



Mise en oeuvre de résolutions et de décisions

La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

Le présent document complète la partie XI du document EB101/10, qui donne une évaluation plus complète des formes les plus graves de malnutrition chez l'enfant, des progrès accomplis pour y remédier et des dispositions prises par les Etats Membres et l'OMS pour donner suite, notamment, aux résolutions WHA33.32 (1980), EB97.R13 (1996) et WHA49.15 (1996).

TABLE DES MATIERES

	Pages
Généralités	2
Malnutrition protéino-énergétique	2
Malnutrition par carence en micronutriments	4
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	6
Surcharge pondérale et obésité chez l'enfant	9
La nutrition dans les situations d'urgence	10

GENERALITES

1. Près du tiers des nourrissons et des jeunes enfants souffrent encore de malnutrition protéino-énergétique, de carence en iode, d'avitaminose A, d'anémie et d'autres maladies de carence, qui sont à l'origine d'une cassure de la courbe de croissance, de retards de croissance, de lésions cérébrales, de cécité, d'incapacités et de décès. Les gouvernements, qui ont déclaré à la Conférence internationale sur la nutrition (Rome, 1992) que la faim et la malnutrition sont inacceptables, sont parvenus à un nouveau consensus mondial sur leur nature et sur leurs causes multiples, ainsi que sur la nécessité d'agir d'urgence pour prévenir, réduire et finalement éliminer la malnutrition. Neuf buts ont été arrêtés pour l'an 2000 (voir ci-dessous), ainsi que neuf domaines d'action stratégique. Les responsabilités des Etats Membres et de la communauté internationale sont exposées en détail dans la Déclaration mondiale et le plan d'action pour la nutrition.¹ Pas moins de 140 Etats Membres ont depuis élaboré leur programme de nutrition, ou l'ont renforcé, en s'inspirant tous de la Déclaration et du plan. L'augmentation qui en est résultée des engagements et des ressources pour améliorer la nutrition chez l'enfant est manifeste aux niveaux national, régional et mondial.

LES NEUF BUTS DE LA DECLARATION MONDIALE SUR LA NUTRITION (Rome, 1992)

Comme point de départ du plan d'action pour la nutrition et à titre d'orientation pour l'élaboration de plans d'action nationaux, y compris l'établissement de buts et d'objectifs mesurables avec un calendrier précis, nous (les ministres et plénipotentiaires) nous engageons à faire tout ce qui est en notre pouvoir pour éliminer d'ici la fin de la décennie :

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

Nous nous engageons également à réduire notablement au cours de cette décennie :

- l'inanition et la faim chronique généralisée;
- la sous-alimentation, notamment chez les enfants, les femmes et les personnes âgées;
- d'autres carences importantes en micronutriments, y compris le fer;
- les maladies transmissibles ou non liées à l'alimentation;
- les obstacles sociaux et autres à l'allaitement au sein dans des conditions optimales;
- les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement, y compris l'absence d'eau potable.

MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE

2. Les progrès accomplis dans le monde sont lents et tout à fait insuffisants au regard de l'objectif fixé, à savoir une réduction de 50 % d'ici l'an 2000 par rapport aux taux de 1990. Actuellement, on estime à 168 millions le nombre d'enfants de moins de cinq ans, soit plus d'un quart (27 %) des enfants de cette classe d'âge, qui sont encore malnutris si l'on se base sur le rapport poids/âge. Néanmoins, ce chiffre représente clairement des progrès non négligeables si on le rapproche des 200 millions ou presque d'enfants – soit une prévalence bien supérieure à un tiers (36 %) – malnutris en 1975.

¹ Approuvés dans leur totalité par l'Assemblée de la Santé en 1993 (résolution WHA46.7).

3. Dans certaines régions – l’Afrique, par exemple –, le nombre d’enfants effectivement malnutris a même augmenté du fait de la croissance démographique. Les catastrophes naturelles, guerres, troubles civils et déplacements de population n’ont fait qu’aggraver la situation; c’est en Asie (spécialement en Asie méridionale) que vivent plus des trois quarts des enfants malnutris, contre 21 % en Afrique et 3 % seulement en Amérique latine.

4. La morbidité et la mortalité associées à cette malnutrition ont des conséquences tragiques : plus de la moitié (54 %) des 12 millions de décès annuels chez les moins de cinq ans dans les pays en développement, une réduction de l’activité physique, une diminution de la résistance aux infections (en particulier les diarrhées, les infections respiratoires et la rougeole) et un mauvais développement de l’intelligence et des facultés cognitives.

Retard de croissance intra-utérine

5. La malnutrition du fœtus, mesurée en termes de retard de croissance intra-utérine, constitue un sérieux problème clinique et de santé publique dans les pays en développement, où le nombre de nouveau-nés présentant ce retard est évalué à 30 millions par an (24 %) dans la première étude¹ exhaustive de l’importance et de la répartition géographique dans le monde du retard de croissance intra-utérine, sur la base de données provenant de 106 pays en développement. Lorsque l’on compare les incidences régionales estimées en utilisant l’indicateur plus traditionnel du retard de croissance intra-utérine chez les bébés nés à terme (<2500 g à ≥37 semaines de gestation), on constate qu’environ 2 % des nouveau-nés présentent ce retard dans les pays développés, mais qu’ils sont 11 % dans les pays en développement, en majorité (près de 75 %) en Asie.

6. La malnutrition maternelle, qui est un déterminant majeur du retard de croissance intra-utérine dans les pays en développement, se caractérise par une faible prise de poids pendant la grossesse, un indice de Quételet peu élevé avant la grossesse et une petite taille de la mère. La présence d’une anémie chez celle-ci, des infections gastro-intestinales ou respiratoires, le paludisme et le tabagisme constituent eux aussi des facteurs étiologiques importants. Des taux élevés de retard de croissance intra-utérine doivent être considérés comme un signe avertisseur d’un risque de malnutrition et de morbidité chez les femmes en âge de procréer, dont il faut tenir compte dans les plus brefs délais en santé publique, et non comme un simple indicateur d’un risque élevé pour le nouveau-né.

Action et progrès

7. La forte prévalence de la malnutrition protéino-énergétique dans le monde occulte les remarquables résultats obtenus grâce aux ressources considérables qu’un grand nombre d’Etats Membres ont allouées à la lutte contre la malnutrition et ses causes profondes; dans un récent échantillon de 60 pays en développement, 25 font état d’une amélioration sensible de l’état nutritionnel des enfants, accompagnée d’une baisse des taux de malnutrition protéino-énergétique; ils étaient 6 sur 25 en Afrique, 9 sur 19 en Amérique latine, 4 sur 5 dans la Méditerranée orientale, 3 sur 6 en Asie du Sud-Est et 3 sur 5 dans le Pacifique occidental.

8. En juin 1997, 134 Etats Membres (70 %) avaient mis en place un programme national, ou l’avaient revu ou renforcé, en adaptant la Déclaration mondiale et le plan d’action en fonction de leurs besoins propres; ils se sont notamment efforcés d’inscrire des objectifs en matière de nutrition dans leurs politiques de développement, d’améliorer l’alimentation du nourrisson ainsi que la qualité et la salubrité des aliments, de venir en aide aux groupes vulnérables, les réfugiés par exemple, d’éliminer la malnutrition par carence en micronutriments, de prévenir l’obésité et d’institutionnaliser la surveillance.

¹ de Onis, M., Blössner, M. & Villar, J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries (Niveaux et tendances du retard de croissance intra-utérine dans les pays en développement). *European Journal of Clinical Nutrition*, novembre 1997. Dans ce contexte, le retard de croissance intra-utérine implique un poids inférieur au dixième percentile du poids de naissance pour la durée de la gestation dans la courbe de référence.

9. L'OMS a par ailleurs établi de solides liens de collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies, par exemple la FAO, l'UNICEF, le HCR, l'ONU et le PAM, aux niveaux des pays, régional et des sièges, et le Sous-Comité de la nutrition du CAC harmonise les activités interinstitutionnelles; 29 centres collaborateurs de l'OMS et des réseaux de recherche régionaux continuent de jouer un rôle important.

10. L'OMS apporte son appui aux Etats Membres, *tout d'abord* sur les plans technique et financier, en élaborant et appliquant des politiques et programmes nationaux, en particulier dans les pays les moins avancés dans lesquels les taux de malnutrition sont élevés, *puis* en établissant et diffusant des normes scientifiques, méthodes et conditions à remplir, des critères d'évaluation et des principes directeurs, cela dans six domaines qui revêtent tous une importance déterminante pour le bien-être nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants : la malnutrition protéino-énergétique; la malnutrition par carence en micronutriments; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; l'obésité et les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire; les politiques et plans d'action nationaux relatifs à la nutrition; et la nutrition dans les situations d'urgence.

11. Au milieu de 1997, l'OMS avait apporté à 162 Etats Membres un soutien technique et financier qui avait expressément pour but de renforcer leurs plans nationaux en matière de nutrition et organisé 23 réunions régionales, le plus souvent en collaboration avec la FAO et l'UNICEF, afin d'aider les pays à déterminer les facteurs de nature à améliorer la situation nutritionnelle, à accélérer la réduction de la malnutrition et à renforcer les programmes nationaux relatifs à la nutrition. Le rapport FAO/OMS¹ sur les progrès accomplis et initiatives prises dans le monde a été présenté au Sous-Comité de la nutrition du CAC en mars 1997 et transmis au Conseil économique et social et à l'Assemblée générale de l'ONU.

Etablissement de nouvelles valeurs de référence internationale de la croissance

12. Eu égard aux sérieux problèmes techniques posés par l'utilisation des courbes de croissance dont elle avait recommandé l'utilisation au niveau international depuis les dernières années 70, l'OMS a entrepris une étude de quatre ans en collaboration avec l'Université des Nations Unies et d'autres institutions internationales et nationales en Amérique du Nord et du Sud, en Europe, en Afrique subsaharienne et en Asie orientale, méridionale et occidentale. Les nouvelles courbes de croissance qui seront établies à l'issue de cette étude correspondront à des nourrissons nourris au sein et des jeunes enfants en bonne santé, et elles devraient en principe servir pendant très longtemps.

MALNUTRITION PAR CARENCE EN MICRONUTRIMENTS

13. Les **troubles dus à une carence en iode** constituent à eux seuls la principale cause des lésions cérébrales évitables chez le fœtus et le nourrisson et du ralentissement psychomoteur du jeune enfant. L'éventail des états pathologiques dus à une carence en iode comprend le crétinisme, la surdimutité, le strabisme, la maladie de Little, l'arriération mentale, le nanisme, la mortinatalité, les anomalies congénitales et l'augmentation de la mortalité périnatale. On évalue à plus de 900 millions le nombre de sujets (nourrissons, enfants et adultes) présentant un goitre, dont plus de la moitié (52 %) en Asie; 16 à 17 millions d'entre eux sont atteints de crétinisme et 50 autres millions souffrent de lésions cérébrales moins sévères, mais encore mesurables, provoquées par une carence en iode.

14. Cela dit, des progrès spectaculaires ont été accomplis dans la réduction des troubles dus à cette carence, grâce principalement à l'iodation du sel : en 1990, sur les 118 pays dans lesquels il était bien connu que les troubles en question posaient un problème de santé publique non négligeable, 46 seulement appliquaient des programmes d'iodation du sel; ils étaient 83 en 1995 et la majorité des 35 restants étaient en train de prendre des

¹ *Rapport intérimaire FAO/OMS sur la mise en oeuvre de la Déclaration mondiale et du plan d'action de la Conférence internationale sur la nutrition.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, et Rome, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 1996.

dispositions pour déterminer l'ampleur et la portée en santé publique des troubles dus à une carence en iode. Depuis 1990, 72 pays ont procédé à des enquêtes initiales ou de suivi, et beaucoup ont établi des systèmes nationaux de surveillance. Au cours des cinq années écoulées, l'Algérie, l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Cameroun, le Chili, le Costa Rica, l'Iran (République islamique d'), la Thaïlande et le Zimbabwe ont atteint l'objectif qu'ils s'étaient fixé d'éliminer ces troubles ou s'en approchent à grands pas.

15. Avec l'UNICEF et le Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode, en particulier, l'OMS a apporté aux Etats Membres un soutien technique et financier pour l'établissement et la surveillance de programmes nationaux de lutte contre ces troubles. Les activités normatives ont notamment consisté à organiser des consultations techniques en vue de rédiger les déclarations et d'établir des principes directeurs sur la sécurité d'utilisation d'huile iodée pendant la grossesse¹ et à recommander des valeurs normatives pour le volume de la thyroïde chez les enfants.² Une consultation d'experts (Genève, 1996) a analysé les résultats d'une étude sur l'iodation du sel et l'hyperthyroïdisme induit par l'iode en Afrique, réalisée dans sept pays avec la coordination de l'OMS, et établi de nouvelles directives sur les taux recommandés d'iodation du sel.³

16. L'**avitaminose A** chez les enfants des pays en développement, qui demeure la principale cause de déficience visuelle grave et de cécité évitables, est un facteur non négligeable d'infections graves et de mortalité, dues en particulier aux diarrhées et à la rougeole. Près de 3 millions d'enfants de moins de cinq ans présentent aujourd'hui des signes de xérophtalmie clinique, et 250 millions de plus une avitaminose A qui les expose à un risque accru d'infection et de décès. D'après les informations actuelles, la carence clinique ou subclinique en vitamine A fait problème dans 76 pays; c'est en Afrique que l'on constate la prévalence la plus élevée, mais c'est en Asie du Sud-Est que l'on trouve le plus grand nombre de sujets présentant une affection clinique et de personnes à risque. Néanmoins, des signes encourageants permettent de penser que la carence grave en vitamine A est en déclin, en particulier dans certaines parties de l'Asie. L'OMS continue d'apporter un soutien technique aux pays Membres pour évaluer, réduire ou prévenir cette carence, en collaboration avec l'UNICEF, l'AID des Etats-Unis d'Amérique, l'initiative relative aux micronutriments (Ottawa, Canada) et le groupe consultatif international sur la vitamine A. Un essai coordonné par l'OMS en vue d'évaluer l'impact de la supplémentation en vitamine A sur la morbidité vient juste d'être mené à son terme; une consultation d'experts sur la posologie adéquate pour l'administration de vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement a été organisée en juin 1996 et ses recommandations⁴ ont été largement diffusées; de nouveaux schémas thérapeutiques et principes directeurs pour la supplémentation en vitamine A ont été publiés.⁵

17. La **carence en fer** et l'**anémie** augmentent la mortalité maternelle et celle des nouveau-nés, ralentit le développement, amoindrit la fonction immunitaire et réduit la capacité d'apprentissage et de travail. Elles touchent selon les estimations 2 milliards de gens dans les pays développés et les pays en développement, et constituent un obstacle sérieux à la fois pour le développement individuel et le développement national. Une étude mondiale récente de l'OMS fait apparaître que 31 % des moins de cinq ans dans les pays en développement souffrent eux

¹ Voir "L'iodation de l'huile pour la prévention de la carence en iode chez la femme enceinte : sécurité d'utilisation". Mise au point de l'Organisation mondiale de la Santé. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1996, **74**(2) : 131-133.

² "Valeurs normatives recommandées pour le volume de la thyroïde chez des enfants de 6-15 ans". *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1997, **75**(2) : 95-97.

³ Voir "Taux recommandés d'iodation du sel et directives pour la surveillance de leur adéquation et de leur efficacité". Document offset non publié WHO/NUT/96.13; disponible sur demande adressée au Programme de Nutrition, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

⁴ "Posologie adéquate pour l'administration de vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement" (document inédit NUT/96.14).

⁵ *Supplémentation en vitamine A : utilisation des suppléments dans le traitement et la prévention de la carence en vitamine A et de la xérophtalmie*. Deuxième édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.

aussi d'anémie, essentiellement ferriprive, due pour une large part à l'apport insuffisant de fer dans l'alimentation et à sa faible biodisponibilité, ainsi qu'aux infections et infestations parasitaires intestinales. D'autres facteurs ont également leur importance, notamment la pauvreté, la médiocrité des pratiques d'alimentation des nourrissons, l'analphabétisme et l'inefficacité des politiques alimentaires. Un document présentant des indicateurs d'évaluation et des stratégies de prévention est en cours de préparation.¹

ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

18. L'OMS apporte son appui aux efforts déployés par les Etats Membres en vue de protéger et d'encourager l'allaitement maternel au moyen de programmes techniques réalisés aux niveaux des pays, régional et mondial, en collaboration avec l'UNICEF et d'autres institutions des Nations Unies, les centres collaborateurs de l'OMS et des organisations non gouvernementales.

Allaitement au sein

19. D'après la banque mondiale de données de l'OMS sur l'allaitement au sein qui contient des données en provenance de 94 pays, l'allaitement exclusif au lait maternel reste peu répandu; on estime à 35 % la proportion des nourrissons nourris exclusivement au sein à un moment quelconque entre la naissance et leur quatrième mois.² A mesure que l'on se rend de plus en plus compte des bienfaits de l'allaitement au sein tant dans les pays en développement que dans les pays développés, un plus grand nombre d'Etats Membres prennent des dispositions pour protéger et favoriser cette forme d'allaitement qui est en progression, par exemple en Australie, au Canada, en Chine, en Iran (République islamique d'), au Mali, en Norvège, en Pologne, en Suède, en Thaïlande, en Zambie et au Zimbabwe, mais qui est encore trop peu répandue dans les pays où les taux de malnutrition et de mortalité sont élevés. Malgré les avantages qu'il présente par rapport à l'allaitement artificiel – amélioration de la fonction cognitive, protection contre les allergies, les infections bactériennes, les infections virales et les agents de contamination potentiels, de même que contre la malnutrition par excès ou carence en micronutriments liée à des produits artificiels mal préparés –, l'allaitement au sein reste peu répandu, encore qu'en légère progression, dans de nombreux pays, particulièrement en Europe (par exemple, l'Espagne, la France, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Suisse).

20. La **Déclaration "Innocenti"** (1990) et ses quatre objectifs opérationnels³ ont largement contribué au développement de l'allaitement au sein dans de nombreux pays, ainsi qu'à la définition de stratégies nationales et à leur intégration dans les politiques globales de santé et de développement. D'après une récente étude de l'OMS, plus de 130 Etats Membres ont maintenant créé des comités sur l'allaitement maternel (bien que tous ne soient pas considérés comme dotés de pouvoirs appropriés ou multisectoriels); 118 font bénéficier au moins quelques mères de congés de maternité d'au moins 12 semaines; l'**initiative des hôpitaux "amis des bébés"**, lancée en 1992, est maintenant appliquée dans 171 pays, et le nombre de ces hôpitaux est passé d'environ 4300 en 1995 à près de 11 000 au milieu de 1997.

21. La contribution de l'OMS à l'initiative prend la forme d'actions de promotion, de diffusion d'informations, ainsi que de production de matériels pédagogiques et d'instruments de surveillance et d'évaluation. Elle fait une large place à la formation et à l'évaluation, afin que l'initiative conserve en permanence toute sa crédibilité et son intégrité, et qu'elle soit axée sur le bien-être des mères et des nourrissons.

¹ "Iron deficiency: indicators for assessment and strategies for prevention" (document WHO/NUT/96.12).

² "WHO global data bank on breast-feeding" (document WHO/NUT/96.1).

³ Désigner un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel; faire en sorte que toutes les maternités soient "amies des bébés"; prendre des mesures pour mettre en oeuvre les principes et l'objectif du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel; et promulguer des lois protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant.

La formation des agents de santé et des personnels hospitaliers est au centre même de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. Des programmes de formation ont été mis au point et à l'essai, et des cours organisés.¹

22. **Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et alimentation du nourrisson.** L'OMS a défini une politique en collaboration avec l'ONUSIDA et l'UNICEF.² Deux séries de lignes directrices sont en préparation, l'une destinée aux agents de santé et l'autre aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs.

23. **Enseignement médical.** Les manuels utilisés par les grandes écoles de médecine, en anglais, espagnol et français, ont fait l'objet d'évaluations.³ En étroite collaboration avec Wellstart International, l'OMS a entrepris d'incorporer un programme d'études sur la prise en charge de la lactation dans la formation de base avant l'emploi des médecins, infirmières et autres professionnels de la santé.

Alimentation de complément

24. La malnutrition du nourrisson et du jeune enfant, la cassure de la courbe de croissance, tout comme la morbidité et la mortalité, sont étroitement associées dans de nombreux pays à des pratiques d'alimentation de complément souvent contestables; des aliments qui ne conviennent pas sur le plan nutritionnel, et qui sont souvent contaminés, sont fréquemment donnés trop tôt (dans les pays en développement et les pays développés) ou trop tard (dans les pays en développement). L'OMS est en train de renforcer son appui technique aux Etats Membres afin de les aider à améliorer les pratiques en question, en privilégiant par exemple la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. Elle a organisé des ateliers sur l'alimentation de complément dans la Région africaine (1994) et celle de la Méditerranée orientale (1995), et les Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est en ont fait un thème prioritaire dans leurs travaux de recherche. Avec le soutien de l'UNICEF et de l'AID des Etats-Unis d'Amérique, l'OMS a fait exécuter une vaste étude,⁴ puis organisé une consultation de centres collaborateurs sur la nutrition (Genève, décembre 1996) en vue de planifier la recherche opérationnelle. Elle est en train d'élaborer des lignes directrices à l'intention des agents de santé, en collaboration avec l'Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres, et a également entrepris une étude sur l'alimentation de complément, les micronutriments et la croissance de l'enfant.

Progrès accomplis dans l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

25. Depuis l'adoption du Code en 1981, 158 Etats Membres (83 %) ont rendu compte à l'OMS des dispositions qu'ils avaient prises pour donner effet en totalité ou en partie aux principes et au but inscrits dans le Code (Tableau 1).

26. Les Etats Membres qui ont présenté une communication sont proportionnellement moins nombreux (61 %) en Europe, mais il convient de noter que c'est à cette Région qu'appartiennent les 23 Etats Membres qui ont adhéré à l'OMS entre 1991 et 1997, et beaucoup d'entre eux se trouvent actuellement aux prises avec de graves difficultés économiques et sociales.

¹ "Le conseil en allaitement : cours de formation" (documents WHO/CDR/93.3-93.6), disponibles en anglais, arabe, espagnol, français, portugais et russe; et "L'allaitement dans les services de santé : cours à l'intention des administrateurs et décideurs" (document WHO/NUT/96.3), disponible en anglais, français et russe; versions arabe et espagnole en préparation.

² Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). *VIH et alimentation du nourrisson*. Genève, 1996.

³ Voir *An evaluation of the breastfeeding content of selected medical textbooks*. Institute for Reproductive Health, Georgetown University, Washington, D.C., 1997.

⁴ OMS, UNICEF, ORSTOM, Université de Californie à Davis. "Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge" (document WHO/NUT/98.1) (sous presse).

**TABLEAU 1. COMMUNICATION PAR LES ETATS MEMBRES
DES DISPOSITIONS PRISES POUR DONNER EFFET AU CODE INTERNATIONAL
DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL, 1981-1998**

Région de l'OMS	Etats Membres	Etats Membres ayant présenté une communication	% des Etats Membres	Territoires ayant présenté une communication
Afrique	46	38	83	
Amériques	35	34	97	6
Asie du Sud-Est	10	8	80	
Europe	51	31	61	
Méditerranée orientale	22	21	95	
Pacifique occidental	27	26	96	6
Total	191	158	83	12

27. Depuis le dernier rapport du Directeur général,¹ 31 Etats Membres,² dont huit pour la première fois, soit au total 58 Etats Membres depuis 1994, ont pris de nouvelles mesures, essentiellement législatives :

- **renforcement des mesures existantes** pour donner effet au Code à la lumière de l'évolution de la situation : Argentine, Australie, Malaisie, Mozambique, Nouvelle-Zélande, Pologne, Singapour, Suède, Suisse et Thaïlande, par exemple;
- **élargissement du champ d'action** à *tous* les aliments commerciaux pour nourrissons : Argentine, Australie, Bahreïn, Botswana, Costa Rica, Madagascar, Malaisie, Sénégal, Suède et Viet Nam, par exemple, et parfois pour des enfants plus âgés (1 à 3 ans) : Mozambique et République-Unie de Tanzanie, par exemple. Les pays ont utilisé, pour indiquer les mesures de suivi, le formulaire qui n'était pas de façon générale disponible au moment de l'adoption du Code en 1981, mais dont il a été fait état dans une résolution adoptée par la suite (résolution WHA39.28);
- **renforcement de la surveillance**, en attirant l'attention du public sur les infractions commises par les fabricants et distributeurs, et en imposant des sanctions : Argentine, Australie, Bahreïn, Bangladesh, Emirats arabes unis, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Oman, Sénégal, Suisse et Thaïlande, par exemple;
- **fourniture à but social de préparations pour nourrissons** : définition des conditions précises dans lesquelles il est possible de fournir des préparations pour satisfaire aux besoins nutritionnels à long terme de nourrissons qui doivent être alimentés par des substituts du lait maternel, par exemple dans les orphelinats : Bahreïn, Botswana, Madagascar et République-Unie de Tanzanie, par exemple;

¹ Document A49/4, partie VIII.

² **Afrique** : Botswana, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Seychelles, Togo et Zimbabwe; **Amériques** : Argentine, Belize, Honduras, Nicaragua et Trinité-et-Tobago; **Asie du Sud-Est** : Bangladesh et Inde; **Europe** : Autriche, Pologne et Suède; **Méditerranée orientale** : Arabie saoudite, Chypre, Djibouti et Iran (République islamique d'); **Pacifique occidental** : Australie, Cambodge, Chine, Iles Marshall, Nioué, Nouvelle-Zélande, Palaos (les), Singapour et Tonga.

- **interdiction de la distribution d'échantillons** promotionnels au grand public et aux mères : Côte d'Ivoire, Honduras, Madagascar, Mozambique, Pologne, République dominicaine, Sénégal, Trinité-et-Tobago, ainsi que les quinze membres¹ de l'Union européenne, conformément à la Directive européenne 91/321/CEE.

28. L'OMS a établi un guide² d'examen et d'évaluation afin qu'il soit plus facile de déterminer les dispositions que les gouvernements ont prises ou sont en train de prendre pour donner effet au Code, ainsi que les éléments qui ont facilité ou gêné la mise en oeuvre de ces dispositions, d'en évaluer l'impact et de formuler des recommandations appropriées. Les organisations non gouvernementales nationales ou internationales continuent de faire preuve de dynamisme dans ce domaine. Par exemple, le Centre de documentation sur le Code international a publié un manuel³ d'enseignement pour ses cours de formation à l'application du Code, y compris un modèle de loi et les textes législatifs ou autres des douze pays qui appliquent le Code.

29. L'OMS demande instamment que les mesures adoptées au niveau national pour donner effet au Code international comportent des définitions explicites, communiquées à toutes les parties et comprises par elles, indiquent des modalités transparentes de surveillance et de communication pour déterminer si des violations présumées contreviennent aux mesures nationales, et établissent un mécanisme de surveillance placé sous l'autorité des pouvoirs publics.

SURCHAGE PONDERALE ET OBESITE CHEZ L'ENFANT

30. L'obésité chez l'enfant et ses conséquences apparaissent de plus en plus comme un problème d'envergure mondiale.⁴ D'après les données fournies par 79 pays en développement et un certain nombre de pays industrialisés, il y aurait environ 22 millions d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est excessif, d'après les normes de l'OMS (>+2 écarts types au-dessus du poids médian de référence pour la taille).

31. Dans des pays industrialisés comme les Etats-Unis d'Amérique, le Japon et certains pays européens, près de 10 % des enfants d'âge scolaire sont obèses, et leurs proportions commencent également à être élevées en Afrique du Sud, en Algérie, en Argentine, au Chili, en Egypte, en Indonésie, à Kiribati, au Maroc, au Pérou et dans les Caraïbes. Environ 30 % des enfants obèses deviennent des adultes obèses.

32. L'obésité est un facteur important d'exposition au risque de tout un ensemble de maladies et états pathologiques graves non transmissibles, par exemple les affections cardio-vasculaires, l'hypertension, l'infarctus, le diabète sucré, diverses formes de cancer, d'autres maladies hépatiques ou gastro-intestinales, les veines variqueuses, les maladies de la vésicule biliaire, d'autres problèmes graves de santé et les accidents. Récemment, l'OMS a organisé une grande consultation qui avait pour but d'analyser la morbidité et la mortalité associées à l'obésité, en vue d'établir, à l'intention des Etats Membres, des lignes directrices pour sa prévention et sa prise en charge.⁵

¹ Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Suède.

² "Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : guide commun d'examen et d'évaluation" (document WHO/NUT/96.2), disponible en anglais, arabe et français (version russe en préparation).

³ Sokol, E. *The Code Handbook. A guide to implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. International Baby Food Action Network, P.O. Box 19, 10700 Penang, Malaisie, 1997.

⁴ Il est difficile d'en évaluer l'ordre de grandeur car il n'existe pas d'étalon de mesure commun (par exemple, >85^e percentile, >120 % poids/taille, >+2 ET (écarts types) au-dessus du poids médian de référence pour la taille) pour définir la surcharge pondérale chez l'enfant et l'adolescent.

⁵ "Obesity: preventing and managing the global epidemic". Rapport d'une consultation de l'OMS sur l'obésité, Genève, 3-5 juin 1997 (document non publié WHO/NUT/97.2).

LA NUTRITION DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

33. Les soins à apporter aux dizaines de millions de personnes en situation d'urgence est un problème humanitaire d'envergure mondiale auquel il est accordé un rang de priorité élevé, car ces populations présentent souvent des taux de malnutrition élevés et une plus grande fragilité, spécialement les nourrissons et les jeunes enfants. L'OMS continue de collaborer avec le HCR, le PAM et les organisations non gouvernementales pour évaluer, réduire ou prévenir la malnutrition au sein de ces groupes de population. Les avis techniques de l'OMS restent très demandés, qu'il s'agisse de définir des normes, critères d'évaluation, méthodes d'appréciation ou besoins en nutriments applicables à ces groupes. L'OMS a établi des principes directeurs pour donner suite à la résolution WHA47.5. Avant la publication de ces principes en 1998, une version révisée¹ a été largement diffusée, pour observations, au sein de la communauté internationale chargée des questions de nutrition et de secours d'urgence. Des manuels complets concernant la prise en charge de la nutrition dans des situations d'urgence extrêmes² ainsi que le traitement et la prise en charge de la malnutrition grave³ sont sur le point d'être publiés. Des études sur le diagnostic et le traitement du scorbut, du béribéri et de la pellagre sont en préparation. Après l'atelier interpays sur la gestion de la nutrition dans les situations d'urgence, tenu en Erythrée en 1996, il a été prévu d'organiser une consultation commune OMS/HCR sur la prise en charge des personnes vulnérables sur le plan nutritionnel dans les situations d'urgence (Rome, décembre 1997). Le HCR et d'autres institutions font un large usage des trois manuels pratiques de l'OMS sur l'évaluation nutritionnelle dans les situations d'urgence,⁴ les besoins nutritionnels dans les situations d'urgence,⁵ et les apports alimentaires et nutritionnels dans les situations d'urgence.⁶ Une consultation organisée par l'OMS en octobre 1997 a étudié les utilisations de la recherche appliquée qui peuvent servir aux fins de la nutrition dans les situations d'urgence et les stratégies à adopter à cet effet.

= = =

¹ "Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies" (document non publié NUT/97.3).

² *Management of nutrition in major emergencies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

³ *Treatment and management of severe malnutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

⁴ "Nutritional assessment in emergencies. A summary of WHO-proposed indicators, reference values and key references". Tiré de : *Management of nutrition in major emergencies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

⁵ "Nutritional requirements in emergencies". Tiré de : *Management of nutrition in major emergencies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

⁶ "Food and nutritional care in emergencies. A summary of WHO-proposed guidelines". Tiré de : *Management of nutrition in major emergencies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).