



Rapports de situation sur les questions techniques et sanitaires

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIERES

	Pages
A. Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (résolution WHA57.2)	2
E. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12)	3
F. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation biennal (résolution WHA58.32)	5
Mesures à prendre par l'Assemblée de la Santé.....	9

A. LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE (résolution WHA57.2)

1. Dans sa résolution WHA57.2, la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a exprimé ses préoccupations face à la résurgence de la trypanosomiase humaine africaine et s'est félicitée de la volonté politique manifestée par les chefs de gouvernement, résolu à combattre cette maladie dans les pays où elle est endémique, ainsi que des récentes initiatives et des partenariats public-privé mis sur pied pour lutter contre la maladie. L'Assemblée a également prié le Directeur général de la tenir informée des progrès accomplis la première année de chaque période biennale.

2. La trypanosomiase humaine africaine provoquée par *Trypanosoma brucei gambiense* demeure endémique dans 24 pays. Entre 1997 et 2006, le nombre de nouveaux cas signalés a diminué de 69 %. La Gambie, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Niger, le Sénégal et la Sierra Leone n'ont notifié aucun cas. Le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, le Mali et le Togo ont fait état de cas sporadiques. Le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée, la Guinée équatoriale et le Nigéria ont signalé chacun moins de 100 nouveaux cas annuels ; le Congo, l'Ouganda, la République centrafricaine et le Tchad ont signalé entre 100 et 1000 nouveaux cas et l'Angola, la République démocratique du Congo et le Soudan, plus de 1000 nouveaux cas chacun.

3. Au cours de la même période, le nombre de nouveaux cas de trypanosomiase humaine africaine à *T. b. rhodesiense* signalés a diminué de 21 % dans 13 pays. Le Botswana, le Burundi, l'Éthiopie, la Namibie et le Swaziland n'ont notifié aucun cas. Le Kenya, le Mozambique, le Rwanda et le Zimbabwe ont fait état de cas sporadiques. Le Malawi et la Zambie ont l'un et l'autre signalé moins de 100 nouveaux cas annuels. L'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont notifié chacun entre 100 et 1000 nouveaux cas par an.

4. L'accès au diagnostic et au traitement s'est amélioré à mesure que les troubles sociaux prenaient fin et a été facilité par le renforcement des capacités, par un appui financier et technique aux activités périphériques et par la production et la distribution gratuite de médicaments pour le traitement de la trypanosomiase.

5. La situation s'est améliorée de manière spectaculaire depuis 1997, époque où de profondes inquiétudes avaient conduit la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé à adopter la résolution WHA50.36 sur la trypanosomiase africaine. Entre 1997 et 2006, le nombre de personnes dépistées au cours d'enquêtes sur la trypanosomiase humaine africaine est passé de 1 345 809 à 3 014 740, cependant que le nombre de cas signalés pour les deux formes de trypanosomiase humaine africaine étaient ramenés de 37 177 à 11 868.

6. En dépit de ces progrès, la trypanosomiase humaine africaine demeure une menace pour l'Afrique. Le faible nombre de cas détectés a malheureusement amené à conférer un degré de priorité moindre à la lutte contre cette maladie. Une situation analogue s'est présentée il y a 50 ans, époque où l'on avait cru l'avoir éradiquée : on s'est montré moins vigilant à l'égard de la trypanosomiase humaine africaine, d'autant plus négligée qu'il existait d'autres priorités. 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.

7. Des représentants de pays où la maladie est endémique ont tenu une consultation officieuse sur les moyens de mener une lutte soutenue contre la trypanosomiase humaine africaine (Genève, 1-3 mai 2007) ; ils ont conclu que juguler durablement la maladie n'était possible que si les activités de surveillance et de lutte étaient intégrées à des systèmes de santé renforcés. Or, avec les outils

diagnostiques actuels, il est difficile pour les systèmes de santé de combattre la maladie. Les deux obstacles techniques majeurs sont : i) l'absence d'un test diagnostique sensible et spécifique peu coûteux, facile à effectuer sur le terrain et dont l'utilisation soit bien acceptée à tous les niveaux du système de santé ; et ii) la nécessité de disposer d'un nouveau médicament contre les deux formes de la maladie qui soit à la fois peu coûteux, sûr et facile à administrer par voie orale.

8. Dans l'immédiat, le plus urgent est de renforcer la tendance épidémiologique actuelle et d'oeuvrer sans relâche à l'élimination de la maladie avec les moyens existants. Les pays d'endémie ont besoin d'être soutenus dans leurs activités de surveillance et de lutte. Les dispositifs de notification sont à développer. Les recherches doivent être axées sur l'élaboration d'outils permettant d'éliminer durablement la trypanosomiase humaine africaine. L'effort de prise de conscience et les actions de sensibilisation doivent se poursuivre dans le but de mobiliser les fonds nécessaires et de maintenir les priorités. L'OMS doit continuer à jouer son rôle de chef de file en aidant les pays et en coordonnant les activités des parties prenantes.

E. SANTE GENESIQUE : STRATEGIE POUR ACCELERER LES PROGRES EN VUE DE LA REALISATION DES OBJECTIFS ET CIBLES DE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAUX (résolution WHA57.12)

9. Le présent rapport, qui complète le rapport soumis en 2006 à l'Assemblée de la Santé,¹ 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.

10. La stratégie et quatre documents d'orientation qui en résument les principaux aspects ont été largement diffusés. Un cadre d'exécution² 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.

11. 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.

12. 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 ;

¹ Document A59/23.

² Document WHO/RHR/06.3.

- **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 ;¹ 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 ;
- **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.

13. 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.

14. 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 2005² 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 Unies³ 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 générale⁴ 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.

15. L'adoption de la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, 2006-2015⁵ a permis de mieux focaliser l'attention sur cet aspect de la santé sexuelle et génésique, et

¹ 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.

² Résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

³ Décision 61/504.

⁴ Document A/62/1.

⁵ Document WHA59/2006/REC/1, annexe 2.

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.

16. 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.

17. 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 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.

18. A sa cent vingt-deuxième session, en janvier 2008, le Conseil exécutif a pris note du rapport du Secrétariat sur la question.¹ Les membres du Conseil ont rappelé que les Etats Membres s'étaient engagés à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ayant trait à la santé, et qu'il était important d'évaluer périodiquement les progrès réalisés. Mais certains ont fait part de leurs inquiétudes au sujet : des actions à mener pour garantir un accès équitable à des services de santé génésique de bonne qualité ; de la lenteur des progrès, certes appréciables, accomplis en matière de soins de santé maternelle ; et de la faible couverture des actions menées en matière de contraception dans les pays de la Région africaine. Le soutien apporté à l'intégration des activités de lutte contre le VIH/sida aux services de santé sexuelle et génésique ainsi qu'à l'actualisation des lignes directrices sur la planification familiale et les infections sexuellement transmissibles a été apprécié.

F. LA NUTRITION CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT : RAPPORT DE SITUATION BIENNAL (résolution WHA58.32)

19. Le présent rapport fait suite à la demande adressée au Directeur général dans la résolution WHA58.32, dans laquelle il était prié de faire rapport à l'Assemblée de la Santé chaque année paire, parallèlement à la présentation du rapport sur l'état de la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé, sur les progrès de l'examen des questions renvoyées à la Commission du Codex Alimentarius pour qu'elle y donne suite.

¹ Voir le document EB122/2008/REC/2, procès-verbal de la dixième séance.

La Commission du Codex Alimentarius

20. Pour donner suite à la première des demandes spécifiques adressées à la Commission du Codex Alimentarius (paragraphe 2.1)), la Commission a continué à tenir dûment compte, lors de l'élaboration de normes et de textes connexes, des résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé (voir exemples, paragraphes 21 et 22 ci-après). Les discussions se poursuivent dans des domaines où des résolutions particulières de l'Assemblée de la Santé précisent la responsabilité de la Commission, par exemple le Comité du Codex sur la nutrition et les aliments diététiques ou de régime, le Comité du Codex sur l'étiquetage des denrées alimentaires, le Comité exécutif de la Commission du Codex Alimentarius et la Commission du Codex ont tous, à plusieurs reprises, examiné la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

21. En ce qui concerne l'élaboration de normes, de lignes directrices et de recommandations concernant les aliments pour nourrissons et les jeunes enfants (paragraphe 2.2) de la résolution), la Commission a adopté, à sa vingt-neuvième session (en juillet 2006), la norme révisée pour les aliments transformés à base de céréales destinés aux nourrissons et enfants en bas âge et, à sa trentième session (en juillet 2007), la norme révisée pour les préparations destinées aux nourrissons et les préparations données à des fins médicales spéciales aux nourrissons. Ces normes font référence au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981), à la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et à la résolution WHA54.2 concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (2001).

22. Pour ce qui est de mener à bien les travaux visant à réduire le risque de contamination microbiologique des préparations en poudre pour nourrissons (paragraphe 2.3)), le Comité du Codex sur l'hygiène alimentaire a finalisé, à sa trente-neuvième session (New Delhi, 30 octobre-4 novembre 2007), l'avant-projet de Code d'usages en matière d'hygiène pour les préparations en poudre destinées aux nourrissons et aux enfants en bas âge, qui sera examiné par la Commission en juillet 2008. Le Code révisé porte sur le risque de contamination microbiologique des préparations en poudre pour nourrissons par *E. sakazakii* et autres micro-organismes présents dans les préparations et fait pleinement référence aux directives de l'OMS concernant la préparation, la conservation et la manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons.¹ Le Code révisé fait également référence aux politiques de l'OMS, en particulier la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Les travaux se poursuivent en vue de définir des critères microbiologiques concernant les préparations en poudre de suite pour les nourrissons et les jeunes enfants. Le Code révisé fait référence aux directives de l'OMS dans ses recommandations concernant la manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons. Il reconnaît également la nécessité de fournir des informations claires aux usagers et de faire figurer des messages clairs sur les étiquettes concernant les risques potentiels dus au fait que la poudre n'est pas stérile.

Mesures que les Etats Membres sont instamment invités à prendre

23. Les Etats Membres en développement participent de plus en plus nombreux de façon active et constructive aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius (paragraphe 1.9) de la résolution). Depuis sa création en 2004, le projet et fonds FAO/OMS visant à faciliter la participation au Codex a fourni un soutien à 734 ressortissants nationaux de 100 pays pour leur permettre de participer à près de 63 sessions de la Commission et de ses comités et groupes spéciaux et de recevoir une formation pour

¹ Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html>.

accroître leur participation. Le Fonds a reçu un soutien pour un montant total de US \$5,4 millions de deux Etats Membres et de l'Union européenne.

Réponse aux demandes adressées au Directeur général

24. L'OMS et la FAO ont élaboré des lignes directrices à l'intention des personnes s'occupant de la préparation, de l'utilisation, de la manipulation et de la conservation des préparations pour nourrissons de façon à réduire au maximum les risques de contamination et de prolifération de *E. sakazakii* et d'autres agents pathogènes.¹ Les directives ont été établies sur la base des résultats d'une évaluation des risques FAO/OMS.² Dans le cadre du Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments (INFOSAN), un projet a été distribué aux Etats Membres et aux partenaires pour examen, avant la finalisation des directives et leur traduction en sept langues en 2007. Celles-ci sont actuellement utilisées par plusieurs pays. Elles seront par ailleurs traduites dans d'autres langues et diffusées encore plus largement au cours de la présente période biennale par divers moyens, y compris une note d'information INFOSAN.

25. L'OMS et la FAO ont conjointement formulé des recommandations sur les recherches nécessaires pour mieux comprendre et gérer les risques associés à *E. sakazakii* dans les préparations en poudre pour nourrissons, et le Secrétariat de l'OMS est actuellement en train de désigner un centre collaborateur OMS de recherche, de référence et de formation sur les travaux concernant *E. sakazakii*. Les conclusions des évaluations FAO/OMS du risque d'infection à *E. sakazakii* et à *Salmonella* associé aux préparations en poudre pour nourrissons ont été publiées dans diverses revues scientifiques, y compris des revues à comité de lecture. Pour faciliter la gestion des risques associés à *E. sakazakii* dans les préparations en poudre pour nourrissons et mieux orienter la recherche, l'OMS et la FAO ont également créé et publié conjointement un modèle d'évaluation des risques basé sur le Web.³ Ce modèle, le premier dans son genre, jouera un rôle important pour aider à étudier et à évaluer les possibilités offertes par les différentes associations de mesures de lutte pour réduire les risques dus à *E. sakazakii* dans les préparations en poudre pour nourrissons.

La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

26. La malnutrition est responsable, directement ou indirectement, de près de la moitié des décès annuels d'enfants de moins de cinq ans dans le monde. On compte 178 millions d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance dans le monde, dont 90 % vivent dans des pays fortement touchés. Une des interventions majeures pour remédier à cette situation consiste à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.⁴ Les données actuelles montrent que, dans les pays fortement touchés, environ un tiers seulement des enfants sont exclusivement nourris au sein pendant six mois et que, pour moins de la moitié d'entre eux, l'allaitement est institué au cours de la première

¹ Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html>.

² Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/foodsafety/micro/jemra/assessment/esakazakii/en/index.html>.

³ Disponible à l'adresse : <http://www.mramodels.org/ESAK/RunModel.aspx>.

⁴ Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, document WHA55/2002/REC/1, annexe 2.

heure de vie ;¹ on est loin de la recommandation mondiale concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.²

27. L'OMS continue de promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant comme un élément essentiel pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, et en particulier ceux qui ont trait à l'éradication de la faim et de la pauvreté extrême 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 directives et des outils pour atteindre les cibles opérationnelles de la stratégie et, ultérieurement, aider à faire en sorte qu'elles soient utilisées grâce au renforcement des capacités nationales ; et soutenir la recherche et la diffusion de ses 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.

28. De nombreux pays ont mis en oeuvre ou officiellement adopté les normes de croissance de l'enfant publiées en avril 2006 en même temps que les outils d'application. Leur utilisation entraîne des changements importants et une évolution vers 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 développé ses activités afin de créer un réseau de formateurs en matière d'évaluation de la croissance.

29. Avec l'UNICEF, l'OMS a publié en 2006 un cours intégré afin d'accroître le nombre d'agents de santé qualifiés en ce qui concerne le conseil en matière d'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire et l'alimentation des nourrissons infectés par le VIH. Toujours avec l'UNICEF, l'OMS a publié en 2007 une version actualisée des documents relatifs à l'initiative pour des hôpitaux « amis des bébés ». L'OMS a terminé en 2006 un examen technique des données scientifiques sur l'alimentation optimale des nourrissons de faible poids de naissance et achevé en 2007 un examen systématique des études d'observation et randomisées sur les effets à long terme de l'allaitement maternel. Actuellement, l'Organisation met au point des techniques en vue d'élaborer des directives diététiques fondées sur une modélisation mathématique avec programmation linéaire.

30. Lors d'une consultation (Washington, 6-8 novembre 2007), l'OMS et ses partenaires ont passé en revue les données probantes et convenu d'un ensemble d'indicateurs pour 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.

31. En octobre 2006, l'OMS a tenu à Genève une consultation technique au nom du groupe spécial interinstitutions sur la prévention des infections à VIH chez la femme enceinte, la mère et le nourrisson, portant sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, afin d'examiner les données nouvelles et les expériences les plus récentes dans ce domaine et de préciser et d'affiner les recommandations existantes. La consultation a approuvé les principes généraux sur lesquels s'appuyaient les recommandations antérieures et publié une déclaration de consensus sur les options en matière d'alimentation dans le contexte du VIH.

¹ Base de données mondiale de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, mise à jour le 5 décembre 2007.

² Allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, en apportant une alimentation complémentaire adéquate du point de vue nutritionnel et sûre, par l'introduction d'aliments indigènes et produits localement, sains et en quantités suffisantes alors que l'allaitement est poursuivi jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà.

32. 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 à travers une approche novatrice qui intègre la prise en charge dans la communauté et en établissement. Elle prépare des directives opérationnelles pour le personnel des secours d'urgence et les administrateurs de programme. 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 mises à jour, et une déclaration conjointe de l'OMS, du PAM et de l'UNICEF sur la prévention et la maîtrise des carences en micronutriments a été publiée. Le Secrétariat a publié un projet de stratégie concernant la sensibilisation, la communication et l'engagement communautaire en matière de nutrition.

33. Avec ses partenaires, l'OMS a entamé une analyse de l'état de préparation en matière de nutrition financée par la Fondation Bill & Melinda Gates. Elle consiste à évaluer les lacunes et les obstacles et à répertorier les possibilités d'action pour réduire la malnutrition de la mère et de l'enfant dans les 36 pays où vivent 90 % des enfants qui dans le monde souffrent d'un retard de croissance.

34. En 2006 et 2007, plusieurs pays ont pris des mesures pour mettre en oeuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, allant de la mise en place et du renforcement des capacités des fonctionnaires gouvernementaux et des professionnels de santé concernant la mise en oeuvre du Code et le suivi des progrès à l'adoption de nouveaux textes législatifs et réglementaires et à la révision des textes existants. Dans la Région des Amériques, la Bolivie a adopté un code national. Dans la Région du Pacifique occidental, les participants à une consultation régionale OMS/UNICEF sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel (Manille, 19-21 juin 2007) ont recensé les mesures nécessaires à l'amélioration de l'application du Code international et des résolutions pertinentes ultérieures au niveau national. Aux Philippines, les décrets d'application de l'ordonnance N° 51 (le « code national du lait ») ont été substantiellement révisés pour assurer une application et un suivi plus efficaces du code national, des efforts soutenus étant mis en oeuvre pour améliorer la sensibilisation à l'allaitement maternel, notamment avec la création de groupes de soutien à l'allaitement maternel au niveau national et une formation renforcée. Dans la Région africaine, la formation à l'application du Code et sa surveillance ont été entreprises dans des pays d'Afrique australe et orientale, avec l'aide de l'UNICEF et du Centre de Documentation sur le Code international et avec la participation de l'OMS.

35. En 2007, les Etats Membres ont été priés de fournir des informations à jour sur la mise en oeuvre du Code international depuis 2006 (vingt-cinquième anniversaire de son adoption).

36. Dans le cadre de l'appui qu'il fournit en permanence aux Etats Membres, le Secrétariat a examiné avec ses partenaires du système des Nations Unies et de la société civile comment faire partager les connaissances et l'expérience concernant la mise en oeuvre du Code et sa surveillance, et rechercher les moyens d'améliorer la collaboration et la coordination dans des domaines comme le soutien technique et juridique, la sensibilisation et la formation.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

37. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note des rapports.

= = =