



## **Rapports de situation**

### **Rapport du Secrétariat**

#### **TABLE DES MATIERES**

	<b>Pages</b>
A. Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (résolution WHA57.2) .....	2
E. Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1).....	3
F. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12) .....	6
G. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation biennal (résolution WHA58.32) .....	8
Mesures à prendre par le Conseil exécutif .....	10

## A. LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE

1. La trypanosomiase humaine africaine provoquée par *Trypanosoma brucei gambiense* est endémique dans 24 pays. Entre 1997 et 2006, le nombre de nouveaux cas signalés à l'OMS a diminué de 69 %. Sur les 24 pays d'endémie, six (la Gambie, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Niger, le Sénégal et la Sierra Leone) n'ont signalé aucun cas pour l'ensemble de la période. Cinq autres (le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, le Mali et le Togo) ont signalé des cas sporadiques. Six pays (le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée, la Guinée équatoriale et le Nigéria) ont signalé une moyenne de moins de 100 nouveaux cas annuels. Quatre pays ont signalé entre 100 et 1000 nouveaux cas annuels (le Congo, l'Ouganda, la République centrafricaine et le Tchad) et trois enfin (l'Angola, la République démocratique du Congo et le Soudan) une moyenne de plus de 1000 nouveaux cas annuels ou 90 % du nombre total de cas à *T. b. gambiense* notifiés à l'OMS.

2. Dans les 13 pays d'endémie trypanosomienne à *T. b. rhodesiense*, le nombre de nouveaux cas signalés à l'OMS a diminué de 21 % entre 1997 et 2006.<sup>1</sup> Sur les 13 pays concernés, cinq (le Botswana, le Burundi, l'Éthiopie, la Namibie et le Swaziland) n'ont signalé aucun cas au cours de la période, quatre (le Kenya, le Mozambique, le Rwanda et le Zimbabwe) ont notifié des cas sporadiques (représentant 2,5 % du nombre total de cas signalés à *T. b. rhodesiense*), deux (le Malawi et la Zambie) ont signalé une moyenne de moins de 100 nouveaux cas annuels (représentant 8,7 % du nombre total de cas signalés à *T. b. rhodesiense*), et deux (l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie) entre 100 et 1000 nouveaux cas annuels (88,8 % du nombre total de cas notifiés).

3. On a constaté une amélioration spectaculaire de la situation depuis 1997 : à l'époque, de profondes préoccupations avaient conduit la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé à adopter la résolution WHA50.36 sur la trypanosomiase africaine. En plus de la volonté politique (sanctionnée par la campagne panafricaine d'éradication de la mouche tsé-tsé et de la trypanosomiase), l'accès au diagnostic et au traitement des patients vivant dans les zones d'endémie a été facilité par l'interruption des bouleversements sociaux ainsi que par le renforcement des capacités, l'appui technique et financier en faveur des activités périphériques, et la production et la distribution gratuites de médicaments pour le traitement.

4. Malheureusement, vu le faible nombre de cas détectés actuellement, on n'accorde plus au problème de la trypanosomiase le même degré de priorité. La même situation s'était présentée il y a 50 ans lorsqu'on pensait avoir éliminé la maladie. Pour éviter de reproduire cette erreur, il s'agit dans l'immédiat d'assurer de manière économique et durable la surveillance et la lutte antitrypanosomiennes. La pérennité de la lutte n'est possible qu'en suivant une approche intégrée de la surveillance et des activités de lutte dans le cadre de systèmes de santé renforcés capables de faire face à cette responsabilité. Mais il est difficile, avec les outils actuels, pour les systèmes de santé de participer à la lutte contre la maladie. Les deux obstacles techniques majeurs sont l'absence d'un test diagnostique sensible et spécifique, peu coûteux et facile à effectuer sur le terrain pouvant être utilisé à tous les niveaux du système de santé, et l'absence d'un médicament contre les deux formes de la maladie qui soit à la fois peu coûteux, sûr et facile à administrer par voie orale.

5. Tant que de nouveaux outils ne sont pas disponibles pour lutter contre la trypanosomiase humaine africaine, le problème immédiat le plus important consiste à accroître et maintenir durablement la tendance épidémiologique actuelle avec les moyens existants. Pour une surveillance et une lutte efficaces, il faudra toujours pouvoir compter sur des ressources humaines appropriées, des

---

<sup>1</sup> L'Ouganda est touché par les deux formes de la maladie et est donc traité dans les deux analyses.

activités de lutte adéquates, une notification efficace, le maintien de la sensibilisation, et une politique accordant un degré de priorité élevé au problème et favorisant la mobilisation des fonds nécessaires. Les activités de recherche-développement doivent être maintenues et les priorités axées sur l'élimination durable de la maladie grâce à des outils adéquats. L'OMS continuera de jouer un rôle de chef de file pour aider les pays et coordonner les travaux des parties prenantes.

## **E. ERADICATION DE LA VARIOLE : DESTRUCTION DES STOCKS DE VIRUS VARIOLIQUE**

6. Le présent document rend compte de la neuvième réunion du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique (Genève, 28 et 29 novembre 2007) et des travaux du Secrétariat. Le Comité consultatif a été créé en application de la résolution WHA52.10 dans laquelle l'Assemblée de la Santé autorisait le maintien temporaire des stocks existants de virus variolique vivant et priait le Directeur général de nommer un groupe d'experts afin de décider des recherches à effectuer, le cas échéant, pour parvenir à un consensus sur la date de la destruction de ces stocks de virus. Dans la résolution WHA55.15, l'Assemblée de la Santé autorisait de nouveau le maintien temporaire des stocks existants de virus variolique vivant, étant entendu que toutes les recherches approuvées resteraient axées sur les résultats et limitées dans le temps et que les réalisations et les résultats de ces travaux seraient périodiquement examinés. Elle priait également le Directeur général de faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis par le programme de recherche et les questions pertinentes. Dans la résolution WHA60.1, l'Assemblée de la Santé priait le Directeur général de procéder en 2010 à un examen majeur des résultats des recherches entreprises et actuellement en cours, afin que la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé puisse parvenir à un consensus mondial sur la date de destruction des stocks existants de virus variolique.

7. **Le point sur les propositions de recherche soumises à l'OMS.** Le Comité consultatif a reçu un résumé des propositions de recherche approuvées (12 programmes de travail) et rejetées (12) par son sous-comité scientifique. Bon nombre des projets approuvés arrivent à leur terme, dans les délais prévus, et les rapports finals devraient être soumis. Les propositions reçues récemment seront évaluées selon la procédure révisée convenue lors de la huitième réunion du Comité en 2006,<sup>1</sup> procédure qui prévoit par ailleurs le renouvellement des membres du sous-comité scientifique. Le Comité a accepté les nouveaux critères de composition du sous-comité.

8. **Souches virales détenues dans les deux conservatoires.**<sup>2</sup> Le Comité a examiné les données relatives aux souches de virus variolique et isollements primaires des deux collections et n'a constaté aucun changement. Ainsi qu'il avait été recommandé lors des réunions précédentes, ces collections ont été soumises à un inventaire annuel selon un système uniforme. Le Comité a pu constater que les matériels des deux collections correspondaient aux inventaires et étaient conservés dans les conditions de sécurité voulues.

9. **Analyse des séquences d'ADN des virus varioliques.** Comme recommandé précédemment par le Comité, aucun séquençage complémentaire de l'ADN génomique n'a été entrepris, à l'exception de

---

<sup>1</sup> Document EB120/39.

<sup>2</sup> Centre de Recherche de l'Etat sur la Virologie et la Biotechnologie, Koltsovo, région de Novossibirsk (Fédération de Russie) et Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique).

celui d'une souche asiatique de la collection russe, qui est actuellement en cours dans le centre collaborateur russe de façon à compléter la représentation de la diversité géographique des virus.

10. **Manifestations cliniques de la variole.** En réponse à la recommandation antérieure du Comité préconisant un examen des archives afin de déterminer s'il existe une corrélation entre des isolements de virus variolique particuliers et la gravité des manifestations cliniques de la variole, les résultats d'une analyse des dossiers archivés à l'OMS ont été présentés au Comité. La plupart de ces rapports ne renfermaient que peu ou pas d'informations cliniques. Cette étude n'a donc permis d'obtenir aucune information permettant de relier des isolements viraux particuliers aux caractéristiques de la maladie.

11. **Modèles animaux dans lesquels on utilise du virus variolique vivant.** Le Comité a pris note de ce que bon nombre des objectifs des travaux visant à affiner le modèle de la variole humaine chez le primate afin de tester les antiviraux ont désormais été atteints, mais que des travaux complémentaires pouvaient encore être nécessaires pour améliorer ce modèle afin qu'il permette d'évaluer ces antiviraux en vue de leur homologation.

12. **Antiviraux.** Le Comité a pris note des progrès récents enregistrés dans le développement du ST-246, un antiviral, qui empêche toute croissance des orthopoxvirus *in vitro*, permet de traiter toutes sortes d'orthopoxviroses chez les modèles animaux, et semble être sans danger et bien toléré chez ces modèles. Les données relatives à son efficacité chez différents modèles animaux ont été soumises à la Food and Drug Administration des Etats-Unis d'Amérique. Le Comité a également été informé de ce que ces résultats préliminaires obtenus avec le ST-246 étaient suffisamment positifs pour que de petites quantités de ce médicament soient stockées par la firme qui les produit, afin de les utiliser en cas d'urgence à titre compassionnel. Des travaux sont en cours afin de déterminer si le ST-246 peut être utilisé chez des sujets immunodéprimés ou chez la femme enceinte.

13. **Vaccins.** Le Comité a examiné de nouvelles approches prometteuses. Un nouveau vaccin antivariolique (ACAM 2000) a été homologué dans un Etat Membre. Les travaux sur deux vaccins de troisième génération (MVA et LC16m8) ont montré qu'ils sont sans danger et moins réactogènes, et des données préliminaires laissent à penser que la vaccination (taux de séroconversion) et le niveau de production d'anticorps neutralisants étaient comparables à ceux des vaccins de première et deuxième génération ; des études complémentaires sur ces deux vaccins sont en cours. Le Comité a évoqué les questions réglementaires relatives aux normes d'homologation des vaccins de troisième génération, soulignant l'absence d'un modèle animal satisfaisant permettant de tester l'efficacité des vaccins antivarioliques et la méconnaissance des indicateurs de la protection contre la variole humaine. Il est cependant apparu qu'au moins deux instances de réglementation n'exigeront pas obligatoirement un modèle animal avec virus variolique vivant pour l'homologation d'un vaccin de troisième génération.

14. **Utilisation des immunoglobulines antivirales, du cidofovir et du ST-246 dans le traitement de l'eczéma vaccinal.** Il a été fait état du traitement d'un cas d'eczéma vaccinal engageant le pronostic vital. Le Comité a pris note de ce que l'utilisation du ST-246 semble avoir été particulièrement bénéfique et a été suivie de la guérison du malade. Par conséquent, le ST-246 doit être envisagé comme une possibilité de traitement précoce si son innocuité et son efficacité chez l'homme sont confirmées par des études complémentaires.

15. **Examen des travaux de recherche effectués par les laboratoires ayant obtenu de l'ADN du virus variolique avec l'autorisation de l'OMS.** Le Secrétariat a présenté les données préliminaires d'une enquête effectuée dans les laboratoires connus pour être engagés dans ce type de recherche. Sur les 35 laboratoires contactés ayant répondu à un questionnaire (80 %), 24 utilisaient pour leurs activités de recherche des fragments d'ADN variolique. Ces activités englobaient des études sur les

moyens diagnostiques (52 %), les interactions hôte-virus (20 %), les produits thérapeutiques (20 %) et les vaccins (8 %). Le Comité a estimé que l'OMS devrait continuer à avoir accès aux informations les plus récentes concernant l'utilisation et la distribution des fragments d'ADN de virus variolique, pour garder la confiance de la communauté de santé publique dans son ensemble. Il a recommandé que le Secrétariat poursuive ses efforts pour maintenir une base de données précise des recherches effectuées avec les fragments d'ADN du virus variolique distribués avec l'autorisation de l'OMS et pour obtenir les données actuellement manquantes.

**16. Transfert d'ADN du virus variolique.** Le Comité a recommandé que le libellé des recommandations et lignes directrices actuelles concernant le transfert de l'ADN du virus variolique ne soit pas modifié, le principal problème rencontré ayant été celui de la diffusion et de la communication plus larges des recommandations et lignes directrices existantes. En outre, il a estimé que les principes généraux sous-tendant ces règles devraient être précisés et soulignés. La remise à une tierce partie de fragments d'ADN est une préoccupation importante. Le Comité a convenu qu'un tel transfert exige l'autorisation de l'OMS et doit être contrôlé par le biais d'accords sur le transfert de matériel conclus entre les laboratoires qui les distribuent et ceux qui les reçoivent, un exemplaire de ces accords étant adressé à l'OMS.

**17. Mesures visant à promouvoir un accès large et équitable aux résultats de la recherche.** Le Comité a examiné l'ensemble des sujets mentionnés dans la demande de l'Assemblée de la Santé adressée au Directeur général et figurant dans la résolution WHA60.1, afin de faire rapport sur « les mesures propres à promouvoir dans les Etats Membres l'accès le plus large et le plus équitable possible aux résultats de la recherche, y compris aux agents antiviraux, aux vaccins et aux outils diagnostiques ». Des discussions préliminaires ont été tenues concernant la disponibilité des antiviraux et des nouveaux vaccins, mais ces produits ne sont actuellement pas suffisamment avancés pour qu'on puisse planifier leur application à grande échelle ; le Comité réétudiera la question à l'avenir au fur et à mesure des progrès de la recherche. Concernant l'accès aux vaccins de première et deuxième génération, l'OMS continue d'essayer d'augmenter l'approvisionnement en vaccins de sa banque mondiale des vaccins et reçoit des vaccins de deuxième génération pour le stock de vaccins conservé en Suisse. Si les nouveaux vaccins s'avèrent à la fois sûrs et immunogènes, l'OMS devrait les accepter dans la banque de vaccins, et les Etats Membres qui les produisent ou les achètent devront être encouragés à apporter leur contribution à ce stock. Le Secrétariat a fait rapport sur la mise à jour du mécanisme de sortie des vaccins du stock, de façon à tenir compte de la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005). Il a également rendu compte des premières mesures prises pour mettre en place un réseau de laboratoires informel. Le plan consiste à disposer d'au moins un laboratoire et de préférence de plusieurs dans chaque Région de l'OMS, qui soit capable de poser un diagnostic d'orthopoxvirose de manière fiable et efficace, y compris un diagnostic préliminaire de variole présumée au moyen de méthodes moléculaires appliquées à du matériel clinique inactivé. Il en résulterait un accès plus rapide aux résultats des analyses d'échantillons provenant de malades pour qui le diagnostic a été envisagé, et des économies des ressources nationales, les coûts d'expédition étant élevés. Une liste provisoire de laboratoires participants a été présentée, mais le Comité a décidé qu'une consultation plus approfondie était nécessaire afin de déterminer lesquels sont intéressés et qualifiés pour cela. Un tel réseau nécessiterait un système d'évaluation et de maintien de la fiabilité des résultats et le Secrétariat s'efforce avec les centres collaborateurs de l'OMS de définir le soutien nécessaire.

## F. SANTE GENESIQUE : STRATEGIE POUR ACCELERER LES PROGRES EN VUE DE LA REALISATION DES OBJECTIFS ET CIBLES DE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAUX

18. Le présent rapport, qui complète le rapport soumis en 2006 à l'Assemblée de la Santé,<sup>1</sup> contient des informations sur la gamme étendue des activités exécutées par les Etats Membres et le Secrétariat pour appliquer la stratégie adoptée par la résolution WHA57.12.

19. La stratégie et quatre documents d'orientation qui en résument les principaux aspects ont été largement diffusés. Un cadre d'exécution<sup>2</sup> exposant le détail des domaines d'action et différentes recommandations d'ordre politique et programmatique a été mis au point en consultation avec les pays dans toutes les Régions. Par ailleurs, des ateliers régionaux ont été organisés pour apporter aux Etats Membres une assistance technique supplémentaire. Les décideurs, directeurs de programme et autres personnes qui ont participé à ces ateliers ont été invités à recenser les obstacles rencontrés, échanger des données d'expérience et définir des mesures susceptibles d'accélérer les opérations.

20. L'instrument d'évaluation mis au point pour suivre l'application de la stratégie a été actualisé dans le sens du cadre d'exécution et distribué aux Etats Membres. La stratégie et le cadre d'exécution sont utilisés pour définir des stratégies nationales en matière de santé sexuelle et génésique ; élaborer des feuilles de route pour réduire la mortalité maternelle et néonatale ; servir de base aux processus de planification stratégique ; et réviser les politiques et fixer les priorités nécessaires pour le renforcement des systèmes de santé.

21. Les pays ont fait état de progrès dans chacun des cinq domaines prioritaires suivants :

- **renforcement des capacités des systèmes de santé** grâce à l'élaboration de politiques destinées à renforcer les systèmes de santé et à l'évaluation des ressources humaines pour la santé ;
- **amélioration des informations requises pour la détermination des priorités** grâce à des analyses de la mortalité maternelle ;
- **mobilisation de la volonté politique** par le biais de conférences mondiales et régionales réunissant des décideurs, par exemple le plan d'action de Maputo pour l'accès universel à la santé sexuelle et génésique en Afrique ;<sup>3</sup> de la Conférence mondiale « Women Deliver » (Londres, 18-20 octobre 2007) ; des initiatives de chefs d'Etat et de gouvernement, comme la Campagne mondiale en faveur des objectifs du Millénaire pour le développement (4, 5 et 6) ; du soutien à des partenariats tel le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dont le Siège est à l'OMS ; de la diffusion d'informations aux médias ; et des programmes de proximité de la société civile ;

---

<sup>1</sup> Document A59/23.

<sup>2</sup> Document WHO/RHR/06.3.

<sup>3</sup> Session extraordinaire de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, Accès universel à la santé sexuelle et génésique en Afrique : plan d'action de Maputo pour la mise en oeuvre du cadre politique du continent relatif à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction, 2007-2010. Maputo, 18-22 septembre 2006.

- **mise en place de cadres d'appui législatifs et réglementaires** par l'adoption de textes de lois sur la gratuité des services de santé génésique et l'élaboration de stratégies nationales pour la sécurité de l'approvisionnement en produits nécessaires à la santé génésique ;
- **renforcement de la surveillance et de l'évaluation** par l'intégration de la santé sexuelle et génésique dans les activités de surveillance des plans nationaux de développement.

22. Parmi les domaines particuliers énumérés par les Etats Membres comme devant faire l'objet d'une attention toute particulière, on citera : le renforcement des ressources humaines et de la collaboration multisectorielle ; l'autonomisation des femmes, des familles et des communautés ; et l'amélioration de la surveillance et de l'évaluation ainsi que de la qualité des services.

23. Le but central de la stratégie, qui fait écho à celui de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), a été réaffirmé lors du Sommet mondial de 2005<sup>1</sup> à l'issue duquel les chefs d'Etat et de gouvernement se sont engagés à assurer l'accès universel aux services de santé génésique d'ici à 2015. En octobre 2006, l'Assemblée générale des Nations Unies<sup>2</sup> a pris note du rapport du Secrétaire général recommandant d'inclure quatre nouvelles cibles, dont l'accès universel à la santé génésique, dans le cadre relatif aux objectifs du Millénaire pour le développement. En 2007, le Secrétaire général a présenté à l'Assemblée générale<sup>3</sup> un cadre révisé intégrant à l'objectif 5 du Millénaire pour le développement une cible nouvelle (Assurer, d'ici à 2015, l'accès universel à la santé génésique) assortie d'indicateurs pour la mesure des progrès accomplis : taux de prévalence de la contraception, taux de natalité chez les adolescentes, couverture des soins prénatals et besoins non satisfaits en matière de planification familiale. L'OMS et le FNUAP ont entrepris de collaborer pour définir et utiliser un plus large éventail d'indicateurs sur l'accès universel et appuyer les pays dans leurs efforts pour suivre les progrès accomplis.

24. L'adoption de la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, 2006-2015<sup>4</sup> a permis de mieux focaliser l'attention sur cet aspect de la santé sexuelle et génésique, et notamment sur la nécessité d'éliminer la syphilis congénitale. L'exécution des mesures requises pour atteindre cet objectif exigera des efforts soutenus et des ressources adéquates, ainsi que l'intégration systématique du dépistage et du traitement de la syphilis aux activités de dépistage prénatal de l'infection à VIH.

25. Un élément important de la stratégie consiste à relier plus étroitement la prévention de l'infection à VIH et les actions en faveur de la santé sexuelle et génésique. Le Secrétariat a intensifié ses activités dans ce domaine, en particulier au niveau de la sensibilisation, de la recherche et du soutien politique et programmatique. Des documents d'information, par exemple, ont été préparés à l'intention des Etats Membres sur les moyens d'intégrer l'association santé sexuelle et génésique et VIH aux propositions soumises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

26. Conformément aux recommandations contenues dans la stratégie aux fins de la surveillance et de l'évaluation, l'OMS, la Banque mondiale, l'UNICEF et le FNUAP ont actualisé les estimations

---

<sup>1</sup> Résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

<sup>2</sup> Décision 61/504.

<sup>3</sup> Document A/62/1.

<sup>4</sup> Document WHA59/2006/REC/1, annexe 2.

mondiales de la mortalité maternelle. D'après ces nouvelles estimations, il y aurait eu, en 2005, 536 000 décès maternels dont 99 % dans des pays en développement. Les progrès du déclin de la mortalité maternelle sont inégaux : une baisse de 0,1 % seulement par an a été enregistrée entre 1990 et 2005 en Afrique subsaharienne ; des taux plus élevés ont été observés en Asie de l'Est, en Afrique du Nord, en Asie du Sud-Est et en Amérique latine et aux Caraïbes, mais aucun n'atteignait le taux annuel de 5,5 % fixé pour la cible correspondant à l'objectif du Millénaire pour le développement qui est de réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Pour ce qui est de l'avortement, les estimations témoignent d'un déclin, en particulier en Europe centrale et orientale, attribuable à une augmentation des taux de prévalence de la contraception. En revanche, la prévalence des avortements non médicalisés ne diminue pas : dans le monde, cette pratique est chaque année à l'origine de 68 000 décès maternels.

## **G. LA NUTRITION CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT : RAPPORT DE SITUATION BIENNAL**

27. La malnutrition est responsable, directement ou indirectement, d'environ la moitié des décès annuels d'enfants de moins de cinq ans dans le monde ; 178 millions d'enfants de moins de cinq ans présentent un retard de croissance, dont 90 % vivent dans des pays fortement touchés. L'une des principales interventions visant à corriger cette situation consiste à améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.<sup>1</sup> Les données actuelles montrent qu'environ un tiers seulement des enfants vivant dans des pays fortement touchés sont exclusivement nourris au sein pendant six mois et que moins de la moitié sont mis au sein dans la première heure de vie ;<sup>2</sup> on est donc encore très loin de la recommandation mondiale en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.<sup>3</sup>

28. L'OMS continue de promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant comme un moyen essentiel d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier ceux qui ont trait à l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim et à la réduction de la mortalité de l'enfant. Conformément à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'approche du Secrétariat est double : élaborer des lignes directrices et des outils pour atteindre les cibles opérationnelles de la stratégie, et ensuite aider à faire en sorte qu'elles soient utilisées en renforçant les capacités nationales ; et fournir un soutien à la recherche et en diffuser les résultats. Un guide de planification conjoint OMS/UNICEF a été publié en 2007 pour aider les pays à traduire la stratégie en plans d'action nationaux.

29. En avril 2006, l'OMS a publié les normes de croissances de l'enfant, ainsi que des outils destinés à en assurer l'application, opération qui a bénéficié d'une large couverture médiatique. De nombreux pays ont depuis soit mis en oeuvre, soit officiellement adopté ces normes. Leur application

---

<sup>1</sup> Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Document WHA55/2002/REC/1, annexe 2.

<sup>2</sup> Base de données mondiale de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, actualisée le 5 décembre 2007.

<sup>3</sup> Allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois de la vie, et alimentation complémentaire nutritionnellement adéquate et sûre moyennant l'introduction de quantités suffisantes et sûres d'aliments locaux et autochtones avec poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà.



favorise des changements importants en faveur de meilleures pratiques, à mesure que les pays normalisent leurs directives pour l'évaluation de la croissance de l'enfant et revitalisent leurs programmes de promotion de la croissance de l'enfant. Le Secrétariat a également accéléré ses activités en vue de créer un réseau de formateurs pour l'évaluation de la croissance.

30. Avec l'UNICEF, l'OMS a publié en 2006 un cours intégré sur le conseil en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, le but étant d'accroître le nombre d'agents de santé qualifiés pour prodiguer des conseils sur l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire et l'alimentation des nourrissons VIH-positifs. Toujours avec l'UNICEF, l'OMS a publié en 2007 une version actualisée des matériels d'information sur l'initiative des hôpitaux « amis des bébés ». L'OMS a terminé, en 2006, l'examen technique des données factuelles sur l'alimentation optimale des nourrissons de faible poids à la naissance et, en 2007, un examen systématique, à partir d'études d'observation et randomisées, des effets à long terme de l'allaitement maternel. A l'heure actuelle, l'Organisation met au point des techniques afin d'élaborer des principes diététiques reposant sur un modèle mathématique à programmation linéaire.

31. Lors d'une consultation (Washington, DC, 6-8 novembre 2007), l'OMS et ses partenaires ont examiné des données scientifiques et convenu d'une série d'indicateurs destinés à évaluer les pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Ces indicateurs seront intégrés dans la base de données mondiale de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

32. Plusieurs pays ont pris des mesures pour renforcer l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, y compris en développant les capacités de mise en oeuvre et de suivi et en adoptant ou en révisant la législation et la réglementation nécessaires. Le Bureau régional du Pacifique occidental a tenu une consultation OMS/UNICEF avec des experts de 18 pays (Manille, 20-22 juin 2007) pour passer en revue l'état de la mise en oeuvre du Code et recenser les mesures à prendre pour améliorer le taux d'application. Une formation à la mise en oeuvre et au suivi du Code a été organisée pour les pays d'Afrique australe et orientale.

33. En octobre 2006, au nom de l'équipe interinstitutions chargée de la prévention des infections à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les nourrissons, l'OMS a organisé à Genève une consultation technique sur le VIH et l'alimentation du nourrisson pour examiner les données nouvelles et les expériences les plus récentes dans ce domaine, et clarifier et affiner les recommandations existantes. La consultation a approuvé les principes généraux sur lesquels se fondaient les recommandations antérieures et publié une déclaration de consensus sur les différentes options en matière d'alimentation dans le contexte du VIH.

34. Afin de repérer et de prévenir les cas précoces de malnutrition, l'OMS renforce l'approche intégrée visant à améliorer la prise en charge de la malnutrition grave chez l'enfant grâce à une approche novatrice intégrant prise en charge dans la communauté et prise en charge en établissement. Elle élabore par ailleurs des directives opérationnelles à l'intention du personnel des secours d'urgence et des administrateurs de programme.

35. Les lignes directrices concernant les indicateurs des troubles dus à une carence en iode, mises au point par l'OMS, l'UNICEF et le Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode, ont été actualisées, et une déclaration conjointe a été publiée avec le PAM et l'UNICEF sur la lutte contre les carences en micronutriments. Le Secrétariat a publié un projet de stratégie de sensibilisation, de communication et d'engagement communautaire sur la nutrition.

36. Avec ses partenaires, l'OMS a entamé une analyse de la disposition à agir en matière de nutrition financée par la Fondation Bill et Melinda Gates. L'analyse a pour but d'évaluer les lacunes et les contraintes, et de recenser les possibilités d'action en vue de réduire la sous-alimentation de la mère et de l'enfant dans les 36 pays où vivent 90 % des enfants souffrant de retard de croissance.

### **MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF**

37. Le Conseil exécutif est invité à prendre note de ces rapports.

= = =