



Stratégie mondiale de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Rapport du Secrétariat

1. Environ 1,5 million d'enfants meurent encore chaque année parce qu'ils ne sont pas alimentés de manière appropriée, moins de 35 % des enfants dans le monde sont exclusivement nourris au sein pendant les quatre premiers mois de la vie, et les pratiques d'alimentation complémentaire ne sont souvent ni adéquates ni sûres. L'ampleur, la diversité et la fréquence croissantes des situations d'urgence majeure, la pandémie du VIH/SIDA, les complexités de la vie moderne, sur lesquelles viennent se greffer la diffusion constante de messages contradictoires et les modes passagères concernant l'allaitement maternel, ajoutent encore à la difficulté de répondre aux besoins nutritionnels du nourrisson et du jeune enfant.

2. La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a examiné un rapport sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant¹ présenté conformément aux résolutions WHA33.32 et WHA49.15 et à l'article 11.7 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. L'Assemblée de la Santé a également examiné un projet de résolution² ainsi que des amendements présentés en cours de séance.³ L'Assemblée de la Santé a décidé de renvoyer la question au Conseil exécutif à sa cent septième session.⁴ Il est rendu compte du débat qui a eu lieu au Conseil dans les actes officiels.⁵

3. Il est généralement admis que la stratégie mondiale doit se fonder sur ce qui a déjà été réalisé, en particulier l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et la Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. Elle doit aussi aller plus loin et souligner la nécessité d'adopter des politiques nationales portant sur tous les aspects de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, notamment les lignes directrices propres à garantir une alimentation adéquate du nourrisson et du jeune enfant dans des situations de difficulté exceptionnelle, et la nécessité de veiller à ce que tous les services de santé s'attachent à protéger, encourager et soutenir l'allaitement au sein exclusif, ainsi qu'une alimentation complémentaire adéquate introduite au moment voulu.

¹ Document A53/7.

² Document A53/A/Conf.Paper N° 3.

³ Voir les procès-verbaux de la Commission A, septième séance, dans le document WHA53/2000/REC/3.

⁴ Décision WHA53(10).

⁵ Document EB107/2001/REC/2.

4. Deux principes ont jusqu'ici présidé à l'élaboration de la stratégie : elle doit être fondée sur des éléments scientifiques et sur des faits, et elle doit s'assurer une participation aussi large que possible avec une contribution de toutes les parties. C'est pourquoi les efforts entrepris jusqu'ici ont comporté un examen élargi de la littérature scientifique et des résultats des études pertinentes, ainsi que des consultations techniques. Ces dernières ont porté avant tout sur les éléments clés de la stratégie mondiale – comme la consultation organisée par l'OMS et l'UNICEF qui a réuni des experts des aspects stratégiques et programmatiques de la question ainsi que des représentants de l'OIT, du HCR et de l'ONUSIDA (mars 2000)¹ – et sur des questions particulières – comme la réunion de l'équipe spéciale interinstitutions UNUSIDA/UNICEF/FNUAP/OMS sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (octobre 2000). Des consultations avec les pays ont également eu lieu au Brésil, en Chine, en Ecosse, aux Philippines, à Sri Lanka, en Thaïlande et au Zimbabwe, et des consultations régionales sont prévues dans toutes les Régions OMS entre mars et juin 2001.

5. Un consensus se dégage sur un large éventail de questions et il est admis de plus en plus que le but de la stratégie doit être de contribuer à garantir le droit de chaque enfant au niveau le plus élevé de santé possible par la protection, la promotion et le soutien de pratiques optimales en matière d'alimentation. La stratégie doit réaffirmer l'importance fondamentale de pratiques d'alimentation appropriées du nourrisson et du jeune enfant partout dans le monde. Un projet de stratégie sera distribué aux Etats Membres et aux parties intéressées pour information et rétroinformation avant que le texte définitif ne soit soumis au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé en 2002.

Allaitement maternel exclusif

6. Un consensus est dégagé sur la nécessité de l'allaitement maternel exclusif et sur les moyens de l'assurer, par exemple en améliorant la formation préalable et en cours d'emploi des professionnels de santé, en soutenant l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » et en faisant en sorte que les mères aient accès à des informations exactes et à une aide spécialisée pour favoriser des pratiques optimales en matière d'alimentation du nourrisson et surmonter les difficultés éventuelles.

7. En 1995, le rapport d'un comité d'experts de l'OMS² et de son groupe de travail sur la croissance du nourrisson a réaffirmé l'utilité de la durée actuelle recommandée pour l'allaitement maternel exclusif et l'introduction d'aliments complémentaires, qui est de quatre à six mois.³ Comme pour toutes les recommandations mondiales de l'OMS, l'application doit tenir compte de la situation locale. La notion d'« alimentation optimale du nourrisson » ne saurait faire l'objet d'une définition abstraite absolue. Ainsi, lorsqu'on applique la recommandation actuelle sur l'alimentation du nourrisson de l'OMS aux fins de déterminer les pratiques en la matière – qu'il s'agisse d'une population entière d'un pays donné ou d'un

¹ Voir *Report of a technical consultation on infant and young child feeding: themes, discussion and recommendations* (documents WHO/NHD/00.8 et WHO/FCH/CAH/00.22).

² Comité OMS d'experts sur l'utilisation et l'interprétation de l'anthropométrie. *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1995 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 854).

³ Cette conclusion était fondée sur la réunion de données concernant les enfants nourris avant tout au sein pendant quatre mois au moins et nourris partiellement au sein jusqu'à 12 mois. Les données proviennent de sept études nord-américaines et européennes, de communautés défavorisées en Inde et au Pérou, de sept centres dans cinq pays (données OMS/HRP du Chili, de l'Egypte, de la Hongrie, du Kenya et de la Thaïlande) et de l'observation d'enfants recevant des préparations pour nourrissons dans des populations plus riches. Pour plus de précisions à cet égard, voir « WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth ». Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1994 (document WHO/NUT/94.8).

enfant particulier –, les autorités de la santé publique doivent tenir compte des facteurs environnementaux et culturels et des autres facteurs de risque qui existent, par exemple la disponibilité, l'innocuité et la qualité des aliments complémentaires, la possibilité d'une contamination par l'environnement, le tableau de morbidité et de mortalité du nourrisson et du jeune enfant et les avantages apportés par l'allaitement maternel en ce qui concerne l'espacement des naissances.

8. L'OMS s'est également adressée à tous les gouvernements des Etats Membres pour déterminer si une recommandation officielle concernant la durée optimale de l'allaitement exclusif a été adoptée et, si tel est le cas, sur quelle base technique. Jusqu'ici, 131 gouvernements ont répondu : 13 n'avaient pas de politique officielle, 65 recommandaient quatre mois ou quatre à six mois, et 53 six mois ou environ six mois. Les résultats obtenus de 139 associations nationales de pédiatrie sont également en train d'être traités.

9. L'OMS a entrepris au cours de l'année écoulée un examen systématique rigoureux de la documentation scientifique publiée sur la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif et plus de 2900 références ont été identifiées pour un examen et une évaluation indépendants. Les principaux résultats examinés concernent la croissance, la morbidité et la mortalité du nourrisson, les besoins du nourrisson en nutriments et la mesure dans laquelle le lait maternel réussit à les couvrir, les effets sur le développement de l'enfant et l'influence de la contamination par l'environnement. Les données de toutes les études pertinentes ont été extraites, classées et analysées. A la suite d'un examen par des spécialistes, les résultats ont été examinés par une consultation d'experts qui a eu lieu à Genève du 28 au 30 mars 2001. Les résultats du processus, notamment les conséquences pour la recommandation mondiale actuelle concernant l'alimentation des nourrissons¹ seront soumis à l'Assemblée de la Santé (voir document A54/INF.DOC./4).

Alimentation complémentaire

10. Une alimentation sûre et adéquate au moment voulu, sans interrompre l'allaitement maternel, doit être une priorité de la nutrition mondiale. En fait, la croissance qui continue d'être ralentie chez de nombreux enfants laisse penser que les pratiques d'alimentation complémentaire restent inadéquates du point de vue du moment de leur introduction, de la qualité, de la quantité et de la sécurité. Le projet de stratégie contribue à déterminer ce qu'il faut faire pour améliorer les pratiques en matière d'alimentation en utilisant des aliments d'un prix abordable disponibles sur place, à définir les principes et les indicateurs de résultats nutritionnels appropriés, et à améliorer le contenu et accroître la disponibilité d'informations et de matériels éducatifs objectifs et cohérents pour les agents de santé, les mères et les familles. Il offre aussi un cadre de recherche orientée vers l'action permettant d'identifier les causes du ralentissement de la croissance et d'y remédier.

11. En ce qui concerne les aliments complémentaires préparés industriellement, comme l'a relevé l'Assemblée de la Santé en 1984,² les pratiques de commercialisation inappropriées contribuent à des pratiques néfastes en matière d'alimentation du fait de la promotion de préparations pour nourrissons à un âge trop précoce et de la promotion de produits (comme le lait concentré sucré) qui ne conviennent pas à l'alimentation du nourrisson. Lors de la commercialisation des aliments complémentaires, il est

¹ Recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé concernant l'alimentation des nourrissons. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 1995, **70** : 119-120 ; recommandation de l'OMS concernant l'alimentation des nourrissons : <http://www.who.int/nut/>

² Résolution WHA37.30.

indispensable que les étiquettes et le matériel d'information encouragent scrupuleusement l'introduction à l'âge qui convient à l'enfant *particulier* qui est concerné. Pour contribuer à surmonter le problème des abus à cet égard, l'OMS prend différentes mesures et notamment intervient dans le cadre du processus du Codex Alimentarius, en particulier dans le contexte du projet de norme révisée du Codex pour les aliments complémentaires à base de céréales. Il s'agit de veiller à ce que les étiquettes de ces produits visent à promouvoir les bonnes pratiques en matière d'alimentation et d'encourager, comme base de la décision de la mère sur le moment de commencer l'alimentation complémentaire, un dialogue entre la mère et l'agent de santé à la lumière des besoins *spécifiques* de l'enfant concerné. Pour fournir plus de renseignements et formuler des recommandations sur l'âge de l'introduction des aliments complémentaires, des études sont prévues sur les moyens pour l'agent de santé d'interpréter les recommandations et les meilleures façons de conseiller la mère.

Alimentation dans des situations exceptionnellement difficiles

12. Le meilleur moyen d'éviter l'incapacité et le décès si fréquents chez le nourrisson et le jeune enfant dans des situations exceptionnellement difficiles consiste à veiller à ce qu'ils soient bien soignés et nourris. Toutefois, il est à la fois complexe et difficile de satisfaire les besoins nutritionnels des nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance, qui sont malnutris ou dont les familles sont socio-économiquement défavorisées, ainsi que pendant les catastrophes naturelles, les famines, les troubles, parmi les réfugiés et en présence du VIH/SIDA (voir le paragraphe 13). Les quelque 70 millions d'enfants souffrant de malnutrition sévère, parmi lesquels les taux de létalité vont de 30 à 50 %, sont particulièrement vulnérables, alors même que moyennant une alimentation et des soins appropriés ces taux ne devraient pas dépasser 3 à 5 %. De nouvelles approches s'imposent aussi bien pour répondre aux besoins de ce groupe particulièrement vulnérable que pour faire face à l'ampleur, à la diversité et à la fréquence croissantes des nouvelles situations d'urgence qui menacent l'état nutritionnel. Il faut vouer une attention spéciale au problème particulier auquel sont confrontés les familles et les enfants dans ces situations en raison des risques bien plus grands associés à l'alimentation artificielle et à une alimentation complémentaire inadéquate. L'OMS met actuellement au point des principes directeurs et des modules de formation visant à améliorer la prise en charge nutritionnelle dans les situations d'urgence et à encourager une prise en charge efficace des enfants gravement malnutris.

Transmission mère-enfant du VIH

13. Le fait que 10 à 20 % des enfants nés de mères VIH-positives risquent d'être contaminés par le VIH par le biais de l'allaitement reste préoccupant, de récentes études faisant état d'un risque accru de transmission pendant les premiers mois. Pourtant, les données issues d'une étude montrent qu'il est possible que l'allaitement exclusif au cours des trois premiers mois comporte un risque plus faible de transmission du VIH qu'une alimentation mixte, peut-être du fait que les processus infectieux ou allergènes associés à l'alimentation mixte affectent l'intégrité des muqueuses de l'intestin. Les recommandations communes UNICEF/ONUSIDA/OMS¹ de 1998 restent valables. Une femme infectée par le VIH doit être conseillée, notamment sur les risques et les avantages des différentes options en matière d'alimentation ; elle doit notamment recevoir des conseils spécifiques sur le choix de l'option qui a le plus de chances de convenir à son enfant dans sa situation particulière. Lorsque l'alimentation de remplacement est acceptable, possible, sûre et disponible à un prix abordable et de façon durable, on recommande d'éviter tout allaitement par une mère VIH-positive ; sinon, c'est l'alimentation maternelle

¹ UNICEF, UNAIDS, WHO. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers. A guide for health care managers and supervisors. A review of HIV transmission through breastfeeding* (documents WHO/FRH/NUT/CHD/98.1-3).

exclusive qui est recommandée pendant les premiers mois de la vie. Pour réduire dans toute la mesure possible la transmission du VIH, l'allaitement par la mère VIH-positive doit être interrompu le plus tôt possible, compte tenu des conditions locales, de la situation de la femme et des risques liés à l'alimentation de remplacement, notamment la malnutrition et les infections autres que le VIH. La décision finale incombe à la mère qui doit être aidée dans son choix.

Protection de la maternité sur le lieu de travail

14. L'OMS a participé aux préparatifs de révision de la Convention sur la protection de la maternité et de la recommandation y relative adoptées par la Conférence internationale du Travail à sa quatre-vingt-huitième session en juin 2000. L'OMS a présenté des éléments sur la protection de la santé maternelle et l'encouragement de l'allaitement au sein, qui ont contribué à un renforcement significatif de la Convention de 1952 par l'insertion d'une nouvelle disposition sur la protection contre les agents dangereux, une augmentation de la durée minimale du congé de maternité de 12 à 14 semaines, le renforcement du droit à des pauses d'allaitement rémunérées et l'application de la Convention aux femmes soumises à des formes de travail atypiques.

Le rôle des différents partenaires

15. La stratégie mondiale souligne la nécessité de définir des responsabilités opérationnelles et de déterminer la façon de mobiliser des ressources pour les différentes parties concernées, à savoir :

- pour les **gouvernements**, la première responsabilité est l'élaboration et l'adoption d'une stratégie nationale complète d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui couvre des domaines comme l'information et l'éducation, la formation permanente des agents de santé, la protection de la maternité sur le lieu de travail, la surveillance et l'évaluation des programmes et la recherche à but pratique ;
- pour les **organisations internationales**, les responsabilités comprennent la mise au point de normes et de recommandations fondées sur des bases factuelles, le renforcement des capacités nationales par l'appui technique, et la surveillance des progrès par le recours à des banques de données mondiales et à des indicateurs appropriés. Ces organisations doivent aussi trouver les ressources nécessaires à cette fin ;
- les **associations professionnelles dans le domaine de la santé** doivent veiller à ce que leurs membres soient entièrement informés des pratiques appropriées en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, promouvoir une large sensibilisation des communautés à cet égard et s'unir aux autres groupes sociaux pour diffuser des messages fondés sur des données fiables ; et
- la **société civile**, ainsi que les organisations non gouvernementales et les associations doivent contribuer à veiller à l'éducation des mères, des familles et du grand public concernant les pratiques appropriées en matière d'alimentation ; elles doivent contribuer à supprimer les obstacles culturels à une alimentation appropriée et participer activement à la surveillance de l'application des mesures nationales adoptées pour donner effet au Code international. Les entreprises commerciales doivent jouer un rôle responsable et constructif en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et veiller à ce que leur conduite à tous les niveaux respecte les principes et le but du Code international et les résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

16. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le texte du projet de résolution contenu dans la résolution EB107.R16.

= = =