



La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Rapport du Secrétariat

1. La résolution WHA55.19 réaffirmait l'engagement en faveur de la Déclaration du Millénaire. Non seulement l'OMS contribue à l'effort collectif, mais son action en faveur des objectifs du Millénaire pour le développement fait partie intégrante de ses activités essentielles.¹ La réalisation des objectifs et des cibles liés à la santé – en particulier l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim, la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle – dépendent en grande partie du succès de la lutte contre la malnutrition, responsable directement ou indirectement de 54 % des 10,8 millions de décès annuels parmi les enfants de moins de cinq ans (voir figure). Les dernières Assemblées de la Santé ont exprimé leur profonde préoccupation au sujet du grand nombre de nourrissons et de jeunes enfants qui ne sont toujours pas convenablement nourris et ont invité instamment les Etats Membres à s'efforcer d'instaurer une couverture complète des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents par les interventions que l'on sait efficaces.²

2. Le présent document récapitule ce que représente la charge mondiale de la malnutrition chez le nourrisson et le jeune enfant avant de rendre compte des progrès réalisés en matière de protection, de promotion et d'encouragement d'une alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant et de la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.³

MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE

3. Au niveau mondial, la réduction de la malnutrition chez l'enfant a été modérée pendant la décennie 1990-2000, la prévalence de l'insuffisance pondérale étant tombée de 26,5 % à 22,4 % (voir Tableau 1). La plus forte baisse est survenue en Asie, où les taux d'insuffisance pondérale ont chuté de

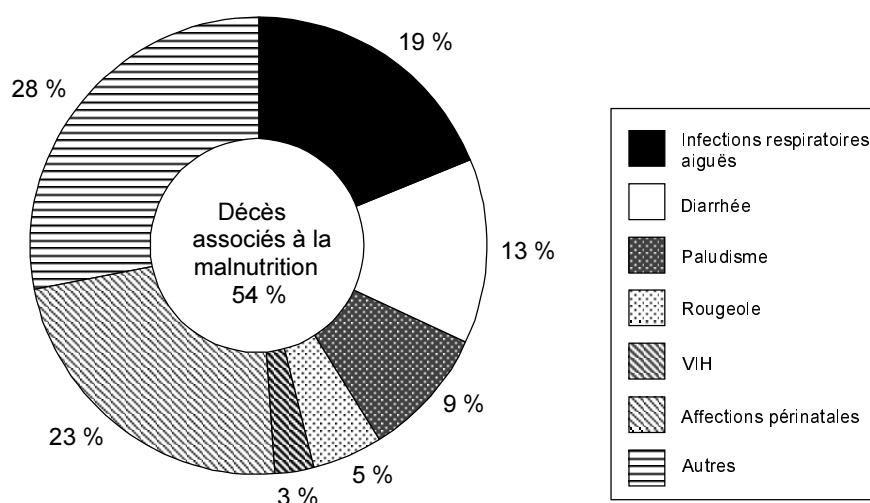
¹ Voir document A56/11.

² Respectivement, résolutions WHA54.2 (2001) et WHA55.25 (2002) sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, et WHA56.21 (2003) sur la stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent.

³ Le présent rapport est présenté en application de la résolution WHA33.32 et de l'article 11.7 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

35,1 % à 27,9 %, mais l'Asie du Sud et du Centre continue d'enregistrer des taux excessivement élevés de malnutrition de l'enfant, malgré une nette baisse de la prévalence de l'insuffisance pondérale pendant cette période. Des progrès substantiels ont également été enregistrés en Amérique latine et dans les Caraïbes avec une baisse relative d'un tiers (de 9 à 6 %) de la fréquence de l'insuffisance pondérale. L'Afrique, en revanche, n'a connu pratiquement aucun changement ; la proportion d'enfants de moins de cinq ans d'un poids suffisant est restée la même avec environ un quart des enfants, tandis que les chiffres passaient de 26 à 32 millions. Les projections pour 2005 prévoient une baisse de la prévalence dans toutes les régions sauf l'Afrique.

Répartition des 10,8 millions de décès par an chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement, 2001



Sources :
 Pour la mortalité par cause : EIP/OMS.
 Pour la malnutrition : Pelletier DL, et al. *American Journal of Public Health*, 1993, 83: 1130-1133 et EIP/OMS.

WHO 03.205

4. Les 30 millions d'enfants de faible poids nés chaque année (23,8 % des naissances) sont souvent exposés à des conséquences graves pour la santé à court et à long terme (voir paragraphe 23). Tandis que la prévalence mondiale de ces naissances est en diminution lente, elle peut atteindre 30 % dans de nombreux pays en développement. Pour aider les pays à faire face à ce problème majeur de santé publique, l'OMS élabore une stratégie mondiale pour la promotion d'une croissance optimale du fœtus qui sera présentée aux organes directeurs en 2005.¹

LA MALNUTRITION PAR CARENCE EN MICRONUTRIMENTS

5. Les carences en minéraux et en vitamines contribuent à des affections qui représentent environ 7,3 % de la charge mondiale totale de morbidité. Les carences en iode, en vitamine A et en fer sont les principales formes de malnutrition par carence en micronutriments qui, toutes causes confondues,

¹ Ce processus comprend les réunions d'un groupe consultatif sur la nutrition maternelle et l'insuffisance pondérale à la naissance, une consultation technique chargée d'élaborer une stratégie mondiale pour promouvoir une croissance optimale du fœtus (Genève, 25-27 novembre 2003) et des consultations régionales sur le projet de stratégie prévues pour 2004.

touchent plus de 4,5 milliards de personnes dans le monde. La carence en fer est la plus répandue, touchant, selon les estimations, 2 milliards de personnes (y compris un enfant sur trois) ; 1,9 milliard de personnes souffrent d'une carence en iode ; et 250 millions d'enfants d'âge préscolaire et 20 millions de femmes enceintes d'avitaminose A (voir Tableau 2).¹ Parce que l'alimentation de la plupart des jeunes des pays à faible revenu est pauvre en fer, en zinc et en vitamine B6,² les stratégies visant à réduire la malnutrition par carence en micronutriments doivent se concentrer sur les deux premières années de la vie.

TABLEAU 1. TENDANCES REGIONALES ET MONDIALES EFFECTIVES ET PREVUES (1990-2005) POUR L'INSUFFISANCE PONDERALE^a (PREVALENCE ET NOMBRE D'ENFANTS TOUCHES)

Région ^b	1990	1995	2000	2005
	Millions (%)	Millions (%)	Millions (%)	Millions (%)
Afrique	25,8 (24,0)	28,5 (24,5)	32,0 (25,0)	35,9 (25,6)
septentrionale	1,6 (9,5)	1,3 (8,1)	1,1 (6,9)	1,0 (5,9)
subsaharienne	24,1 (26,8)	27,2 (27,3)	30,9 (27,7)	35,0 (28,2)
Asie	131,9 (35,1)	116,3 (31,5)	101,2 (27,9)	89,2 (24,8)
orientale	23,1 (18,5)	14,5 (13,2)	9,5 (9,3)	6,1 (6,5)
du Sud et du Centre	86,0 (49,6)	80,9 (45,2)	73,4 (40,8)	67,1 (36,5)
du Sud-Est	20,2 (35,2)	18,1 (31,2)	15,5 (27,4)	13,2 (23,9)
occidentale	2,7 (12,9)	2,8 (12,1)	2,8 (11,3)	2,7 (10,6)
Amérique latine et Caraïbes	4,8 (8,7)	4,0 (7,3)	3,4 (6,1)	2,8 (5,0)
Pays en développement	162,6 (30,2)	148,9 (27,5)	136,6 (25,0)	128,0 (23,0)
Pays développés	1,2 (1,6)	1,0 (1,4)	0,8 (1,3)	0,7 (1,1)
Total	163,8 (26,5)	149,9 (24,4)	137,4 (22,4)	128,7 (20,8)

^a L'insuffisance pondérale est définie comme une taille pour l'âge inférieure de -2 écarts-types à la médiane de référence internationale National Center for Health Statistics (NCHS)/OMS.

^b Les pays ont été regroupés selon le système de classification régionale des objectifs du Millénaire pour le développement (http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_worldregn.asp).

Source : Base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition de l'enfant, 2003.

6. Des progrès importants ont été faits au cours des dix dernières années pour lutter contre la **carence en iode**, principale cause de déficience mentale évitable, qui entraîne des difficultés scolaires puis professionnelles. Le nombre de pays touchés a diminué de moitié depuis 1993 et 68 % des ménages au monde consomment désormais du sel iodé. La carence en iode demeure cependant un

¹ Voir également : Système d'information de l'OMS sur les carences en micronutriments (http://www.who.int/nut/db_md.htm).

² Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for programs. *Food and Nutrition Bulletin*, 2003, **24**(1): 5-28.

problème de santé publique dans 54 pays. Pour aider à éliminer les troubles dus à la carence en iode, en particulier à travers des mesures de lutte durables et un suivi efficace, l'OMS a mis sur pied un système d'évaluation des programmes nationaux et constitué un réseau de laboratoires régionaux.

7. La **carence en vitamine A**, principale cause évitable de cécité de l'enfant et facteur de risque majeur pour la santé, demeure un problème important de santé publique dans 118 pays. La stratégie de lutte contre cette carence comprend la diversification de l'alimentation, la complémentation et l'enrichissement des aliments et des mesures de santé publique telles que la promotion de l'allaitement au sein, la lutte contre les infections chez l'enfant et la distribution de suppléments de vitamine A (distribués à l'occasion de consultations d'enfants malades et des journées nationales de vaccination antipoliomyélitique, ces suppléments ont permis d'éviter, selon les estimations, 1,25 million de décès depuis 1998). L'éradication de la poliomyélite devenant imminente, le problème consiste à trouver d'autres moyens de distribuer la vitamine A, notamment par les services de vaccination systématique. L'OMS coordonne actuellement une étude destinée à évaluer s'il n'y a pas de risques liés à ces activités pendant la première année de vie et si elles présentent des avantages.

TABLEAU 2. POPULATIONS TOUCHÉES PAR LES TROIS PRINCIPALES CARENCES EN MICRONUTRIMENTS, PAR RÉGION OMS

Région OMS	Carence en iode ^a		Carence en vitamine A		Carence en fer (anémie) ^b	
	Population totale		Enfants d'âge préscolaire		Population totale	
	Millions	%	Millions	%	Millions	%
Afrique	254,4	47,6	52,0	49	293,5	46
Amériques	75,0	14,1	0,06	20	142,7	19
Asie du Sud-Est	624,0	39,9	125,5	69	777,5	57
Europe	436,0	59,9	-	-	86	10
Méditerranée orientale	228,4	55,4	16,1	22	183,6	45
Pacifique occidental	261,1	19,7	42,1	27	598,1	38
Total	1 878,5	36,9	251,3	42	2 031,7	37

^a La carence en iode se définit comme une concentration médiane en iode dans les urines inférieure à 100 µg/l.

^b Sur la base de la concentration en hémoglobine.

Source : OMS, Système d'information sur les carences en micronutriments (MDIS) : prévalence mondiale de la carence en iode, 2003 ; prévalence mondiale de la carence en vitamine A, 1995 ; prévalence mondiale de l'anémie et de la carence en fer, 1990-1995.

8. Les effets les plus graves de la **carence en fer** et de l'**anémie** sont une hausse de la mortalité maternelle et infantile, mais les conséquences sur le développement de l'enfant et sur la productivité au travail ne sont pas négligeables non plus. Dans les pays en développement, où l'incidence de l'anémie atteint un pic chez les enfants âgés de 12 à 24 mois,¹ l'étiologie complexe de la carence en

¹ Source : *Enquêtes démographiques et sanitaires*, 1996-2001.

fer – complétée par d'autres facteurs comme le paludisme, les helminthiases et d'autres carences nutritionnelles – exige un ensemble intégré d'interventions destinées à lutter contre les maladies transmissibles et à améliorer la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant.

9. Ce n'est que récemment que l'on a reconnu la **carence en zinc** comme problème de santé publique chez les jeunes enfants des pays en développement,¹ et les avantages d'une supplémentation en zinc pour réduire l'incidence de la pneumonie ainsi que les épisodes et la durée de la diarrhée sévère. Des études soutenues par l'OMS se poursuivent en Inde et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) afin de mesurer l'impact de la supplémentation en zinc sur la mortalité de l'enfant.

LA NUTRITION DANS LES SITUATIONS D'URGENCE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION SEVERE

10. Près de 40 millions de personnes, dont 5,8 millions d'enfants de moins de cinq ans, dans 55 pays, sont actuellement confrontées à des situations d'urgence majeure. Pour faire face à la malnutrition de l'enfant due au manque de nourriture, de soins et de services de santé si fréquent dans de telles circonstances, l'OMS fournit un soutien technique aux gouvernements et aux organismes de secours travaillant en Afghanistan, en Afrique australe, en Éthiopie, en Iraq, au Libéria, et en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. Les principes directeurs et normes pertinents portent notamment sur la prise en charge nutritionnelle en situation d'urgence² et la promotion de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant.³

11. Bien que le taux de létalité médian des moins de cinq ans imputable à la malnutrition sévère se situe généralement entre 30 et 50 %, on peut parvenir à la réduire sensiblement en tenant bien compte des modifications survenues au niveau physiologique et métabolique. Les taux ont chuté au-dessous de 5 % dans les centres de traitement qui appliquent le schéma recommandé par l'OMS pour la prise en charge des enfants sévèrement malnutris en milieu hospitalier.⁴ Afin de former les agents de santé à l'application de ce schéma, l'OMS a mis sur pied un cours⁵ qui, avec l'aide de partenaires institutionnels au Bangladesh, au Chili, en Gambie, au Malawi et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, a déjà été dispensé dans 25 pays des Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental.

¹ Caulfield L, Black RE. Zinc deficiency. In: Ezzati M et al. (eds) *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (sous presse).

² *The management of nutrition in major emergencies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 ; *Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff*. OMS, UNICEF, LINKAGES, IBFAN et autres. Dublin, Emergency Nutrition Network, 2001.

³ Document WHA55/2002/REC/1, annexe 2, et *Promoting optimal feeding of infants and young children during emergencies, with special reference to the situation in Iraq* (http://www.who.int/nut/documents/emerg_feeding_iraq.pdf). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

⁴ *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 ; *Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère* (document WHO/FCH/CAH/00.1).

⁵ Training course on the management of severe malnutrition (including seven modules for participants and guidelines for instructors) (document WHO/NHD/02.04 ; original anglais, versions espagnole, française et portugaise en préparation).

L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

12. Suite à l'approbation par l'Assemblée de la Santé de la **stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant** (résolution WHA55.25), l'OMS a entamé des activités dans toutes les Régions afin de donner une suite pratique à ces recommandations. Par exemple, des réunions régionales ont été organisées à Harare (11-14 novembre 2002, pour le Botswana, l'Éthiopie, le Ghana et le Zimbabwe) et à Casablanca, au Maroc (28-31 juillet 2003, pour le Bahreïn, l'Égypte, la République islamique d'Iran, le Maroc, l'Oman, le Pakistan et la Tunisie), et des réunions nationales ont été organisées pour faire le bilan de l'expérience acquise en Bolivie, au Botswana, au Cambodge, en Chine, en Égypte, en Éthiopie, au Ghana et au Viet Nam.¹ En 2002-2003, l'UNICEF et des organisations non gouvernementales collaboratrices ont soutenu des réunions multipays en Égypte, en Inde, en Malaisie, au Pérou et au Viet Nam. L'OMS a convoqué une réunion technique mondiale (Genève, 10-12 février 2003) sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie, pour laquelle l'OMS et ses partenaires² préparent actuellement divers matériels, dont un outil³ destiné à évaluer les politiques et les programmes visant à protéger, promouvoir et encourager une alimentation appropriée, et des principes directeurs⁴ applicables à l'introduction de connaissances et de compétences essentielles dans la formation de base des professionnels de santé.

13. L'analyse des données provenant de 414 enquêtes menées dans 122 pays et figurant dans la **banque de données mondiale de l'OMS sur l'allaitement maternel et l'alimentation de complément** fait apparaître une augmentation globale de l'allaitement maternel exclusif pendant les quatre premiers mois de la vie,⁵ qui est passé de 19 % en 1990 à 38 % en 2002. Pendant la même période, la proportion globale d'enfants estimés recevoir une alimentation complémentaire en temps opportun est passée de 55 % à 60 %.⁶ Malgré ces progrès, les pratiques en matière d'alimentation sont encore loin d'être idéales si l'on considère la recommandation de santé publique mondiale de l'OMS – l'allaitement maternel exclusif pendant six mois puis l'apport d'aliments de complément sûrs et adaptés, avec poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà (résolution WHA54.2).

14. Afin d'encourager la promotion sur des bases scientifiques de pratiques appropriées en matière d'**alimentation de complément** et l'évaluation exacte de ces pratiques dans le temps, l'OMS

¹ Depuis la Conférence internationale FAO/OMS sur la nutrition (Rome, 1992), 146 Etats Membres et 5 territoires ont révisé et renforcé leurs politiques intersectorielles d'alimentation et de nutrition, et une centaine se sont dotés des stratégies spécifiquement intégrées visant à promouvoir des modes d'alimentation appropriés du nourrisson et du jeune enfant.

² UNICEF, FAO, OIT, the LINKAGES Project, Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile (IBFAN), Ligue internationale La Leche et World Alliance for Breastfeeding Action.

³ *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes* (<http://www.who.int/nut/publications.htm#inf>). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

⁴ *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): planning, implementing and evaluating pre-service training*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/Planning_Implementing_Evaluating.pdf).

⁵ Bien que la recommandation de santé publique mondiale concernant l'allaitement maternel exclusif pendant six mois soit la variable privilégiée pour l'analyse, on ne dispose pas encore de données suffisantes sur cette base provenant d'enquêtes nationales. Les autorités compétentes d'une soixantaine d'Etats Membres – dont, à la mi-2003, l'Australie, l'Irlande et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord – recommandent officiellement l'allaitement maternel exclusif pendant six mois.

⁶ Un rapport complet sur les tendances régionales et mondiales récentes concernant la prévalence et la durée de l'allaitement maternel exclusif et de l'alimentation complémentaire en temps voulu est en préparation.

encourage l'utilisation des guides de bonne pratique¹ par les responsables de l'élaboration des politiques et les planificateurs de programmes chargés d'élaborer les recommandations locales en matière d'alimentation. Les principes directeurs tiennent compte des résultats d'une consultation mondiale sur l'alimentation de complément (Genève, 10-13 décembre 2001),² et accompagnent une brochure³ conçue à l'intention des agents de santé de niveau intermédiaire chargés de donner des conseils en matière d'alimentation de l'enfant. Après avoir été testé sur le terrain en Afrique du Sud, au Bangladesh et en Jamaïque, un cours destiné à doter les agents de santé des compétences voulues pour conseiller les dispensateurs de soins a été mis en place à l'intention des formateurs (Oman, 13-18 septembre 2003) avant de l'être également au Bahreïn, en Oman, au Pakistan et au Soudan.⁴ L'OMS définit également des indicateurs pour l'évaluation des pratiques en matière d'alimentation complémentaire en collaboration avec l'International Food Policy Research Institute.⁵

15. La source prédominante de l'**infection à VIH chez l'enfant** est la transmission mère-enfant, que ce soit pendant la grossesse, au cours du travail et de l'accouchement ou pendant l'allaitement (avec un taux de transmission de 5 à 20 % chez les enfants nés de mères VIH-positives). L'OMS et huit autres organisations du système des Nations Unies s'efforcent de promouvoir un cadre d'action qui insiste simultanément sur la réduction de la transmission du VIH et sur un soutien accru à l'allaitement maternel dans la population générale.⁶ Le cadre privilégie des politiques nationales complètes en matière d'alimentation, la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et les résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé, une alimentation appropriée pour tous les enfants, un soutien pour les mères VIH-positives, et la recherche ; des principes directeurs actualisés et révisés (pour les décideurs et le personnel de santé) ainsi qu'une étude technique⁷ le complètent.

16. L'OMS a expérimenté sur le terrain un ensemble de fiches de conseils à utiliser lors de la formation au conseil en matière d'allaitement et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. L'OMS a également mis au point un outil de recherche pour évaluer les options en matière d'alimentation qui s'offrent aux mères séropositives qui choisissent de ne pas allaiter ou de cesser d'allaiter très tôt, et est en train de préparer des directives sur l'alimentation complémentaire pour les enfants qui ne sont pas nourris au sein. Afin de fournir la base d'information nécessaire à des

¹ *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, DC, OPS/Organisation mondiale de la Santé, 2003.

² *Complementary feeding: report of a global consultation and summary of guiding principles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Complementary_Feeding.pdf); Daelmans B, Martines J, Saadeh R eds. Numéro spécial fondé sur une consultation d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'alimentation de complément. *Food and Nutrition Bulletin*, 2003, **24**(1).

³ *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

⁴ *Complementary feeding counselling: a training course*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (sous presse).

⁵ Ruel MT, Brown KH, Caulfield LE. Moving forward with complementary feeding: indicators and research priorities. Washington, DC, International Food Policy Research Institute, Discussion Paper 146, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/paper146.pdf).

⁶ *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm).

⁷ OMS, UNICEF, ONUSIDA. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers; A guide for health care managers and supervisors*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, documents WHO/FRH/NUT/CHD/98.1 et 98.2, et OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA. *A review of HIV transmission through breastfeeding*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (sous presse).

interventions utiles, l'OMS soutient des recherches sur les risques de transmission du VIH associés à différents modes d'alimentation, y compris l'allaitement maternel exclusif, et le rôle de la mastite et d'autres infections dans cette transmission. Outre qu'elle soutient la recherche opérationnelle sur l'assurance de la qualité du conseil et le soutien à l'alimentation infantile en Afrique du Sud et au Brésil, l'OMS facilite la création d'un réseau de recherche destiné à favoriser l'échange et la coordination de l'information.

17. Un groupe consultatif technique de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA s'est réuni (Genève, 13-15 mai 2003) pour passer en revue les besoins nutritionnels des quelque 42 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA, dont 3 millions d'enfants de moins de 15 ans, ainsi que les données concernant le rôle de la nutrition dans la transmission du VIH, l'évolution de la maladie et la morbidité. Le groupe rédige également une monographie sur les données scientifiques, les répercussions programmatiques et la sécurité alimentaire et les soins aux groupes vulnérables, orphelins compris. L'OMS et la FAO ont préparé conjointement un cours de formation pour les agents de santé sur le rôle de la nutrition dans la transmission du VIH, l'évolution de la maladie et les mesures de soins concrètes, et publié un manuel proposant des suggestions diététiques simples pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.¹

18. L'**initiative des hôpitaux « amis des bébés »**, lancée en 1991 pour inciter les établissements de santé à encourager l'allaitement maternel exclusif, est appliquée dans plus de 19 000 hôpitaux dans 138 pays, et en 2002 le Kerala (Inde), dont 80 % des maternités sont certifiées « amies des bébés », a été déclaré premier « Etat ami des bébés ». Le Bureau régional de l'Afrique a organisé un cours de formation pour les évaluateurs des établissements de santé de 12 pays d'Afrique (Libreville, 28-30 mai 2002). Afin de soutenir les progrès de l'initiative, l'OMS diffuse largement un outil de réévaluation et de surveillance² et élabore des recommandations pour aider les mères VIH-positives dans les hôpitaux « amis des bébés ». Le cours de formation à l'intention des administrateurs d'hôpitaux³ sera adapté en conséquence.

19. Le **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel**, adopté en 1981, prévoit que les Etats Membres fassent chaque année rapport au Directeur général sur les mesures prises pour donner effet aux principes et au but du Code (article 11.6). Etant donné que 162 (84 %) des 192 Etats Membres de l'OMS ont déjà fait rapport (souvent plus d'une fois), le flux d'informations nouvelles a considérablement diminué. L'un des buts opérationnels de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson⁴ et du jeune enfant consiste à insister à nouveau sur l'importance du Code international. Depuis le dernier rapport à l'Assemblée de la Santé,⁵ de nouvelles informations ont été

¹ Nutritional care and support for people living with HIV/AIDS. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse) ; *Living well with HIV/AIDS: a manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS*. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 2003 (<http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM>).

² OMS, UNICEF et Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress (document WHO/NHD/99.2).

³ Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers (document WHO/NHD/96.3).

⁴ La stratégie « établit comme priorité pour tous les gouvernements ... d'envisager les nouvelles mesures législatives ou autres nécessaires, dans le cadre d'une politique complète d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et au but du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi qu'aux résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée de la Santé » (document WHA55/2002/REC/1, annexe 2, paragraphe 33).

⁵ Document A55/14.

reçues de trois Etats Membres seulement : l'Inde (Amendment Bill de 2003, qui renforce la loi de 1993¹ en interdisant la promotion de produits destinés à l'alimentation des enfants de moins de 2 ans) ; la Malaisie (amendement à la réglementation de 1985 interdisant toute information faisant la promotion ou la publicité d'un autre produit à travers tout matériel descriptif apparaissant sur, joint à ou fourni avec une préparation pour nourrisson) ; et le Pakistan (Ordonnance du 26 octobre 2002 relative à la protection de l'allaitement maternel et la nutrition de l'enfant, qui couvre tous les produits destinés à l'alimentation pendant la première année de la vie).² L'OMS a répondu aux demandes de soutien technique émanant de l'Australie, du Bahreïn, du Cambodge, de la Nouvelle-Zélande et de la Turquie. En avril 2002, l'Association internationale de Pédiatrie – organisation non gouvernementale en relations officielles avec l'OMS depuis 1951 – réaffirmait au Directeur général son soutien au Code international et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé adoptées ultérieurement.

NORMES INTERNATIONALES DE CROISSANCE POUR LES NOURRISSONS ET LES JEUNES ENFANTS

20. Les données de référence concernant la croissance sont parmi les outils les plus largement utilisés pour évaluer le bien-être de l'enfant et, par extension, la santé des communautés dans lesquelles ils vivent. Leur utilité tient à ce qu'elles aident à déterminer la mesure dans laquelle les besoins physiologiques pour la croissance et le développement sont couverts pendant la période si importante du développement foetal et de l'enfance. En 1994, l'OMS, reconnaissant les insuffisances de la référence de croissance internationale actuelle National Center for Health Statistics/OMS, a entamé la préparation de nouvelles normes en se fondant sur la manière dont l'enfant *devrait* se développer dans tous les pays plutôt que sur une simple description de la façon dont il se développe à un moment et dans un lieu déterminés.

21. L'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance (1997-2003), qui constitue la deuxième phase du projet relatif aux normes de croissance, a permis de recueillir des données primaires sur quelque 8500 enfants d'origine ethnique et de milieux culturels très différents (Brésil, Etats-Unis d'Amérique, Ghana, Inde, Norvège et Oman). S'appuyant sur les conclusions de celle-ci, une troisième phase a commencé : l'élaboration d'outils scientifiquement solides pour évaluer l'état nutritionnel et la croissance. Les nouvelles normes – qui passeront de 3 à 12 et seront rattachées aux étapes atteintes en matière de développement moteur – établiront l'enfant nourri au sein comme la norme biologique.

22. Le but est que, d'ici 2010, la plupart des 99 pays qui appliquent actuellement la référence de croissance National Center for Health Statistics/OMS utilisent effectivement les nouvelles normes, ou aient déjà entamé la transition vers celles-ci. Cette évolution sera pleinement exploitée afin de renforcer le lien entre les activités de promotion et d'évaluation de la croissance à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement. En outre, une norme de croissance reposant sur un échantillon mondial et sur la prise en compte du fait que les différences environnementales – et non génétiques – sont les principaux déterminants des disparités de croissance de l'enfant contribueront au respect des principes acceptés en matière de droits de l'homme, notamment les principes contenus dans la Convention relative aux droits de l'enfant.

¹ Recueil international de Législation sanitaire, 1993 ; 44:638.

² Recueil international de Législation sanitaire, <http://www.who.int/idhl/>, Pak. 02.003.

REDUCTION DES FACTEURS DE RISQUE NUTRITIONNEL TOUT AU LONG DE LA VIE

23. Des données probantes continuent de s'accumuler associant la malnutrition, qu'il s'agisse de carences ou de suralimentation, à des problèmes de santé plus tard dans la vie. Des études récentes font état d'un risque accru de morbidité à l'âge adulte lorsque le retard de croissance intra-utérin est suivi d'une croissance de rattrapage rapide. D'autres données font état d'un risque plus élevé de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral et probablement de diabète à l'âge adulte chez les personnes ayant souffert d'un retard de croissance dans l'enfance. L'allaitement au sein est associé à une pression sanguine sensiblement plus basse pendant l'enfance aussi bien chez les enfants nés à terme que chez les prématurés. Parallèlement, l'allaitement au sein de courte durée et l'alimentation par des substituts du lait maternel ont été associés à certaines maladies chroniques pendant l'enfance et l'adolescence (par exemple diabète de type 1, maladie coeliaque, certains cancers de l'enfant et affections inflammatoires du tube digestif) ; certaines données récentes laissent supposer qu'il existe un lien entre le fait d'avoir été nourri avec des préparations pour nourrissons et un risque accru d'obésité et d'hypertension plus tard dans la vie.¹ Il conviendrait cependant de poursuivre les recherches concernant l'impact sanitaire à long terme de la nutrition au début de la vie. C'est pourquoi l'OMS préconise tout au long de la vie une alimentation saine pour prévenir les maladies chroniques dans tous les groupes d'âge.²

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

24. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport.

= = =

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 916, 2003.

² Voir également le document EB113/7 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, et le document EB113/44 Add.1 qui présente un projet de stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.