni par l'OMS aux pays, y compris ceux qui ont des niveaux élevés de malnutrition, pour lutter par exemple contre la malnutrition protéino-énergétique qui est fréquemment compliquée par des maladies infectieuses; les carences en fer, en vitamine A et en iode, qui figurent parmi les problèmes de santé les plus répandus dans le monde; et la consommation excessive de calories et de nutriments qui, combinée à des modes de vie malsains, prélève un tribut croissant dans tous les pays sous la forme de maladies chroniques qui aboutissent à l'incapacité et au décès prématurés. La satisfaction des besoins sanitaires et nutritionnels de la famille, en particulier des mères, des nourrissons et des jeunes enfants, est au centre de la stratégie de l'OMS à l'appui des actions en faveur de la nutrition à tous les niveaux.

[1] *Déclaration mondiale sur la nutrition et plan d'action*. FAO/OMS, Conférence internationale sur la nutrition, Rome, décembre 1992.

4. La Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1993, a examiné le rapport[1] du Directeur général sur la Conférence internationale sur la nutrition et la stratégie proposée par l'OMS pour soutenir les actions en faveur de la nutrition à tous les niveaux. Par sa résolution WHA46.7, dans laquelle elle approuve dans leur intégralité la Déclaration mondiale et le plan d'action pour la nutrition adoptés par la Conférence, l'Assemblée a demandé que soit renforcée la capacité d'action de l'OMS en matière d'alimentation et de nutrition dans tous les programmes pertinents pour que l'accent puisse être mis en priorité sur les points suivants :

- la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, y compris l'allaitement au sein;
- la malnutrition due aux carences en micronutriments;
- les urgences nutritionnelles, en particulier la formation permettant de se préparer à certaines situations et d'y faire face;
- la surveillance de l'état nutritionnel;
- la lutte contre les maladies chroniques liées à l'alimentation;
- le contrôle de la salubrité des aliments et la prévention des maladies transmises par les aliments;
- la recherche et la formation concernant des sujets en rapport avec l'alimentation et la nutrition.

5. En application des recommandations de la Conférence, le Directeur général avait déjà décidé avant l'Assemblée de la Santé de créer une nouvelle Division de l'Alimentation et de la Nutrition comprenant les programmes Nutrition, Salubrité des aliments et Aide alimentaire. Dans l'intervalle, le groupe de travail interprogrammes sur l'alimentation du nourrisson,[2] qui a été établi en 1992 dans le cadre d'un groupe mondial spécial de la nutrition, a continué de servir de point focal pour la collaboration indispensable en vue de l'élaboration et de l'exécution d'un programme complet sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Afin de garantir une position commune qui reflète pleinement les politiques de l'Organisation à la lumière de la Déclaration mondiale et du plan d'action pour la nutrition, le groupe de travail examine actuellement l'approche générale adoptée par l'OMS en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en collaboration avec le personnel régional et les autres programmes et organismes compétents concernés.[3] Enfin, des groupes de travail mondiaux ont aussi été établis dans des secteurs apparentés, s'occupant notamment de "protéger le consommateur en améliorant la qualité et la sécurité des produits alimentaires", de "prévenir et combattre les carences spécifiques en nutriments", de "prévenir et traiter les maladies infectieuses", de "promouvoir des régimes alimentaires appropriés et des modes de vie sains" et d'"évaluer, analyser et surveiller la situation nutritionnelle" (voir encadré sous le paragraphe 1).

[1] Document WHA46/1993/REC/1, annexe 3.

[2] Le groupe de travail sur l'alimentation du nourrisson rassemble les programmes pour la nutrition, la santé maternelle et infantile, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la salubrité des aliments, la reproduction humaine et l'aide alimentaire.

[3] *Infant and young child feeding: global approach and plan of action* (en préparation). Ce texte sera examiné par le Sous-Comité de la Nutrition du Comité administratif de Coordination des Nations Unies (CAC/SCN) en mars 1994.

PARTIE I. LA MALNUTRITION CHEZ LES NOURRISSONS ET LES JEUNES ENFANTS : RESUME DE LA SITUATION MONDIALE ACTUELLE

MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE

6. Plus de 30 % des enfants de moins de cinq ans dans le monde souffrent encore de malnutrition (insuffisance pondérale). La base de données mondiale de l'OMS sur la croissance des enfants[1] couvre 87 % de l'effectif total des nourrissons et des jeunes enfants vivant dans les pays en développement; des données provenant d'un échantillon représentatif de la population dans 86 de ces pays indiquent les tendances régionales et mondiales de la malnutrition et fournissent une base par rapport à laquelle évaluer le but fixé pour la décennie par le Sommet mondial pour l'enfance (paragraphe 2), qui vise à faire diminuer de moitié la malnutrition d'ici l'an 2000.

7. Actuellement, plus des deux tiers (80 %) des enfants souffrant de malnutrition dans le monde vivent en Asie - en particulier en Asie du Sud -, 15 % en Afrique et 5 % en Amérique latine. Au niveau mondial, il y a eu une diminution de la prévalence de la malnutrition, et cela est également vrai au niveau régional, sauf en Afrique où le nombre absolu d'enfants souffrant de malnutrition a augmenté par suite de l'accroissement démographique. Le Tableau 1 donne la prévalence et le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui sont victimes de la malnutrition (insuffisance pondérale), les tendances depuis 1975 et une projection pour l'an 2005.

TABLEAU 1. ESTIMATIONS MONDIALES ET REGIONALES DU NOMBRE D'ENFANTS SOUFFRANT DE MALNUTRITION (INSUFFISANCE PONDERALE) DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

	1975		1990		2005	
	%	millions	%	millions	%	millions
Afrique	26	19,7	27,4	31,6	22	36,5
Asie	49	163,1	42,0	154,1	41	149,3
Amérique latine	12	7,8	11,9	6,8	8	6,2
Proche-Orient	22	2,9	15	2,9	12	3,1
Pays en développement	47,5	193,6	35,6	192,2	37,8	195,2

MALNUTRITION PAR CARENCE EN MICRONUTRIMENTS

8. **Les troubles dus à une déficience en iode** constituent la principale cause d'encéphalopathie évitable chez les nourrissons et les jeunes enfants dans le monde. L'OMS vient de terminer une évaluation de l'ampleur mondiale du problème mesurée par le nombre d'enfants ayant un goitre. Actuellement, les troubles dus à une carence en iode constituent un problème de santé publique important dans 118 pays; 1,571 milliard de personnes vivent dans des zones où la carence en iode sévit et sont donc exposées au risque de contracter des troubles dus à cette carence, et 655 millions de personnes sont effectivement porteuses d'un goitre (Tableau 2). Près de la moitié des personnes atteintes de tels troubles se trouvent en Asie (Régions OMS de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental), mais il y a aussi 86 millions de porteurs de goitre dans la Région africaine et même 11,4 % de la population de l'Europe est atteinte. Des progrès tangibles en matière d'iodation du sel sont enregistrés dans de nombreux pays - par exemple en

[1] Voir *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 71(6) : 703-712 (1993).

Chine, dans les pays de l'Asie du Sud-Est et en Afrique. Malgré l'ampleur du problème, il semble réaliste de prévoir que les troubles dus à une carence en iode seront vraiment éliminés en tant que problème majeur de santé publique d'ici l'an 2000.[1]

TABLEAU 2. NOMBRE DE PERSONNES ET POURCENTAGE DE LA POPULATION REGIONALE VIVANT DANS DES ZONES A RISQUE DE TROUBLES DUS A UNE CARENCE EN IODE, ET NOMBRE DE PORTEURS DE GOITRE (TAUX TOTAL DE GOITRES >5 %)

Région de l'OMS	Population	Population exposée			Population touchée (goitre)		
	millions	millions	% de la Région	% du total mondial	millions	% de la Région	% du total mondial
Afrique	550	181	32,9	11,5	89	16,2	13,6
Amériques	735	167	22,7	10,6	63	8,6	9,6
Asie du Sud-Est	1 355	486	35,9	30,9	175	12,9	26,7
Europe	858	141	16,4	9,0	97	11,3	14,8
Méditerranée orientale	411	173	42,1	11,0	93	22,6	14,2
Pacifique occidental	1 553	423	27,2	26,9	139	8,9	21,2
Total	5 462	1 571	28,7	100,0	655	12,0	100,0

9. **Carence en vitamine A.** On estime que plus d'un quart de million d'enfants perdent la vue chaque année par suite d'une carence en vitamine A et que quelque 14 millions présentent actuellement des signes de xérophtalmie clinique. Au moins 50 autres millions d'enfants ont des réserves insuffisantes en vitamine A, ce qui se traduit par un état de santé et des chances de survie considérablement compromis. Les méta-analyses de tous les essais communautaires contrôlés à grande échelle dont les résultats sont disponibles montrent que l'amélioration de l'état vitaminique A des populations enfantines carencées de six mois à six ans contribue beaucoup à décroître le risque de mortalité. Les stratégies d'intervention primaire à mettre en oeuvre pour atteindre les buts fixés en ce qui concerne la vitamine A consistent à améliorer l'état vitaminique A par la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les quatre à six premiers mois d'existence, suivi par la consommation régulière d'aliments contenant de la vitamine A pendant la période d'alimentation complémentaire et après. L'allaitement continu s'est révélé une importante mesure de protection des enfants, même au-delà de la deuxième année de vie. De plus, il faudrait encourager la distribution, universelle ou géographiquement limitée, de suppléments de vitamine A aux doses et aux intervalles appropriés, là où la carence clinique pose un important problème de santé publique.

10. L'objectif de l'élimination presque totale de l'avitaminose A et de toutes ses conséquences, y compris la cécité, adopté lors du Sommet mondial pour l'enfance (paragraphe 2), a été réaffirmé par la Conférence internationale sur la nutrition. A titre de première étape dans l'évaluation des progrès accomplis vers la réalisation de cet objectif en l'an 2000, l'OMS a déterminé ce qu'il faudrait faire pour atteindre le but intermédiaire pour 1995 fixé par l'OMS et l'UNICEF à cet égard :

[1] OMS/UNICEF/Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode (ICCIDD). *Global prevalence of iodine deficiency disorders.* Micronutrient Deficiency Information System, Working Paper N° 1. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.

Faire en sorte qu'au moins 80 % de tous les enfants de moins de 24 mois, vivant dans des zones où l'apport en vitamine A est insuffisant, reçoivent une quantité suffisante de vitamine A grâce à l'association de l'allaitement au sein et de l'amélioration de l'enrichissement et de la supplémentation des aliments.

Il reste à peine plus de deux ans pour atteindre l'objectif de la mi-décennie et sept ans pour mettre sur pied des programmes durables pour l'élimination quasi totale de l'avitaminose A chez les enfants. Depuis des années, l'OMS et l'UNICEF encouragent la distribution de suppléments de vitamine A dans ce groupe d'âge, mais n'ont qu'une expérience limitée en ce qui concerne le plaidoyer en faveur d'une consommation accrue d'aliments riches en vitamine A et la surveillance des résultats. D'après les données disponibles, toutefois, l'OMS et l'UNICEF ont conclu qu'un effort initial en faveur des enfants de moins de deux ans permettrait de sauver le plus grand nombre de vies et de prévenir le plus grand nombre de cas de cécité chez les enfants, étant donné la vulnérabilité de ce groupe d'âge. Une composante pédagogique destinée à améliorer les pratiques en matière d'alimentation des enfants et un plan pour la surveillance de son efficacité devraient faire partie intégrante de toute stratégie adoptée à cette fin.

11. L'OMS a élaboré des directives pour l'utilisation et l'interprétation de nouveaux indicateurs permettant d'identifier les populations présentant une carence infraclinique en vitamine A pour lesquelles les programmes d'intervention seraient utiles. Les indicateurs devraient aussi servir à déterminer la mesure dans laquelle les buts pertinents de la décennie ont été atteints. En 1992, l'OMS a organisé deux consultations sur la vitamine A, une avec le Groupe consultatif international sur la vitamine A pour l'utilisation des contacts à l'occasion des vaccinations pour combattre l'avitaminose A,[1] et une autre pour examiner l'impact de l'administration de suppléments de vitamine A sur l'incidence et la gravité des infections respiratoires.[2] Enfin, l'OMS a coordonné un essai multicentres mené pour évaluer l'impact de la supplémentation en vitamine A sur la morbidité.

12. **Carence en fer.** La carence en fer chez les nourrissons et les jeunes enfants est directement liée au problème véritablement massif de l'anémie ferriprive chez les femmes. Quelque 58 % des femmes enceintes dans les pays en développement sont anémiques; aussi les enfants naissent-ils avec un poids insuffisant et des réserves en fer épuisées. Une évaluation mondiale menée précédemment par l'OMS (1985) sur l'anémie a indiqué que 51 % des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement souffraient d'anémie. Le lait maternel contient assez de fer pour les nourrissons jusqu'à quatre mois. L'allaitement artificiel et les aliments de sevrage ont toutefois souvent une teneur en fer très faible et, d'autre part, le fer provenant de sources végétales est mal absorbé, en partie à cause de la présence de substances inhibitrices ou de trop faibles quantités de vitamine C dans l'alimentation. L'anémie ferriprive dans la petite enfance est associée à une plus grande mortalité et à de plus nombreux troubles du développement cognitif. La Déclaration mondiale et le plan d'action pour la nutrition, outre qu'ils fixent des buts pour la décennie visant à réduire substantiellement l'anémie ferriprive chez les femmes, donnent à l'intention des pays des directives pour combattre l'anémie chez les enfants. L'OMS, en collaboration avec d'autres organisations et organismes du système des Nations Unies, applique de nouvelles approches pour définir le problème avec plus d'exactitude et y faire face plus efficacement.

[1] Document WHO/NUT/EPI/93.1 (anglais seulement).

[2] *Vitamin A supplementation and childhood pneumonia* (document WHO/CDR/93.2, anglais seulement).

PARTIE II. ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

13. Le présent rapport est le huitième d'une série de rapports établis depuis 1981 en application de la résolution WHA33.32 qui priait le Directeur général de soumettre à l'Assemblée de la Santé, les années paires, un rapport sur les mesures prises pour promouvoir l'allaitement au sein et améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

14. Le rapport s'articule autour des cinq grands thèmes des précédents rapports de situation (voir ci-dessus la table des matières). Les renseignements concernant le cinquième thème sont présentés conformément au paragraphe 7 de l'article 11 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel où il est stipulé qu'il sera fait rapport à l'Assemblée de la Santé les années paires sur la situation relative à la mise en oeuvre du Code.

ENCOURAGEMENT ET SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

Exemples provenant des pays

15. En septembre 1993, le Département des Services de Santé de l'**Etat de Chuuk (Etats fédérés de Micronésie)** a publié sa première déclaration de principe sur le lait maternel comme "moyen de favoriser l'allaitement au sein exclusif de tous les nourrissons micronésiens" au cours des quatre à six premiers mois de la vie. La déclaration de principe porte sur la période prénatale, la naissance et la période postnatale et suit étroitement les principes consacrés par la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement maternel et le rôle spécial des services liés à la maternité (paragraphe 58). La Semaine mondiale de l'allaitement maternel (paragraphe 29) a été célébrée par une série de conférences, d'affiches et de dépliants destinés aux professionnels de santé et au grand public.

16. Parmi les mesures prises pour préparer une conférence nationale sur l'allaitement au sein en **Croatie** en novembre 1993, les autorités ont formulé une stratégie nationale de l'allaitement au sein; préparé des brochures à l'intention des parents et des agents de santé, et des matériels d'information audiovisuels et autres à l'intention des médias; et organisé des séminaires régionaux à Rijeka, Osijek et Split.

17. Par l'arrêté N° 95 du 23 mai 1991, le Gouvernement du **Mexique** a créé le Comité national de l'Allaitement maternel[1] pour contribuer à réduire la morbidité et la mortalité infantiles en encourageant l'allaitement maternel. Les attributions du Comité sont notamment les suivantes : proposer des modifications à la législation et à la réglementation existantes afin de promouvoir l'allaitement maternel; proposer l'inclusion d'une information sur l'allaitement maternel dans les plans et programmes d'études de l'enseignement élémentaire, secondaire et professionnel, notamment pour les études de médecine, de soins infirmiers et d'assistance sociale; mener des campagnes permanentes en faveur de l'allaitement maternel; et veiller au respect de la réglementation existante applicable à la publicité en faveur des substituts du lait maternel (paragraphe 90).

18. L'Association nigérienne pour la protection de l'allaitement au sein a été créée au **Niger** en mai 1992 pour lutter contre les influences défavorables à l'allaitement maternel. L'Association a notamment pour but de mieux sensibiliser les responsables politiques, les autorités de la santé et les mères à l'importance de l'allaitement au sein, de réviser les dispositions du droit du travail applicables aux femmes allaitantes (paragraphes 63 à 67) et de proposer une loi régissant les substituts du lait maternel et l'alimentation complémentaire.

[1] *Recueil international de Législation sanitaire*, **44**(1) : 67-68 (1993).

19. Inquiet des indications faisant état d'une progression de l'allaitement artificiel, le Gouvernement de la **Papouasie-Nouvelle-Guinée**, en décembre 1992, a donné à toutes les autorités sanitaires des provinces et des districts des instructions sur les mesures à prendre pour promouvoir la politique nationale dont les principaux points sont les suivants : fournir un allaitement maternel exclusif au cours des quatre à six premiers mois; aider les mères à commencer l'allaitement au sein le plus tôt possible et leur montrer comment exprimer leur lait et le donner dans une tasse et à la cuillère; et encourager l'allaitement à la demande et le maintien du nourrisson auprès de sa mère tout en déconseillant l'alimentation complémentaire et les aliments donnés peu après la naissance avant le début de l'allaitement.

20. La Présidente des **Philippines** a approuvé le 2 juin 1992 le texte de la loi relative au maintien du nourrisson auprès de sa mère et à l'allaitement au sein[1] aux termes de laquelle le maintien auprès de la mère était adopté comme politique nationale pour encourager, protéger et appuyer l'allaitement au sein. La loi a pour objet de créer "un environnement où les besoins physiques, émotionnels et psychologiques des mères et des nourrissons seront satisfaits", en maintenant "le nourrisson dans la même chambre que sa mère dès sa naissance et jusqu'à sa sortie afin de faciliter un contact étroit mère-enfant et de commencer l'allaitement au sein". La loi est applicable à tous les établissements de santé publics et privés dans le cas des nourrissons nés d'un "accouchement normal spontané". Les dispositions couvrent la collecte, le stockage et l'utilisation du lait maternel; l'information et l'éducation; et les incitations ainsi que les sanctions prévues à l'encontre des contrevenants. Le Secrétaire à la Santé a signé en 1993 un mémorandum d'accord avec l'Association hospitalière des Philippines pour la promotion de l'allaitement maternel dans quelque 1200 hôpitaux privés du pays.

21. Le Gouvernement de la **République de Corée** a produit et largement diffusé des dépliants destinés au grand public vantant les mérites de l'allaitement maternel ainsi qu'une affiche reproduisant les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (paragraphe 25) destinée à tous les centres de santé et hôpitaux.

22. Aux **Etats-Unis d'Amérique**, la loi de 1966 relative à la nutrition des enfants a été modifiée en 1992[2] afin de créer un nouveau programme de promotion de l'allaitement au sein considéré comme la meilleure méthode d'alimentation du nourrisson, de mieux faire accepter l'allaitement maternel et de contribuer à la distribution aux femmes allaitantes d'accessoires liés à l'allaitement. Les activités prévues par le programme visent à élaborer et distribuer des matériels didactiques appropriés, y compris des informations à l'intention du public, des publications à caractère promotionnel et des pochettes de documentation, et à mettre à la disposition des médecins, organisations de professionnels de la santé, hôpitaux, organisations de santé à vocation communautaire et employeurs des fonds destinés à faciliter la distribution de tire-lait et autres équipements similaires aux femmes allaitantes.

23. L'Etat de **Floride** (Etats-Unis d'Amérique) a adopté en mars 1993 une loi[3] d'encouragement à l'allaitement maternel qui autorise l'allaitement en public. Il y est notamment stipulé que le fait d'allaiter un nourrisson au sein ne constitue pas une violation des interdictions en matière d'obscénité, n'est pas préjudiciable aux mineurs et n'est pas assimilable à une nudité ou à un comportement sexuel contraire à la loi. La loi se réfère à la recommandation du Surgeon General des Etats-Unis tendant à ce que les enfants soient allaités au sein de la naissance jusqu'à l'âge d'un an, sauf contre-indication médicale, et au fait que l'OMS et l'UNICEF considèrent l'allaitement maternel comme l'un des objectifs fondamentaux de la décennie. Qualifiant l'allaitement maternel "d'acte important et fondamental de nutrition devant être encouragé dans l'intérêt de la santé de la mère et de l'enfant ainsi que des valeurs familiales", la loi dispose qu'une femme "peut allaiter son enfant au sein en tout lieu, public ou privé, où la mère est autorisée à se trouver, sauf dispositions contraires, indépendamment du fait que le mamelon du sein de la mère est découvert ou non au cours ou à l'occasion de l'allaitement".

---

[1] *Recueil international de Législation sanitaire*, **43**(4) : 818-820 (1992).

[2] *Recueil international de Législation sanitaire*, **44**(1) : 65 (1993).

[3] *Recueil international de Législation sanitaire*, **44**(3) : 494-495 (1993).

24. Au **Venezuela**, le décret présidentiel[1] N° 2717 du 22 décembre 1992 établit un comité interministériel permanent de l'allaitement au sein qui est chargé de la formulation et de la coordination de la politique nationale de l'allaitement maternel. Y participent notamment des représentants d'associations nationales de pédiatres, d'obstétriciens et de gynécologues, des industries laitières et pharmaceutiques et de l'UNICEF et de l'OMS/OPS.

L'initiative des hôpitaux "amis des bébés"

25. L'initiative des hôpitaux "amis des bébés" a été lancée par l'OMS et l'UNICEF en juin 1991 lors d'une réunion de l'Association internationale de Pédiatrie qui s'est tenue à Ankara. En septembre 1991, les Directeurs généraux de l'OMS et de l'UNICEF ont adressé à tous les chefs d'Etat une lettre conjointe pour les inviter à contribuer au renversement de la tendance mondiale à l'abandon de l'allaitement maternel. La protection, la promotion et l'appui de l'allaitement maternel dans les maternités et hôpitaux consistent à mettre fin aux pratiques dont on sait qu'elles entravent le commencement et la poursuite de l'allaitement, notamment le fait de séparer le nouveau-né en bonne santé de sa mère, de donner de l'eau sucrée au nouveau-né et de fournir aux maternités et aux hôpitaux des préparations pour nourrissons gratuitement ou à prix réduit (paragraphes 141 à 153).

DIX CONDITIONS POUR LE SUCCES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

1. *Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.*
2. *Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.*
3. *Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.*
4. *Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.*
5. *Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.*
6. *Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.*
7. *Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.*
8. *Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.*
9. *Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.*
10. *Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.*

26. L'OMS et l'UNICEF aident les autorités nationales chargées de désigner les maternités et hôpitaux "amis des bébés" en publiant des critères d'évaluation internationaux, en fournissant des lignes directrices pour les programmes, en mettant au point des manuels de formation et d'autres matériels et en appuyant

[1] *Recueil international de Législation sanitaire*, 44(4) : 684 (1993).

des activités de formation connexes (paragraphes 49 à 52). L'initiative est fondée sur les principes décrits dans la déclaration conjointe OMS/UNICEF sur l'allaitement maternel et le rôle spécial des services liés à la maternité (paragraphe 58), dont les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* constituent la synthèse (voir l'encadré ci-dessus). La stratégie que l'OMS et l'UNICEF utilisent pour contribuer à atteindre les buts et cibles mondiaux de l'allaitement maternel de la Déclaration "Innocenti" (voir l'encadré ci-dessous) se fonde sur les avantages techniques et programmatiques dont jouissent les deux organisations, l'engagement des dirigeants mondiaux en faveur des objectifs du Sommet mondial pour l'enfance (paragraphe 2)[1] et de la Convention relative aux droits de l'enfant, et la coopération d'un grand nombre d'organisations non gouvernementales.

OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA DECLARATION "INNOCENTI"

Une réunion de responsables politiques gouvernementaux de plus de 30 pays développés et en développement, tenue à Florence en juillet 1990, a adopté la Déclaration "Innocenti" sur la protection, la promotion et l'appui de l'allaitement maternel. Dans sa résolution WHA45.34, la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a instamment invité les Etats Membres à donner tout leur sens aux objectifs opérationnels définis dans la Déclaration "Innocenti" d'ici 1995, et cela :

- *en désignant un coordonnateur national pour l'allaitement au sein et en constituant un comité multisectoriel pour la promotion de l'allaitement au sein;*
- *en veillant à ce que chaque établissement assurant des prestations de maternité applique les principes énoncés dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF;*
- *en prenant des mesures pour donner effet aux principes et au but du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel;*
- *en adoptant une législation et des mesures d'application visant à protéger le droit des femmes qui travaillent à allaiter leurs enfants.*

27. Selon les informations disponibles, en décembre 1992 les autorités compétentes de tous les pays en développement avaient évalué la situation générale et 860 hôpitaux devaient obtenir le label "amis des bébés", dont 142 avaient été désignés et 142 autres avaient obtenu un certificat d'engagement. En septembre 1993, le nombre des hôpitaux ayant reçu un tel certificat était passé à près de 800. Les pays asiatiques sont à la pointe des efforts visant à transformer les services de maternité sur la base des critères mondiaux de l'initiative, notamment la **Chine**[2] avec 207 établissements, l'**Indonésie** avec 97, les **Philippines** avec 102 et la **Thaïlande** avec 45. La **République de Corée** a l'intention de subordonner l'autorisation d'ouvrir de nouveaux hôpitaux aux mesures prises pour placer le nouveau-né auprès de la mère, alors que les établissements plus anciens recevront des incitations financières pour les amener à modifier leurs aménagements. Les autorités s'attendent à ce qu'il y ait 60 hôpitaux "amis des bébés" à fin 1993, et 500 d'ici l'an 2000. A la demande de la Coalition pour la protection de la femme et de l'enfant, le Gouvernement du **Tamil Nadu** - un Etat de l'Inde peuplé de 40 millions d'habitants - a ordonné, en janvier 1993, à toutes

[1] La Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, après avoir examiné les mesures à prendre pour donner suite au Sommet mondial pour l'enfance organisé par l'UNICEF (New York, septembre 1990), a prié le Directeur général de suivre les résultats obtenus dans le domaine de la santé de l'enfant dans tous les pays, y compris la réalisation des objectifs de la Déclaration "Innocenti" (résolution WHA44.33).

[2] Voir "Vers des hôpitaux 'amis des bébés' : l'exemple chinois". *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, **68**(20) : 145-146 (1993). Si l'on comptait 21 établissements "amis des bébés" en décembre 1992, on en a annoncé 186 autres à la cérémonie de désignation des hôpitaux "amis des bébés" qui a eu lieu dans le cadre du Congrès international sur la santé maternelle et infantile et la planification familiale le 26 octobre 1993, parrainé par le Ministère chinois de la Santé publique, l'UNICEF, le FNUAP et l'OMS.

les maternités publiques (dans lesquelles ont lieu 65 à 70 % des accouchements) d'appliquer l'initiative. L'Hôpital des Enfants de Tallinn, en **Estonie**, élargit et adapte les principes de l'initiative pour tenir compte des besoins spéciaux en cas d'insuffisance pondérale à la naissance et de maladies du nouveau-né. De même, en **Ouganda**, on a décidé d'ajouter deux conditions aux dix conditions initiales - concernant le BCG et la vaccination antipoliomyélitique, ainsi que l'établissement d'une fiche de santé avant la sortie de la maternité. En **Pologne**, sept hôpitaux ont commencé à apporter les modifications nécessaires aux installations pour se conformer aux normes de l'initiative. En **Afrique du Sud**, le Witwatersrand Breastfeeding Liaison Group (Groupe de liaison pour l'allaitement maternel du Witwatersrand) a organisé la sixième semaine nationale de l'allaitement au sein, du 6 au 13 mars 1993, sur le thème de l'initiative et de la promotion des dix conditions que les autorités sanitaires nationales ont adoptées comme politique officielle en 1990. Parmi les matériels promotionnels distribués à cette occasion, figuraient 300 exemplaires du tiré à part sud-africain de la déclaration conjointe OMS/UNICEF sur l'allaitement maternel et le rôle spécial des services liés à la maternité (paragraphe 58). Pendant ce temps, aux **Etats-Unis d'Amérique**, la Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition (Coalition des mères et des nourrissons en bonne santé) examine, grâce à une subvention du Département de la Santé et des Services de Santé, les critères et le processus d'évaluation de l'initiative mondiale. Un groupe d'experts, composé de représentants de principaux responsables des soins de santé et d'organisations d'administration hospitalière et d'experts techniques de l'allaitement maternel, est en train de décider s'il faut apporter des modifications pour appliquer l'initiative aux Etats-Unis d'Amérique et lesquelles. S'il ne sera procédé à aucun examen d'établissement ni à aucune désignation avant la fin des travaux du groupe d'experts en 1994, les hôpitaux sont encouragés à améliorer les pratiques en faveur de l'allaitement maternel en demandant un certificat d'intention fondé sur l'autodésignation.

28. En très peu de temps, l'initiative est parvenue à mobiliser les responsables nationaux, les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales, les médias, les mères et le grand public dans au moins 125 pays et territoires, ce qui témoigne bien de l'universalité des principes de l'initiative, qui s'appliquent *partout* où des services liés à la maternité sont offerts. Relever les remarquables résultats obtenus dans des pays aussi nombreux et en faire part constitue déjà en soi un défi, vu le volume d'informations produites. L'UNICEF publie un bulletin d'information mensuel, *BFHI News*,[1] alors que l'OMS réunit des données pour récapituler les mesures prises dans le monde entier au cours des deux premières années de l'initiative.

Semaine mondiale de l'allaitement maternel

29. L'Alliance mondiale pour l'Allaitement maternel (WABA)[2] est un réseau mondial d'organisations non gouvernementales, dont plusieurs entretiennent des relations officielles avec l'OMS, établi en 1991 pour protéger le droit de tous les enfants et de toutes les mères à l'allaitement au sein. L'Alliance intervient par l'intermédiaire de groupes spéciaux responsables des approches interdépendantes du programme, notamment la mobilisation sociale, la recherche, les pratiques en soins de santé, l'éducation et la formation (paragraphes 49 à 61), les groupes d'appui aux mères, les femmes et le travail (paragraphes 63 à 67), et le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (paragraphes 68 à 158). Dans le cadre de la stratégie mondiale de mobilisation visant à mieux sensibiliser le public à l'importance de l'allaitement maternel et à contribuer à la réalisation des buts de la Déclaration "Innocenti" (paragraphe 26), l'Alliance a organisé deux fois déjà la Semaine mondiale de l'allaitement maternel, du 1er au 7 août, les thèmes pour 1992 et 1993 étant, respectivement, l'initiative des hôpitaux "amis des bébés" et les femmes, le travail et l'allaitement maternel (paragraphes 63 à 67). Conscient de l'importance de cet événement et de l'accent mis sur la sensibilisation et l'incitation aux mesures communautaires dans le monde entier, le Directeur général a tenu à adresser à toutes les parties concernées des messages spéciaux sur les thèmes retenus. L'OMS a également participé aux mesures prises localement pour marquer la

[1] *BFHI News* est publié par la Division de l'Information de l'UNICEF, 2 United Nations Plaza, H-9F, New York, NY, 10017, Etats-Unis d'Amérique.

[2] L'Alliance mondiale pour l'Allaitement maternel, Boîte postale 1200, 10850 Penang, Malaisie.

Semaine dans plusieurs pays - plus de 70 auraient célébré la semaine en 1993 - et contribué à la distribution mondiale par les six bureaux régionaux des pochettes de l'Alliance en anglais, en espagnol et en français. L'Alliance a choisi comme thème de la Semaine mondiale de l'allaitement au sein de 1994 le Code international et sa contribution à la protection de l'allaitement maternel.

Action d'autres parties concernées

Groupe de consommateurs

30. **La Ligue internationale La Leche** (LLLI),[1] par son réseau bénévole de plus de 7500 chefs de file et 30 000 membres dans 48 pays, s'efforce de faire augmenter l'incidence et la durée de l'allaitement au sein dans le monde et vise à la réalisation des cibles opérationnelles de la Déclaration "Innocenti" (paragraphe 26), du plan d'action du Sommet mondial pour l'enfance (paragraphe 2), et la Déclaration mondiale et le plan d'action pour la nutrition (paragraphe 2). La Ligue, dans la meilleure des traditions d'autoassistance, se consacre à aider les mères allaitantes à s'apporter un appui réciproque. Elle contribue depuis de nombreuses années aux programmes pertinents de l'OMS y compris la nutrition, la santé maternelle et infantile et la lutte contre les maladies diarrhéiques; elle a été admise aux relations officielles avec l'OMS en janvier 1993. L'OMS coopère avec La Ligue La Leche (Europe) à la préparation de sa première réunion régionale européenne qui doit se tenir à Vienne en juillet 1994.

Organismes professionnels et autres organismes techniques

31. Pour répondre à l'inquiétude croissante que suscite un déclin de l'allaitement au sein, la **Confédération internationale des Sages-Femmes**[2] a adopté, à son congrès international tenu à Sydney en 1984, une politique soulignant la grande et urgente nécessité pour les sages-femmes de faire de plus grands efforts pour que davantage de bébés soient nourris au sein. L'accent a été mis sur le droit de tous les bébés à être nourris au sein pendant au moins leurs six premiers mois d'existence; le droit de toutes les mères à recevoir des avis, une aide, un encouragement et des conseils adéquats pour bien allaiter leur enfant; le droit de toutes les familles à des informations exactes sur tous les aspects de l'allaitement au sein; et le rôle unique et capital de la sage-femme dans la promotion de l'allaitement au sein. Le Comité exécutif de la Confédération a réitéré ces principes à Vancouver, en mai 1993, en tant que stratégie importante pour la survie de l'enfant, présentant d'importants avantages pour la santé de la mère, et a invité instamment les sages-femmes à promouvoir l'allaitement au sein et à aider les mères par l'éducation et les avis pratiques; à encourager la fourniture de services pour aider les femmes à continuer d'allaiter; et à apprendre à d'autres professionnels de la santé, aux élèves sages-femmes et aux agents de santé auxiliaires l'art et la pratique de l'allaitement.

32. Les presque 3000 membres dans 25 pays sur cinq continents de l'**Association internationale de Conseil en Allaitement**[3] sont des consultants en allaitement, des conseillers en allaitement non médicaux et des professionnels de divers domaines qui assurent une formation continue en matière d'allaitement au sein. L'Association a été admise aux relations officielles avec l'OMS en janvier 1993 étant donné sa collaboration technique continue avec un certain nombre de programmes techniques, en particulier le programme pour la nutrition et le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. L'Association collabore aux activités mondiales de l'initiative des hôpitaux "amis des bébés", en particulier aux activités de formation et d'évaluation; elle contribue aussi aux documents et publications de l'OMS et se fait l'avocat de l'application universelle du Code international.

---

[1] La Leche League International, Boîte postale 1209, Franklin Park, Illinois 60131-8209, Etats-Unis d'Amérique.

[2] Organisation non gouvernementale en relations officielles avec l'OMS. International Confederation of Midwives, 10 Barley Mow Passage, Chiswick, Londres W4 4PH, Grande-Bretagne.

[3] Association internationale de Conseil en Allaitement, 201 Brown Avenue, Evanston, Illinois 60202-3601, Etats-Unis d'Amérique.

33. Depuis 1984, de nombreux membres tant de l'Association que de La Ligue internationale La Leche - mais aussi des médecins libéraux, des infirmières, des sages-femmes et d'autres personnels - ont suivi une formation pour devenir des consultants en allaitement certifiés par l'**International Board of Lactation Consultant Examiners**.[1] Ce titre fait comprendre que la personne concernée est non seulement favorable à l'allaitement au sein mais aussi qu'elle est qualifiée pour gérer techniquement les problèmes non médicaux qui sont les causes principales des échecs en matière d'allaitement. Avant septembre 1993, un total de près de 4000 personnes de 30 pays avaient obtenu le certificat délivré par cet organisme. En juillet 1994, l'examen pour l'obtention du certificat aura lieu dans quelque 40 villes des Etats-Unis d'Amérique, 7 au Canada, 5 en Europe, 10 en Australie, 2 en Nouvelle-Zélande et une respectivement en Colombie, à Hong Kong, à Singapour, en Afrique du Sud et au Zimbabwe; les langues utilisées seront l'allemand, l'anglais, l'espagnol, le français ou le néerlandais.

Allaitement au sein et espacement des naissances[2]

34. L'OMS et l'Institute of Reproductive Health à l'Université de Georgetown, un centre collaborateur OMS, préparent une synthèse des études sur l'allaitement maternel et la fécondité effectuées dans 10 pays sur la base de la méthodologie simplifiée de l'OMS.[3] Il s'agit de donner des exemples d'utilisation de la méthodologie et de déterminer les modifications éventuelles à apporter à la lumière de l'expérience acquise. Avec l'aide de l'Institut et le concours financier du FNUAP, l'OMS a mis au point une brochure destinée aux agents de santé chargés de former et de conseiller les femmes et les couples sur les méthodes naturelles de régulation de la fécondité.[4]

Aspects économiques de l'allaitement maternel

35. L'introduction de l'allaitement maternel et le placement des nouveau-nés auprès de leur mère à la maternité du Jose Fabella Memorial Hospital de Manille - qui accueille 320 nouveau-nés et où l'on compte en moyenne 100 accouchements par jour - a permis d'économiser la première année l'équivalent de 8 % de l'ensemble du budget de l'hôpital. Cet exemple et d'autres exemples de modification des habitudes de soins de santé dans le sens d'une meilleure rentabilité, conformément aux principes de l'initiative, laissent penser qu'il est utile d'évaluer les coûts financiers et les économies directement liées à l'allaitement au sein dans les maternités et les hôpitaux. L'OMS propose d'y procéder en mettant au point un cadre simple d'évaluation des coûts monétaires directs de l'allaitement maternel comparativement aux coûts d'installations types en pouponnière et pour l'allaitement au biberon. La cible primaire serait constituée par les administrateurs et les responsables des différents établissements, l'objectif global étant de fournir aux administrateurs de santé un instrument facilitant les prises de décisions opérationnelles et la planification des installations. La collecte de données pour les comparaisons à l'intérieur d'un pays et interpays des coûts et des économies directement imputables à l'allaitement maternel serait un objectif secondaire. Dans la mesure où les ressources le permettent, l'OMS est disposée à élaborer des lignes directrices à cette fin en consultation avec l'UNICEF et les autres parties concernées.

---

[1] L'International Board of Lactation Consultant Examiners, Inc. (2315 Wickersham Cove, Germantown, Tennessee 38139, Etats-Unis d'Amérique) est une association à but non lucratif établie pour mettre sur pied et administrer un programme de certification volontaire de consultants en allaitement.

[2] Voir aussi *Allaitement maternel et espacement des naissances*, LE POINT SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON, N° 2, novembre 1992 (publié en anglais, en espagnol et en français). Cette publication permet de faire connaître les résultats des activités du groupe de travail mondial de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson (paragraphe 5) à la communauté sanitaire internationale et au grand public. S'adresser à la Division des Maladies diarrhéiques et des Infections respiratoires aiguës, OMS, 1211 Genève 27, Suisse.

[3] Allaitement maternel et fécondité : Méthodologie simplifiée pour calculer, sur une base communautaire et en fonction du mode d'allaitement, la proportion des mères exposées au risque de conception (document MCH/85.15 Rev.1).

[4] *Natural family planning: what health workers need to know* (document WHO/MCH/FPP/93.2, en anglais seulement).

36. A mesure que les épidémiologistes améliorent leurs compétences et leurs instruments pour comprendre les effets du mode d'alimentation sur la santé et le développement de l'enfant, les économistes de la santé devraient renforcer leur contribution et en tenir compte dans leurs calculs. En étudiant les coûts des modes d'alimentation du nourrisson, on se borne trop souvent à compter les boîtes de préparations pour nourrissons et à calculer le prix des ustensiles et du matériel connexes et le temps qu'il faut pour préparer et administrer un substitut du lait maternel. Les informations obtenues de pays développés comme de pays en développement indiquent que la comparaison du coût/efficacité de l'allaitement maternel et de l'allaitement artificiel est en fait beaucoup plus complexe.

37. Une morbidité beaucoup plus faible par maladie infectieuse et une réduction des allergies chez les enfants ayant des antécédents familiaux d'atopie sont deux des nombreux avantages de l'allaitement maternel qu'on a pu constater dans les pays développés. Il apparaît de plus en plus clairement que l'effet bénéfique de l'allaitement maternel sur la santé ouvre la perspective pratique encore inexploitée de réduire les coûts de la santé dans ces pays. D'après le Centre national de Statistiques sanitaires des Etats-Unis d'Amérique, on compte chaque année dans ce pays 87,4 millions de consultations pédiatriques. Plus de 23 millions de ces consultations sont dues à trois symptômes - toux, fièvre et otalgie - qui figurent justement parmi ceux que l'allaitement maternel contribue à éviter ou à réduire. Les autorités de la santé de l'Etat de Floride (Etats-Unis d'Amérique) estiment à US $25 millions le montant des économies annuelles qu'on pourrait réaliser dans le domaine des allocations au titre de la santé et de l'aide sociale aux mères et aux enfants si la nouvelle loi d'appui à l'allaitement maternel (paragraphe 23) atteint son objectif. On ne peut que commencer à spéculer sur les effets d'un développement plus satisfaisant à différents âges chez les prématurés nourris au sein comparativement à un groupe témoin nourri artificiellement.[1] Le fait que des générations entières de nourrissons dans les pays industrialisés sont nourris "avec succès" au moyen de préparations ne signifie pas qu'on a compris tous les effets de ce mode d'alimentation sur leur santé et leur développement et les coûts qui en résultent pour tous les intéressés.

38. Comme on l'a noté dans le *Huitième rapport de la situation sanitaire dans le monde*,[2] sur les 140 millions d'enfants nés chaque année, on compte près de 4 millions de décès dans les heures ou les jours suivant la naissance dus à des causes périnatales. Environ 95 % de ces décès surviennent dans les pays en développement. On estime que les infections respiratoires aiguës constituent la première cause de mortalité infanto-juvénile, provoquant la mort de 4,3 millions d'enfants de moins de cinq ans chaque année. Près de 20 %, c'est-à-dire 800 000, de ces décès sont dus à une pneumonie au cours de la période néonatale. Les maladies diarrhéiques demeurent une cause majeure de morbidité et de mortalité chez le nourrisson et le jeune enfant puisqu'on compte chaque année 1,5 milliard d'épisodes et plus de 3 millions de décès chez les moins de cinq ans. Ce terrible gaspillage en vies humaines et l'angoisse que suscitent ces maladies pour les familles figurent parmi les nombreux "coûts" auxquels des pratiques d'alimentation inappropriées contribuent largement. L'OMS estime qu'un allaitement maternel efficace permettrait d'éviter quelque 1,5 million de décès de nourrissons chaque année.

39. L'allaitement au sein a également des conséquences importantes à court et à long terme du point de vue de la mère. Il favorise la santé de la mère en réduisant le risque d'hémorragie post-partum lorsque l'allaitement commence dans l'heure suivant la naissance, contribue à la protéger contre le cancer de l'ovaire et du sein, réduit le risque d'anémie et favorise l'espacement des naissances puisque l'allaitement exclusif maintient l'aménorrhée (paragraphe 34). L'analyse de l'effet de ces multiples avantages - ou de leur absence - du point de vue économique permettrait de bien mieux comprendre les avantages relatifs des divers modes d'alimentation du nourrisson et leurs conséquences financières et autres, aussi bien pour les parents, les enfants, les familles et les employeurs (paragraphes 63 à 67) que pour la société dans son ensemble.

---

[1] Lucas, A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*, **339**: 261-264 (1992).

[2] *Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : deuxième évaluation*. Volume 1 : Analyse mondiale. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1993.

L'allaitement au sein et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

40. Avec la prévalence croissante de l'infection à VIH dans le monde, de plus en plus de femmes en âge de procréer sont infectées et peuvent ainsi transmettre l'infection au foetus ou au nouveau-né. Un tiers environ des enfants nés de mères VIH-positives dans le monde sont infectés. Une grande partie de la transmission de la mère à l'enfant intervient pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, mais les données récentes confirment que la transmission par l'allaitement maternel est également possible.

41. L'OMS et l'UNICEF ont organisé conjointement une consultation technique en 1992 pour envisager toutes les données disponibles sur la transmission du VIH et l'allaitement maternel. La consultation a conclu[1] que, là où les maladies infectieuses et la malnutrition constituent la principale cause de décès des nourrissons, on doit généralement conseiller à la mère d'allaiter son enfant. En effet, le risque de transmission du VIH par le lait maternel est alors probablement plus faible que le risque de décès par d'autres causes si l'enfant n'est pas nourri au sein. Les femmes se sachant VIH-positives, qui se trouvent dans cette situation et qui seraient en mesure de recourir à une autre méthode adéquate d'alimentation du nourrisson, doivent demander conseil aux prestateurs de soins de santé pour choisir le mode d'alimentation du nourrisson qui présente le moins de risques. En revanche, là où les maladies infectieuses ne constituent pas la principale cause de décès pendant la première année de vie et où le taux de mortalité infantile est faible, la consultation a conclu qu'il faut généralement conseiller aux femmes enceintes dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH de ne pas allaiter leur enfant et d'avoir recours à des modes d'alimentation sans danger; les femmes doivent avoir la possibilité de subir, sur une base volontaire et dans le respect de la confidentialité, un test VIH avec conseils pré- et post-tests et être encouragées à le subir avant l'accouchement.

PROMOTION ET SOUTIEN DE PRATIQUES APPROPRIEES ET OPPORTUNES D'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE (SEVRAGE) AVEC UTILISATION DES RESSOURCES ALIMENTAIRES LOCALES

Mieux comprendre la base scientifique de l'allaitement au sein exclusif, formule idéale pour l'alimentation du nourrisson

42. Le concept d'"allaitement maternel exclusif" - qui consiste à ne donner au nourrisson aucun autre aliment ou liquide que le lait maternel, pas même de l'eau, au cours des quatre à six premiers mois de la vie[2] - est consacré par la Déclaration "Innocenti" (paragraphe 26). Mais, malheureusement, l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois reste un objectif difficile à atteindre, même dans les milieux les plus favorables à cette idée (Tableau 3). Les parents comme les agents de santé, même s'ils sont convaincus de son bien-fondé, peuvent avoir beaucoup de mal à appliquer le principe dans la vie de tous les jours, que ce soit en raison de la tradition qui impose d'administrer d'autres liquides ou aliments pendant cette période, par ignorance des véritables besoins nutritionnels du nourrisson, ou à cause d'autres facteurs sociaux ou économiques. Quoi qu'il en soit, la morbidité et la mortalité infantiles dans ce groupe d'âge sont plus fortes - et souvent beaucoup plus fortes - que cela ne serait le cas si les nourrissons étaient exclusivement nourris au sein pendant les quatre à six premiers mois.

---

[1] Déclaration de consensus à l'issue de la consultation OMS/UNICEF sur la transmission du VIH et l'allaitement au sein (Genève, 30 avril-1er mai 1992). *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, **67**: 177-184 (1992).

[2] Pour un résumé des recommandations de l'OMS sur l'allaitement maternel et les liquides complémentaires, voir *Allaitement au sein et utilisation de l'eau et des tisanes*, LE POINT SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON, N° 1, août 1992. Voir aussi *Recommended length of exclusive breastfeeding, age of introduction of complementary foods and the weanling dilemma* (document WHO/CDD/EPD/92.5, en anglais seulement).

TABLEAU 3. PROPORTION DES NOURRISSONS EXCLUSIVEMENT NOURRIS JUSQU'A TROIS MOIS DANS DIFFERENTS PAYS EN DEVELOPPEMENT

		%
Burundi	-	89
Ouganda	-	70
Bolivie	-	59
Maroc	-	48
Botswana	-	41
Indonésie	-	39
Mexique	-	38
Egypte	-	38
Jamaïque	-	35
Jordanie	-	32
Pérou	-	32

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, et OMS.

43. On dispose d'importantes données scientifiques complémentaires fondées sur deux années de travaux préparatoires par un Comité d'experts de l'Utilisation et de l'Interprétation de l'Anthropométrie, convoqué par l'OMS (Genève, 1er-8 novembre 1993) pour examiner les principaux problèmes à régler, notamment les données de référence concernant les femmes enceintes et allaitantes, la croissance du foetus, le nourrisson, l'enfant, l'adolescent, l'adulte et les personnes âgées ainsi que les principes directeurs pour l'utilisation et l'interprétation.[1] Les travaux du sous-comité sur les nourrissons laissent nettement penser que le cadre de référence actuel de l'OMS concernant la croissance des nourrissons, qui est fondé sur une population nourrie avant tout au biberon, n'est pas approprié et que son application entrave la promotion de l'allaitement au sein exclusif pendant les quatre à six premiers mois.

44. En examinant les données sur la croissance des nourrissons pour lesquels les recommandations de l'OMS sont suivies et qui vivent dans des conditions favorables, le sous-comité a constaté des différences significatives entre la courbe de croissance de ces nourrissons et celle du cadre de référence international actuel. L'une des conséquences indésirables de telles comparaisons tient au fait que la mère allaitante et le prestateur de soins de santé peuvent facilement croire que la croissance d'un enfant nourri au sein faiblit alors que ce n'est pas le cas. On risque alors d'introduire prématurément des aliments solides et de faire croire à tort à la mère que son lait ne répond pas aux besoins nutritionnels de l'enfant. Le risque pour l'enfant est alors double : morbidité et mortalité accrues par maladies infectieuses, notamment dans des conditions de surpeuplement et d'assainissement laissant à désirer, et atteinte à l'état nutritionnel. Le prestateur de soins peut aussi penser qu'un véritable retard de croissance chez un enfant nourri au sein ne représente que le "déficit normal" de croissance qu'on constate en comparant l'enfant nourri au sein à la population de référence actuelle. Vu les graves conséquences des retards de croissance à court et à long terme, les dangers liés aussi bien à l'introduction prématurée d'autres aliments qu'à une introduction tardive - ce qu'on appelle souvent le "dilemme du sevrage" - méritent de continuer à retenir l'attention. En utilisant les données de référence actuelles de l'OMS, il semble plus difficile encore d'éviter ces deux écueils et de veiller à une prise en charge nutritionnelle optimale du nourrisson. Il apparaît donc clairement qu'il faut réviser le système de référence et l'OMS doit réunir dans les meilleurs délais les données nécessaires à cette fin.

[1] *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of an expert committee.* Genève, Organisation mondiale de la Santé (en préparation).

Problèmes de salubrité des aliments et alimentation du nourrisson et du jeune enfant

45. Afin de faire prendre davantage conscience de l'importance de la salubrité des aliments pour la prévention de la diarrhée, l'OMS a procédé à un examen[1] poussé du rôle des aliments dans la transmission des agents de la diarrhée. Un document récent de l'OMS énonce des principes fondamentaux pour la préparation hygiénique des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants.[2] Pour donner suite à une consultation tenue en 1987 sur l'éducation sanitaire en matière de salubrité des aliments, l'OMS a mis à l'essai, dans des projets pilotes menés en Argentine, au Guatemala, en Indonésie, au Pakistan, au Pérou et au Venezuela[3], une méthodologie éducative visant à promouvoir un comportement respectueux de l'hygiène chez tous ceux qui préparent des aliments. Dans le cadre du programme mixte FAO/OMS des normes alimentaires, la Commission du Codex Alimentarius a adopté en 1991 des *Directives sur les préparations alimentaires d'appoint destinées aux nourrissons du deuxième âge et aux enfants en bas âge.*

46. Il est important de surveiller la présence de mycotoxines, de résidus de pesticides et de polluants industriels dans le lait maternel et d'autres aliments destinés aux enfants, étant donné l'association entre l'ingestion de contaminants, auxquels les nourrissons et les enfants peuvent être particulièrement sensibles, et des maladies non transmissibles aiguës et chroniques. L'OMS, en collaboration avec le PNUE et la FAO, exécute le programme de surveillance et d'évaluation de la contamination des aliments (GEMS/Food). Son objectif : fournir aux gouvernements et aux institutions et organismes concernés des informations exactes et à jour sur les niveaux et les tendances des contaminants dans les aliments, leur contribution à l'exposition humaine totale, et leur importance du point de vue de la santé publique et du commerce.[4] L'OMS est en train de procéder à un examen des concentrations en contaminants chimiques dans le lait maternel afin de fournir aux gouvernements les données de base nécessaires pour prendre des mesures qui permettront de protéger les nourrissons et les enfants.

47. L'intérêt pour les techniques traditionnelles de traitement des produits alimentaires, en ce qui concerne les aliments de sevrage, réside dans leur potentiel de réduction de la contamination par des germes pathogènes et d'accroissement de la densité énergétique. L'OMS a procédé à l'analyse[5] critique des connaissances existant à cet égard, en se référant plus particulièrement au maltage et à la fermentation, et notamment à l'examen de leur prévalence, de leur efficacité comme moyen d'accroître la densité énergétique, et de leur acceptabilité. Une étude menée avec le soutien de l'OMS dans le nord-est du Brésil a porté sur les pratiques en matière d'alimentation des nourrissons dans une population périurbaine pauvre et sur le rôle de ces pratiques dans la prévention et le traitement de la diarrhée. Ces questions et des questions apparentées, y compris la production locale d'aliments de sevrage, doivent être étudiées lors d'un atelier interpays sur l'amélioration des pratiques de sevrage organisé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (décembre 1993).

---

[1] Motarjemi, Y. et al. Contaminated weaning food: a major risk factor for diarrhoea and associated malnutrition. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* 71(1) : 79-92 (1993) (disponible en anglais, français et espagnol auprès du service Salubrité des Aliments, OMS, Genève). Voir également le N° 3 (avril 1993) de LE POINT SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON, qui résume la question.

[2] Contaminated food: a hazard for the very young. *Forum mondial de la Santé* (en préparation).

[3] *Application of the Hazard Analysis Critical Point system for the improvement of food safety. WHO-supported case studies on food prepared in homes, at street-vending operations and in cottage industries* (document WHO/HPP/FOS/93.1, anglais seulement).

[4] Pour des renseignements sur les apports estimatifs totaux dans l'alimentation dans les années 80, en ce qui concerne les pesticides, les PCB, le plomb, le cadmium et le mercure, voir *Assessment of dietary intake of chemical contaminants* (document WHO/HPP/FOS/92.6).

[5] Ashworth, A. & Draper, A. *The potential of traditional technologies for increasing the energy density of weaning foods* (document WHO/CDD/EDP/92.4).

Recherche sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

48. L'OMS soutient un programme de recherche, à vaste assise géographique et technique, sur les approches à utiliser pour promouvoir de meilleures pratiques en matière d'alimentation et une meilleure nutrition. Des études ont été achevées ou sont encore en cours dans les domaines de l'allaitement au sein, de l'alimentation complémentaire et de la supplémentation en vitamine A et autres micronutriments. Par exemple, une analyse[1] de l'information disponible sur le moment où doit intervenir l'alimentation complémentaire, achevée en 1992, a reconfirmé la validité de la recommandation d'une fourchette de quatre à six mois compte tenu des besoins de chaque nourrisson du point de vue de la croissance et du développement. Par ailleurs, l'analyse a signalé l'importance de poursuivre les recherches pour mieux comprendre les risques et avantages que présente l'introduction de l'alimentation complémentaire entre quatre et six mois. En 1993, une consultation informelle a été chargée de déterminer les priorités de recherche en matière d'alimentation complémentaire.[2]

RENFORCEMENT DE L'EDUCATION, DE LA FORMATION ET DE L'INFORMATION CONCERNANT L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Activités de formation liées à l'initiative des hôpitaux "amis des bébés"

49. L'OMS estime que l'un des moyens les plus efficaces pour atteindre la deuxième cible opérationnelle de la Déclaration "Innocenti" - application par tous les établissements assurant des prestations de maternité des principes énoncés dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement maternel et le rôle des services de maternité - est de former à cette fin les agents de santé et les administrateurs sanitaires. S'appuyant sur l'initiative, l'OMS s'efforce de mettre au point une stratégie globale de formation en matière d'allaitement au sein et de gestion de l'allaitement, en étroite collaboration avec l'UNICEF et d'autres organismes et organisations intéressés. Il s'agit de contribuer à la constitution d'une masse critique de formateurs et de personnels formés à la gestion de l'allaitement au sein en mettant l'accent sur le soutien, dans les pays et les régions, aux grandes maternités et institutions responsables de la santé maternelle et infantile.

50. Depuis 1991, l'OMS, en coopération avec l'UNICEF, travaille à l'élaboration d'un cours de 40 heures de formation au conseil en matière d'allaitement maternel pour les agents de santé responsables des soins aux mères et aux jeunes enfants dans les centres de santé, les maternités et les hôpitaux.[3] L'accent y est mis sur les compétences cliniques et interpersonnelles nécessaires pour aider les mères à réussir à allaiter efficacement. Des conférences et des séances pratiques alternent avec des démonstrations, des séances en petits groupes et des jeux de rôle. Le cours est structuré selon l'expérience qui a montré que 40 heures est le temps minimum requis pour apporter des modifications significatives dans les attitudes des agents de santé et améliorer leurs pratiques. Le cours a été prétesté d'abord aux Philippines puis en Jamaïque et au Bangladesh, et a été précédé d'une session préparatoire de cinq jours organisée pour quatre ou cinq formateurs locaux qui ont ensuite conduit le cours sous supervision. Le premier cours officiel dans un pays aura lieu en République islamique d'Iran en décembre 1993. Outre qu'il doit promouvoir l'initiative des hôpitaux "amis des bébés", le cours doit permettre à un noyau plus spécialisé d'agents de santé d'acquérir les compétences nécessaires pour soutenir les mères pendant la période de deux ans ou plus qui a été recommandée pour l'allaitement au sein.

---

[1] *Recommended length of exclusive breastfeeding, age of introduction of complementary foods and the weanling dilemma* (document WHO/CDD/EPD/92.5).

[2] *Report on the joint CDD/NUT informal consultation: improving complementary feeding practices for the prevention of diarrhoea* (document non publié).

[3] *Breastfeeding counselling: a training course* (documents WHO/CDR/93.3-93.6, disponibles en anglais; espagnol et français en préparation).

51. L'OMS et l'UNICEF, en collaboration avec Wellstart International (centre collaborateur de l'OMS) et l'Alliance mondiale pour l'Allaitement maternel (paragraphe 29), ont organisé un atelier sur la gestion de l'allaitement et sur l'initiative des hôpitaux "amis des bébés" à l'intention de participants des pays d'Europe orientale et centrale (Saint-Pétersbourg, août-septembre 1993). Des décideurs, des professionnels de la santé, des chercheurs, des experts en gestion de l'allaitement et d'autres membres de groupes de soutien aux mères - 60 personnes de 24 pays - ont pris part à trois sessions consécutives : la première était destinée à former un noyau de personnes chargées d'aider les autres pays; la deuxième à déterminer les lacunes dans la connaissance de la gestion de l'allaitement au sein et remplir ces lacunes; et la troisième à présenter l'initiative. L'atelier a aussi fourni l'occasion de mettre au point des éditions en langue russe de deux publications de vulgarisation de l'OMS, à savoir la déclaration conjointe OMS/UNICEF sur l'allaitement au sein et le rôle des services liés à la maternité (paragraphe 58) et *L'alimentation infantile : bases physiologiques* (paragraphe 59), cette dernière avec des crédits de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique (USAID) fournis par l'entremise de Wellstart International. Pour soutenir l'élan donné par l'atelier de Saint-Pétersbourg, des activités de suivi ont été aussitôt entreprises incluant notamment le recensement des hôpitaux qui, au Bélarus, dans la Fédération de Russie et en Ukraine, pourraient servir de lieux de démonstration pour l'application de l'initiative. Deux ateliers UNICEF/OMS sur la gestion de l'allaitement au sein et l'initiative doivent être organisés début 1994 pour le personnel de ces institutions par une organisation non gouvernementale polonaise, EKO OKO, à l'Institut pour la Mère et l'Enfant à Varsovie, centre collaborateur de l'OMS.

52. Trente-cinq médecins, infirmières, sages-femmes et nutritionnistes au **Liban** ont également reçu une formation concernant la gestion de l'allaitement et l'initiative, avec un soutien de l'UNICEF et de l'OMS, dans le cadre d'un cours de 80 heures dont le programme avait été mis au point par le Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile (IBFAN).[1] Il existe une grande quantité de matériel d'information et d'enseignement en arabe, y compris un film vidéo produit par l'UNICEF Beyrouth. Une autre session de formation soutenue par l'OMS et l'UNICEF a eu lieu en **Chine** en 1992 en préparation de la première série d'évaluation des hôpitaux (paragraphe 27), à l'appui de l'objectif fixé pour l'an 2000 par le Gouvernement chinois d'un taux national de 80 % pour l'allaitement au sein exclusif pendant les 4-6 premiers mois de vie. En 1992-1993, l'OMS a également fourni un appui technique pour la formation concernant l'initiative en **Egypte**, en **Jordanie** et aux **Philippines**, et a aidé à établir un centre régional de formation en gestion de l'allaitement aux **Philippines** pour le Pacifique occidental. Des efforts sont faits pour trouver des centres pour l'Afrique francophone et la Méditerranée orientale. En 1993, l'OMS a parrainé plusieurs participants au cours supérieur de quatre semaines sur l'allaitement et la gestion de l'allaitement à l'Institut de la Santé de l'Enfant à Londres (Royaume-Uni), qui est un centre collaborateur OMS, et a fourni les services d'un membre de son personnel pour ce cours.

Information pour la prise de décisions

Surveillance des tendances de la prévalence et de la durée de l'allaitement au sein

53. Dans le cadre de ses activités mondiales de surveillance de la nutrition, l'OMS rassemble et publie périodiquement des informations sur la prévalence et la durée de l'allaitement au sein dans le monde. Ces données servent à analyser les tendances de l'allaitement au sein aux niveaux mondial, régional et national, leurs conséquences pour la fécondité et l'espacement des naissances (paragraphe 34), et leur rapport avec la morbidité et la mortalité chez l'enfant. La banque de données sur l'allaitement au sein,[2] qui rassemble

[1] Le Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile (IBFAN) est un rassemblement mondial de groupes particuliers oeuvrant pour une meilleure santé infantile par la promotion de l'allaitement au sein et l'élimination de la commercialisation et de la distribution inappropriées de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines. Fondé en 1979, l'IBFAN compte maintenant plus de 140 organisations membres dans 70 pays.

[2] La banque de données est gérée par le service de la Nutrition, OMS, 1211 Genève 27, Suisse, en étroite collaboration avec la Division de la Lutte contre les Maladies diarrhéiques et les Infections respiratoires aiguës, le service Santé maternelle et infantile et le Programme élargi de Vaccination. Les contributions et les demandes de renseignements sont les bienvenues.

des informations provenant de plus de 2000 enquêtes, études et articles couvrant 156 pays et territoires, était jusqu'à une date récente structurée selon les indicateurs suivants : prévalence de l'allaitement au sein (une fois ou plus), durée médiane de l'allaitement au sein, et proportion d'enfants nourris au sein à 3, 6, 12, 18 et 24 mois.

Indicateurs sur l'allaitement maternel obtenus auprès des ménages	Indicateurs servant à évaluer les pratiques des services de santé qui influent sur l'allaitement maternel
Taux d'allaitement maternel exclusif Proportion de nourrissons de moins de 4 mois nourris au sein exclusivement Nourrissons <4 mois (<120 jours) exclusivement nourris au sein pendant les dernières 24 heures Nourrissons <4 mois (120 jours)	**Taux d'allaitement au sein exclusif par la mère naturelle** Nombre de nourrissons exclusivement nourris au sein par leur mère naturelle de la naissance à la sortie du service Nombre de nourrissons sortis
Taux d'allaitement maternel prédominant Proportion de nourrissons de <4 mois essentiellement nourris au sein Nourrissons <4 mois (<120 jours) essentiellement nourris au sein pendant les dernières 24 heures Nourrissons <4 mois (<120 jours)	**Taux de réception de substituts du lait maternel et d'accessoires** Nombre de mères qui ont reçu des substituts du lait maternel, des biberons ou des tétines à tout moment avant leur sortie ou pendant une visite prénatale dans le service Nombre de mères sorties
Taux d'alimentation complétée en temps opportun Proportion de nourrissons âgés de 6 à 9 mois à qui l'on donne du lait maternel et un complément d'aliments Nourrissons âgés de 6 à 9 mois (180-299 jours) à qui l'on a donné un complément d'aliments, outre le lait maternel, pendant les dernières 24 heures Nourrissons âgés de 6 à 9 mois (180-299 jours)	**Taux d'alimentation au biberon** Nombre de nourrissons à qui l'on a donné de la nourriture ou une boisson au biberon dans les 24 heures avant leur sortie Nombre de nourrissons sortis
Taux de poursuite de l'allaitement maternel (1 an) Proportion d'enfants âgés de 12 à 15 mois qui sont allaités au sein Enfants âgés de 12 à 15 mois allaités au sein pendant les dernières 24 heures Enfants âgés de 12 à 15 mois	**Taux de cohabitation mère-enfant** Nombre de nourrissons cohabitant avec leur mère 24 heures sur 24 dès la première heure après la naissance, sans jamais être séparés de leur mère plus d'une heure à la fois Nombre de nourrissons sortis
Taux de poursuite de l'allaitement maternel (2 ans) Proportion d'enfants âgés de 20 à 23 mois qui sont allaités au sein Enfants âgés de 20 à 23 mois allaités au sein pendant les dernières 24 heures Enfants âgés de 20 à 23 mois	**Taux d'allaitement maternel** Nombre de nourrissons nourris au sein pendant les dernières 24 heures avant leur sortie Nombre de nourrissons sortis
Taux d'alimentation au biberon Proportion de nourrissons de moins de 12 mois à qui l'on donne de la nourriture ou une boisson au biberon Nourrissons <12 mois (<366 jours) nourris au biberon au cours des dernières 24 heures Nourrissons <12 mois (<366 jours)	**Taux de première succion en temps opportun** Nombre de nourrissons qui ont tété pour la première fois dans l'heure après la naissance Nombre de nourrissons sortis
	Taux d'allaitement maternel exclusif Nombre de nourrissons nourris exclusivement au sein de la naissance à leur sortie Nombre de nourrissons sortis
	Taux d'utilisation d'une tétine Nombre de nourrissons à qui l'on a donné une tétine à un moment quelconque avant leur sortie Nombre de nourrissons sortis

54. La collecte de données sur la prévalence et la durée de l'allaitement au sein a rencontré un inconvénient majeur; on manque d'uniformité en ce qui concerne la nomenclature et les indicateurs utilisés pour définir et décrire les modes d'alimentation du nourrisson. Des progrès importants ont été faits depuis 1990 dans la voie de l'élimination de cet obstacle méthodologique, grâce à l'élaboration d'indicateurs standards de l'allaitement au sein et de méthodes pour utiliser ces indicateurs, afin de recueillir des données exactes auprès des ménages[1] et auprès des établissements de soins[2] (voir encadré ci-dessus). Les indicateurs font actuellement l'objet d'essais sur le terrain tandis que l'on cherche à affiner encore la méthodologie utilisée pour les mesurer. En attendant, les partenaires participant à leur mise au point - l'OMS, l'UNICEF, l'Agence suédoise pour le Développement international (SIDA) et l'USAID - s'emploient à en promouvoir l'adoption dans le monde pour faciliter les comparaisons de données relatives à différentes périodes dans un pays donné et permettre aux responsables de programmes d'avoir une plus grande confiance dans le succès des efforts visant à modifier les attitudes et les pratiques.

55. En juin 1993, le programme élargi pour l'allaitement maternel de Wellstart International a hébergé, pour le compte de l'OMS, une réunion chargée d'évaluer la surveillance des tendances en matière d'allaitement au sein et de décider de l'action future.[3] Un consensus s'est dégagé en faveur du maintien et du renforcement de la responsabilité de l'OMS pour la surveillance des tendances de l'allaitement maternel et l'OMS a entrepris une analyse et une restructuration de sa banque de données, en partie à l'aide de crédits fournis par l'USAID. Outre qu'elle va introduire les nouveaux indicateurs, elle va redéfinir et élargir le champ d'application du système, la liste de ses produits et de ses usagers et élaborer à l'intention de ces derniers une documentation appropriée qui sera largement diffusée en anglais, en espagnol et en français. Un délai de quatre ans a été fixé pour terminer le passage de l'ancienne à la nouvelle banque de données.

56. L'OMS tient également des banques de données sur l'anthropométrie (paragraphes 42 à 44), la carence en iode (paragraphe 8), l'anémie nutritionnelle chez les femmes (paragraphe 12), l'avitaminose A (paragraphes 9 à 11) et l'insuffisance de poids à la naissance.

Formulation d'une politique sur l'alimentation du nourrisson

57. La coopération de l'OMS avec l'UNICEF dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, avec l'appui d'organismes de développement bilatéral tels que l'Agence suédoise pour le Développement international et l'USAID, a abouti à l'organisation d'une réunion technique (Genève, juin 1990) chargée d'étudier les bases scientifiques des stratégies sur l'allaitement au sein et l'expérience acquise en la matière. Les questions traitées ont inclus la prévalence et les tendances de l'allaitement au sein, les systèmes de soins de santé et les pratiques dans ce domaine, la formation à la gestion de l'allaitement, les groupes de soutien aux mères, l'information, l'éducation et la formation, et les femmes, le travail et l'allaitement au sein (paragraphes 63 à 67). Un résumé des discussions de la réunion et les recommandations pertinentes ont été publiés en un seul volume.[4]

---

[1] *Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel* (document WHO/CDD/SER/91.14, anglais et français).

[2] *Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding* (document WHO/CDR/93.1, disponible en anglais; français en préparation).

[3] Participants : UNICEF, Demographic and Health Surveys, International Science and Technology Institute, La Ligue internationale La Leche, American Public Health Association, Institute for Reproductive Health, et USAID.

[4] Saadeh, R. et al. *Breast-feeding: the technical basis and recommendations for action.* Genève, Organisation mondiale de la Santé (document WHO/NUT/MCH/93.1).

58. Quatre ans seulement après la parution de la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement maternel et les services liés à la maternité,[1] qui est la clé de voûte de l'initiative des hôpitaux "amis des bébés", cette déclaration est disponible, ou en préparation, dans plus de quarante langues.[2] Près d'un demi-million d'exemplaires ont été imprimés, dont 100 000 en anglais, 40 000 en français et en espagnol respectivement, et 12 000 en russe. Il est particulièrement satisfaisant de constater qu'il y a un grand nombre d'éditions en langues non traditionnelles, par exemple d'Europe centrale et d'Europe orientale, et de pays en développement, y compris huit du sous-continent indien, qui sont distribuées et utilisées en relation avec les activités de promotion et de formation relatives à l'initiative.

59. En juillet 1990, l'OMS a publié une analyse des données scientifiques pour répondre aux nombreuses questions concernant l'alimentation appropriée des nourrissons pendant la première année de vie, analyse qui porte sur plus de 500 références à la littérature. L'ouvrage est maintenant disponible, ou en préparation, dans treize langues.[3] Il figure sur la liste des ouvrages de référence standard de plusieurs organisations, y compris la Société indonésienne de Périnatologie, l'Association australienne de Conseil en Allaitement, l'Association internationale de Conseil en Allaitement (paragraphe 32) et l'International Board of Lactation Consultant Examiners (paragraphe 33). L'Ecole de Médecine de l'Université de Belgrade l'utilise comme manuel pédiatrique.

60. Les progrès accomplis dans les connaissances concernant l'importance de la vitamine A (paragraphes 9 à 11) dans le domaine plus vaste de la santé et de la survie de l'enfant, et l'engagement renouvelé des autorités sanitaires nationales et des organisations et organismes internationaux ont fourni l'impulsion nécessaire pour l'élaboration d'une troisième édition révisée et élargie du manuel à grand tirage de l'OMS sur l'évaluation de l'avitaminose A.[4]

Analyse de la place de l'allaitement au sein dans les manuels médicaux

61. Avec le concours de l'IBFAN et de l'Institut de Médecine de la Reproduction de l'Université de Georgetown, centre collaborateur de l'OMS à Washington, D.C., l'OMS a entrepris une analyse de la façon dont la question de l'allaitement au sein est traitée dans les principaux manuels de médecine utilisés dans le monde. L'information donnée sur l'allaitement au sein dans 23 de ces ouvrages a été analysée compte tenu des toutes dernières informations scientifiques et de l'expérience clinique actuelle. Les résultats préliminaires mettent en évidence un écart alarmant entre les deux et montrent qu'il est donc devenu urgent de réviser et de mettre à jour les manuels. Un rapport final devrait paraître vers la mi-1994; les éditeurs, les rédacteurs et auteurs de différents manuels retenus seront alors informés des résultats et recommandations de l'étude, et invités à apporter les modifications appropriées dans les prochaines éditions. Pour aider au succès de cet exercice, la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, l'Association internationale de Pédiatrie et la Confédération internationale des Sages-Femmes (paragraphe 31) - toutes organisations en relations officielles avec l'OMS - sont priées de prêter leur concours au cours de la prochaine phase.

---

[1] *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité.* Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989.

[2] Allemand, anglais (y compris l'original de l'OMS, un tiré à part sud-africain et la reproduction dans deux revues médicales), arabe, assamais, bengali, catalan, chinois, coréen, danois, espagnol, farsi, finnois, français, grec, hongrois, italien, japonais, kannada, kiswahili, lituanien, malais, malais d'Indonésie, malayalam, néerlandais, népalais, oriya, polonais, portugais, roumain, russe, serbo-croate, sindhi, slovaque, suédois, tamil, tchèque, telugu, thaï, turc, ukrainien et vietnamien.

[3] Akré, J. (sous la direction de) *L'alimentation infantile : bases physiologiques.* Supplément au Volume 67 (1989) du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1990 (allemand, anglais, arabe, bengali, espagnol, farsi, français, malais d'Indonésie, polonais, portugais, russe, serbe et suédois).

[4] Sommer, A. *Vitamin A deficiency and its consequences: a field guide to their detection and control.* Troisième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé (disponible en anglais; éditions espagnole et française en préparation).

MISE EN PLACE D'UN SOUTIEN POUR AMELIORER L'ETAT DE SANTE ET LA SITUATION SOCIALE DES FEMMES DANS L'OPTIQUE DE L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Intégration de la santé des femmes et de questions apparentées dans les programmes de l'OMS

62. A l'intérieur comme à l'extérieur de l'OMS, on s'intéresse de plus en plus aux liens entre la santé de la femme, la santé des familles et des communautés, et le développement social et économique des sociétés. La santé de la femme est négligée parce que l'on n'a pas su reconnaître ou pas tenu compte de ses besoins spécifiques, qu'ils soient déterminés par des différences physiologiques entre les hommes et les femmes ou par des normes culturelles qui peuvent contribuer aux inégalités sociales et économiques entre sexes. Ces questions sont examinées par de nombreux programmes de l'OMS, individuellement ou collectivement, en réponse aux décisions politiques des organes directeurs. Des mécanismes institutionnels ont été mis en place pour renforcer la contribution de l'Organisation à l'amélioration de la situation des femmes, y compris la désignation de points focaux sur "les femmes, la santé, et le développement" au Siège et dans chacun des six bureaux régionaux. Le responsable au Siège remplit les fonctions de modérateur au sein d'un comité d'orientation interdivisions qui s'efforce de maximiser l'impact de onze programmes mondiaux en ce qui concerne la satisfaction des besoins des femmes en matière de santé. Plus récemment, la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a établi une commission mondiale sur la santé des femmes. Les résultats de ces nombreux efforts ont d'importantes conséquences pour les femmes et pour la santé et la nutrition des familles, en particulier des nourrissons et des enfants.

Les femmes, le travail et l'allaitement au sein

63. A un certain nombre d'occasions depuis 1948, l'Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment les Etats Membres de l'Organisation à appliquer les mesures existantes, ou en adopter de nouvelles, pour promouvoir et faciliter l'allaitement aux femmes qui travaillent. En mai 1992, l'Assemblée a prié le Directeur général d'étudier, en collaboration avec l'Organisation internationale du Travail, les options qui s'offrent au secteur de la santé et à d'autres secteurs intéressés pour renforcer la protection des femmes sur le lieu de travail eu égard à leurs responsabilités maternelles (résolution WHA45.34).

64. Cette demande est arrivée à point nommé. Une fois déjà, en 1952, avec la collaboration de l'OMS, l'OIT avait examiné et mis à jour sa norme de 1919 relative à la protection de la maternité en adoptant la Convention 103 et la Recommandation 95. Une deuxième mise à jour vient d'être entreprise et l'OMS a été invitée à contribuer au rapport de l'OIT qui lancera officiellement le processus de consultation tripartite - gouvernement, employeurs et employés - préalablement à la procédure de double discussion des projets de normes révisées à la Conférence internationale du travail en 1995-1996.

65. Dans un message spécial, à l'occasion de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel en 1993 (paragraphe 29), qui avait pour thème la création de lieux de travail "accueillants pour les mères qui nourrissent", le Directeur général a souligné qu'il importait de sensibiliser les partenaires sociaux aux progrès accomplis sur le plan des connaissances scientifiques et de la compréhension pratique de l'allaitement maternel en vue de la promotion de la santé et du développement ainsi qu'aux incidences du point de vue de la politique sociale. La protection de la maternité sur le lieu de travail, et plus particulièrement la promotion de l'allaitement maternel, occupent une place plus importante que ne le justifieraient de prime abord les fonctions relativement limitées de la nutrition et des soins aux enfants. Au moment où la maîtrise des coûts préoccupe tant les employeurs, ceux-ci devraient tenir dûment compte de la "valeur ajoutée" liée aux mesures sociales en faveur des salariées, par exemple les congés de maternité adéquats, les horaires souples, les postes partagés, les pouponnières sur le lieu de travail ou à proximité. Ces mesures accroissent la satisfaction au travail et la productivité, réduisent les mouvements de personnel, l'absentéisme et les retards, fidélisent le personnel et améliorent son moral. En outre, en permettant plus facilement aux femmes de continuer d'allaiter après la reprise du travail, elles offrent à l'employeur de

réelles perspectives de réduire leurs dépenses de santé (paragraphes 35 à 39). Travail et allaitement ne sont plus incompatibles lorsque la mère bénéficie du soutien de la famille et de l'employeur.[1]

66. Le 19 octobre 1992, le Conseil des Communautés européennes a adopté la Directive 92/85/CEE[2] concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail. Selon cette directive, les travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes "doivent être considérées à maints égards comme un groupe à risques spécifiques et ... des mesures doivent être prises en ce qui concerne leur sécurité et leur santé". Leur protection ne doit cependant "pas porter atteinte aux directives en matière d'égalité de traitement entre hommes et femmes". Les articles du dispositif couvrent notamment la protection des travailleuses enceintes ou allaitantes contre l'accomplissement de tâches dont une évaluation a révélé qu'elles comportaient le risque d'une exposition, aux agents ou conditions de travail visés dans une annexe, qui met en péril la sécurité ou la santé; l'exemption du travail de nuit pendant la grossesse et au cours d'une période consécutive à l'accouchement; des mesures pour que les travailleuses bénéficient d'"un congé de maternité d'au moins 14 semaines continues réparties avant et après l'accouchement, conformément aux législations et/ou pratiques nationales" et de temps libre sans perte de rémunération pour se rendre aux examens prénatals; l'interdiction de licenciement; et la protection des droits liés au contrat de travail. La mise en vigueur de la directive doit intervenir au plus tard en octobre 1994.

67. Le Breastfeeding Promotion Committee de la Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition aux Etats-Unis d'Amérique (paragraphe 27) a produit en 1993 un dépliant attrayant donnant des exemples pratiques[3] de ce qu'un grand nombre de grandes sociétés privées et organisations gouvernementales font pour créer un lieu de travail favorable à l'allaitement maternel. Soulignant les avantages que cela présente à la fois pour les employeurs et pour les mères et leurs enfants, le dépliant donne des conseils pratiques pour aider les travailleuses qui allaitent leur enfant et fournit une liste de ressources concernant l'éducation, la gestion et le soutien en matière d'allaitement maternel. Comme indiqué plus haut, l'amendement apporté en 1992 à la loi relative à la nutrition de l'enfant aux Etats-Unis d'Amérique prévoit que des crédits destinés à faciliter la distribution de tire-lait aux femmes allaitantes (paragraphe 22) peuvent être mis à la disposition des employeurs.

COMMERCIALISATION ET DISTRIBUTION APPROPRIEES DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

68. La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1981, a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel[4] sous forme de recommandation et a prié instamment tous les Etats Membres d'établir, sur la base du Code international, une législation, une réglementation ou d'autres mesures nationales appropriées; d'associer toutes les parties concernées à l'application du Code international; et de contrôler que le Code est bien observé.

69. Le Code prévoit qu'il sera régulièrement fait rapport au Directeur général par les Etats Membres (article 11, paragraphe 6) et à l'Assemblée de la Santé par le Directeur général (article 11, paragraphe 7) sur la situation en ce qui concerne la mise en oeuvre du Code. En outre, la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de faire rapport à l'Assemblée de la Santé en mai 1983 sur la mesure dans laquelle le Code est bien observé et appliqué aux niveaux national, régional et mondial,

---

[1] Voir chapitre 6, "Women, work and breast-feeding", dans *Breast-feeding: the technical basis and recommendations for action*, op. cit., pp. 93-112.

[2] *Recueil international de Législation sanitaire*, 44(1) : 36-40 (1993).

[3] *What gives these companies a competitive edge?* National Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition, 409 12th Street, SW, Washington, D.C. 20024, Etats-Unis d'Amérique.

[4] Résolution WHA34.22 et document WHA34/1981/REC/1, annexe 3.

et de proposer, le cas échéant, les mesures nécessaires à son application efficace. En conséquence, le Directeur général a fait rapport aux Trente-Cinquième, Trente-Septième, Trente-Neuvième, Quarante et Unième, Quarante-Troisième et Quarante-Cinquième Assemblées mondiales de la Santé (en 1982, 1984, 1986, 1988, 1990 et 1992)[1] sur les mesures prises par les Etats Membres pour donner effet au Code, et à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (en 1983)[2] sur la situation en ce qui concerne l'application du Code. Il s'agit donc du huitième rapport sur la question ainsi que du septième rapport biennal consécutif depuis l'adoption du Code voici 12 ans.

70. Comme dans les rapports précédents, la plus grande partie des renseignements donnés ci-après ont été fournis par les Etats Membres eux-mêmes, soit sous la forme de communications directes au Directeur général, par l'entremise des bureaux régionaux et des comités régionaux, soit dans le cadre des déclarations faites par leurs représentants. Les informations présentées dans chaque rapport sont cumulatives; on peut donc obtenir un tableau d'ensemble en se référant aux rapports précédents qui fournissent un exposé détaillé des mesures prises par près de 160 pays et zones individuellement et, dans certains cas, collectivement dans le cadre de réunions régionales et interrégionales. Les données pertinentes issues des rapports de situation présentés en 1982 et 1990 ont fait l'objet d'un document de synthèse.[3] Un deuxième document, qui vient compléter cette synthèse,[4] met l'accent sur les différents articles du Code en indiquant comment chacun a trouvé son expression dans les lois et autres mesures nationales appropriées.

Région africaine

71. Au **Burkina Faso**, l'importation et la vente de biberons et de tétines sont régies par la loi depuis 1970, alors que les règles concernant l'emballage et l'étiquetage des substituts du lait maternel ont été promulguées en 1987. En 1991-1992, un comité plurisectoriel, comprenant des représentants des secteurs de la santé, de la justice, du commerce, de l'information et des finances, a examiné les mesures à prendre pour donner effet au Code international, compte tenu de l'évolution de la situation. Avec l'appui du Centre IBFAN de Documentation sur le Code (paragraphe 124), un projet de code national régissant la vente, la distribution, la promotion, l'étiquetage, la disponibilité et la qualité des substituts du lait maternel a été élaboré et approuvé par le Conseil des Ministres le 28 juillet 1993.

72. Dans le cadre des nombreuses mesures prises pour protéger l'allaitement maternel, le Gouvernement du **Cap-Vert** a élaboré un projet de règlement pour faire suite à ce qui constitue selon lui une "invasion par les substituts du lait maternel à la suite de la récente politique de libéralisation des échanges commerciaux". Les règles, établies avec le concours technique de l'OMS, portent aussi sur les aliments complémentaires qui ne doivent pas être donnés aux nourrissons de moins de six mois.

73. En janvier 1992, le Gouvernement de la **Côte d'Ivoire**, avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF, a organisé une réunion avec les distributeurs locaux de sociétés affiliées à l'Association internationale des Fabricants d'Aliments pour l'Enfance (paragraphe 147). A la suite de cette réunion, le Gouvernement a décidé d'interdire les dons de substituts du lait maternel dans les services de santé publics et privés à partir du 1er février 1992.

74. En 1991, le Ministère de la Santé publique et de la Population du **Gabon**, dans le cadre d'un plan national visant à protéger et promouvoir des pratiques judicieuses d'alimentation du nourrisson,

---

[1] Documents WHA35/1982/REC/1, annexe 5; WHA37/1984/REC/1, annexe 5, Partie II; WHA39/1986/REC/1, annexe 6, Partie 1; EB81/1988/REC/1, annexe 10; WHA43/1990/REC/1, annexe 1; et WHA45/1992/REC/1, annexe 9.

[2] Document A36/7.

[3] *Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : synthèse des rapports sur les mesures prises de 1981 à 1990* (document WHO/MCH/NUT/90.1, disponible en anglais, espagnol et français).

[4] Lester, G. *Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : étude des législations et autres mesures nationales adoptées (1981-1991)* (document WHO/HLE/NUT/92.1, disponible en anglais et en français).

conformément aux engagements pris par les chefs d'Etat au Sommet mondial pour l'enfance (paragraphe 2), a : ordonné à tous les fabricants de préparations pour nourrissons de s'abstenir de distribuer des préparations gratuites ou à prix réduit, ou d'autres aliments pour nourrissons, aux établissements de soins de santé publics ou privés; mis sur pied un comité de coordination, avec la participation de l'OMS et de l'UNICEF et en association avec les représentants locaux des fabricants et des distributeurs, afin d'assurer la stricte application de ces mesures; interdit toute promotion en faveur des laits ou autres aliments pour nourrissons; et lancé une campagne visant à mieux sensibiliser les mères, les familles, les agents de santé et les autorités nationales aux avantages du lait maternel.

75. Malgré l'élaboration d'un code national de commercialisation en **Sierra Leone** pendant les années 80, les autorités indiquent qu'il n'y a pas eu de véritable suivi jusqu'à l'établissement en 1992 d'un comité national de l'initiative des hôpitaux "amis des bébés" comprenant des représentants du Ministère de la Santé, d'organisations non gouvernementales, dont le Groupe d'action de la Sierra Leone pour l'alimentation du nourrisson (affilié au Réseau IBFAN), de l'UNICEF et de l'OMS. Le sous-groupe du comité chargé de la promotion du Code international a commencé ses travaux sur un nouveau projet de code national, qui devrait être officiellement approuvé par les ministères concernés à fin 1993. Aucune loi nationale ne régit les produits alimentaires en général ou les préparations pour nourrissons importées en particulier. Des mesures sont prises pour mettre un terme à la publicité en faveur des préparations pour nourrissons dans le grand public, alors qu'on multiplie à la radio les émissions et débats sur les mérites de l'allaitement maternel dans les principales langues locales.

76. Un communiqué de presse publié en juillet 1993 par le Département de la Santé nationale et du Développement de la Population en **Afrique du Sud** a appelé l'attention sur l'article 7.4 du Code sud-africain d'éthique pour la commercialisation des substituts du lait maternel de 1986, qui dispose qu'aucun échantillon de tels produits ne peut être fourni à des agents de santé, sauf aux fins d'évaluation professionnelle. Notant que cet article concerne également les médecins et pédiatres, le Département a décidé que la fourniture d'échantillons à cette catégorie d'agents de santé devait cesser. On avait déjà progressivement arrêté de fournir des échantillons de substituts du lait maternel aux hôpitaux et établissements de santé à fin 1992, à la suite de la demande de l'OMS et de l'UNICEF (paragraphe 25).

77. Des responsables de **République-Unie de Tanzanie**, après la participation à un cours organisé par le Centre IBFAN de Documentation sur le Code en février 1992 (paragraphe 124), ont élaboré un projet de règlement destiné à être adopté dans le cadre de la loi sur les produits alimentaires (contrôle de la qualité) de 1978. Le texte a été révisé et amendé au cours d'un atelier organisé par le Centre tanzanien d'Alimentation et de Nutrition avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF et destiné à 40 représentants de la santé, de l'alimentation et des secteurs apparentés et représentants des médias, des syndicats et du développement communautaire. Le projet de règlement doit être officiellement approuvé par la Commission nationale du Contrôle des Produits alimentaires avant d'être soumis à l'adoption du Parlement.

Région des Amériques

78. La publicité en faveur des préparations pour nourrissons est interdite aux **Bahamas**, où un accord informel a été conclu entre les autorités et les représentants des fabricants de préparations pour nourrissons. Les activités de commercialisation, notamment la distribution d'échantillons, ne sont pas autorisées dans les hôpitaux et les maternités, bien que les fabricants puissent diffuser des brochures préconisant l'allaitement maternel et vantant les mérites de leurs produits aux femmes qui ne peuvent allaiter. Parmi les pratiques de soins de santé qualifiées de néfastes pour l'allaitement maternel, on peut mentionner l'administration systématique d'eau additionnée de dextrose et de préparations pour nourrissons au cours de la période suivant immédiatement l'accouchement. Les pédiatres sont en train d'élaborer une politique pour mettre un terme à ces pratiques et encourager, sauf contre-indication, l'allaitement maternel de tous les nouveau-nés immédiatement après l'accouchement. Une initiative intitulée "club de l'allaitement maternel" a été lancée en 1992-1993 pour renforcer la promotion de l'allaitement dans les maternités. Un comité national de la nutrition nouvellement établi met à jour une déclaration sur l'allaitement au sein.

79. Le programme national de promotion de l'allaitement au sein du **Belize** préconise l'allaitement au sein exclusif pendant les quatre à six premiers mois de la vie dans le cadre de classes destinées aux parents avant et après l'accouchement. Un résumé du Code international, qui n'a fait l'objet d'aucune législation au Belize, a été distribué aux agents de santé. Il apparaît toutefois que la plupart des dispositions du Code international ne sont pas appliquées et la structure des services de santé n'a pas été modifiée pour en faciliter la mise en oeuvre. La distribution d'échantillons de préparations pour nourrissons dans les hôpitaux et les maternités se poursuit dans le cadre des pratiques de commercialisation habituelles.

80. Le Ministère de la Santé des **Bermudes** qualifie de "gentleman's agreement" l'approche suivie avec les distributeurs de préparations pour nourrissons pour veiller au respect du Code international. Il indique aussi, toutefois, qu'une société fournit des échantillons gratuits de préparations pour nourrissons et des cadeaux dans les hôpitaux à l'intention des enfants nourris au biberon.

81. C'est la résolution 0067/1984 du Ministère de la Santé qui donne effet au Code international en **Bolivie**. Les accords interorganisations pour l'application des règles sont en place, mais n'ont pas encore entièrement été mis en oeuvre. La distribution d'échantillons ou d'autres activités de commercialisation par les fabricants de préparations pour nourrissons n'est pas admise dans les hôpitaux.

82. Le Code international a été distribué dans les **Iles Caïmanes** sans l'adoption d'une loi nationale. Les affiches promotionnelles, les contacts avec le personnel chargé de la commercialisation et le parrainage de services professionnels par des intérêts commerciaux ne sont pas autorisés dans les services de santé. Les échantillons de substituts du lait maternel continuent cependant d'être distribués.

83. Le Gouvernement du **Chili** signale qu'en plus du respect volontaire du Code international par les sociétés de commercialisation et de distribution des préparations pour nourrissons dans le pays, une loi a été adoptée en décembre 1992 régissant l'application du Code dans le cadre des services de santé nationaux. Une autre loi concernant la surveillance est actuellement envisagée. La distribution d'échantillons de substituts du lait maternel et les autres activités de promotion ne sont pas autorisées dans le pays. La commission nationale de l'allaitement au sein s'attache avant tout à appliquer l'initiative des hôpitaux "amis des bébés", à diffuser le Code et à mettre au point des matériels didactiques à cette fin.

84. Dix ans après l'adoption de normes sévères[1] en **Colombie** réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel, on signale que la promotion de ces produits se poursuit dans la quasi-totalité des maternités. Pour y remédier, le Gouvernement a adopté le décret N° 1397[2] en août 1992, conclu de nouveaux accords avec les fabricants de préparations pour nourrissons afin de mettre un terme à la distribution gratuite des produits et organisé des ateliers pour permettre aux agents de santé de se familiariser avec le Code international. Parallèlement, le décret N° 1396[2] a mis sur pied le Conseil national de promotion de l'allaitement maternel sous l'autorité du Ministère de la Santé; le Conseil est chargé d'orienter et d'encourager les politiques en matière d'allaitement, de diffuser l'information et de veiller à l'éducation du grand public, ainsi que de donner son avis sur l'opportunité de créer des comités pour promouvoir l'allaitement.

85. Le **Costa Rica** examine actuellement un projet de loi visant à mettre à jour et à renforcer les mesures nationales prises pour donner effet au Code international, notamment un règlement spécial sur les préparations de lait non écrémé largement utilisées pour l'alimentation du nourrisson. Le Ministère de la Santé a préparé une déclaration en faveur du respect du Code dans les établissements de santé. Un membre du Comité national pour l'allaitement maternel fait partie de l'équipe chargée d'évaluer la publicité concernant les aliments pour nourrissons. Les échantillons de substituts du lait maternel ne peuvent être distribués dans les hôpitaux ou les maternités.

[1] *Recueil international de Législation sanitaire*, 32(3) : 520-524 (1981).

[2] *Recueil international de Législation sanitaire*, 44(4) : 678-679 (1993).

86. Le Ministère de la Santé publique de **Cuba** est seul responsable de la diffusion de l'information concernant l'alimentation du nourrisson. L'objet du Code international a été repris dans le cadre de la politique sanitaire nationale pour assurer une bonne nutrition du nourrisson. L'Etat est le seul fabricant de substituts du lait maternel valables dans le pays, lesquels ne peuvent être obtenus que sur ordonnance lorsque l'allaitement au sein est impossible. L'application du Code dans son intégralité est renforcée par la supervision. Les dons internationaux de laits modifiés destinés aux hôpitaux pédiatriques sont utilisés exclusivement pour des nourrissons qui n'ont pas moins de quatre mois.

87. La nouvelle législation en **Equateur** vise spécifiquement à protéger l'allaitement au sein. En 1993, l'épouse du Président équatorien a conclu avec les représentants des sociétés commercialisant sur place des préparations pour nourrissons un "code de conduite" prévoyant l'abandon de la pratique de distribution gratuite des produits. Les agents de santé sont informés des lois et accords nouveaux pertinents à l'occasion de cours de formation spéciaux. Il est cependant signalé que le Code n'est pas complètement appliqué et que des lacunes subsistent en raison de l'absence d'une réglementation précise.

88. En juillet 1992, le Ministère de la Santé du **Guatemala** a organisé un cours de formation sur le Code international à l'intention de ses conseillers juridiques, médecins et nutritionnistes. Un juriste de l'OMS a fourni une contribution technique au cours qui tendait avant tout à résoudre les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre de diverses dispositions du Code dans le cadre de la législation nationale existante, c'est-à-dire le décret-loi 66-83 du 6 juin 1983[1] et l'arrêté gouvernemental N° 841-87 du 30 septembre 1987.[2] Celui-ci traite notamment de l'utilisation et de la consommation des substituts du lait maternel et des aliments de complément pour nourrissons, de la diffusion d'informations dans ce domaine et des responsabilités incombant au personnel de commercialisation et aux agents de santé du secteur public ou privé.

89. En **Jamaïque**, la publicité en faveur des préparations destinées aux enfants de moins d'un an et l'utilisation des préparations pour nourrissons dans les hôpitaux où ont lieu 80 % des accouchements sont désormais interdites. Une politique nationale d'alimentation du nourrisson et un code de commercialisation ont été élaborés, sont largement diffusés aux agents de santé, et servent aussi à la formation.

90. L'accord conclu entre le Gouvernement du **Mexique** et les fabricants de préparations pour nourrissons limitant les activités de ceux-ci conformément au Code international a été étendu aux établissements privés et aux cabinets de médecins. Le Code est ouvertement exposé pour que les agents de santé et le grand public soient conscients de son existence. Les activités de surveillance font que le Code est entièrement appliqué (paragraphe 17); les sociétés ne sont pas autorisées à distribuer des produits ou à mener d'autres activités de promotion en faveur des préparations pour nourrissons.

91. Le projet de loi régissant la commercialisation des substituts du lait maternel au **Panama** devrait être adopté à fin 1993. On signale qu'aucune distribution d'échantillons de produits dans les maternités et hôpitaux n'a eu lieu au cours des deux dernières années. Conformément à la Déclaration "Innocenti" (paragraphe 26), le Ministère de la Santé a conclu en août 1993 un nouvel accord tendant à appuyer et à protéger l'allaitement maternel.

92. En 1993, le Ministère de la Santé du **Paraguay** a modifié une résolution de 1991 sur les mesures appropriées à prendre dans les services de santé, conformément au décret présidentiel N° 16525 du 22 février 1993 réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel. Le décret et le Code international ont été distribués à toutes les maternités, mais la distribution d'échantillons de substituts du lait maternel et les autres techniques de commercialisation sont encore autorisées.

[1] *Recueil international de Législation sanitaire*, **35**(3) : 681 (1984).

[2] *Recueil international de Législation sanitaire*, **43**(1) : 101 (1992).

93. Le Gouvernement du **Pérou** indique qu'il est en train d'adopter une nouvelle loi pour donner effet au Code international. Des comités ont été organisés et des accords conclus dans les hôpitaux. On s'attache à favoriser le plus rapidement possible le contact entre la mère et l'enfant dans les établissements publics afin de mieux appliquer le Code.

94. Un projet de règlement en **Uruguay**, qui ne contient que des aspects très limités du Code international, est en train d'être réexaminé. La distribution d'échantillons de préparations pour nourrissons et les autres mesures promotionnelles ne sont pas autorisées dans les maternités ou les établissements privés qui ne font toutefois l'objet d'aucune autre activité de promotion de l'allaitement maternel.

95. En vertu de la loi de 1986 relative à la lutte contre l'abus des drogues[1] aux **Etats-Unis d'Amérique**, une préparation pour nourrissons est réputée "adultérée" si elle n'apporte pas les nutriments prescrits en matière de qualité ou ne satisfait pas aux bonnes pratiques de fabrication et aux procédures de contrôle de la qualité. Les bonnes pratiques de fabrication et les mesures de contrôle de la qualité sont fixées par la loi, de même que les règles concernant la tenue des dossiers. Ces règles, notamment pour ce qui est des essais microbiologiques et nutritifs, de l'évaluation des nutriments, de la vérification des comptes des fabricants et des griefs des consommateurs, font l'objet d'un amendement de décembre 1991[2] apporté à la loi fédérale relative aux denrées alimentaires, aux médicaments et aux cosmétiques, afin de "garantir une source de nutrition pour les nourrissons présentant les garanties d'innocuité, de salubrité et d'hygiène requises".

Région de l'Asie du Sud-Est

96. La campagne en faveur de la protection et de la promotion de l'allaitement maternel au **Bangladesh**, qui a commencé en novembre 1992, vise à garantir l'allaitement maternel exclusif pendant les cinq premiers mois de la vie pour tous les nourrissons, ainsi qu'à améliorer les pratiques de sevrage et l'état nutritionnel de la femme enceinte et allaitante. Sur les six sous-comités de la campagne, celui chargé de la commercialisation des substituts du lait maternel surveille étroitement la mise en oeuvre du Code international sur la base de la législation nationale adoptée en 1984[3] et modifiée en 1990. Une nouvelle loi est prévue pour veiller à ce que les exigences nationales soient au moins aussi rigoureuses que celles du Code international.

97. En **Inde**, où l'on compte chaque année 25 millions de nouveau-nés, la loi de 1992 relative aux substituts du lait pour nourrissons, aux biberons et aux aliments pour nourrissons (Réglementation de la fabrication, de la fourniture et de la distribution)[4] a été promulguée le 29 décembre 1992; elle est entrée en vigueur le 1er août 1993 pour "saluer la Déclaration 'Innocenti' (paragraphe 26) et à la veille de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel" (paragraphe 29). Aux fins de la loi, l'expression "substitut du lait pour nourrissons" s'entend de "tout aliment mis sur le marché ou présenté d'une quelconque autre façon comme remplaçant partiellement ou totalement le lait maternel, qu'il convienne ou non à un tel remplacement", alors que l'expression "aliment pour nourrissons" s'entend, elle, de "tout aliment ... mis sur le marché ou présenté d'une quelconque autre façon comme un complément au lait maternel répondant au besoin nutritionnel croissant du nourrisson à partir de l'âge de quatre mois". La loi interdit les dons ou la distribution de substituts du lait pour nourrissons ou de biberons sauf aux orphelinats, lesquels peuvent également se procurer de tels substituts ou biberons "à un prix inférieur au prix de vente aux fins de les utiliser" dans l'établissement pourvu que cette pratique n'équivaille pas à une incitation à l'utilisation ou à la vente de ces produits (paragraphe 142). Le Règlement de 1991 relatif à la prévention de l'adultération

[1] *Recueil international de Législation sanitaire*, 43(3): 584-589 (1992).

[2] *Ibid.*, pp. 589-590.

[3] *Recueil international de Législation sanitaire*, 36(2) : 453-454 (1985).

[4] *Recueil international de Législation sanitaire*, 44(4) : 680-683 (1993).

des denrées alimentaires (Cinquième modification)[1] avait déjà interdit les illustrations représentant un nouveau-né ou une mère sur les étiquettes de substituts du lait maternel, de même que l'emploi d'expressions comme "humanisé" ou "maternisé" conformément aux dispositions du Code international concernant l'étiquetage (article 9). Les autres exigences relatives à l'étiquetage concernent un avis sur la supériorité du lait maternel et une mise en garde sur la nécessité de veiller à une préparation attentive et hygiénique.

98. Le Règlement[2] adopté en 1985 en **Indonésie** concernant la fabrication, l'importation, la qualité, l'étiquetage et la commercialisation des substituts du lait maternel a été complété en 1991 par des lignes directrices sur la commercialisation et la distribution des substituts du lait maternel établies par le Ministère de la Santé à l'intention des fabricants et des importateurs et par des lignes directrices correspondantes à l'intention des agents et des établissements de santé pour mettre l'accent sur l'importance de l'allaitement au sein.

99. Le Gouvernement du **Népal** a adopté la loi 2049 (1992) relative aux substituts du lait maternel (vente, distribution et contrôle) (datée du 29 août 1992).[3] La loi préconise la constitution d'un comité de protection et de promotion de l'allaitement maternel et comprend des dispositions régissant la surveillance, la vente au détail des produits, l'octroi de bourses d'études et de subventions à la recherche, des dons de matériel et d'équipement aux établissements de soins de santé, ainsi que l'homologation des produits et l'inspection. Le règlement destiné à l'application de la loi est à l'étude.

100. Le Gouvernement de **Sri Lanka** signale que les mesures prises récemment pour appliquer le Code international, en collaboration étroite avec l'OMS et l'UNICEF, comprennent la formulation d'une politique d'allaitement maternel et la signature, en janvier 1993, d'un accord entre le Ministère de la Santé et les fabricants et distributeurs et les autres parties. L'accord met fin à la pratique qui consiste à accepter, utiliser et distribuer gratuitement ou à un prix inférieur au prix de gros les substituts du lait maternel, biberons et tétines dans les maternités, hôpitaux et autres établissements de soins. Un comité de surveillance a été mis sur pied pour veiller à sa mise en oeuvre.

Région européenne

101. A la suite de leur participation à un séminaire du Réseau IBFAN en République tchèque (paragraphe 126), les représentants des milieux sanitaires et juridiques en **Albanie** ont traduit le Code international en albanais. Le Code a été distribué aux départements concernés et les travaux d'élaboration d'une loi nationale pour donner effet au Code ont commencé.

102. Le Gouvernement du **Danemark** a édicté l'arrêté N° 588 le 8 juillet 1993,[4] notamment en application de la Directive 91/321/CEE de la Commission européenne du 14 mai 1991 et de la Directive du Conseil 92/52/CEE du 18 juin 1992 (paragraphe 105).[5] L'arrêté révoque certaines dispositions datant de 1971 sur la commercialisation, la composition et l'étiquetage des substituts du lait maternel. La composition des préparations pour nourrissons et les préparations de suite après reconstitution selon les indications du fabricant sont traitées dans des annexes.

[1] *Recueil international de Législation sanitaire*, 44(1) : 65-67 (1993).

[2] *Recueil international de Législation sanitaire*, 36(4) : 1074-1076 (1985).

[3] *Recueil international de Législation sanitaire*, 44(4) : 684 (1993).

[4] *Ibid.*, pp. 679-680.

[5] Voir *Recueil international de Législation sanitaire*, 42(4) : 726-739 (1991) et 43(3) : 583-584 (1992).

103. Un arrêté[1] du 9 mars 1992 en **France** a fixé les caractéristiques des aliments lactés diététiques pour nourrissons et des aliments de régime destinés aux enfants du premier âge (moins de quatre mois) dont la vente au détail et toute délivrance au public sont réservées aux pharmaciens.

104. La **Pologne** a enregistré certains retards dans la rédaction d'une nouvelle législation sur la commercialisation des substituts du lait maternel, mais une nouvelle loi sur les aliments et la nutrition devrait autoriser le Ministre de la Santé à mettre en oeuvre le Code international.

Communauté économique européenne[2]

105. Comme indiqué en 1992, la Commission des Communautés européennes a adopté la Directive de la Commission du 14 mai 1991 relative aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite (91/321/CEE) qui concerne le marché intérieur de la Communauté.[3] La Directive du Conseil 92/52/CEE[4] du 18 juin 1992 traite de l'exportation de ces mêmes produits à des pays tiers. Les produits doivent être étiquetés dans une langue adéquate, et de façon à éviter tout risque de confusion entre les préparations pour nourrissons et les préparations de suite. Plusieurs prescriptions, prohibitions et restrictions prévues dans la Directive 91/321/CEE s'appliquent également aux produits exportés à des pays tiers.

106. A cet égard, le Conseil a également adopté une résolution (92/C 172/01) prévoyant que la Commission donnerait pour instruction à ses délégations dans les pays tiers de servir de point de contact avec les autorités compétentes, toute plainte ou critique relative aux pratiques de commercialisation d'un fabricant de la Communauté pouvant leur être signalée. La résolution précisait que la Commission sera disposée à examiner ces cas et à participer à la recherche d'une solution satisfaisante pour toutes les parties concernées qui sera communiquée à tous les pays visés par la voie officielle. Enfin, la Commission soumettra au Parlement européen et au Conseil tous les deux ans un rapport sur les résultats de l'application de cette résolution.

107. La Directive de la Commission 93/11/CEE du 15 mars 1993[5] concerne la libération de N-nitrosamines et de substances N-nitrosables par les tétines et les sucettes en élastomère ou caoutchouc. Ces articles ne doivent pas libérer, dans le liquide utilisé lors des essais de libération, dans les conditions prévues, de N-nitrosamines et substances nitrosables détectables au moyen d'une méthode validée permettant de mettre en évidence 0,01 mg du total des N-nitrosamines libérées/kg et 0,1 mg du total des substances nitrosables/kg. Les Etats Membres sont censés appliquer la Directive le 1er avril 1994 au plus tard.

Région de la Méditerranée orientale

108. Le Gouvernement du **Bahreïn** estime que le nombre de mères allaitant leur enfant, après avoir atteint un minimum historique en 1981, a augmenté grâce : à l'interdiction de toute publicité en faveur des substituts du lait maternel dans les médias; à l'interdiction de distribuer des substituts du lait maternel dans les hôpitaux et maternités, en application du décret ministériel de janvier 1993; et à la création d'un comité national chargé de promouvoir la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. Le Ministère de la Santé prépare une loi nationale de mise en oeuvre du Code international.

---

[1] *Recueil international de Législation sanitaire*, 43(3) : 590-591 (1992).

[2] Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal et Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

[3] *Journal officiel des Communautés européennes*, N° L 175, 4 juillet 1991, pp. 35-49.

[4] *Recueil international de Législation sanitaire*, 43(3) : 583-584 (1992).

[5] *Recueil international de Législation sanitaire*, 44(3) : 490-491 (1993).

109. En plus des autres mesures existant déjà, le Gouvernement de l'**Egypte** a adopté des règles destinées à l'ensemble du personnel du secteur public : interdisant la distribution de préparations pour nourrissons gratuites ou à prix réduit; décrivant les raisons médicales qui peuvent justifier l'emploi des substituts du lait maternel; et évitant la promotion des substituts du lait maternel dans les médias et dans les contacts directs entre les représentants des fabricants et les mères. Le plan quinquennal du Comité national de l'Allaitement au Sein prévoit notamment la mise en oeuvre et la surveillance du Code international.

110. Pour promouvoir la santé du nourrisson et du jeune enfant en **Iraq**, pays qui a beaucoup souffert de la guerre du Golfe et de l'embargo sur les échanges commerciaux, les autorités ont renforcé leur programme en faveur de l'allaitement maternel qui est dirigé par un comité scientifique. Le comité a étudié la mise en oeuvre du Code international et un projet de règlement a été établi à cette fin en 1992 avec l'appui technique de l'OMS.

111. Au début de 1993, le Ministère de la Santé du **Maroc** a reçu les recommandations techniques qu'il avait demandées à l'OMS pour l'élaboration d'un code national de commercialisation et d'une stratégie correspondante d'application, laquelle est en train d'être révisée à la lumière de la stratégie marocaine générale de promotion de l'allaitement maternel.

112. Par une circulaire datée du 20 octobre 1992, le Directorat général des Affaires de la Santé de l'**Oman** a rappelé aux directeurs de tous les établissements publics et privés de santé l'engagement des autorités en faveur de l'allaitement maternel. En aucun cas, les agents des sociétés de préparations pour nourrissons ne peuvent distribuer leurs produits dans les hôpitaux, centres de santé et maternités privées, ni exposer de matériel publicitaire ou promotionnel en faveur de ces produits dans ces établissements.

113. Les efforts entrepris au **Pakistan** pour la mise en oeuvre du Code international comprennent une notification du Ministère de la Santé interdisant ou contrôlant la publicité en faveur de préparations pour nourrissons et la distribution gratuite ou à faible coût de ces produits. Un code national de commercialisation est en train d'être élaboré par l'Association pakistanaise de Pédiatrie en consultation avec les entreprises et d'autres parties aux fins d'être adopté en tant que loi.

114. Le Gouvernement de l'**Arabie saoudite** a accepté comme politique nationale la Déclaration sur l'allaitement au sein adoptée à Mascate en janvier 1993 par la Trente-Quatrième Conférence des Comités des Ministères de la Santé du Conseil de Coopération du Golfe. Rappelant la recommandation coranique selon laquelle les mères doivent allaiter leur enfant pendant deux années entières, la Déclaration souligne combien il est important d'encourager l'allaitement maternel; aucun hôpital, centre de santé ou maternité public ou privé ne peut autoriser la distribution gratuite de préparations pour nourrissons, ni promouvoir les préparations pour nourrissons ou autres aliments transformés pour enfants, et ces établissements doivent mieux sensibiliser la mère et la femme enceinte à l'importance de l'allaitement au sein.

115. L'importation de produits laitiers, notamment de préparations pour nourrissons, au **Soudan** est interdite depuis 1981 bien que les populations de réfugiés puissent recevoir des approvisionnements spéciaux. Un comité national de promotion et de protection de l'allaitement au sein, créé en 1992, cherche à sensibiliser les dirigeants communautaires et religieux, les associations de femmes et de jeunes et les organisations professionnelles d'agents de santé au moyen de la formation, de campagnes dans les médias et de la révision des programmes d'études.

116. A la suite d'une demande du Gouvernement de la **République arabe syrienne** en vue d'obtenir un appui technique pour la mise en oeuvre du Code international, une équipe de l'OMS a rencontré en octobre 1993 les responsables nationaux pour envisager les mesures réglementaires et programmatiques à prendre conformément à la politique nationale de nutrition.

Région du Pacifique occidental

117. En mai 1992, les fabricants et importateurs de préparations pour nourrissons en **Australie** ont souscrit à un accord[1] énonçant leurs obligations qui, selon le Gouvernement, sont "conformes dans l'ensemble au Code de l'OMS". Un accord volontaire décrivant les responsabilités des fabricants et importateurs de préparations pour nourrissons en vertu du Code avait déjà été conclu en 1983 et mis à jour en 1986. L'accord de 1992, à la différence des précédents, comprend des dispositions concernant un groupe indépendant chargé d'en surveiller la mise en oeuvre. Aux fins de l'accord, l'expression "préparation pour nourrissons" s'entend de toute préparation destinée aux enfants âgés de moins de 12 mois, qu'il s'agisse de "préparations de base" pour les nourrissons âgés de moins de six mois ou de "préparations de suivi" pour les enfants âgés de six à 12 mois. Un accord avec les détaillants et un accord avec les fabricants et importateurs de biberons et de tétines devraient suivre bientôt, de même que des recommandations aux agents de santé et des dispositions pour mettre fin à la fourniture gratuite ou à prix réduit de préparations pour nourrissons aux maternités et hôpitaux.

118. Bien qu'un code de commercialisation fondé sur le modèle de l'OMS ait été établi en **Chine**, l'introduction du code dans la législation nationale s'avérerait de plus en plus difficile. Le Ministère de la Santé élabore néanmoins un arrêté ministériel qui pourrait aussi être adopté par d'autres ministères et dont les dispositions seront plus contraignantes que le règlement d'avril 1992 enjoignant à tous les établissements de santé de ne pas accepter de dons ou de fournitures à prix réduit de préparations pour nourrissons. Par ailleurs, on signale que dans la **province de Taïwan**, où moins de 10 % des femmes allaitent leur enfant, la publicité à la télévision en faveur des préparations pour nourrissons a été interdite à partir d'avril 1993. La publicité à la radio et dans la presse écrite sera découragée bien que la base légale fasse défaut pour engager des poursuites.

119. Le code d'éthique sur les préparations pour nourrissons de **Malaisie,** qui remonte à 1979, vise à promouvoir une nutrition adéquate du nourrisson en protégeant et en favorisant l'allaitement maternel et en veillant à ce que les normes adéquates soient respectées lorsque les préparations pour nourrissons sont indispensables. Il est reconnu que le code national présente plusieurs points faibles et le Ministère de la Santé s'attache à les éliminer.

120. Le Secrétaire à la Santé en **Papouasie-Nouvelle-Guinée** a rappelé, dans une circulaire de décembre 1992 destinée aux autorités de la santé, que le pays avait été l'un des premiers à promulguer une loi destinée à protéger les jeunes contre les ravages du biberon.[2] Le Secrétaire a expressément rappelé que les dons et les fournitures subventionnés de substituts du lait maternel ne peuvent être offerts aux services de santé ou agents de santé à quelque niveau que ce soit, qu'il s'agisse du secteur privé ou public; qu'aucun biberon, tétine artificielle ou sucette ne peut être utilisé dans une maternité ou dans un service pédiatrique; et que la distribution d'échantillons de substituts du lait maternel ou d'autres préparations pour nourrissons quelles qu'elles soient aux agents de santé ou aux établissements de santé publics ou privés doit immédiatement cesser.

121. En avril 1987, le Département de la Santé des **Philippines** a édicté des lignes directrices[3] pour l'application du code national de commercialisation[4] adopté l'année précédente. En mai 1987, le Département a publié des règles et un règlement[5] couvrant la publicité, la promotion et la

[1] Le texte devrait figurer dans le *Recueil international de Législation sanitaire,* **45**(1) (1994).

[2] La loi de 1977 sur le contrôle des articles pour l'alimentation des enfants prévoit que les biberons, tétines et sucettes ne peuvent être délivrés qu'en pharmacie sur ordonnance médicale. Voir *Recueil international de Législation sanitaire*, **28**(4) : 966-967 (1977).

[3] *Recueil international de Législation sanitaire*, **43**(2) : 335 (1992).

[4] *Recueil international de Législation sanitaire,* **38**(4) : 859-862 (1987).

[5] *Recueil international de Législation sanitaire*, **43**(2) : 335-336 (1992).

commercialisation des substituts du lait maternel, des compléments du lait maternel et des produits apparentés. Les règles et le règlement traitent notamment des fonctions et des procédures du comité interagences responsable de la mise en oeuvre du code national et des sanctions prévues en cas de violation.

122. Le code d'éthique concernant la vente de préparations pour nourrissons à **Singapour**, adopté en 1979, est en cours de révision.

123. Le Ministère de la Santé et le programme d'allaitement maternel du **Viet Nam** ont organisé, avec l'appui technique et financier de l'OMS, des ateliers sur la mise en oeuvre du Code international qui ont réuni 80 participants à Hô Chi Minh-Ville et à Hue en avril 1993. Un décret donnant effet au Code est en cours d'élaboration et un plan d'action pour la promotion de l'allaitement au sein sera établi pour être mis en oeuvre dans 70 % des provinces et villes du pays d'ici 1995. L'OMS a déjà participé en 1992 à la planification de ces initiatives et d'activités connexes dans le cadre d'un atelier national sur le Code international; un juriste de l'OMS a contribué à élaborer un règlement pour donner effet au Code et un consultant a apporté ses conseils sur la gestion de l'allaitement. Le Code international a été traduit en vietnamien en 1992.

Réponse aux demandes d'appui technique émanant des Etats Membres

124. Des fonds fournis par le Gouvernement des Pays-Bas et par l'Agence suédoise pour le Développement international continuent de permettre à l'OMS de répondre aux demandes des Etats Membres qui souhaitent un appui technique pour prendre les mesures nationales appropriées portant application du Code international, par exemple au Guatemala, en Iraq, au Maroc, en République arabe syrienne, en République-Unie de Tanzanie et au Viet Nam. L'OMS a non seulement envoyé sur place des membres de son personnel, mais trouvé des consultants ayant les compétences nécessaires dans le domaine de la santé, du droit, de l'établissement de règles et défini des activités pertinentes de supervision et d'inspection leur permettant de donner des conseils aux autorités nationales compétentes qui font appel à elle. Une douzaine de ces consultants[1] sont prêts à intervenir à tout moment dans le cadre d'une équipe consultative professionnelle intersectorielle. Les fonds des Pays-Bas ont également permis à l'OMS d'organiser un atelier sur la mise en oeuvre du Code (Le Caire, septembre 1993) destiné aux participants de 14 pays[2] de la Région de la Méditerranée orientale avec l'appui de l'UNICEF et la participation du conseiller juridique du Centre IBFAN de documentation sur le Code.[3] Un séminaire interrégional destiné aux ressortissants des pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental devrait se réunir au début de 1994, de même qu'un autre séminaire dans la Région des Amériques.

125. Dans le cadre d'une stratégie régionale visant la formation à l'allaitement au sein, la gestion de l'allaitement et la mise en oeuvre effective du Code international, des membres du personnel du Centre IBFAN de documentation sur le Code organisent périodiquement des cours de formation sur le Code international à l'intention de participants appuyés par des fonds publics ou privés. Le cours porte sur l'élaboration des politiques, les dimensions socio-économiques et juridiques du Code, et l'analyse de diverses lois nationales et autres mesures destinées à lui donner effet. Des conseils sont donnés en matière d'élaboration de mesures juridiques et les participants ont accès à la volumineuse documentation de référence du Centre. L'OMS coordonne ses propres activités de formation liées au Code avec celles du Réseau IBFAN; chacun des partenaires assiste aux sessions de l'autre et l'OMS veille à la complémentarité régionale.

[1] Les consultants éventuels de l'OMS sont des ressortissants des pays suivants : Australie, Canada, Chili, Danemark, Egypte, Inde, Pakistan, Philippines, Pologne, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone et Thaïlande.

[2] Arabie saoudite, Bahreïn, Chypre, Egypte, Emirats arabes unis, Iraq, Jordanie, Liban, Maroc, Oman, Pakistan, Qatar, République arabe syrienne et Soudan.

[3] Centre IBFAN de documentation sur le Code, Boîte postale 19, 10700 Penang, Malaisie.

126. En 1992, le Réseau IBFAN a organisé un cours de formation en Malaisie à l'intention de médecins, de juristes, de nutritionnistes et d'administrateurs de 19 pays asiatiques et africains, avec une contribution technique d'un juriste de l'OMS, et un autre cours destiné à 15 pays d'Amérique latine et des Caraïbes a eu lieu au Guatemala. En janvier 1993, IBFAN, avec la participation de l'OMS et de l'UNICEF, a organisé un atelier de formation à Ouagadougou à l'intention de 26 participants francophones dans les domaines de la santé et du droit de 16 pays principalement africains.[1] En mai 1993, IBFAN a organisé un séminaire à Nymburk (République tchèque) destiné à 30 participants d'Europe centrale et orientale[2] en coopération avec une organisation bénévole locale et une société affiliée au Réseau, ANIMA, avec l'appui du Ministère tchèque de la Santé, de l'UNICEF et de l'OMS. Il s'agissait de permettre aux responsables nationaux - pédiatres, spécialistes des soins de l'enfant et juristes - de se familiariser avec ce qui constituait pour eux de nouvelles techniques de commercialisation contribuant à affaiblir l'allaitement maternel et de déterminer comment faire face à l'évolution du marché (paragraphes 154 à 158) par la mise en oeuvre du Code international. IBFAN organise un deuxième atelier africain au Malawi en janvier 1994 à l'intention de participants anglophones.

Application du Code international : l'expérience acquise et les leçons à en tirer

127. L'expérience conjointe de plus de dix ans d'application du Code international par les Etats Membres appelle une série d'observations concernant : l'objet du Code et les moyens législatifs et non législatifs de le mettre en oeuvre; les préparations pour nourrissons et les questions d'échanges commerciaux qu'elles posent; et la fourniture gratuite et la vente à prix réduit des préparations pour nourrissons, que ce soit aux maternités ou dans le cadre de programmes d'alimentation complémentaire.

But du Code international

128. Le but du Code international est énoncé à l'article 1 du Code : contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition saine et adéquate. On dispose de deux moyens pour atteindre ce but : d'abord, en protégeant et en favorisant l'allaitement au sein et, ensuite, en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées. A cet égard, il faut veiller à ne pas confondre le but du Code international, les mesures adoptées pour atteindre ce but et l'impact des mesures dans un contexte déterminé. Ainsi, par exemple, même si le but du Code n'est pas en lui-même de réduire la consommation des préparations pour nourrissons, en général, on peut s'attendre à ce que cette consommation baisse si le but du Code est effectivement atteint.

129. De même, dans des circonstances exceptionnelles, il est possible que les efforts visant à assurer une nutrition saine et adéquate du nourrisson entraînent, au moins temporairement, une *augmentation* de la consommation des préparations pour nourrissons. Ainsi, par exemple, comme l'a relevé le dernier rapport à l'Assemblée de la Santé[3] en mars 1991, à la fin des hostilités dans le Golfe, l'OMS a appelé l'attention du Président du Comité des Sanctions du Conseil de Sécurité des Nations Unies sur le "besoin aigu de préparations pour nourrissons et d'aliments complémentaires à forte teneur énergétique" en **Iraq** (le paragraphe 110 du présent rapport traite des mesures prises par les autorités pour améliorer la situation). La **Polynésie française** offre un autre exemple de ce type. Les autorités sanitaires ont signalé, en 1989, que, vu l'impact désastreux sur la nutrition et la santé du nourrisson de la pratique ancienne et très répandue dans les territoires consistant à donner du lait condensé sucré aux nourrissons, la priorité a d'abord été donnée à la lutte contre cette pratique. Les autorités ont conclu par la suite, sur la base de l'augmentation des importations et de la consommation de substituts du lait maternel valables et des effets observés dans

[1] Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Haïti, Mali, Maurice, Niger, Rwanda, Sénégal et Togo.

[2] Albanie, Bosnie, Croatie, Estonie, Fédération de Russie, Hongrie, Lituanie, Paraguay, Pologne, République tchèque et République slovaque.

[3] Document WHA45/1992/REC/1, annexe 9, paragraphes 33 et 34.

les centres de santé, qu'une modification de la politique donnant la priorité à la promotion du lait maternel et limitant la consommation des substituts du lait maternel aux cas de stricte nécessité était à la fois justifiée et réalisable.[1]

Association de mesures législatives et non législatives

130. En vertu du paragraphe 1 de l'article 11, les gouvernements doivent prendre des mesures pour donner effet au 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". La plupart des gouvernements ont donné effet à des parties au moins du Code international par des moyens exécutoires. Pourtant, comme l'indiquent le présent rapport et les précédents rapports du Directeur général, les "autres mesures appropriées" offrent une grande liberté d'action, qu'elles viennent compléter la législation ou qu'elles la remplacent. En outre, il serait faux de supposer que la loi possède une qualité intrinsèquement supérieure aux autres mesures adoptées pour donner effet au Code international. Non seulement cela irait à l'encontre de l'esprit dans lequel l'Assemblée de la Santé a adopté le Code, mais cela serait faux en ce qui concerne l'action dans les pays et surtout, ce qui est plus important, l'impact de cette action. Les données recueillies sur l'expérience de plus de 160 pays et territoires démontrent de façon très convaincante que la législation n'est pas le seul moyen ni, selon l'environnement et les mesures déterminés, le meilleur moyen d'appliquer le Code international. L'approche généralement adoptée par les autorités consiste à associer les mesures législatives et autres après mûre réflexion et compte tenu du contexte socioculturel, économique et politique.

131. Certains pays se sont dotés de lois et de règlements "modèles" qui sont mal appliqués; ailleurs, différentes parties du Code ont été mises en oeuvre grâce à divers moyens législatifs et non législatifs - lignes directrices, mesures administratives et accords volontaires, ou encore recyclage des agents de santé. Ailleurs encore, les autorités ont intentionnellement évité le recours au législateur pour conclure des accords volontaires efficaces avec les partenaires concernés, souvent avec la participation directe d'associations de consommateurs et d'organisations non gouvernementales. L'expérience des pays nordiques et de certains autres pays européens est révélatrice à cet égard. En outre, comme on l'a relevé, beaucoup de pays en développement ont conclu des accords volontaires avec les fabricants et distributeurs de préparations pour nourrissons pour mettre fin à la distribution gratuite ou à prix réduit de préparations pour nourrissons dans les maternités, alors même que d'autres optaient pour des mesures exécutoires. L'Australie (paragraphe 117) a agi, simultanément ou successivement, sur plusieurs fronts : législation particulière concernant certaines des préoccupations exprimées dans le Code; loi générale visant à lutter contre les attitudes tendancieuses et mensongères et à faciliter ainsi le respect d'autres dispositions du Code; respect du Code par les fabricants de préparations pour nourrissons au moyen d'un accord volontaire; promotion et surveillance du respect du Code par des groupes volontaires; et adoption de politiques pertinentes de soins de santé par les autorités sanitaires. Beaucoup d'autres solutions associant les mesures législatives et non législatives et visant à donner effet au Code international figurent dans le document de synthèse[2] et dans l'enquête mondiale[3] susmentionnés.

Préparations pour nourrissons et échanges commerciaux

132. **Conséquences pour la santé de la publicité directe en faveur des préparations pour nourrissons.** Le dernier rapport à l'Assemblée de la Santé a brièvement examiné les conséquences pour la santé de la publicité directe en faveur des préparations pour nourrissons auprès du grand public.[4] Il a rappelé qu'en raison des risques associés à l'utilisation de substituts du lait maternel les préparations pour

[1] Document WHA43/1990/REC/1, annexe 1, paragraphe 184.

[2] Document WHO/MCH/NUT/90.1, op. cit.

[3] Document WHO/HLE/NUT/92.1, op. cit.

[4] Document WHA45/1992/REC/1, annexe 9, paragraphes 120 à 123.

nourrissons ne constituaient pas un produit de consommation ordinaire et que, jusqu'à l'âge de quatre à six mois, elles devaient être plutôt considérées comme un médicament nutritionnel à utiliser avec l'avis et sous la surveillance des agents de santé. Il a également relevé que, même en admettant qu'il faille encourager la concurrence, la publicité directe auprès des mères de nourrissons âgés de moins de quatre à six mois était particulièrement inopportune pour les raisons suivantes :

- faire de la publicité en faveur des préparations pour nourrissons présentées comme des substituts du lait maternel, c'est faire de la concurrence déloyale au détriment de la pratique salubre et normale de l'allaitement au sein qui, lui, ne fait pas l'objet de publicité mais qui est la méthode d'alimentation du nourrisson la plus sûre et la moins coûteuse;

- faire de la publicité en faveur des préparations pour nourrissons présentées comme des substituts du lait maternel favorise une prise de décision non éclairée, court-circuitant les avis et la supervision du médecin de famille ou de l'agent de santé.

A cet égard, concluait le rapport, on peut considérer que la publicité en faveur des préparations pour nourrissons ne permet pas d'atteindre les objectifs d'assurer la meilleure qualité au plus bas coût possible et d'informer le public, qui figurent pourtant au nombre des avantages que la publicité directe est censée apporter.

133. Quant à savoir dans quelle mesure la publicité directe en faveur des préparations pour nourrissons auprès du grand public influence la prévalence et la durée de l'allaitement au sein, le débat reste ouvert. Le choix du mode d'alimentation du nourrisson est un processus éminemment complexe affecté par une multiplicité de facteurs, notamment les traditions culturelles, les possibilités d'éducation, l'accès à une information objective et régulière, le temps disponible et les options perçues. L'OMS a toujours dit que la commercialisation et la distribution appropriées des substituts du lait maternel ne constituent qu'*un* facteur important parmi d'autres lorsqu'il s'agit de protéger les pratiques saines en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

134. Il est utile à cet égard d'examiner les principes fondamentaux auxquels souscrivent toutes les activités de publicité et de promotion. D'une manière générale, l'ensemble des fabricants qui se trouvent en concurrence sur le marché cherche essentiellement deux choses :

- à élargir le marché d'une catégorie de produits déterminés, quel qu'en soit le type;

- à augmenter leur part de marché - actuelle et future - par rapport à celle de leurs concurrents.

Pour atteindre ces objectifs simultanément ou consécutivement, la commercialisation des préparations pour nourrissons suppose un marché en expansion à mesure qu'augmente le nombre des enfants nourris au moyen de ces préparations. En outre, la publicité en faveur des préparations pour nourrissons n'est ni passive ni sans conséquences. Pourtant, en essayant de démontrer avec précision quels sont les effets de la publicité, on néglige le point fondamental, à savoir qu'elle encourage la mère à prendre des décisions sans être suffisamment informée et en court-circuitant le médecin ou l'agent de santé qui s'occupe d'elle. Ceux qui prétendent que la publicité directe n'a pas d'effets négatifs sur l'allaitement maternel devraient être priés de démontrer qu'elle n'influence pas la décision de la mère sur la façon de nourrir son enfant.

135. **L'idée selon laquelle la préparation pour nourrissons n'est "qu'un aliment transformé comme les autres".** Cette idée a des conséquences analogues dans des milieux très différents. Ainsi, par exemple, dans certains pays traditionnellement à économie de marché, l'autorité responsable de la surveillance des échanges commerciaux soutient que les fabricants et distributeurs de préparations pour nourrissons, comme ceux de tout autre produit alimentaire, sont en concurrence et utilisent à cette fin les moyens de commercialisation habituels, notamment la publicité directe et la promotion auprès du grand public. Pour leur part, beaucoup de pays qui abandonnent l'économie planifiée au profit d'une économie de marché sont peu désireux de restreindre la concurrence après des années de centralisme.

136. L'OMS a conclu que la décision d'utiliser les préparations pour nourrissons et, le cas échéant, le choix du produit à utiliser et la façon de l'utiliser ne doivent pas dépendre de l'efficacité d'une campagne commerciale. Une utilisation judicieuse des préparations pour nourrissons doit au contraire être le fruit d'une décision prise en parfaite connaissance de cause sur la base de conseils objectifs et réguliers et d'une supervision appropriée. Le message est implicitement contenu dans le dernier paragraphe du préambule du Code international libellé comme suit :

> *Estimant, à la lumière des considérations qui précèdent et compte tenu de la vulnérabilité des nourrissons au cours des premiers mois de leur vie ainsi que des risques entraînés par des pratiques d'alimentation inadéquates, parmi lesquelles l'utilisation non nécessaire et incorrecte des substituts du lait maternel, que la commercialisation des substituts du lait maternel exige un régime spécial, les pratiques commerciales usuelles ne convenant pas pour ces produits.*

137. Aucun substitut du lait maternel, pas même la préparation la plus perfectionnée et la plus équilibrée du point de vue nutritionnel, ne peut offrir ne serait-ce qu'une partie des avantages uniques pour la santé qu'offre le lait maternel. L'alimentation au moyen de préparations pour nourrissons ne pourra jamais remplacer du point de vue physiologique et affectif l'acte de l'allaitement, que ce soit pour l'enfant ou pour la mère. Et aussi parfaite que soit une préparation pour nourrisson du point de vue nutritionnel, lorsque l'enfant n'est pas nourri au sein ou ne l'est que partiellement, l'alimentation au moyen de préparations pour nourrissons constituera toujours, pour la quasi-totalité des nourrissons, un écart par rapport à la norme biologique. Ainsi, les préparations pour nourrissons ne doivent pas être commercialisées ou distribuées dans quelque milieu que ce soit d'une façon qui risque de troubler la protection et la promotion de l'allaitement au sein.

138. Dans certaines situations, le recours aux préparations pour nourrissons est dangereux et peut même menacer la vie de l'enfant en raison du prix élevé de ces produits, de l'absence d'eau propre, des difficultés qu'éprouvent ceux qui les préparent à lire ou à suivre les instructions concernant le dosage, et de l'hygiène qui laisse à désirer. Mais, même en l'absence de telles conditions, l'écart par rapport à la norme biologique n'est pas sans danger pour la santé du nourrisson ni pour celle de sa mère. Les enfants nourris artificiellement sont exposés à un plus grand risque que les enfants allaités, quel que soit le milieu concerné. On a peu de chance de modifier la tendance à considérer les préparations pour nourrissons comme "un aliment transformé comme un autre", et par conséquent un aliment qui doit être soumis aux "pratiques de commercialisation habituelles", tant que la communauté sanitaire au sens large ne sera pas parvenue à faire clairement comprendre que la commercialisation et la distribution des substituts du lait maternel ne sont pas uniquement, ni avant tout, une question commerciale.

139. **Impact prévu de l'Accord général sur les Tarifs douaniers et le Commerce (GATT).** A diverses occasions ces dernières années, notamment au cours de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,[1] plusieurs organisations non gouvernementales ont exprimé leurs préoccupations au sujet de l'impact que pourraient avoir sur l'application du Code international les conclusions auxquelles on parviendrait au cours des négociations dans le contexte du GATT. A mesure que les négociations de l'"Uruguay Round" sur la libéralisation du commerce mondial semblent sur le point de se terminer, il est utile de rappeler un principe important qui est à la base de toutes les délibérations du GATT depuis 1969. L'article XX du texte de l'Accord général,[2] concernant les exceptions générales, est libellé comme suit :

> *Sous réserve que ces mesures ne soient pas appliquées de façon à constituer soit un moyen de discrimination arbitraire ou injustifié entre les pays où les mêmes conditions existent, soit une restriction déguisée au commerce international, **rien dans le présent Accord ne sera interprété comme empêchant l'adoption ou l'application par toute partie contractante des mesures ... nécessaires à la protection de la santé [ou] nécessaires pour assurer l'application des lois et règlements qui ne sont pas incompatibles avec les dispositions du présent Accord** ...* (surchargé par le Secrétariat).

[1] Voir le document WHA45/1992/REC/3, procès-verbal de la neuvième séance de la Commission B, pages 241 à 248.

[2] *Texte de l'Accord général sur les Tarifs douaniers et le Commerce.* Genève, GATT, 1986.

140. Sur cette base et en l'absence d'éléments, voire d'indices contraires, il paraît raisonnable de supposer que la conclusion des négociations de l'"Uruguay Round" n'affaiblira pas la capacité des Etats Membres d'adopter et d'exécuter des mesures nationales, y compris des lois et règlements visant à donner effet aux principes et au but du Code international. En ce qui concerne les conséquences possibles sur le commerce international des produits concernés par le Code, il faut rappeler que, conformément au paragraphe 1 de l'article 11 de celui-ci, les mesures pertinentes adoptées pour lui donner effet "devraient être ... appliquées, sur la même base, à tous ceux qui participent à la fabrication et à la commercialisation des produits visés par le ... Code".

Distribution gratuite ou vente à bas prix de préparations pour nourrissons

141. En 1986, la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a demandé instamment aux Etats Membres, entre autres choses, "de faire en sorte que les faibles quantités de substituts du lait maternel nécessaires pour la minorité de nourrissons qui en ont besoin dans les maternités soient mises à la disposition de celles-ci par les voies normales d'achat et non sous forme de livraisons gratuites ou subventionnées" (résolution WHA39.28, paragraphe 2.6 du dispositif). Dans leur lettre conjointe adressée en septembre 1991 à tous les chefs d'Etat pour leur demander de soutenir l'initiative des hôpitaux "amis des bébés" (paragraphes 25-28), le Directeur général de l'OMS et le Directeur exécutif de l'UNICEF les ont invités à prendre l'engagement de mettre fin à la fourniture gratuite ou à prix réduit de préparations pour nourrissons aux maternités. Plus récemment encore, la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (1992) a invité les Etats Membres "à prendre, eu égard au contexte national, les mesures propres à mettre un terme à la fourniture, gratuite ou à prix réduit, de substituts du lait maternel aux établissements de soins de santé assurant des prestations de maternité" (résolution WHA45.34).

142. Depuis 1986, un certain malentendu persiste quant à la signification du paragraphe 2.6 du dispositif de la résolution WHA39.28 à la lumière du paragraphe 6 de l'article 6 du Code international. Ce paragraphe dispose que le "don ou la vente à bas prix à des institutions ou organisations de stocks de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code ... est autorisé", ajoutant toutefois que de "tels stocks ne devraient être utilisés ou distribués qu'en faveur des nourrissons qu'on est obligé d'alimenter au moyen de substituts du lait maternel ...".

143. Pour pouvoir bien appréhender la signification de la résolution WHA39.28, il faut d'abord comprendre la nature et la signification des résolutions de l'Assemblée de la Santé en général, qui sont l'expression de la politique de l'Organisation mondiale de la Santé sur les questions de santé, et ensuite le contexte spécifique dans lequel ladite résolution a été discutée et adoptée en 1986. En ce qui concerne le premier point, il est indubitable que la résolution WHA39.28 comme toute autre résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé représente une expression de la politique de l'OMS.

144. Quant au deuxième point, le contexte spécifique dans lequel la résolution WHA39.28 a été discutée et adoptée, on se rappellera que l'Assemblée de la Santé en 1986 a examiné des "lignes directrices concernant les principales circonstances sanitaires et socio-économiques dans lesquelles on est obligé d'alimenter les nourrissons au moyen de substituts du lait maternel".[1] Les autorités compétentes dans les Etats Membres ont été invitées à se servir des lignes directrices "pour déterminer pour leur pays, sur la base des circonstances sanitaires et socio-économiques qui leur sont propres, comment les nourrissons et leur mère peuvent être protégés contre des pratiques alimentaires inadéquates et pour identifier les nourrissons qu'on est obligé d'alimenter au moyen de substituts du lait maternel, et le meilleur moyen d'assurer qu'ils reçoivent un substitut approprié aussi longtemps qu'ils en ont besoin". Dans la section des lignes directrices **traitant des conséquences pour les établissements ou organismes sanitaires et de protection sociale chargés des soins aux nourrissons**, le paragraphe 47 affirme ce qui suit :

[1] Document WHA39/1986/REC/1, annexe 6, Partie 2.

Comme la grande majorité des nouveau-nés qui viennent au monde dans les maternités naissent à terme, ils n'ont besoin, au cours de leurs premières 24 à 48 heures d'existence - qui correspondent fréquemment à la durée du séjour de la mère et de son enfant dans l'établissement - d'aucun élément nutritif autre que le colostrum. En règle générale, de faibles quantités de substituts du lait maternel suffisent pour répondre aux besoins d'une minorité de nouveau-nés dans ces établissements et ces produits ne devraient être disponibles que selon des modalités qui ne nuisent pas à la protection et à la promotion de l'allaitement au sein du plus grand nombre des nourrissons.

145. A la suite de sa discussion des lignes directrices, l'Assemblée de la Santé, dans sa résolution WHA39.28, a demandé qu'une attention particulière soit accordée à la situation dans les **maternités**. Comme indiqué plus haut, elle a demandé instamment aux Etats Membres "de faire en sorte que les faibles quantités de substituts du lait maternel nécessaires pour la minorité des nourrissons qui en ont besoin dans les maternités soient mises à la disposition de celles-ci par les voies normales d'achat et non sous forme de livraisons gratuites ou subventionnées". L'Assemblée ne mentionne toutefois aucune autre institution ou organisation d'assistance sociale, par exemple celles qui s'occupent des nourrissons orphelins ou abandonnés.

146. Compte tenu de ces considérations, on peut conclure que l'élément de base permettant d'apprécier la distinction faite par l'Assemblée de la Santé entre les situations où des livraisons gratuites ou subventionnées de préparations pour nourrissons seraient appropriées est le fait que des **prestations de maternité** sont assurées ou non dans un contexte donné. Les circonstances où il pourrait être approprié de faire des livraisons gratuites ou subventionnées sont celles où :

- on est obligé d'alimenter des nourrissons au moyen de substituts du lait maternel;
- la fourniture gratuite ou à bas prix de préparations pour nourrissons est assurée pendant une période prolongée, c'est-à-dire aussi longtemps que les nourrissons concernés en ont besoin;
- la fourniture gratuite ou à bas prix n'est pas utilisée comme moyen publicitaire.

147. Ainsi que la vingt-neuvième session (1er-2 février 1993) du Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires (JCHP)[1] en a été informée, en consultation avec l'Association internationale des Fabricants d'Aliments pour l'Enfance (IFM) qui est membre de la Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques, admise aux relations officielles avec l'OMS en 1987, décembre 1992 a été fixé comme date-butoir pour mettre fin aux distributions gratuites ou à bas prix de préparations pour nourrissons aux hôpitaux et aux maternités des pays en développement. Selon l'information dont disposaient l'UNICEF et l'OMS en février 1993, cette pratique n'existait pas ou les autorités avaient pris des mesures pour y mettre fin, dans 122 pays : huit pays en développement seulement n'avaient pas encore pris de telles mesures. Le Comité mixte a noté que des progrès avaient également été réalisés dans de nombreux pays industrialisés, notamment en Europe.

148. Pour expliquer les délais différents recommandés pour l'arrêt des distributions gratuites ou à bas prix de préparations pour nourrissons dans les pays développés et dans les pays en développement, il a été affirmé que les progrès étaient qu'on pouvait s'attendre à ce que la fin de ces distributions intervienne dans la plupart des pays au milieu de 1993. Cependant, pour les pays industrialisés, la date a été fixée de manière à coïncider avec celle de l'entrée en vigueur de la Directive de la Communauté européenne relative aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite, c'est-à-dire juin 1994 (paragraphe 105). Le Comité mixte a recommandé que l'UNICEF et l'OMS demandent instamment que les mesures prises par les gouvernements pour interdire les distributions gratuites ou à bas prix de préparations pour nourrissons soient pleinement respectées d'ici juin 1993 et que juin 1994 soit fixé comme date-butoir pour l'arrêt de ces distributions dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés. Avant septembre 1993,

[1] Documents JCHP29/93.12 et JCHP29/93.12 Add.1.

plus de 70 pays en développement avaient pris des mesures spécifiques à cette fin (voir aussi les rapports individuels de pays plus haut).

149. Comme noté dans le dernier rapport à l'Assemblée de la Santé[1], l'Association internationale des Fabricants d'Aliments pour l'Enfance (IFM) a convenu de collaborer avec l'OMS et l'UNICEF dans le cadre d'un processus pays par pays ayant pour but l'élaboration, par les gouvernements, de mesures de réglementation ou autres mesures officielles nécessaires pour mettre fin à la fourniture gratuite ou à bas prix de préparations pour nourrissons aux maternités et hôpitaux des pays en développement. En septembre 1992, la politique de l'Association à cet égard a été étendue de manière à couvrir les Etats nouvellement indépendants de l'ancienne URSS et des pays d'Europe orientale. Par ailleurs, le Président de l'Association a réitéré l'opinion de ses membres selon lesquels il était essentiel que les mesures prises par les gouvernements soient claires et sans ambiguïté et qu'ils engagent la responsabilité non seulement de tous les fabricants mais aussi de tous ceux qui sont concernés dans le système de soins de santé.

150. L'OMS et l'UNICEF sont encouragés par les mesures positives prises par les pays en développement. Ils sont d'avis toutefois que la prochaine étape consistera à mettre fin à la distribution gratuite ou à bas prix de préparations pour nourrissons qui contribuent à l'alimentation systématique au biberon dans les établissements de santé de tous les pays industrialisés. Cette pratique aurait déjà cessé, par accord volontaire de l'industrie des aliments pour nourrissons, en Allemagne, en Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, tandis que des mesures similaires devraient être prises en Australie (paragraphe 117) d'ici la fin 1993.

Définitions proposées par l'Association internationale des Fabricants d'Aliments pour l'Enfance et mécanismes de surveillance en ce qui concerne les dons ou la vente à bas prix de préparations pour nourrissons

151. En novembre 1992, l'OMS et l'UNICEF ont examiné officieusement avec l'Association la situation en ce qui concerne l'arrêt des distributions gratuites ou à bas prix de préparations pour nourrissons dans les maternités des pays en développement. En rappelant l'engagement de ses membres à coopérer avec les gouvernements à la réalisation de cet objectif, le Président de l'Association a souligné que les gouvernements devaient élaborer des définitions et des critères pour la mise sur pied de mécanismes de surveillance qui s'appliqueraient à *toutes* les parties concernées - aux fabricants comme aux distributeurs et au système de soins de santé - et qui seraient "impartiales, objectives et exécutoires". L'OMS a invité l'Association à formuler des suggestions à cet égard.

152. En janvier 1993, le Président de l'Association a communiqué sa proposition à l'OMS et à l'UNICEF. Dans ce contexte, l'Association considère que les définitions clés comprennent l'explication de l'expression "à bas prix", dont il convient de dire s'il s'agit par exemple d'un prix inférieur au plus bas prix offert dans le contexte des achats normaux, ou d'un prix inférieur au prix départ fabrique ou au prix au débarquement après paiement des droits de douane. Elle estime aussi que les gouvernements devraient décider s'il convient de fournir gratuitement ou à bas prix des préparations pour nourrissons aux services de santé qui n'assurent *pas* de prestations de maternité (paragraphes 141-146). Dans les cas où de telles distributions sont jugées appropriées, elle suggère que les gouvernements envisagent l'adoption de mécanismes permettant d'assurer que les besoins des nourrissons qui doivent être nourris à l'aide de substituts du lait maternel seront couverts de manière adéquate et appropriée, par exemple en faisant passer les livraisons par les autorités sanitaires nationales ou un autre organisme agréé. Dans les cas où les dons ou ventes à bas prix ne sont pas autorisés, on pourrait établir d'autres voies d'achats, qui passeraient par les gouvernements, les organismes de secours ou d'autres organisations charitables, à des fins valables.

153. Les suggestions formulées par l'Association concernant l'élaboration de mesures nationales appropriées pour la fourniture gratuite ou à bas prix de préparations pour nourrissons sont accueillies avec

[1] Document WHA45/1992/REC/1, annexe 9, paragraphe 137.

satisfaction. Dans la mesure où les ressources le permettront, elles seront étudiées avec diverses autres propositions avancées pour l'élaboration de directives pertinentes. Les principes sous-tendant les mesures nationales pertinentes devraient inclure des définitions claires, qui soient communiquées à toutes les parties et comprises par elles; des procédures transparentes de surveillance et de compte rendu visant à déterminer si des violations dénoncées vont vraiment à l'encontre des mesures nationales; et une autorité de surveillance établie sous la responsabilité du gouvernement. On espère que l'on parviendra rapidement à résoudre une fois pour toutes ce problème de longue date et particulièrement contentieux, et que *toutes* les parties concernées auront compris l'enseignement central de cette expérience : ce n'est que par un vrai dialogue, entamé de bonne foi, que l'on peut résoudre de façon satisfaisante des différends de cette ampleur et de cette durée afin de pouvoir continuer à utiliser les ressources.

Distribution caritative de substituts du lait maternel par des programmes d'alimentation ad hoc ou à long terme

154. Comme noté dans le dernier rapport du Directeur général,[1] les résultats d'un examen et d'une évaluation en profondeur de l'expérience de 14 Etats Membres concernant la mise en oeuvre du Code international[2] ont été discutés par les représentants des pays concernés lors d'une réunion technique sur la question tenue à La Haye, sous les auspices du Gouvernement des Pays-Bas en septembre-octobre 1991. Parmi les difficultés rencontrées dans l'élaboration et la mise en oeuvre des mesures nationales adoptées pour donner effet au Code international figure le non-respect des principes et du but du Code international dans des situations où le marché est en évolution, par exemple dans les pays qui passent d'une économie planifiée à une économie de marché ou dans des groupes de population qui commencent à participer à une économie monétaire. A cet égard, les participants ont formulé la recommandation suivante :

> *Les organismes caritatifs et autres organismes donateurs devraient faire preuve de la plus grande prudence avant de formuler ou de satisfaire des demandes d'approvisionnement gratuit en aliments pour bébés. Ils devraient examiner et adapter en fonction des besoins les politiques relatives à la distribution et à l'utilisation des produits lactés pour l'alimentation des nourrissons qui ont été adoptées par des organismes tels que le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, le Programme alimentaire mondial et le Comité international de la Croix-Rouge. Pour éviter d'interférer avec l'allaitement au sein, il faudrait fournir seulement le minimum requis d'aliments pour bébés, qui serait distribué dans des conditions de supervision et de suivi appropriées.*

155. Plus récemment, les participants de pays d'Europe orientale et centrale, à la réunion de 1993 sur l'initiative des hôpitaux "amis des bébés" (paragraphe 47) à Saint-Pétersbourg, ont unanimement recommandé d'inviter instamment les donateurs à ne *pas* envoyer systématiquement des substituts du lait maternel aux pays d'Europe centrale et orientale. Dans les situations d'urgence, ont-ils conclu, les gouvernements devraient demander que les donateurs fournissent des crédits pour la promotion de l'allaitement au sein.

156. On a cité de nombreux cas où des crédits importants de sources publiques et privées étaient dépensés, dans un élan de solidarité bien intentionné, pour fournir des substituts du lait maternel à distribuer par le biais des programmes d'alimentation complémentaire dans les pays d'Europe centrale et orientale, y compris les Républiques de l'ancienne URSS. Il y a aussi des exemples de distributions de préparations pour nourrissons dans les maternités, y compris des distributions aux mères qui ont déjà commencé à allaiter avec succès, "pour le cas où". Par contre, les ressources destinées à protéger et promouvoir l'allaitement au sein dans ces mêmes environnements font cruellement défaut (à l'exception notable de la Bosnie et de l'Herzégovine où, en 1993, les taux d'allaitement au sein à Sarajevo auraient

[1] Document WHA45/1992/REC/1, annexe 9, paragraphes 124-132.

[2] Brésil, Egypte, Finlande, Guatemala, Kenya, Nigéria, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pays-Bas, Philippines, Pologne, République islamique d'Iran, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suède et Yémen.

augmenté de 16 % à 60 % grâce à une politique visant à satisfaire les besoins nutritionnels des mères afin de leur permettre de satisfaire ceux de leurs nourrissons).

157. Les dons et demandes de préparations pour nourrissons en tant qu'articles d'aide alimentaire hautement prioritaires sont souvent le résultat de l'ignorance à plusieurs niveaux : dans le système de soins de santé où les connaissances sur le lait humain, la gestion de l'allaitement et les risques pour la santé de l'utilisation inadéquate ou inutile des préparations pour nourrissons et d'autres substituts du lait maternel peuvent laisser à désirer; dans la communauté où des informations exactes sur les pratiques réelles d'alimentation du nourrisson peuvent faire défaut; et chez les décideurs et administrateurs qui, en luttant pour satisfaire les besoins nutritionnels immédiats de leur population, peuvent ne pas être pleinement conscients de l'importance qu'il y a à protéger et promouvoir l'allaitement au sein.

158. Comme noté plus haut (paragraphe 144), en 1986, la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a examiné des lignes directrices qui avaient été élaborées à la lumière de l'expression "les nourrissons qu'on est obligé d'alimenter au moyen de substituts du lait maternel" qui figure à plusieurs reprises dans le Code international. Bien qu'elles ne soient pas entièrement à jour, par exemple en ce qui concerne l'allaitement au sein et le risque d'infection à VIH (paragraphes 40-41), les lignes directrices restent utiles pour l'étude des principaux points pertinents. Les principes énoncés dans le cadre des politiques d'organisations et organismes du système des Nations Unies (par exemple le HCR, le PAM) sur la distribution et l'utilisation des produits lactés pour l'alimentation des nourrissons, pour lesquels l'OMS a fourni une contribution technique, sont fort proches. Cependant, ni les lignes directrices ni la politique du système des Nations Unies ne traitent directement de situations spécifiques qui ont surgi plus récemment, y compris celles décrites par les participants à la réunion technique de La Haye (1991) et à l'atelier de Saint-Pétersbourg (1993). Il faudrait disposer à cet égard de directives claires et pratiques qui puissent être uniformément appliquées par toutes les autorités gouvernementales, intergouvernementales et non gouvernementales concernées.

CONCLUSION

159. La Déclaration mondiale sur la nutrition qui est l'un des résultats tangibles de la Conférence internationale sur la nutrition (CIN) offre une vision stimulante d'un monde transformé. En attendant, son plan d'action trace une route crédible pour parvenir à cette transformation. L'aptitude de la communauté internationale à passer du possible au réel, du monde que nous connaissons au monde dans lequel nous allons vivre, dépend, comme avant, de la possibilité de mobiliser la volonté politique nécessaire pour atteindre cet objectif.

160. Ce qu'il y a de différent aujourd'hui toutefois - et c'est peut-être là la contribution la plus immédiate de la Conférence -, c'est la position centrale que la nutrition occupe désormais dans la conscience collective. La communauté internationale, d'une seule voix et sans hésiter, déclare que la faim et la malnutrition sont inacceptables dans un monde qui dispose à la fois des connaissances et des ressources voulues pour mettre fin à cette catastrophe humaine.[1] Sur la base de ce consensus mondial, il s'agit de procéder avec toute la célérité voulue aux changements nécessaires pour que les buts ambitieux si solennellement énoncés puissent être atteints dans les délais convenus.

161. En ce qui concerne le thème central du présent rapport, de nombreux signes encourageants donnent à penser que partout dans le monde les Etats Membres prennent au sérieux leurs engagements collectifs se rapportant à la protection et à la promotion du bien-être nutritionnel des nourrissons, des jeunes enfants et des femmes enceintes et allaitantes. Cependant, la situation n'est pas immuable, le monde évolue. Si impressionnants que soient les progrès accomplis, il faudra faire encore beaucoup plus si l'on veut relever les défis dominant le présent et le proche avenir de la nutrition. Il serait difficile de surestimer le nombre ou la complexité de ces défis sept ans seulement avant le début du troisième millénaire, époque à laquelle une bonne moitié - 51 % - de la population mondiale, estimée à 6,228 milliards, vivra dans des agglomérations urbaines.

162. A ce stade, quelles contributions est-il raisonnable d'attendre d'un certain nombre des principaux acteurs ? Avec le souvenir de la Conférence internationale sur la nutrition encore frais dans leur mémoire, il est peut-être plus facile pour les **gouvernements** d'en tirer parti pour déterminer leur action, conformément à la Déclaration mondiale et au plan d'action pour la nutrition et au paragraphe 4 de la résolution WHA46.7 adoptée par la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1993).

163. **Les organisations professionnelles et autres organismes techniques** devraient initier leurs membres, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières, de sages-femmes, de consultants en allaitement ou d'autres membres de l'équipe de santé, à réorienter leurs efforts vers la protection et la promotion d'une nutrition saine et adéquate pour *tous* les enfants. Ils devraient naturellement continuer à informer leurs membres des toutes dernières données scientifiques; mais pour multiplier les effets de leur action il faut aussi qu'ils renforcent les anciennes alliances et en forgent de nouvelles soit avec d'autres associations professionnelles, soit avec d'autres groupes clés adhérant à des valeurs similaires.

164. **Les organisations non gouvernementales,** auxquelles l'OMS et ses Etats Membres doivent tant pour les efforts infatigables qu'elles déploient depuis des années, devraient comprendre combien l'Organisation apprécie leur contribution et leur collaboration étroite et constante. Il n'y aurait rien d'exagéré à dire que, si elles devaient cesser de jouer le rôle qu'il leur est si souvent demandé de jouer par l'Assemblée de la Santé, l'OMS aurait des difficultés à s'acquitter de sa propre mission de "bons offices" par le dialogue dans lequel elle s'engage continuellement avec toutes les parties concernées. Compte tenu, toutefois, de l'ampleur des responsabilités de l'OMS - ainsi que des limitations inhérentes à une organisation inter-gouvernementale internationale -, elles devraient aussi avoir conscience du fait que l'identité d'intérêts ne se traduit pas nécessairement par des formes d'action identiques. La clé de la collaboration entre l'OMS et les organisations non gouvernementales reste la complémentarité.

[1] Déclaration mondiale sur la nutrition, op. cit., paragraphe 1.

165. En ce qui concerne **les entreprises commerciales**, en particulier les fabricants et les distributeurs d'aliments transformés destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants, l'OMS tient à redire combien elle apprécie la contribution exceptionnelle qu'elles apportent à la nutrition humaine en appliquant leurs compétences scientifiques et techniques à la production d'aliments sains et nutritionnellement adéquats. L'importance de leur contribution ne peut que croître compte tenu des tendances démographiques mondiales, en particulier de l'urbanisation croissante. En ce qui concerne l'alimentation des nourrissons, les fabricants et distributeurs continuent à avoir un rôle important et constructif à jouer. A cet égard, toutefois, il continue de leur incomber de surveiller leurs pratiques de commercialisation conformément aux principes et au but du Code international. *Tous* les fabricants et distributeurs de produits entrant dans le champ d'application du Code[1] - qu'ils opèrent au niveau national ou international, dans des pays développés ou dans des pays en développement - sont invités une fois de plus à veiller à ce que ces produits ne soient pas commercialisés ou distribués d'une manière qui puisse interférer avec l'allaitement au sein.

166. La charge spéciale qui incombe à toutes les parties concernées par le bien-être nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants est définie simultanément du point de vue des sciences exactes et du point de vue des principes éthiques. Les premiers mois d'existence sont un moment précieux et précaire; par définition, ils ne peuvent être revécus. Une alimentation adéquate est plus essentielle encore au cours de la première année d'existence qu'elle ne l'est à toute autre époque de la vie en raison des besoins nutritionnels élevés du nourrisson par rapport à son poids corporel et en raison de l'influence qu'une nutrition adéquate ou inadéquate durant les premiers mois d'existence exerce sur la santé et le développement futurs. Si le bien-être nutritionnel de l'être humain est une condition préalable du développement de la société, cela est encore plus vrai en ce qui concerne ses membres les plus vulnérables - le nourrisson et le jeune enfant. Les gouvernements ne réussiront pas à obtenir une accélération notable à long terme du développement économique tant qu'une croissance et un développement optimaux ne sont pas assurés à la majorité des enfants. Grâce à la Conférence internationale sur la nutrition, les bases techniques nécessaires à une action continue sont claires. De même qu'en sont claires les bases morales en termes d'équité sociale et du droit de tout être humain à une nutrition adéquate.

[1] Le champ d'application du Code international (article 2) inclut les biberons et les tétines.

ACTION DU CONSEIL EXECUTIF

167. Le Directeur général souhaiterait connaître les vues du Conseil exécutif sur le suivi donné par l'OMS à la Déclaration mondiale et au plan d'action pour la nutrition, compte tenu du thème du présent rapport. Il serait utile d'avoir des suggestions du Conseil sur les moyens d'assurer partout dans le monde une approche globale de la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant à tous les niveaux - depuis la conceptualisation des programmes jusqu'à leur mise en oeuvre - fondée, notamment, sur l'élaboration de politiques efficaces; l'éducation, la formation et l'information; la surveillance et l'évaluation; et la recherche opérationnelle pratique. Enfin, le Conseil est invité à donner son avis sur les moyens d'accroître l'appui apporté par l'OMS à ses Etats Membres pour les aider à prévenir et éliminer la malnutrition associée à l'alimentation inappropriée du nourrisson et du jeune enfant, y compris en mettant l'accent sur les points suivants :

a) donner aux femmes, en les informant, une plus grande conscience de l'importance de l'allaitement au sein pour leurs enfants, et une plus grande confiance dans leur aptitude à allaiter et les soutenir dans leur décision d'allaiter en éliminant les obstacles qu'elles peuvent rencontrer, que ce soit dans les services de santé, sur les lieux de travail ou dans la communauté;

b) améliorer les pratiques d'alimentation complémentaire en utilisant les aliments locaux, y compris l'administration fréquente et sans danger de quantités adéquates d'aliments riches en énergie (en particulier graisses et huiles) et en micronutriments (en particulier fer, vitamines A et C, et iode);

c) renforcer les programmes nationaux d'action en faveur des enfants (suivi du Sommet mondial pour l'enfance) et les plans nationaux d'action pour la nutrition (suivi de la Déclaration mondiale et du plan d'action pour la nutrition) en y intégrant des mesures pour améliorer la nutrition du nourrisson et du jeune enfant.

168. En outre, le Conseil exécutif est invité à indiquer s'il juge souhaitable et opportun que le Directeur général prenne des mesures en application :

d) **des paragraphes 35-39**, concernant l'étude des aspects économiques de l'allaitement au sein, y compris l'élaboration de principes directeurs pour l'évaluation des coûts financiers et des économies directes liés aux pratiques concernant l'allaitement au sein dans les maternités, et la détermination, du point de vue de l'économie sanitaire, des principales incidences financières d'un plus ou moins grand recours à l'allaitement maternel dans divers environnements;

e) **des paragraphes 42-44**, concernant l'élaboration de données de référence révisées - et de directives en vue de l'utilisation et de l'interprétation de ces données - relatives à la croissance du nourrisson nourri au sein;

f) **des paragraphes 63-67**, concernant la mobilisation des autorités sanitaires compétentes dans tous les Etats Membres aux fins de conseiller les autorités responsables des questions de travail et, avec elles, les organisations compétentes d'employeurs et de travailleurs sur les multiples avantages de l'allaitement maternel pour le nourrisson et la mère, et les conclusions à en tirer dans le contexte de la protection de la maternité sur le lieu de travail;

g) **des paragraphes 141-158**, concernant l'élaboration en consultation avec d'autres parties - dans le cadre de son soutien général aux pays pour la surveillance et l'évaluation de leur situation sanitaire - de principes directeurs que les autorités compétentes dans les Etats Membres pourraient envisager d'adopter, compte tenu de leur situation, pour faire en sorte que :

i) "les petites quantités de substituts du lait maternel nécessaires pour la minorité de nourrissons qui en ont besoin dans les maternités soient mises à la disposition de celles-ci par

les voies normales d'achat, et non sous forme de livraisons gratuites ou subventionnées" (résolution WHA39.28);

ii) que la distribution caritative d'aliments pour nourrissons et jeunes enfants n'interfère pas avec l'allaitement au sein.

169. En donnant son avis au Directeur général, le Conseil est invité à étudier les recommandations qu'il pourrait souhaiter présenter à la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé en ce qui concerne notamment les points a) à g) ci-dessus et les ressources requises à cette fin.

170. Le Conseil exécutif est invité à transmettre le présent rapport, accompagné de ses observations et recommandations, à la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

= = =