Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-TROISIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A63/9**
Point 11.6 de l'ordre du jour provisoire **1er avril 2010**

La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

Rapport du Secrétariat

1. Le présent rapport donne des informations sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; l'état d'avancement des mesures nationales visant à donner effet au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; les aliments de complément ; les normes OMS de croissance de l'enfant ; les types de malnutrition ; et l'obésité de l'enfant.

2. La réalisation des objectifs et des cibles du Millénaire pour le développement liés à la santé est tributaire de la réduction de la malnutrition, qui est associée à près d'un tiers des neuf millions de décès chez les enfants de moins de cinq ans chaque année.[1] Près de 112 millions d'enfants dans le monde souffrent d'insuffisance pondérale et 178 millions d'enfants de moins de cinq ans ont un retard de croissance ; 90 % de ces enfants vivent dans 36 pays. On estime chaque année à 13 millions le nombre d'enfants nés avec un retard de croissance intra-utérine.[2] Le double fardeau de la malnutrition (d'une part la dénutrition et les carences en micronutriments et, d'autre part, le surpoids/l'obésité) constitue un problème de santé publique croissant. Les coûts directs et indirects de la malnutrition sont considérables mais n'ont toujours pas été pleinement reconnus.

3. Il est fréquent que la malnutrition chez l'enfant soit liée à des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui sont inappropriées. À l'échelle mondiale, seuls 34,6 % des nourrissons de moins de six mois sont exclusivement allaités au sein, ce chiffre allant de 43,2 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est à 17,7 % dans la Région européenne.[2] Les progrès accomplis ont été irréguliers et, à l'échelle de la planète, les taux d'allaitement maternel exclusif stagnent. Au cours des dix dernières années, certains pays sont parvenus à des augmentations remarquables, de 20 % ou davantage, du taux d'allaitement maternel exclusif. Au Cambodge, la mise en œuvre d'une politique globale, comprenant des activités de communication, la formation des agents de santé, la mise au point de programmes avant l'entrée en service et le soutien à l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » comme à l'initiative des communautés « amis des bébés », a conduit à une augmentation de 50 % du taux d'allaitement maternel exclusif en l'espace de cinq ans seulement. Malheureusement, dans certains autres pays, les taux ont chuté, parfois de plus de 10 % ; la faible couverture des activités, le manque d'exhaustivité des approches, la médiocre mise en œuvre des politiques et de la législation appropriées, la faible capacité des systèmes de santé, et l'absence de suivi des résultats sont des facteurs qui contribuent à cette baisse.

---

[1] Statistiques sanitaires mondiales 2009.

[2] Black RE et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008, **371**(9608): 243-260.

4. Les pratiques d'alimentation complémentaires sont souvent loin d'être optimales, les aliments étant d'une médiocre qualité et peu variés, préparés sans respect des conditions d'hygiène et donnés en trop petite quantité ou pas assez fréquemment.

5. Le retard de croissance au cours de la vie intra-utérine et une nutrition médiocre pendant les deux premières années de vie auront des conséquences cruciales tout au long de l'existence. Le diabète de type 2 et l'hypertension sont plus fréquents chez les personnes dont le poids à la naissance était faible, tandis qu'une fois adultes, les personnes qui ont été allaitées ont fréquemment une tension artérielle et une cholestérolémie plus basses, et souffrent plus rarement de surpoids, d'obésité ou de diabète de type 2.[1]

MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

6. La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant[2] ainsi que l'instrument d'évaluation[3] et le guide de planification qui en sont les compléments[4] ont entraîné la multiplication des efforts pour améliorer les pratiques d'alimentation et la plupart des États Membres ont adopté des mesures pour mettre en œuvre les neuf cibles opérationnelles de la Stratégie. La nutrition du nourrisson et du jeune enfant doit être défendue à la fois au niveau communautaire et dans les services de santé. La mise en œuvre des interventions sur une plus grande échelle peut permettre de modifier les pratiques en matière d'allaitement maternel dans un laps de temps relativement court. Par exemple, à Madagascar, un an après la mise en œuvre du programme, des changements notables ont été obtenus dans certains domaines, le taux d'allaitement maternel exclusif ayant presque doublé, pour passer de 46 % à 83 %.

7. Dans la Région africaine, plus de 32 pays ont mis au point des stratégies nationales et des plans d'exécution. Ailleurs, la Stratégie mondiale a également été adoptée en tant que partie intégrante des stratégies pour la survie de l'enfant (Cambodge, Chine, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao et Viet Nam), la nutrition de l'enfant (État plurinational de Bolivie et Pérou), ou la survie du nouveau-né (Inde).

8. Pour appuyer la mise au point de stratégies et de plans d'action au niveau national, l'OMS et ses partenaires ont entrepris une analyse globale de la propension des pays à accélérer leur action dans le domaine de la nutrition, et mènent actuellement un examen mondial de la mise en œuvre des politiques. L'OMS met en place une bibliothèque électronique qui donnera des orientations sur les programmes en matière de nutrition et fournira un éventail complet de conseils concernant le choix des interventions et les actions prioritaires qui sont efficaces pour améliorer la nutrition et la croissance du nourrisson.

---

[1] Horta BL et al. *Evidence of long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

[2] Document WHA55/2002/REC/1, annexe 2.

[3] *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

[4] *Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

Renforcement du système de santé

9. L'initiative des hôpitaux « amis des bébés » a progressé, plus de 20 000 hôpitaux ayant reçu ce label dans 156 pays dans le monde au cours des 15 dernières années. Dans 36 pays industrialisés, 37 % des naissances ont lieu dans des établissements de santé « amis des bébés ».

10. Les critères de l'initiative ont été actualisés pour refléter les nouvelles données factuelles, y compris l'importance du démarrage précoce de l'allaitement maternel exclusif pour la survie de l'enfant. Ils sont désormais utilisés en tant qu'indicateurs de la qualité des soins, et le label « ami des bébés » est devenu une condition de l'agrément des hôpitaux.

11. De nombreux pays ont élargi la formation avant l'entrée en service et en cours d'emploi des professionnels de la santé concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le cours intégré de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est utilisé dans 42 pays et existe en plusieurs langues ;[1] des listes des maîtres instructeurs régionaux sont disponibles auprès du Siège de l'Organisation et des bureaux régionaux.

12. L'OMS apporte son soutien au renforcement des capacités en élaborant des matériels pédagogiques.[2] Le document relatif aux raisons médicales pouvant justifier l'utilisation de substituts du lait maternel, qui est à utiliser dans le cadre de l'initiative, dans le cadre de la formation avant la prise de fonction ou en cours d'emploi des professionnels de la santé a été mis à jour.[3]

13. Le conseil nutritionnel est déjà l'une des composantes essentielles de la stratégie OMS de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Mais il faut aussi qu'un ensemble de mesures nutritionnelles soient assurées par le secteur de la santé, surtout au niveau des soins primaires. On doit mettre davantage l'accent sur la nutrition maternelle et envisager d'adopter une approche fondée sur l'ensemble de la vie en matière d'interventions nutritionnelles.

Soutien communautaire

14. Pour nourrir leurs enfants de manière appropriée, les mères ont besoin d'être soutenues non seulement dans le cadre du système de santé mais aussi au sein de leur communauté. Nombreuses sont les données qui attestent que les interventions ayant lieu à domicile et au sein des communautés peuvent avoir une incidence majeure sur l'amélioration des pratiques d'alimentation des nourrissons.

15. En 2008, l'OMS et ses partenaires ont publié les résultats d'un examen des approches efficaces pour inciter les communautés à réaliser des progrès dans la protection, la promotion et le soutien de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.[4] L'OMS et l'UNICEF mettent aussi la touche finale à un ensemble de matériels didactiques sur les soins aux nouveau-nés et aux enfants au niveau communautaire qui inclut des modules visant à favoriser une alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant ; cet ensemble de documents devrait être publié au début de 2010.

---

[1] Chinois, espagnol, français, portugais ; une version en russe sera disponible d'ici la fin de 2010.

[2] *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

[3] Document WHO/NMH/NMD/09.01–WHO/FCH/CAH/09.01.

[4] *Learning from large-scale community based programmes to improve breastfeeding practices*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

16. Conformément à l'article 11.6 du Code, les États Membres informent annuellement le Directeur général des mesures prises pour donner effet aux principes et au but du Code. En préparation de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, 92 États Membres sur 193 ont soumis des informations au Secrétariat[1] dont 56 ont indiqué avoir promulgué des mesures législatives relatives au Code et 16 n'avoir pris que des mesures volontaires, les 20 autres ayant communiqué des données insuffisantes ou n'ayant pas de mesures en place.

17. Sur les 56 États Membres ayant promulgué des mesures législatives, la plupart ont prévu des dispositions interdisant la promotion de produits désignés dans la loi en ce qui concerne le grand public, les agents de santé et les établissements de soins. La plupart ont adopté des dispositions législatives énonçant des exigences strictes en matière d'étiquetage, comme le stipulaient le Code et les résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée de la Santé, bien qu'il semble y avoir moins de dispositions garantissant la présence, sur les étiquettes des produits, de mises en garde relatives aux risques de contamination ou interdisant les pratiques de commercialisation faisant état des propriétés nutritives et alimentaires qu'auraient les substituts du lait maternel.

18. Seuls 37 des 56 États Membres concernés ont indiqué disposer de mécanismes opérationnels de surveillance et/ou d'exécution. Il reste que les renseignements fournis sur la composition, le mandat et les fonctions de ces mécanismes sont très limités, ce qui peut être révélateur d'une relative faiblesse des mesures prises par les États Membres pour donner effet au Code et aux résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée de la Santé.

19. En réponse à la demande adressée au Directeur général dans la résolution WHA61.20 d'intensifier l'appui aux États Membres en vue de la mise en œuvre du Code, le Secrétariat a mené un processus d'examen interne et recensé les domaines d'action suivants : la promotion des interventions ; la recherche opérationnelle, y compris la recherche sur les effets de la mise en œuvre du Code sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les pays dotés d'une législation nationale relative au Code et la recherche pour décrire les bonnes pratiques d'application du Code et de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; la formation ; l'assistance technique à l'élaboration des politiques et à la réforme de la législation, y compris l'assistance à une interprétation correcte du Code et des résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée de la Santé pour éviter toute ambiguïté ; et le suivi. Des mesures seront mises en place au cours de l'exercice 2010-2011, sous réserve d'un financement suffisant.

ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE

20. L'OMS et l'UNICEF ont organisé une réunion technique afin de recenser les priorités dans l'élargissement des interventions.[2] Il a été reconnu que les interventions communautaires, notamment les activités de conseil sur les pratiques alimentaires et l'utilisation optimale des aliments disponibles localement, doivent être la pierre angulaire de tout programme visant à améliorer l'alimentation

[1] Ces chiffres couvrent les informations reçues des États Membres jusqu'au 26 février 2010. Celles soumises après cette date seront communiquées pendant l'Assemblée de la Santé.

[2] *Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: report of proceedings. Geneva, 6-9 October, 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

complémentaire. En outre, les participants ont constaté que les aliments enrichis produits de manière centralisée, les micronutriments en poudre et les suppléments en nutriments à base de lipides se sont avérés efficaces pour améliorer le bilan en micronutriments. Il est nécessaire d'assurer un suivi attentif des interventions pour disposer de davantage de données factuelles sur l'utilisation de ces produits. Leur promotion doit, dans tous les cas, être conforme au Code et aux résolutions de l'Assemblée de la Santé. Des recommandations plus spécifiques relatives à la commercialisation des aliments de complément sont à l'étude.

21. Des outils basés sur la technique de la programmation linéaire[1] sont en cours d'élaboration afin de contribuer à définir des régimes alimentaires complémentaires équilibrés au coût le plus bas possible, en utilisant les aliments disponibles localement et des suppléments en micronutriments ou des aliments enrichis, le cas échéant. Ces outils seront disponibles et pourront être mis en application sur le terrain en 2010.

22. Des indicateurs actualisés pour l'évaluation des pratiques alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants dans une population donnée ont été publiés en 2008 ;[2] ils incluent de nouveaux indicateurs relatifs à la diversité du régime alimentaire, la fréquence des repas et la consommation en fer. Un guide opérationnel sur les problèmes liés aux mesures sera disponible en 2010, ainsi qu'une mise à jour des valeurs des indicateurs pour plus de 40 pays, les données étant issues des enquêtes démographiques et sanitaires.[3]

NORMES OMS DE CROISSANCE DE L'ENFANT

23. Plus de 100 pays ont officiellement adopté les normes OMS de croissance de l'enfant et sont, à des degrés divers, au stade de la mise en œuvre. L'application des normes a conduit de nombreux pays et les organismes œuvrant pour la santé de l'enfant à accroître les investissements dans des programmes visant à réduire la dénutrition tout en adoptant des mesures pour maîtriser l'épidémie émergente d'obésité. Des efforts concrets sont entrepris actuellement pour établir des systèmes de surveillance de la nutrition afin de suivre le double fardeau de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans en utilisant le logiciel de l'OMS Anthro,[4] et chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents en utilisant la référence de croissance OMS de 2007 et les outils logiciels correspondants.

---

[1] *Programmation linéaire : un outil mathématique permettant d'analyser et d'optimiser les régimes alimentaires des enfants au cours de la période d'alimentation complémentaire, et ProPAN : « Processus pour la promotion de l'alimentation infantile »* (à l'origine en espagnol : *Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño*). Emory University, Atlanta, États-Unis d'Amérique ; Institut de recherche nutritionnelle, Pérou ; Institut national de santé publique, Mexique ; et Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique. http://www.paho.org/english/ad/fch/nu/ProPAN-index.htm.

[2] *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

[3] *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 2: Measurement.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (sous presse).

[4] Accessible en ligne sur http://www.who.int/childgrowth/software/en/.

MALNUTRITION SÉVÈRE ET MODÉRÉE

24. Une déclaration interinstitutions sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère a été publiée en 2007.[1] Les données factuelles montrent qu'il est possible de prendre en charge une grande proportion des enfants sévèrement malnutris à domicile en utilisant des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et, si elle était combinée aux soins hospitaliers, cette approche pourrait prévenir de nombreux décès d'enfants chaque année. L'OMS et l'UNICEF ont publié une déclaration sur l'identification de la malnutrition sévère fondée sur les normes de croissance de l'OMS.[2] Dans la Région africaine, l'OMS a soutenu le développement des capacités pour la prise en charge de la malnutrition sévère dans huit pays.

25. Une consultation interinstitutions sur la prise en charge alimentaire de la malnutrition modérée de l'enfant (Genève, 30 septembre-3 octobre 2008)[3] a abordé l'estimation des besoins nutritionnels et les approches pour la prise en charge des enfants atteints de malnutrition modérée, en particulier d'émaciation. L'OMS a désormais mis sur pied un groupe technique qui est chargé de définir les spécifications des régimes ou suppléments alimentaires adaptés au traitement des enfants modérément malnutris âgés de 6 à 59 mois ; une deuxième consultation visant à déterminer les choix les plus adaptés pour la mise en œuvre du programme a eu lieu à Genève du 24 au 26 février 2010. L'OMS examine aussi les données à l'appui des interventions efficaces visant à lutter contre le retard de croissance chez les jeunes enfants.

MALNUTRITION PAR CARENCE EN MICRONUTRIMENTS

26. Les estimations actualisées relatives à l'anémie indiquent que 47,4 % de la population d'âge préscolaire est touchée ; selon les données, 50 à 60 % des cas sont dus à une carence en fer.[4] C'est dans la Région africaine que le pourcentage d'enfants d'âge préscolaire touchés est le plus élevé, tandis que d'une manière générale les nombres les plus importants se situent dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

27. Selon les estimations, 33,3 % de la population d'âge préscolaire à l'échelle mondiale souffre d'une carence en vitamine A (concentration de rétinol sérique inférieure à 0,70 µmol/l).[5] La Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est ont les pourcentages les plus élevés d'enfants d'âge préscolaire ayant une carence en vitamine A. Un examen mené en 2007 dans le cadre de l'initiative « Compte à rebours vers 2015 », qui suit les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs

---

[1] *Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère : Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. Accessible en ligne sur http://www.who.int/nutrition/topics/Statement_community_based_man_sev_acute_mal_fre.pdf.

[2] *Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant. Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

[3] Rapport de la consultation accessible en ligne sur http://www.who.int/nutrition/publications/moderate_malnutrition/mm_report/en/index.html.

[4] *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia.* de Benoit B, McLean E, Egli I, Cogswell M (eds.). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

[5] *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005: WHO global database on vitamin A deficiency.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé maternelle et du nouveau-né et de la survie de l'enfant, a permis de constater que la supplémentation en vitamine A était une intervention qui avait été mise en œuvre à plus grande échelle avec succès dans 66 des 68 pays où le taux de mortalité infantile était élevé.

L'OBÉSITÉ CHEZ L'ENFANT

28. Une augmentation rapide du nombre des enfants présentant un excès de poids a été observée, en particulier dans les pays développés et dans les pays dont l'économie est en transition. Le nombre des enfants en surpoids ou obèses (+2 écarts type ou plus au-dessus de la médiane, selon les normes OMS) est estimé à 43 millions en 2010 dans les pays en développement et les pays développés.

29. L'OMS a mis au point des données de référence pour évaluer le problème et elle s'attache à améliorer les définitions de l'excès pondéral et de l'obésité de la naissance à l'adolescence sur la base du risque de morbidité et des conséquences fonctionnelles. Le Secrétariat fournit en outre un appui technique aux États Membres afin de cartographier l'étendue de cette épidémie mondiale et de recenser les interventions efficaces et peu coûteuses, notamment la création d'écoles favorables à une bonne nutrition. La vie intra-utérine, la petite enfance et les périodes précédant l'entrée à l'école ont toutes été considérées comme des périodes éventuellement critiques au cours desquelles peut être programmée la régulation à long terme de l'équilibre énergétique.

L'ALIMENTATION DU NOURRISSON DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

30. L'OMS, en tant que membre du groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, a contribué à la révision des directives opérationnelles relatives à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence : Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programme (février 2007).[1] Par ailleurs, l'Organisation travaille actuellement sur des normes applicables dans les interventions d'aide alimentaire d'urgence tout en contribuant aux activités communes d'évaluation et de planification. Dans toute situation d'urgence, il est essentiel de pouvoir appliquer le Code et les résolutions ultérieures de l'Assemblée de la Santé et de veiller à une distribution sûre des substituts du lait maternel.

NUTRITION ET VIH

31. L'OMS continue à revoir et à consolider des données scientifiques sur l'effet de l'infection à VIH et les macronutriments, les micronutriments, l'alimentation du nourrisson, les femmes enceintes et allaitantes, le retard de croissance chez les enfants, et les considérations nutritionnelles dans l'utilisation des agents antirétroviraux. Une réunion pour l'élaboration de directives a eu lieu à Genève les 22 et 23 octobre 2009 afin de réviser et d'actualiser les recommandations sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH. Des conseils rapides ont été publiés avec des recommandations et

[1] Accessible en ligne sur http://www.ennonline.net/resources/view.aspx?resid=6.

des principes mis à jour.[1] L'OMS et ses partenaires mettent au point un cadre d'actions prioritaires sur la nutrition et le VIH/sida afin de contribuer à une riposte globale dans le domaine de la nutrition dans le cadre des programmes relatifs au VIH.

32. Des consultations techniques sur la nutrition et le VIH ont été organisées au niveau régional afin de discuter de l'intégration des activités relatives à la nutrition et au VIH et de mettre en lumière les étapes nécessaires pour traduire les connaissances scientifiques en plans d'activité. Le Secrétariat a apporté un soutien technique aux 29 pays de la Région africaine pour l'intégration des activités liées au VIH dans les activités relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; 11 pays ont reçu un appui pour l'intégration de la nutrition dans les propositions de financement relatives au VIH, et cinq autres ont renforcé l'élément relatif à l'évaluation et au suivi des interventions dans le domaine de la nutrition dans les régions les plus affectées par le VIH.

33. Le Bureau régional de l'Afrique a mis sur pied un groupe restreint de spécialistes chargé de la mise en place à plus grande échelle des interventions pédiatriques pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et le traitement du VIH. Les travaux de recherche financés par l'OMS en Afrique du Sud, au Burkina Faso et au Kenya ont permis de définir des schémas thérapeutiques antirétroviraux qui réduisent le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel ; cela permet d'espérer pouvoir simplifier le conseil et le soutien nécessaires et de faciliter les stratégies visant à améliorer les pratiques alimentaires destinées aux nourrissons pour l'ensemble des mères des communautés affectées par le VIH.

34. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre afin de renforcer les capacités des dispensateurs de soins. Un cours de brève durée destiné aux dispensateurs de soins au niveau communautaire et portant sur les soins nutritionnels et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida a été utilisé en Afrique subsaharienne et un cours sur l'utilisation des directives pour les soins nutritionnels des enfants vivant avec le VIH (de six mois à 14 ans) a fait l'objet d'essais sur le terrain en Afrique du Sud et au Malawi et peut désormais être introduit au niveau des pays.

35. L'OMS collabore actuellement avec ses partenaires à l'élaboration d'outils de suivi et d'évaluation, y compris d'indicateurs sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, la nutrition et la sécurité alimentaire.

36. L'allaitement maternel est aujourd'hui l'intervention préventive la plus efficace pour améliorer la survie et la santé des enfants. Selon les estimations, plus d'un million de décès d'enfants de moins de cinq ans pourraient être évités chaque année si l'on améliorait les pratiques en matière d'allaitement maternel. En outre, plus d'un demi-million d'enfants pourraient être sauvés chaque année s'ils bénéficiaient d'une alimentation appropriée et complémentaire donnée en temps voulu.

37. Il faut d'urgence multiplier les interventions efficaces et peu coûteuses fondées sur des bases factuelles pour prévenir et traiter la dénutrition en les associant à l'intégration des interventions en matière de nutrition dans les secteurs voisins. À cet égard, il faudra absolument améliorer la coordination entre les partenaires du système des Nations Unies et les autres parties prenantes afin d'assurer une planification et une application satisfaisantes.

---

[1] *Rapid advice: revised WHO principles and recommendations on infant feeding in the context of HIV – November 2009.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. Accessible en ligne sur http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598873_eng.pdf.

38. À sa cent vingt-sixième session, le Conseil exécutif a examiné une version antérieure du présent rapport et adopté la résolution EB126.R5.[1]

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

39. L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter la résolution que le Conseil exécutif lui a recommandé d'adopter dans sa résolution EB126.R5.

= = =

[1] Document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la septième séance, section 2.