



Nutrition de l'enfant et progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Rapport du Secrétariat

1. Après un résumé de la charge mondiale actuelle des diverses formes majeures de malnutrition du nourrisson et du jeune enfant, le présent document fait le point des progrès accomplis en matière de protection et de soutien de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et, en particulier, de mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.¹

2. On distingue plusieurs formes de malnutrition qui sont liées, notamment le retard de croissance intra-utérin, la malnutrition protéino-énergétique et les déficiences en micronutriments – c'est-à-dire par exemple en iode, en vitamine A, en zinc et en fer. Dans de nombreux pays, l'obésité de l'enfant est une source de préoccupation croissante. Toutes ces formes de malnutrition compromettent la croissance physique, le développement mental, la santé, les résultats et la productivité ainsi que la survie, et ont des effets durables tout au long de l'existence.

MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE

3. On constate une lente diminution de la prévalence mondiale de la malnutrition protéino-énergétique qui est à l'origine de 60 % des 10,9 millions de décès annuels d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement (voir la figure de l'annexe), mais près de 30 % des enfants de moins de cinq ans de pays en développement – 161 millions d'enfants – souffrent encore d'un retard de croissance (voir le Tableau 1 de l'annexe). Plus de 70 % de ces enfants vivent en Asie, plus de 25 % en Afrique et 4 % environ en Amérique latine et dans les Caraïbes. La situation dans certaines parties de l'Afrique est particulièrement alarmante avec un nombre croissant d'enfants malnutris à la suite du VIH/SIDA, de catastrophes écologiques, de conflits armés, de troubles et de mouvements de population massifs.

¹ Ce rapport est soumis conformément à la résolution WHA33.32 et à l'article 11.7 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

4. Les plus touchés sont quelque 50,6 millions d'enfants émaciés de moins de cinq ans, principalement dans 27 pays parmi les moins avancés (voir le Tableau 2 de l'annexe). Le taux de létalité chez ces enfants est généralement de 20 à 30 % (les études faisant apparaître une fourchette de 4 à 49 %), bien qu'une bonne prise en charge permette de le ramener à moins de 5 %.

MALNUTRITION EN MICRONUTRIMENTS

5. La **carence en iode**, due principalement à une absorption insuffisante d'iode pendant la grossesse, est la cause distincte la plus importante de lésion cérébrale et de retard mental évitables (voir le Tableau 3 de l'annexe). Il s'agit d'un problème considérable de santé publique dans 130 pays, surtout en Afrique et en Asie. Treize pour cent environ de la population mondiale (740 millions de personnes) sont actuellement concernés. Néanmoins, des progrès remarquables ont été enregistrés ces dix dernières années dans l'élimination des troubles dus à une carence en iode. Plus de 80 % des pays touchés disposent désormais de plans d'action pour l'iodation du sel et, en moyenne, 68 % des ménages – la proportion va de 63 % en Afrique à 90 % dans les Amériques – ont accès au sel iodé. Aujourd'hui, il faut tout d'abord suivre attentivement l'iodation du sel et son impact¹ par des réseaux de laboratoires régionaux et, ensuite, améliorer l'accès au sel iodé par une coordination plus efficace entre les principaux partenaires, dont notamment l'industrie du sel. Un nouveau partenariat international a été formé qui a pour objet l'élimination durable de la carence en iode.

6. La **carence en vitamine A** est un important problème de santé publique dans 118 pays, et plus de 250 millions d'enfants d'âge préscolaire sont touchés ou à risque (signes associés cliniques et sous-cliniques) (voir le Tableau 3 de l'annexe). Il ne s'agit pas seulement d'une cause majeure de cécité évitable de l'enfant, mais d'un important facteur de risque de morbidité et de mortalité chez le nourrisson plus âgé et l'enfant, et probablement aussi pendant la grossesse. L'OMS, l'UNICEF, les organisations non gouvernementales, les organismes d'aide bilatérale et l'industrie privée renforcent leur collaboration afin d'accélérer les progrès en vue de lutter contre la carence en vitamine A, en particulier par l'enrichissement des aliments. On a bien amélioré la couverture des enfants à risque en liant la supplémentation aux consultations de l'enfant malade dans le contexte de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et aux services de vaccination, par exemple en Afrique où le nombre de pays offrant une supplémentation à l'occasion des journées nationales de vaccination est passé de 4 en 1996 à 35 en 1999. En 2000, environ 90 millions d'enfants dans le monde ont reçu au moins une dose de vitamine A. A la suite d'un examen des doses actuelles administrées au nourrisson, au jeune enfant et à la femme après l'accouchement, de nouvelles recommandations sont en cours d'élaboration en collaboration avec l'UNICEF et le Groupe de consultation international sur la vitamine A. L'OMS coordonne également la recherche avec l'AIEA et l'Agency for International Development des Etats-Unis pour examiner l'innocuité et les avantages sanitaires d'une administration accrue au jeune nourrisson.

7. D'importants efforts sont également consentis pour réduire la **carence martiale**, qui est la principale cause d'**anémie**, bien qu'il s'agisse là d'un problème de santé publique mondial très difficile à régler, avec tout un éventail d'effets indésirables, notamment l'accroissement de la mortalité, de la prématurité, de l'insuffisance pondérale à la naissance, du développement retardé et perturbé et de la

¹ Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers (deuxième édition) (document WHO/NHD/01.1).

diminution de la productivité.¹ Un examen des approches de la prévention de l'anémie et de l'amélioration de l'absorption de fer chez le nourrisson et le jeune enfant sera bientôt terminé.

8. En raison de l'apport limité en **zinc** dans le régime alimentaire de la plupart des enfants des pays en développement et du rôle de ce micronutriment dans la réduction de l'incidence et de la gravité de la diarrhée – et peut-être de la pneumonie –, l'OMS appuie des études visant à évaluer le respect de la posologie par les personnes qui s'occupent des enfants et les effets de la supplémentation en zinc sur la morbidité et la mortalité de l'enfant. Des essais de terrain en double aveugle ont commencé en Inde et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) pour évaluer les effets d'une supplémentation quotidienne en zinc sur la population des enfants dans son ensemble.

NUTRITION DANS DES SITUATIONS D'URGENCE

9. La malnutrition sous différentes formes est généralisée chez les plus de 40 millions de réfugiés et de personnes déplacées dans le monde, dont 5,5 millions sont des enfants de moins de cinq ans. Le risque de malnutrition dans ce groupe varie selon l'accès à des aliments sûrs et adéquats et à des services de santé pour lutter contre les maladies infectieuses. L'OMS continue de fournir un appui technique et méthodologique et une formation aux gouvernements et aux organismes internationaux en première ligne, notamment l'UNICEF, le HCR et le PAM et leur personnel de terrain, ainsi que les organisations non gouvernementales.²

OBESITE

10. A l'opposé, l'excès de poids et l'obésité de l'enfant constituent des problèmes croissants de santé publique au niveau mondial. Une récente analyse des données nationales issues de 79 pays, représentant 87,8 % des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement, fait apparaître pour ce groupe un taux de prévalence globale de l'excès de poids dans les pays en développement de 3,3 % (ce qui correspond à 17,6 millions d'enfants) (voir le Tableau 2 de l'annexe).³ Le taux d'excès de poids et d'obésité augmente dans de nombreux pays et dépasse déjà 5 % dans 21 d'entre eux. De nombreux éléments permettent d'associer l'obésité à l'hypertension, au diabète, aux maladies respiratoires, à des affections orthopédiques et à des troubles psychosociaux chez l'enfant. Une source de préoccupation encore plus grande concerne l'effet de l'obésité chez l'enfant sur l'obésité chez l'adulte et la morbidité et la mortalité qui lui sont associées, ainsi que l'impact indépendant sur l'augmentation du risque de maladie chronique par la suite.⁴

¹ Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control: a guide for programme managers (document WHO/NHD/01.3).

² *The management of nutrition in major emergencies*. Genève, OMS, 2000, ISBN 92 4 154520 8.

³ Voir base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition de l'enfant (<http://www.who.int/nutgrowthdb/>) et de Onis M, Blössner M. Prevalence of trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, **72**: 1032-1039.

⁴ Law M et al. Fetal, infant, and childhood growth and adult blood pressure. A longitudinal study from birth to 22 years of age. *Circulation*, 2002, **105**: 1088-1092 (<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/hc0902.104677v1.pdf>).

ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

11. Les buts fixés par le Sommet mondial pour les enfants en 1990 et réaffirmés par la Conférence internationale sur la nutrition en 1992 tendant à réduire ou à éliminer les principales formes de malnutrition en l'an 2000 n'ont pas été atteints dans la plupart des pays. On estime que l'alimentation inappropriée est encore à l'origine d'au moins un tiers de la malnutrition et contribue de manière sensible à la morbidité et à la mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans. C'est la raison principale de la nouvelle stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, qui est présentée séparément.¹

12. La protection, l'encouragement et le soutien de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ont une importance critique pour prévenir la malnutrition et assurer la croissance et le développement de l'enfant en bonne santé. Les pratiques d'alimentation inappropriée contribuent de manière non négligeable à l'état nutritionnel insatisfaisant du nourrisson et du jeune enfant. Des progrès ont été accomplis pour renforcer les bases permettant d'aboutir à des recommandations pour une alimentation optimale, et définir des interventions efficaces² pour leur application. La nouvelle stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant souligne l'importance de l'accès aux compétences et au soutien dans le cadre du système de santé et de la communauté, associé à des mesures de protection de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, afin d'assurer que les mères et les autres personnes s'occupant des enfants soient en mesure de veiller à bien satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson et du jeune enfant.

13. Si certains pays ont enregistré une amélioration notable de la prévalence et de la durée de l'**allaitement maternel exclusif** au cours de la dernière décennie, les taux d'allaitement maternel *exclusif* au cours des six premiers mois de la vie restent faibles. Au travers de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les efforts sont renouvelés pour appliquer et élargir les interventions qui ont fait leurs preuves afin d'accroître les taux d'allaitement maternel exclusif dans le monde entier.

14. L'**initiative pour les hôpitaux « amis des bébés »**, lancée en 1991 pour amener les établissements de santé à encourager le début et l'instauration durable de l'allaitement exclusif, est appliquée dans quelque 16 000 établissements de 171 Etats Membres. Toutefois, outre la préoccupation mentionnée dans le dernier rapport à l'Assemblée de la Santé en 2000³ et confirmée ensuite selon laquelle les normes ne sont pas toujours respectées, le nombre total des établissements désignés par le label « amis des bébés » dans le monde semble avoir atteint un plateau. Certains pays font état d'un relâchement dans l'engagement, notamment dans les établissements privés et les hôpitaux universitaires, qui ont interprété la diminution des ressources affectées au problème par l'OMS et l'UNICEF comme le signe d'un intérêt international amoindri. Parallèlement, des travaux de recherche démontrent l'importance vitale des programmes de promotion dans les établissements hospitaliers quant à la durée et au caractère exclusif de l'allaitement maternel, et des progrès sont effectués dans certains pays. Par exemple, on a constaté au Bélarus, dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé, que l'application de l'initiative avait entraîné une

¹ Voir le document A55/15.

² Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly S. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2000, **356**: 1643-1647 and Santos I, Victora CG, Martines J et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *Journal of Nutrition*, 2001, **131**(11): 2866-2873.

³ Voir le document A53/7.

augmentation significative de la durée et du caractère exclusif de l'allaitement.¹ Au Kenya, 230 maternités sur 350 portent le label « amis des bébés ». Aux Etats-Unis d'Amérique, dans un hôpital de formation au centre d'une ville qui s'occupe principalement de familles pauvres, de minorités et d'immigrés, la proportion des mères qui commencent à allaiter est passée de 58 % en 1995 à 86,5 % en 1999 à la suite de l'application de l'initiative.² Dans quatre pays – la Malaisie, la Namibie, l'Oman et la Suède – tous les hôpitaux du secteur public portent le label « amis des bébés ».

15. L'OMS et l'UNICEF ont organisé une réunion des coordonnateurs de l'initiative de 18 pays industrialisés afin de définir les obstacles et les stratégies permettant de la faire progresser (Londres, 11-13 juin 2001). Les deux organisations s'attachent également à promouvoir un module de surveillance et de réévaluation mis au point avec un centre collaborateur,³ afin de renforcer les progrès et de garantir la qualité et l'intégrité de l'initiative à long terme. L'élargissement de l'initiative retient particulièrement l'attention dans le cadre de la nouvelle stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Pour maintenir le soutien en faveur des pratiques optimales d'allaitement, les agents de santé, le personnel hospitalier, les responsables des soins de santé et les responsables de l'élaboration des politiques ont été formés aux techniques de conseil dans le cadre de cours mis au point par l'OMS dans près d'une centaine de pays,⁴ alors que les conseils en matière d'allaitement et d'alimentation complémentaire ont été incorporés aux matériels de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant pour être utilisés dans les établissements de santé⁵ et dans les communautés. Des principes directeurs sont également en train d'être élaborés afin d'intégrer une information appropriée sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant à la formation des agents médicaux et paramédicaux avant leur entrée en service, et pour renforcer l'appui communautaire par la formation de conseillers en allaitement, qu'il s'agisse de non-spécialistes ou d'autres femmes.

16. En 2000, l'OMS a fait procéder à un examen systématique de la littérature scientifique publiée sur la **durée optimale de l'allaitement maternel exclusif**. Plus de 3000 références ont été trouvées en vue d'un examen et d'une évaluation indépendants. Le résultat de ce processus a été soumis à des experts mondiaux, et tous les résultats ont ensuite fait l'objet d'une analyse technique au cours d'une consultation d'experts (Genève, 28-30 mars 2001). Les conclusions et les recommandations de la consultation concernant la pratique et la recherche ont été présentées à la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.⁶ L'Assemblée de la Santé a invité instamment les Etats Membres à renforcer les activités et développer de nouvelles approches pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, ce qui doit être considéré comme une recommandation de santé publique mondiale compte tenu des constatations de la consultation d'experts de l'OMS sur la durée optimale de

¹ Kramer M et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 2001, **285**(4): 413-420.

² Philipp B et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, **108**: 677-681.

³ WHO, UNICEF and Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Genève, OMS, 1999 (document WHO/NHD/99.2).

⁴ Le conseil en allaitement : cours de formation (documents WHO/CDR/93.3-93.6), disponible dans toutes les langues des Nations Unies et en portugais ; et Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers (document WHO/NUT/96.3), disponible en anglais, arabe, espagnol et russe.

⁵ Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (document WHO/CHD/97.3.A-L), <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

⁶ Voir le document A54/INF.DOC./4.

l'alimentation au sein exclusive, et pour assurer l'apport d'aliments de complément sûrs et adaptés, avec poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, en mettant l'accent sur les voies de diffusion sociales de ces concepts, de sorte à amener la communauté à adhérer à ces pratiques (résolution WHA54.2). En raison de leur incidence sur la disposition concernant l'âge d'utilisation du projet de normes révisées du Codex Alimentarius pour les aliments transformés à base de céréales destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants, les conclusions et recommandations de la consultation d'experts ont également été présentées à la vingt-quatrième session de la Commission du Codex Alimentarius (Genève, 2-7 juillet 2001) et à la vingt-troisième session du Comité du Codex sur la nutrition et les aliments diététiques ou de régime (Berlin, 26-30 novembre 2001).

17. En ce qui concerne la **transmission mère-enfant du VIH**, l'Assemblée de la Santé a été informée en mai 2001 que 10 à 20 % des enfants nés de mères VIH-positives pouvaient être infectés par le VIH du fait de l'allaitement, et les récentes études font état d'un risque accru de transmission pendant les premiers mois. Toutefois, les éléments issus d'une étude montrent que l'allaitement exclusif au cours des trois premiers mois de la vie comporte peut-être un risque plus faible de transmission du VIH que l'alimentation mixte, peut-être parce que les phénomènes infectieux ou allergiques associés à l'alimentation mixte altèrent l'intégrité des muqueuses. Les lignes directrices communes UNICEF/ONUSIDA/OMS¹ de 1998 restent valables. En résumé,² toutes les mères infectées par le VIH doivent recevoir des conseils comprenant des informations sur les risques et avantages des différentes options alimentaires et des conseils spécifiques pour choisir l'option qui leur convient le mieux dans leur situation. Lorsqu'une alimentation de substitution est acceptable, possible, accessible à un prix abordable, durable et sûre, il est recommandé aux femmes VIH-positives d'éviter totalement d'allaiter leur enfant ; dans les autres cas, on recommande l'allaitement exclusif pendant les premiers mois de la vie. Pour réduire dans toute la mesure possible la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les femmes VIH-positives doivent cesser d'allaiter le plus tôt possible, compte tenu de la situation locale, de leur situation personnelle et des risques liés à une alimentation de substitution, notamment la malnutrition et les infections autres que le VIH. En fin de compte, la décision doit être prise par la mère, qui aura besoin d'un soutien en effectuant son choix.

18. En collaboration avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, l'OMS a mis au point un cours de formation de trois jours pour les agents de santé appelés à conseiller les femmes sur le VIH et l'alimentation du nourrisson.³ Le cours a déjà été donné dans dix pays. L'OMS est également en train d'élaborer un bref cours général sur l'amélioration des soins et de la prise en charge nutritionnelle à l'intention des agents de santé communautaires qui apportent des conseils en nutrition aux personnes vivant avec le VIH, y compris les enfants. Des travaux de recherche effectués en Afrique du Sud et en Zambie pour déterminer le risque de transmission du VIH aux enfants exclusivement nourris au sein et l'effet d'un sevrage précoce sur les taux de transmission généraux sont appuyés par l'OMS. On est également en train de préparer des matériels visant à conseiller les mères sur un sevrage précoce et une alimentation sûre de substitution.

19. A sa quatre-vingt-huitième session en juin 2000, la Conférence internationale du Travail a adopté la Convention N° 183 sur la Protection de la Maternité, 2000 et la Recommandation N° 191 sur la Protection de la Maternité, 2000. L'OMS a participé à l'ensemble des travaux d'élaboration de la Convention révisée

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).

² Voir UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Team on Mother-to-Child Transmission of HIV. *New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications* (document WHO/RHR/01.28).

³ HIV and infant feeding counselling: a training course (document WHO/FCH/CAH/00.2-6).

et présenté des éléments sur **la protection de la santé maternelle et l'encouragement de l'allaitement**. La Convention a été sensiblement renforcée par l'inclusion d'une nouvelle disposition sur la protection contre les facteurs de risque, par l'amélioration des dispositions sur les droits minimaux de congé de maternité dont la durée passe de 12 à 14 semaines, par le renforcement du droit à des pauses d'allaitement rémunérées et par l'extension de la Convention aux femmes exerçant des emplois dépendants atypiques.

20. Depuis l'adoption du **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel** par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 1981 (résolution WHA34.22), 162 des 191 Etats Membres de l'OMS (85 %) ont présenté des rapports sur les mesures prises pour donner effet aux principes et au but du Code. Il s'agit notamment de l'adoption de lois, de règlements, de codes, de principes directeurs et d'accords nouveaux, ou de la révision d'instruments existants, ainsi que de dispositifs pour la surveillance et l'établissement de rapports. Depuis le dernier rapport soumis à l'Assemblée de la Santé en 2000,¹ neuf pays (l'Afrique du Sud, l'Angola, le Cambodge, la France, le Ghana, la Grèce, le Kazakhstan, le Nigéria et la République-Unie de Tanzanie) ont fourni des informations sur des mesures nouvelles ou des révisions. Parallèlement, l'OMS a répondu à des demandes d'appui technique émanant de l'Australie, du Cambodge, de la Nouvelle-Zélande, de l'Oman et du Pakistan. Elle a également contribué au protocole révisé de surveillance du Code du Groupe interinstitutions sur la surveillance de l'allaitement maternel, une coalition d'organisations non gouvernementales, d'églises et d'établissements universitaires. A l'occasion du vingtième anniversaire de l'adoption du Code en mai 2001, le Directeur général a participé à une cérémonie organisée par le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile.

21. Il est parfois difficile de garantir un apport suffisant en éléments nutritifs adéquats après la période de l'allaitement exclusif et de nombreux enfants sont exposés à un risque particulier de malnutrition entre 6 et 24 mois. Afin de traduire les données scientifiques en des messages pratiques, l'OMS a mis au point des principes directeurs sur l'**alimentation complémentaire**, en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine.² Ces principes s'inspirent de ceux destinés aux agents de santé au premier niveau mis au point dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Un cours de trois jours pour aider les agents de santé à acquérir les compétences nécessaires de conseil dans le domaine de l'alimentation complémentaire appropriée pour les enfants de 6 à 24 mois est en cours d'élaboration. L'OMS a organisé une consultation mondiale sur l'alimentation complémentaire (Genève, 10-13 décembre 2001) pour renforcer les bases actuelles, les données d'expérience et les constatations récentes de la recherche afin d'améliorer les pratiques en matière d'alimentation.

NUTRITION MATERNELLE

22. Les bases concernant les liens entre les maladies cardio-vasculaires et le diabète, présentées à la réunion d'experts de l'OMS sur la vie et la santé (Annecy, France, 2-4 mai 2001), ont démontré l'influence de l'état nutritionnel de la mère avant une grossesse sur la croissance foetale et postnatale et le risque ultérieur de maladie chronique. Outre le retard de croissance intra-utérin, la sous-nutrition maternelle, même dans un environnement postnatal adéquat du point de vue nutritionnel, peut accroître le risque de maladies cardio-vasculaires et du diabète chez l'enfant. De même, l'obésité maternelle augmente sensiblement le risque d'obésité et de maladies chroniques apparentées pour l'enfant. Suite aux

¹ Voir le document A53/7.

² Complementary feeding: family foods for breastfed children (documents WHO/NHD/00.1, WHO/FCH/CAH/00.6).

recommandations de la réunion d'experts, l'OMS reconnaît qu'il faut adopter une perspective qui envisage la vie complète en matière de stratégie de nutrition du nourrisson et de l'enfant et tenir compte des effets, notamment de la sous-nutrition et de l'obésité chez les jeunes femmes sur la génération suivante et sur l'état nutritionnel, la croissance et la santé du nourrisson et de l'enfant.

ETUDE MULTICENTRIQUE SUR LA REFERENCE DE CROISSANCE

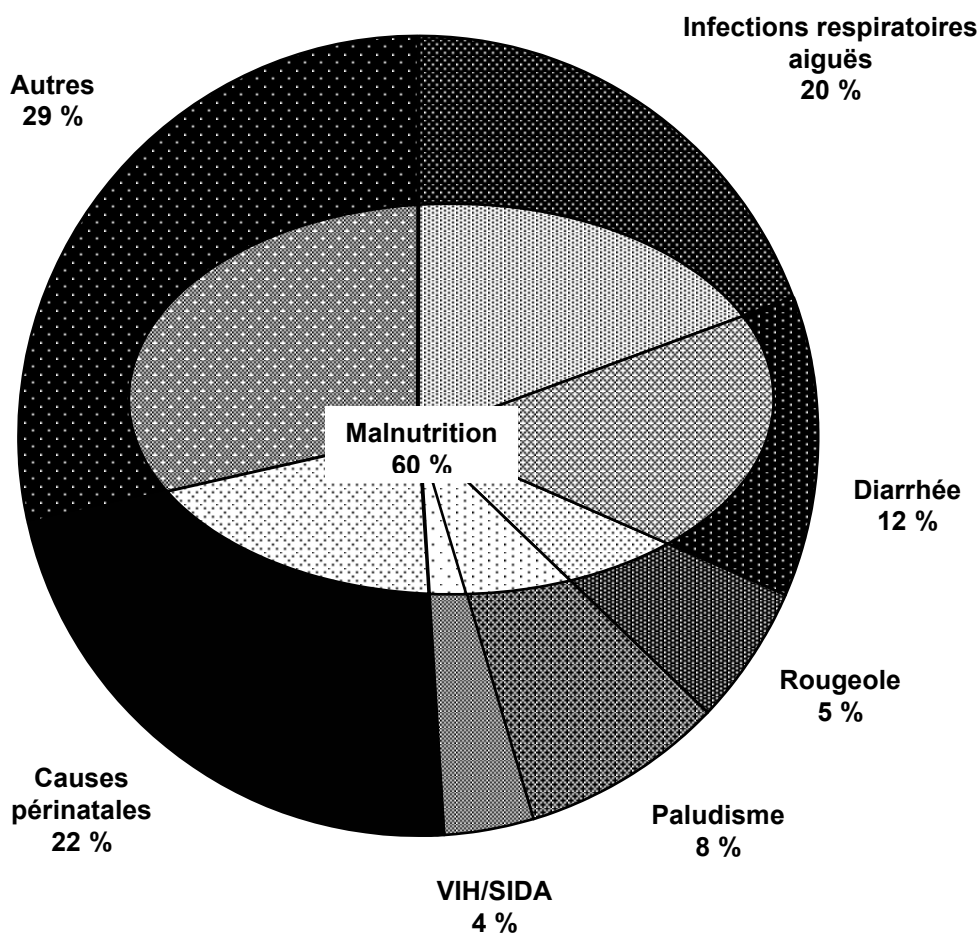
23. Cette étude portant sur plus de 10 000 enfants¹ a commencé en 1997. Elle visait à établir une nouvelle référence internationale pour évaluer la santé, la croissance et l'état nutritionnel, notamment la sous-nutrition et la surnutrition, des groupes et des individus. Les travaux ont été effectués d'abord au Brésil, et l'étude se poursuit aux Etats-Unis d'Amérique, au Ghana, en Inde, en Norvège et en Oman. La composante transversale de l'étude – un échantillon de 1400 enfants âgés de 18 à 71 mois – a été menée à bien dans trois sites. Des données sont également recueillies pour faciliter l'analyse du lien existant entre la croissance physique et le développement moteur chez les enfants de groupes aisés de différentes origines ethniques dans différents cadres culturels. Les fichiers sont ensuite validés et traités par le centre de coordination de l'étude au Siège de l'OMS. La publication des nouvelles courbes de croissance, attendue en 2005, dépendra de la disponibilité de fonds suffisants pour la mise au point et les tests.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

24. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

¹ Voir aussi le document A53/7, annexe.

ANNEXE

FIGURE. REPARTITION DES 10,9 MILLIONS DE DECES ANNUELS D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT, 2000

Source : *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* et Murray CJL et al. « The Global Burden of Disease 2000 Project: aims, methods and data sources », Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper N° 36, OMS, Genève, 2001 ; sur la base de données de l'an 2000.

**TABLEAU 1. PREVALENCE MONDIALE ET REGIONALE
DU RETARD DE CROISSANCE CHEZ L'ENFANT^a (1980-2005),
CHIFFRES EFFECTIFS ET PROJECTION**

Région ^b	1980	1985	1990	1995	2000	2005
	% (millions)	% (millions)	% (millions)	% (millions)	% (millions)	% (millions)
Afrique	38,8 (32,6)	37,8 (36,4)	36,8 (39,4)	35,8 (41,3)	34,9 (43,6)	33,9 (45,5)
Asie	54,1 (175,1)	48,4 (169,2)	42,8 (162,0)	37,3 (135,9)	32,2 (115,3)	27,4 (96,4)
Amérique latine et Caraïbes	23,4 (12,2)	20,1 (10,8)	17,1 (9,4)	14,5 (8,0)	12,3 (6,8)	10,3 (5,7)
Pays en développement	48,1 (221,3)	43,3 (216,3)	38,5 (208,6)	34,0 (182,2)	29,8 (161,0)	25,9 (140,5)

^a Le retard de croissance est défini comme une taille/âge à -2 écarts types de la médiane de référence internationale du National Center for Health Statistics (NCHS)/OMS.

^b Les pays ont été regroupés selon le système de classement de l'Organisation des Nations Unies (United Nations Population Division. *World population prospects – the 1998 revision*, New York, Nations Unies, 1999).

Source : Base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition de l'enfant, 2001.

**TABLEAU 2. PREVALENCE MONDIALE ET REGIONALE
DE L'EXCES PONDERAL^a ET DE L'EMACIATION^b
CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS (1995)**

Région ^c	Excès pondéral			Emaciation		
	Pourcentage de la population couvert par des enquêtes nationales sur la nutrition	Pourcentage d'enfants en excès pondéral	Nombre d'enfants en excès pondéral (en milliers)	Pourcentage de la population couvert par des enquêtes nationales sur la nutrition	Pourcentage d'enfants émaciés	Nombre d'enfants émaciés (en milliers)
Afrique	70,9	3,9	4 471	94,5	9,6	11 060
Asie	92,4	2,9	10 643	93,7	10,4	37 872
Amérique latine et Caraïbes	94,1	4,4	2 429	97,2	2,9	1 591
Océanie ^d	15,5	ND ^e	ND ^e	15,5	ND ^e	ND ^e
Pays en développement	87,8	3,3	17 561	94,1	9,4	50 593

^a L'excès pondéral est défini par un poids/taille >2 écarts types de la médiane internationale de référence du National Center for Health Statistics (NCHS)/OMS.

^b L'émaciation est définie par un poids/taille à -2 écarts types de la médiane NCHS/OMS.

^c Les pays ont été groupés selon le système de classement de l'Organisation des Nations Unies (United Nations Population Division. *World population prospects – the 1998 revision*, New York, Nations Unies, 1999).

^d A l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

^e ND = Non disponible.

Source : Base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition de l'enfant, 2001 et de Onis M, Blössner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, **72**: 1032-1039.

**TABLEAU 3. PREVALENCE DE LA CARENCE EN VITAMINE A ET
DES TROUBLES DUS A UNE CARENCE EN IODE D'APRES
LA FREQUENCE TOTALE DU GOITRE DANS
LES SIX REGIONS DE L'OMS (1999)**

Région OMS	Nombre de goitres ^a		Nombre d'enfants d'âge préscolaire présentant une carence en vitamine A	
	Nombre (en millions)	% dans la Région ^b	Nombre (en millions)	% dans la Région ^b
Afrique	124	20	53	49
Amériques	39	5	16	20
Asie du Sud-Est	172	12	127	69
Europe	130	15	ND ^c	ND ^c
Méditerranée orientale	152	32	16	22
Pacifique occidental	124	8	42	27
Total	740	13	254	38

^a Le nombre de goitres ou la prévalence du goitre sont utilisés comme indicateurs de la fréquence des troubles dus à une carence en iode.

^b Fréquence totale du goitre.

^c ND = Non disponible.

Source : Base de données mondiale de l'OMS sur les troubles dus à une carence en iode et la carence en vitamine A.

= = =