



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



42^e CONSEIL DIRECTEUR 52^e SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 25-29 septembre 2000

Point 8.1 de l'ordre du jour provisoire

CD42/31 (Fr.)

17 août 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

RESOLUTIONS ET AUTRES ACTIONS DE LA CINQUANTE-TROISIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE REVETANT UN INTERET POUR LE COMITE REGIONAL

LA NUTRITION CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

L'importance d'une alimentation adéquate pour le nourrisson et le jeune enfant est reconnue universellement car les avantages d'une alimentation saine à cet âge persistent jusqu'à l'âge adulte. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations internationales s'intéressant à la santé infantile ont consacré au fil des ans une attention considérable au thème tel qu'en témoignent plusieurs résolutions formelles qui ont été adoptées. L'une des questions les plus épineuses dans ce domaine est celle concernant la durée de l'allaitement maternel exclusif et l'introduction de l'alimentation complémentaire. Lors de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, le Gouvernement du Brésil a présenté un avant-projet de résolution sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant qui a suscité un intense débat surtout par rapport à la durée de l'allaitement maternel exclusif.

L'Assemblée mondiale de la Santé a décidé que la résolution devait être soumise à la 107^e session du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2001 et a encouragé de continuer le débat de la question au niveau régional. Le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain a organisé une consultation technique pour examiner de manière plus approfondie les données sur les divers aspects importants de la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant y compris la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif et l'introduction de l'alimentation complémentaire.

Ce document présente les données générales, récapitule une partie de la discussion de la consultation technique, décrit les pratiques actuelles quant aux normes de l'allaitement maternel exclusif dans les pays de la Région, ébauche certaines des conclusions et propose des domaines prioritaires aux fins d'examen.

Le Conseil directeur est prié d'examiner le document au regard des antécédents et de donner son avis qui sera intégré au débat formel de l'avant-projet de la résolution brésilienne qui se déroulera lors de la 107^e session du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2001.

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
1. Données générales	3
2. Consultation technique.....	5
2.1 Recommandations de l’OMS concernant l’alimentation du nourrisson et recherche pertinente.....	5
2.2 Importance d'une approche intégrée à la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.....	5
2.3 Alimentation complémentaire.....	7
2.4 Allaitement maternel exclusif.....	7
2.5 Situation dans la Région concernant l’allaitement maternel exclusif	10
2.6 Priorités régionales concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant	14
3. Rôle de l’Organisation panaméricaine de la Santé.....	16
4. Conclusion.....	16

Références

Annexe A : Projet de la résolution proposé par la délégation du Brésil

Annexe B : Décision WHA53(10)

1. Données générales

L'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les Amériques rapportera d'immenses avantages pour la santé et le développement du nourrisson et de l'enfant. De telles améliorations peuvent également être encouragées par des interventions rentables de santé publique. Ces dix dernières années, la prévalence de la malnutrition a diminué et la durée de l'allaitement maternel, composante importante de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, a augmenté. Il convient de noter tout particulièrement que l'allaitement maternel exclusif¹ a augmenté, car ce comportement spécifique d'alimentation du nourrisson joue un rôle très important dans la bonne santé infantile.

La nutrition optimale chez le nourrisson et le jeune enfant pendant les deux premières années de la vie varie en fonction de l'âge et découle d'une série de pratiques et de comportements relatifs à l'allaitement maternel et à l'alimentation complémentaire. Elle dépend également de l'accès à la combinaison adéquate des aliments. La durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif et, par conséquent, l'âge auquel il faudrait commencer à donner des aliments complémentaires revêt une grande importance pour la politique de nutrition infantile car cette recommandation relie deux composantes de l'alimentation optimale du nourrisson : l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation complémentaire. La recommandation est lourde de sens pour la politique de la santé publique et pour l'articulation d'une stratégie convaincante sur la nutrition chez le nourrisson et, partant, pour la santé et le développement de l'enfant.

Vu la place centrale qu'occupe la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant dans le développement humain, une consultation technique conjointe OMS/UNICEF a été organisée en mars 2000 sur le thème de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La réunion avait pour objectifs : 1) d'évaluer les points forts et les points faibles des politiques et pratiques actuelles de nutrition, 2) d'identifier les barrières entravant la mise en œuvre des politiques, 3) d'examiner les interventions clés comme première étape pour identifier des manières faisables et efficaces d'aller de l'avant et 4) de contribuer à la formulation de l'avant-projet d'une stratégie intégrale qui, une fois adoptée, guidera le Etats Membres et la communauté internationale dans les années à venir (A53/INF.DOC/2).

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant était inscrite à l'ordre du jour de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé (document A53/7). Le document de

¹ Défini de la manière suivante : le lait maternel est la seule source de nutrition infantile sans donner aucun autre liquide ou aliment à l'enfant pas même de l'eau.

base traite de l'importance de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et de sa relation avec la malnutrition et la morbidité/mortalité. Il met en exergue les progrès faits depuis la première consultation technique de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en 1979, soulignant notamment les preuves scientifiques et l'expérience programmatique accumulés qui posent les fondements de l'action. Le document passe en revue les approches mondiales qui ont stimulé le développement en ce domaine. Il reconnaît par ailleurs qu'il reste encore bien du chemin à parcourir et identifie les priorités de l'OMS, à savoir : encourager l'allaitement exclusif, assurer une alimentation complémentaire adéquate et sans risques à l'âge recommandé, tout en continuant d'allaiter, renforcer les politiques soutenant l'allaitement maternel, empêcher l'interruption prématurée de l'allaitement maternel et répondre aux besoins nutritionnels des enfants courant un risque élevé de contracter l'infection par le VIH et ceux vivant des circonstances difficiles lors d'urgences complexes.

Le document fait le compte rendu de la Consultation technique et de ses conclusions et préconise une nouvelle stratégie mondiale. Lors de la discussion à l'Assemblée, le Gouvernement du Brésil a introduit un avant-projet de résolution sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (Annexe 1). La résolution couvre toute une gamme de questions importantes devant être prises en compte lors de l'examen d'une alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant. L'avant-projet de résolution invite instamment les Etats Membres, entre autres, "...à intensifier toutes les activités en cours et à élaborer des approches nouvelles pour promouvoir l'allaitement exclusif au sein jusqu'à environ six mois, puis une alimentation mixte jusqu'à deux ans, et à favoriser par tous les moyens la diffusion de ces principes pour qu'ils soient mieux respectés dans la société."

La résolution proposée par la délégation du Brésil a suscité bien des commentaires et amendements dont un grand nombre se concentraient sur la durée de l'allaitement exclusif. Un total de 54 pays ont participé à la discussion dont neuf venant de la Région des Amériques. Par la suite, une brève résolution a été présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé réaffirmant l'importance de la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, accueillant favorablement le projet de résolution du Brésil et les amendements et suggérant que le point soit placé à l'ordre du jour du 107^e Conseil exécutif aux fins de rédiger une résolution qui sera présentée à la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2001. La discussion préalable au niveau régional est encouragée afin d'obtenir une vaste gamme d'opinions.

En réponse à la décision de l'Assemblée mondiale de la Santé encourageant une discussion de ce thème au sein des comités régionaux (Annexe 2), la 126^e session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en juin 2000 a approuvé la demande du Directeur en vue d'organiser une Consultation technique sur la nutrition chez le

nourrisson et le jeune enfant. Un petit groupe d'experts internationaux de la Région s'est rencontré le 3 et le 4 août 2000 au Siège de l'OPS. Les résultats de la discussion lors de la Consultation technique sont récapitulés dans le document et complétés par d'autres données pertinentes.

Le débat actuel sur la base scientifique et les avantages de la recommandation de l'OMS concernant l'allaitement maternel exclusif pendant 4 à 6 mois est important au vu de ses conséquences pour la santé et le développement du nourrisson. Le débat est également important car la priorité accordée à cette seule question a eu pour effet involontaire de limiter la discussion et l'action concernant d'autres problèmes tout aussi importants, voire même plus importants, relatifs à la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.

2. Consultation technique

2.1 *Recommandations de l'OMS concernant l'alimentation du nourrisson et recherche pertinente*

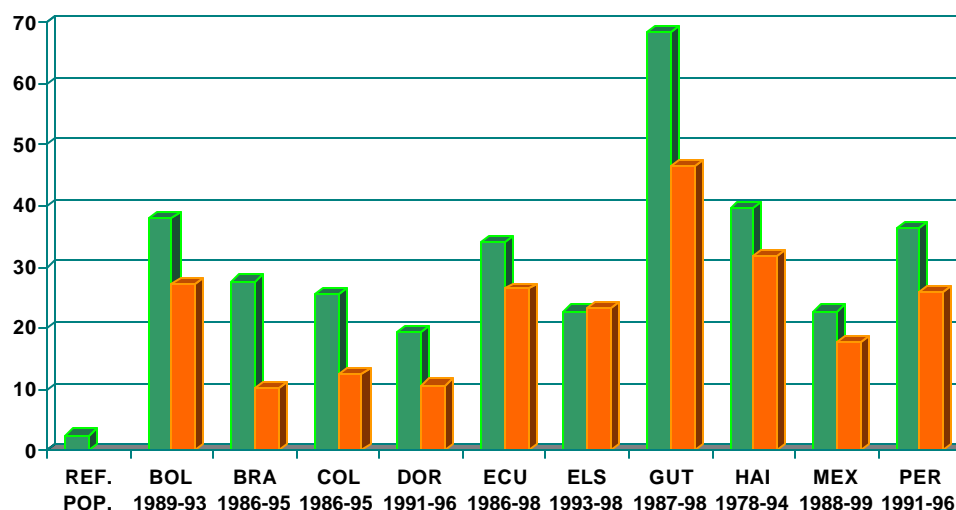
La recommandation actuelle de l'OMS indique que les nourrissons devraient recevoir exclusivement du lait maternel dès la naissance jusqu'à l'âge de 4-6 mois. Elle est le résultat d'une réunion conjointe de l'OMS/UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS 1979). L'Assemblée a adopté un certain nombre de résolutions concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En 1990, l'Assemblée (résolution WHA43.3) recommandait vivement aux Etats Membres de "protéger et promouvoir l'allaitement maternel comme composante essentielle de leurs politiques et programmes d'alimentation et de nutrition pour les femmes et les enfants pour que tous les nourrissons puissent bénéficier de l'allaitement exclusif pendant les quatre à six premiers mois de la vie." La fourchette d'âge de quatre à six mois était justifiée en raison de la période de transition nécessaire pour que les nourrissons allaités puissent s'ajuster aux aliments solides plutôt que sur la base de la variabilité biologique. En 1992, la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé réaffirmait (résolution WHA45.34) la recommandation relative aux quatre-six mois d'allaitement maternel exclusif mais ajoutait : "... dès l'âge de six mois environ, les nourrissons devraient recevoir une variété d'aliments disponibles localement et préparés en prenant les précautions nécessaires..." En 1994, la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA47.5) recommandait aux Etats Membres de "promouvoir une nutrition saine pour le nourrisson et le jeune enfant conformément à leur engagement face à la Déclaration mondiale et au Plan d'action pour la nutrition." La résolution mentionnait également "la promotion des pratiques adéquates d'alimentation complémentaire dès l'âge de six mois, essentiellement l'allaitement maternel et l'alimentation fréquente avec des quantités sûres et adéquates d'aliments locaux."

2.2 Importance d'une approche intégrée à la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

La période comportant le plus de risques de malnutrition sont essentiellement les deux premières années de la vie, correspondant à la période d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire. Les résultats des études longitudinales sur la croissance et les données des enquêtes nationales indiquent que le retard de croissance survient essentiellement pendant les deux premières années de la vie. Après l'âge de deux ans, les enfants qui avaient du retard de croissance grandissent à la même cadence que les enfants bien nourris dans les pays développés mais les effets du retard de croissance étant largement irréversibles, les enfants touchés resteront toujours de petite taille. Aussi, pour éviter le retard de croissance, des interventions doivent être mises sur pied pendant les deux premières années de la vie et elles doivent être intégrées à la promotion tant de l'allaitement maternel optimal que des pratiques d'alimentation complémentaire.

La prévention de la malnutrition chez le nourrisson et le jeune enfant est fondamentale pour réduire la mortalité infantile et juvénile. Les données d'enquêtes représentatives au niveau national indiquent des réductions très marquées de la prévalence de la malnutrition telle que mesurée par le retard de croissance (taille pour âge moins de deux écarts types) en Amérique latine (Figure 1). Mais malgré ces améliorations, la prévalence de la malnutrition reste bien trop élevée dans un grand nombre de pays. L'analyse de la nature du retard de croissance liée à l'âge indique que, malgré les prévalences différentes de ce retard de croissance, sa nature liée à l'âge est la même dans tous les pays étudiés, se situant essentiellement pendant les deux premières années de la vie.

Figure 1



Qu'un nourrisson soit nourri au sein et reçoive un allaitement jugé optimal et par la suite des aliments complémentaires préparés avec les bonnes conditions d'hygiène dépend des choix qui se présentent à la mère en ce qui concerne l'alimentation, de sa capacité à choisir parmi ceux-ci et du contexte social dans lequel elle vit. Afin de promouvoir des pratiques d'alimentation optimales pour le nourrisson et le jeune enfant, les politiques et programmes doivent cibler non seulement les femmes prises individuellement mais doivent également chercher à améliorer le contexte dans lequel les choix sont faits et réalisés.

2.3 *Alimentation complémentaire*

Contrairement à la vaste littérature sur l'allaitement maternel, très peu d'informations existent sur la qualité nutritionnelle des aliments complémentaires utilisés dans la Région ou sur les pratiques d'alimentation. Les données dont on dispose sur la qualité des aliments complémentaires et des régimes alimentaires provenant du Mexique et du Pérou indiquent que les régimes classiques sont généralement limités en calories, zinc et fer. Un examen fait récemment par l'OMS sur les connaissances scientifiques concernant la nutrition et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant fait ressortir la difficulté de répondre aux besoins en fer et en zinc des enfants âgés de 6 à 24 mois même dans les meilleures conditions. Les interventions en vue d'améliorer l'apport en aliments complémentaires ont favorisé une meilleure croissance du nourrisson et du jeune enfant parmi les populations exposées au risque de malnutrition. Il est très important d'encourager une nourriture diversifiée pour l'alimentation complémentaire dont des aliments riches en nutriments tels que la viande, le poisson et les produits laitiers tout comme il est important d'encourager des pratiques alimentaires qui appuient un apport adéquat d'aliments complémentaires. En plus, l'utilisation d'aliments transformés et fortifiés avec du fer, zinc, vitamine A et autres nutriments est répandue dans la Région et pourrait constituer un volet prometteur d'une stratégie d'amélioration de l'alimentation complémentaire. Mais une telle stratégie doit également soutenir l'allaitement maternel et l'utilisation d'aliments locaux.

2.4 *Allaitement maternel exclusif*

2.4.1 *Effets tout au long du cycle de vie*

L'allaitement maternel et, notamment, l'allaitement maternel exclusif comporte des avantages pour la santé tout au long du cycle de vie. Certains faits montrent qu'il existe des liens entre l'allaitement maternel et un meilleur développement intellectuel, un risque moindre de contracter un cancer et la réduction de l'obésité infantile et de plusieurs maladies chroniques. L'allaitement maternel est également bénéfique pour la santé de la mère. Les

femmes qui allaitent connaissent un risque moindre de contracter un cancer de l'ovaire et un cancer du sein avant la ménopause. Les femmes qui ont été nourries au sein en tant que nourrisson connaissent également un risque moindre de cancer du sein.

2.4.2 *Lors de la prime enfance*

L'allaitement maternel exclusif confère une immunité qui protège contre certaines maladies et élimine le risque de contracter des maladies en utilisant des aliments et ustensiles contaminés. Il rallonge également la période de l'aménorrhée du post-partum et, par conséquent, en l'absence d'utilisation de la contraception, il rallonge l'intervalle génésique qui a une grande importance quant à la survie infantile et juvénile. Quand les nourrissons et jeunes enfants tombent malades, le lait maternel est une source importante de nutriments car l'apport en lait maternel n'est pas diminué contrairement à l'apport en aliments complémentaires qui baisse nettement.

2.4.3 *Effets sur la mortalité*

Le risque de décès diminue nettement au fur et à mesure que le nourrisson grandit et, par conséquent, l'effet protecteur de l'allaitement maternel sur la mortalité est le plus important pendant le premier mois de la vie, allant en s'amenuisant chaque mois jusqu'à l'âge de six mois (OMS 2000). La plupart des études, mais pas toutes d'entre elles, continuent à montrer des effets protecteurs jusqu'à l'âge de 12 mois et certaines études indiquent que les effets protecteurs se prolongent jusqu'à la seconde année. A Pelotas, au Brésil, une étude de cas-témoin indique que les nourrissons de moins de 2 mois qui n'étaient pas allaités exclusivement couraient un risque supérieur de 23 fois de mourir comparés aux nourrissons qui étaient allaités. Dans les zones urbaines des Philippines, une étude prospective avec 9 942 nourrissons dont on a fait le suivi depuis la naissance jusqu'à 24 mois a montré que, lors des 6 premiers mois, le fait de ne pas allaiter ou de cesser d'allaiter était associé à un risque dix fois supérieur de mortalité imputable aux maladies diarrhéiques.

2.4.4 *Effets sur la morbidité entre quatre et six mois*

Les données sur les risques de mortalité liés à l'alimentation complémentaire n'ont pas été désagrégées pour la période de quatre à six mois. Mais les données sur la morbidité montrent bien un risque significatif imputable à l'alimentation complémentaire entre 4 et 6 mois dans des contextes à risques moyens et élevés. A Pelotas au Brésil, les caractéristiques concernant l'alimentation de 152 nourrissons hospitalisés pour pneumonie ont été comparées à 2 391 cas dans le cadre d'une étude cas-témoins. Parmi les nourrissons de 3 à 6 mois, la

supplémentation avec des aliments solides était associée à un risque relatif de 13,4 pour l'hospitalisation comparé aux nourrissons allaités exclusivement (Cesar et al., 1999). A Lima, au Pérou, des données longitudinales montrent que l'alimentation complémentaire entre trois et cinq mois est associée à un risque trois fois plus grand de prévalence de la diarrhée comparé à l'allaitement maternel exclusif (Brown et al., 1989).

2.4.5 Infection par le VIH chez la mère et alimentation complémentaire

Trente cinq pour cent des nourrissons dont les mères sont infectées par le VIH contracteront également l'infection en l'absence d'un traitement médical. Environ 20 % d'entre eux contractent l'infection pendant la grossesse ou l'accouchement et 16 % d'entre eux contractent l'infection par le lait maternel. Reconnaissant que l'allaitement maternel est un mode important et évitable de transmission du VIH, le Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont communiqué récemment des directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson (OMS 1998). Ces directives recommandent de prendre des mesures urgentes pour éduquer, conseiller et soutenir les femmes séropositives afin qu'elles puissent prendre les décisions quant à la manière la plus sûre de nourrir leur enfant. Les conseils concernant l'alimentation du nourrisson font partie d'un ensemble intégré d'interventions en vue de prévenir la transmission mère à enfant comprenant également des conseils et tests prénatals pour dépister le VIH, confidentiels et volontaires, ainsi qu'un traitement antirétroviral. Vu que l'allaitement maternel est la méthode d'alimentation du nourrisson la plus sûre et la plus nutritive pour les mères séronégatives, ces directives insistent sur l'importance de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement maternel parmi les femmes qui sont séronégatives ou qui ignorent leur situation en ce qui concerne le VIH.

Le choix informé est depuis toujours une partie intégrante de la politique de l'OMS/UNICEF/ONUSIDA sur le VIH et l'alimentation du nourrisson. Le nouvel aspect de ces dernières directives, c'est qu'elles fournissent des informations sur la manière de rendre plus sûres les autres options d'alimentation outre l'allaitement et encouragent les autorités nationales à faciliter l'accès aux produits de remplacement du lait maternel, des mesures sont prises afin de mettre en place les conditions permettant aux femmes séropositives d'exercer leur choix. Les Amériques sont un endroit idéal (si on les compare à un grand nombre d'autres régions) pour appliquer ces directives car le nombre absolu de femmes enceintes séropositives reste encore relativement faible et qu'il existe par ailleurs l'infrastructure de santé pouvant être utilisée pour fournir des tests prénatals, un traitement antirétroviral et soutenir les solutions de remplacement à l'allaitement maternel.

2.4.6 Le débat sur la durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif HERE

La durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif et, partant, l'âge auquel il faudrait introduire les aliments complémentaires comporte des conséquences importantes pour le contexte dans lequel doivent être prises et appliquées les décisions concernant l'alimentation du nourrisson. La recommandation influence ou est susceptible d'influencer la politique et les programmes d'alimentation du nourrisson, la législation sur la maternité et le suivi du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ainsi que le Codex Alimentarius qui régit le contenu et le conditionnement des aliments à base de céréales pour enfant et qui revêt une grande importance en ce qui concerne le commerce international.

Deux études aléatoires ont été réalisées au Honduras se penchant sur la durée de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons avec un poids normal à la naissance et chez des nourrissons nés à terme mais avec une insuffisance pondérale à la naissance. Ces études indiquent qu'il n'existe aucun avantage lié à l'introduction d'une alimentation complémentaire entre quatre et six mois.

2.5 Situation dans la Région concernant l'allaitement maternel exclusif

2.5.1 Recherche en matière de promotion de l'allaitement maternel exclusif

Les activités sur le plan des politiques et des programmes en vue de promouvoir l'allaitement maternel en général et l'allaitement maternel exclusif, en particulier, ont permis d'améliorer très nettement les pratiques en la matière au niveau national. A présent, l'on sait que la promotion de l'allaitement maternel peut de fait rallonger la durée de l'allaitement maternel exclusif et le scepticisme qui avait entouré au départ la faisabilité d'atteindre des taux élevés d'allaitement maternel exclusif s'avère non justifié.

Il a été montré que la durée de l'allaitement maternel exclusif était nettement plus longue chez des femmes choisies aléatoirement pour recevoir des conseils à domicile au début de la période du post-partum. Cette étude montre que les visites à domicile sont très efficaces pour rallonger la durée de l'allaitement maternel exclusif. Mais la faisabilité de telles visites en dehors d'un contexte de recherche n'a pas été examinée et il est fort probable que cela dépende du contexte et des ressources disponibles. Par conséquent, il est également important de noter qu'il a également été montré que l'allaitement maternel exclusif pouvait être encouragé par le biais de services de santé traditionnels qui comportent un programme complet de promotion de l'allaitement maternel et que de tels programmes sont très efficaces par rapport aux coûts.

2.5.2 Pratiques et tendances au niveau de l'allaitement maternel exclusif

De preuves solides existent à présent pour montrer qu'il est possible de renforcer la pratique de l'allaitement maternel exclusif par le biais d'interventions soigneusement ciblées. Dans des pays où la promotion de l'allaitement maternel exclusif est un volet clé des campagnes sur l'allaitement maternel, les données montrent que les taux de l'allaitement maternel exclusif peuvent également être améliorés. Au Pérou, la proportion de nourrissons de moins de 4 mois allaités exclusivement a augmenté, passant de 32% à 61% entre 1986 et 1996. En République dominicaine, la proportion s'est accrue, passant de 10% à 25% entre 1991 et 1996. Au Honduras, l'accroissement est allé de 21% à 42% de 1986 à 1996.

2.5.3 Recommandations du Ministère de la Santé

Une information sur la durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif a été collectée dans des Etats Membres et analysée (Tableau 1). Sur les 28 Etats Membres pour lesquels on dispose d'une information, 22 recommandent 6 mois d'allaitement maternel exclusif, 4 recommandent de 4 à 6 mois, un autre recommande 4 mois et un pays ne fait pas de recommandations. L'information n'a pas été reçue des autres pays bien qu'elle ait été demandée.

Tableau 1 : Normes pour la durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif ²

Pays	Norme(mois)	Source d'information
Anguilla	Demandée	
Antigua/Barbuda	Demandée	
Argentine	6	Resolución No 376 del 11/10/96 en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
Bahamas	Demandée	
Barbade	4	National Policy on Breastfeeding, Cabinet Note (99) 383/MH.17, April 29, 1999.

² Ce tableau n'est pas final car les données sont encore collectées sur la source de la recommandation.

Pays	Norme(mois)	Source d'information
Belize	6	Normes pas encore disponibles. D'après les informations provenant du Ministère de la Santé, la recommandation est de 6 mois.
Bolivie	6	Manual Norma de Nutrición, Salud y Estimulación Temprana para el Menor de 5 Años, Ministerio de Salud, 1998.
Brésil	6	Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Brasilia 2000.
Iles vierges britanniques	Demandée	
Canada	4-6	Health Canada.
Chile	6	Norma General Técnica No 4 sobre "Alimentación de niño menor de dos años". Resolución Exenta No 1832 del 5 de noviembre de 1999.
Colombie	6	Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, documento aprobado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social N° 2847/96. Los documentos CONPES tienen fuerza de ley.
Costa Rica	6	Ley 7430 de Fomento de la Lactancia Materna. Ministerio de Salud y Comisión Nacional de la Lactancia Materna 1994.
Cuba	4-6	Programa Nacional de Acción, Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, Ministerio de Salud Pública de Cuba. La Habana, 12 de agosto de 1992.
Dominica	Demandée	
République dominicaine	6	Ley 8-95 de Promoción y Fomento a la Lactancia Materna. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, SESPAS.
Ecuador	6	Ley de Fomento, y Protección a la Lactancia Materna y Reglamento para la Aplicación de la Ley de Apoyo, Fomento y Protección de la Lactancia Materna. Ministerio de Salud Pública. Noviembre, 1999.
El Salvador	6	AIEPI. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Cuadros de

Pays	Norme(mois)	Source d'information
		Procedimientos. Ministerio de Salud Pública, República del Ecuador. Septiembre, 1997. Les normes officielles sont en préparation.
Guyane Française	Demandée	
Grenade	Demandée	
Guadeloupe	Demandée	
Guatemala	6	Normas de Atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Alimentación y Nutrición, Tomo 1, Inciso 12. Diciembre 1997.
Guyana	4-6	National Policy on Breastfeeding, Ministry of Health, 1996.
Haïti	6	AIEPI. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, 1996.
Honduras Honduras (cont.)	6	Guía de Alimentación Infantil. Guía detallada para la introducción de alimentos a partir de los seis meses. Un manual para personal de salud. Atención Integral a la Niñez. Secretaria de Salud. Dirección General de Riesgos Poblacionales, Departamento de Alimentación y Nutrición, Departamento de Salud Materno Infantil. Tegucigalpa, Octubre 1996.
Jamaïque	6	Guidelines for Infant and Young Child Feeding in Jamaica.
Martinique	Demandée	
Mexique	4-6	Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente, 1994. Consejo Nacional de Vacunación. Manual de procedimientos Técnicos, Programa de Atención a la Salud del Niño, Nutrición, 1998.
Montserrat	Demandée	
Antilles néerlandaises	Demandée	
Nicaragua	6	Ley No. 295 Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia Materna y Regulación de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. MINSA, 1999.
Panamá	6	Manual de Normas Ambulatorias de Niños de 0-5 años. Programa Integral de Atención a la

Pays	Norme(mois)	Source d'information
		Niñez. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social, 1995.
Paraguay	6	COFOLAM. Consejos sobre lactancia materna. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay: 1994.
Porto Rico	6	Política Pública para la Promoción de la Lactancia Materna en Puerto Rico – 1995 Secretaría Auxiliar para la Medicina Preventiva y Salud Familiar, Gobierno de Puerto Rico.
Pérou	6	COPACA. Manual de alimentación del niño menor de 2 años. COPACA. Perú, 1994.
St. Kitts/Nevis	Demandée	
St. Lucia	Demandée	
St. Vincent/Grenadines	Demandée	
Suriname	6	"Infant and young child feeding healthy 0 - 5 year children. Manual for health workers for under five clinics". Bureau of Public Health, Nutrition unit, 1999.
Trinité-et-Tobago	Demandée	
Iles Turques et Caïques	Demandée	
Uruguay	6	Normas Nacionales de Lactancia Materna. Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Comisión Nacional de Lactancia Materna. 2 ^a edición. Ministerio de Salud Pública. Uruguay, 1998.
Etats-Unis de Amérique	Non disponible	Le Département des services sanitaires et sociaux est en train de mettre au point des recommandations sur l'alimentation du nourrisson. L'Académie américaine des pédiatres (organisation professionnelle qui exerce une grande influence avec ses recommandations) recommande 6 mois (Pediatrics 1997 ; 100 : 1035-1039).
Venezuela	6	CAVENDES. Guías de alimentación para el niño menor de 6 años. Ministerio de la Familia/OCT/INN/SVPP. Venezuela.

Sur les 22 États Membres qui recommandent 6 mois d'allaitement maternel exclusif, cinq pays ont fait de cette recommandation une loi (Costa Rica, Colombie, Equateur, Nicaragua et République dominicaine). Quatre pays lui ont conféré un statut de réglementation ou résolution (Argentine, Bolivie, Chili et Pérou) et les 13 pays restants utilisent la recommandation comme une norme ou comme matériel distribué par le Ministère de la Santé (Belize, Brésil, El Salvador, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Panama, Paraguay, Porto Rico, Suriname, Uruguay et Venezuela).

2.6 *Priorités régionales concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant*

Les experts internationaux rassemblés à l'occasion de la Consultation technique sont arrivés aux conclusions suivantes :

- Vu la durée relativement courte de l'allaitement maternel exclusif observée dans la Région et les avantages importants que retirent l'enfant du point de vue santé et développement de l'allaitement maternel exclusif, les interventions de santé publique visant à rallonger la durée de l'allaitement maternel exclusif et à promouvoir une bonne alimentation complémentaire sont de la plus haute priorité.
- Très peu de données sont disponibles (aucune provenant d'études aléatoires) sur des contextes connaissant une faible mortalité infantile qui permettent l'évaluation complète des risques et avantages possibles de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois par rapport à une alimentation complémentaire entre quatre et six mois.
- Il existe des faits soutenant les États Membres qui recommandent 6 mois d'allaitement maternel exclusif. Ces faits proviennent de deux sources : 1) Des études aléatoires montrent qu'il n'existe aucun avantage à ajouter des aliments complémentaires de haut qualité et préparés avec les bonnes mesures d'hygiène entre quatre et six mois comparé à l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois sur le plan de la croissance et de l'état nutritionnel. 2) Des études se basant sur l'observation dans des contextes où les conditions optimales ne sont pas réunies montrent qu'il existe des risques accrus de diarrhée et d'infections respiratoires aiguës pendant la période de quatre à six mois quand des aliments complémentaires sont introduits comparés à l'allaitement maternel exclusif.
- En ce qui concerne une fourchette de durée pendant laquelle l'allaitement maternel exclusif peut répondre aux besoins du nourrisson, on a conclu qu'une recherche

qualitative était nécessaire pour mieux comprendre comment une fourchette opposée à un seul chiffre était comprise par les divers utilisateurs et dans les divers milieux.

Au regard de ces conclusions, l'on a proposé les priorités suivantes sur le plan de la recherche et des programmes :

- Dans tous les pays, une recherche est nécessaire pour comprendre comment on peut le mieux promouvoir l'allaitement maternel exclusif et une bonne alimentation complémentaire dans un contexte de santé publique. Les plans d'étude devraient inclure les différents niveaux de soutien (élevé, moyen et ordinaire) et les différents modèles pour apporter ce soutien de sorte à retenir et recommander les interventions les plus efficaces par rapport aux coûts dans la Région.
- Dans des pays avec un taux moyen de mortalité infantile qui recommandent de quatre à six mois d'allaitement maternel exclusif, une recherche est nécessaire dans le cadre de laquelle des nourrissons sont assignés aléatoirement aux groupes suivants : alimentation complémentaire "habituelle", alimentation complémentaire "bonne" ou allaitement maternel exclusif entre quatre et six mois. En plus de l'évaluation de la croissance et du statut nutritionnel, il faut également évaluer des résultats tels que la morbidité et le développement moteur.
- Dans des pays avec un faible taux de mortalité infantile qui recommandent de quatre à six mois d'allaitement maternel exclusif, des études aléatoires sont nécessaires dans le cadre desquelles les nourrissons sont assignés aléatoirement aux groupes des régimes alimentaires "habituels" contre allaitement maternel exclusif pendant six mois. Vu que les régimes alimentaires "habituels" seront probablement d'une bonne qualité nutritionnelle et que les risques de morbidité sont faibles, il est nécessaire d'insister sur les résultats au niveau du développement et la période de suivi devra probablement être plus longue (jusqu'à 24 mois).

3. Rôle de l'Organisation panaméricaine de la Santé

La promotion de pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la Région demande que l'OPS travaille conjointement avec les Etats Membres pour définir des objectifs techniques et stratégiques, forger des partenariats, renforcer les ressources humaines et mobiliser des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs proposés.

La recherche en tant que base de l'intervention de santé publique a posé par le passé les fondements scientifiques, politiques et programmatiques nécessaires pour mettre sur pied des interventions efficaces dans le domaine des vaccinations et de la vitamine A. Il est urgent de faire une recherche sur les priorités susmentionnées. En outre, l'OPS devrait chercher les ressources pour fournir une coopération technique aux Etats Membres afin d'examiner leurs politiques et programmes concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et d'identifier les directions stratégiques de ces politiques et programmes qui permettront d'avancer rapidement.

L'OPS doit faciliter la participation des Etats Membres aux discussions et débats qui mèneront à la mise en place de la stratégie mondiale préconisée par l'OMS.

4. Conclusion

L'accent doit être mis sur une approche intégrée à la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. La Consultation technique s'est penchée sur l'essentiel des données générales pertinentes, et tout particulièrement sur le tableau de la situation actuelle aux Amériques en ce qui concerne l'allaitement maternel. L'on espère que la discussion facilitera la clarification de certaines questions qui seront débattues lors de la prochaine session du Comité exécutif de l'OMS.

Références

Brown KH, Black RE, de Romana GL, Kanashiro HC. Infant-feeding practices and their relationship with diarrhoeal and other diseases in Huascar (Lima), Pérou. *Pediatr* 1989;83:31-40.

Cesar JA, Victora CG, Barros FC. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post neonatal period in Brazil: nested case-control study. *Br M J* 1999;318:1316-1320.

WHO Collaborative Study Team on the role of breastfeeding and the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less-developed countries: A pooled analysis. *The Lancet* 2000;355(9202):451-455.

WHO/UNICEF/UNAIDS. HIV and infant feeding. 1998. WHO/FRH/NUT/CHD/98.1. Geneva.

Note : Le contenu de ce document d'information est appuyé par une vaste bibliographie disponible sur demande.

Annexes



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CINQUANTE-TROISIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
Point 12.4 de l'ordre du jour

A53/A/Conf.Paper N° 3
17 mai 2000

CD42/31 (Fr.)
Annexe A

La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

Projet de résolution proposé par la délégation du Brésil

La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5 et WHA49.15 concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et des questions connexes ;

Profondément soucieuse d'améliorer la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et de réduire toutes les formes de malnutrition dans le monde dans la mesure où plus d'un tiers des enfants de moins de cinq ans souffrent encore de malnutrition – retard de croissance, émaciation ou carence en iode, en vitamine A ou en fer – et où la malnutrition intervient encore dans près de la moitié des 10,7 millions de décès dénombrés chaque année chez les enfants d'âge préscolaire dans les pays en développement ;

Notant avec une profonde inquiétude que la malnutrition est largement considérée comme l'un des problèmes de santé publique les plus graves dans le monde et qu'elle affecte non seulement la croissance et le développement, mais aussi les fonctions cognitives et sociales ;

Reconnaissant que l'accès à l'alimentation et à une nutrition adéquate est un droit fondamental de la personne humaine et que tout doit être mis en oeuvre pour faire admettre, respecter et garantir ce droit fondamental et protéger les populations contre la faim et la malnutrition ;

Affirmant que tous les secteurs de la société à travers le monde – gouvernements, société civile, secteur privé et organisations internationales – devraient assumer les

responsabilités et remplir les obligations qui leur incombent pour faire respecter, préserver et garantir ce droit fondamental de la personne humaine ;

Considérant le cadre directeur de la Convention relative aux droits de l'enfant et, en particulier, l'article 24 dans lequel il est notamment précisé que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, devraient recevoir une information sur la santé et la nutrition de l'enfant et sur les avantages de l'allaitement au sein ;

Estimant que l'on dispose de bases scientifiques suffisantes pour que soient prises des décisions politiques, renforcées les activités des Etats Membres et de l'OMS et proposées des approches novatrices de la surveillance de la croissance, de la récupération nutritionnelle, de la promotion de l'allaitement au sein, de l'amélioration de l'alimentation complémentaire par des conseils judicieux tenant compte des spécificités culturelles, de la réduction de la nutrition par carence en micronutriments et de la gestion de l'alimentation des enfants nés de mères positives pour le VIH ;

Notant que des systèmes efficaces de surveillance de l'alimentation et de la nutrition s'imposent pour évaluer l'ampleur et la distribution géographique de toutes les formes de malnutrition et de maladies d'origine alimentaire et surveiller les disponibilités alimentaires ;

Estimant qu'il faudrait de toute urgence instituer un processus de discussion pour obtenir un consensus, au sein des Etats Membres et des organisations internationales, sur l'élaboration d'une stratégie mondiale destinée à réduire toutes les formes de malnutrition chez le nourrisson et le jeune enfant avant la fin de la décennie, compte tenu de l'impact des catastrophes écologiques, des guerres, des troubles civils, des déplacements massifs de population et de la pauvreté ;

Reconnaissant l'importance et le rôle fondamental du Sous-Comité de la nutrition du Comité administratif de Coordination de l'Organisation des Nations Unies pour l'obtention de ce consensus ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à reconnaître que l'accès à l'alimentation et à une nutrition adéquate est un droit fondamental de la personne humaine et à demander à tous les secteurs de la société de remplir les obligations qui leur incombent pour faire respecter, préserver et garantir ce droit ;

- 2) à prendre les mesures qui s'imposent pour l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant afin que soit garanti le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services médicaux les plus appropriés ;
- 3) à mettre en place ou à développer des forums de discussion interinstitutions et intersectoriels au sein desquels toutes les parties intéressées pourront parvenir à un consensus national sur les stratégies et les politiques susceptibles de réduire toutes les formes de malnutrition et à mettre au point des mécanismes de programmation participatifs visant à l'élaboration et à la mise en oeuvre de programmes et de projets de nutrition axés sur des initiatives nouvelles et des approches novatrices ;
- 4) à donner la priorité à la mise en oeuvre de programmes et de projets de nutrition en faveur du nourrisson et du jeune enfant qui soient issus de ces forums de discussion et des politiques ou stratégies ainsi élaborés en fournissant des ressources techniques et financières et un soutien politique adéquats ;
- 5) à intensifier toutes les activités en cours et à élaborer des approches nouvelles pour promouvoir l'allaitement exclusif au sein jusqu'à environ six mois, puis une alimentation mixte jusqu'à deux ans, et à favoriser par tous les moyens la diffusion de ces principes pour qu'ils soient mieux respectés dans la société ;
- 6) à appuyer l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » et à prévoir des systèmes de contrôle périodique des hôpitaux pour veiller au respect des normes adoptées et garantir la pérennité et la crédibilité de l'initiative ;
- 7) à améliorer les pratiques relatives à l'alimentation complémentaire en veillant à ce que les mères de jeunes enfants reçoivent des conseils judicieux qui tiennent compte des spécificités culturelles et reposent sur l'utilisation la plus large possible de denrées alimentaires locales riches en micronutriments. La priorité devrait être donnée à l'élaboration et à la diffusion de principes directeurs sur l'alimentation des enfants de moins de deux ans, à la formation des agents de santé et des responsables locaux sur ces questions, et à l'intégration de ces messages dans les stratégies d'information, éducation et communication sur la santé et la nutrition ;
- 8) à renforcer la surveillance de la croissance et la récupération nutritionnelle, en privilégiant les stratégies communautaires, et veiller à ce que tous les enfants hospitalisés pour une forme ou une autre de malnutrition bénéficient d'un diagnostic correct et d'un traitement adéquat ;
- 9) à élaborer, mettre en oeuvre ou renforcer les mesures visant à réduire durablement la malnutrition due à une carence en micronutriments chez le jeune enfant, particulièrement la carence en fer, en vitamine A et en iode, en associant des stratégies comprenant la distribution de suppléments, l'enrichissement des aliments et la diversification du régime alimentaire grâce à des recommandations sur les pratiques alimentaires fondées sur des

denrées locales et adaptées aux spécificités culturelles et grâce aussi à d'autres approches communautaires ;

10) à renforcer les mécanismes de surveillance et de notification des progrès réalisés dans la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, en assurant la participation de toutes les parties prenantes pour faire appel à la responsabilité de tous les secteurs de la société – en particulier le secteur privé – dans sa mise en oeuvre ;

11) à prendre en compte les faits scientifiques actuellement disponibles sur le risque de transmission du VIH par le lait maternel et à assurer une nutrition adéquate des nourrissons dont la mère est positive pour le VIH, en fournissant aux enfants de moins de six mois du lait maternel pasteurisé provenant de banques de lait humain ou des substituts du lait par l'intermédiaire des services de santé, tout en formulant des recommandations pour une alimentation complémentaire précoce, jusqu'à ce que l'on dispose de nouveaux faits scientifiques ;

12) à renforcer leur système de surveillance alimentaire et nutritionnelle, en étroite collaboration avec leur système de surveillance épidémiologique, de manière à englober l'évaluation de l'ampleur et de la distribution géographique de la malnutrition protéino-énergétique, de la malnutrition par carence en micronutriments, des maladies d'origine alimentaire et à prévoir également la surveillance systématique des disponibilités alimentaires aux niveaux national, régional, local et familial, des prix des denrées de base sur le marché ainsi que du pouvoir d'achat des ménages ;

13) à utiliser le plus largement possible les renseignements livrés par leur système de surveillance alimentaire et nutritionnelle pour évaluer les activités et stratégies en cours de mise en oeuvre et planifier de nouvelles mesures ainsi que mieux sensibiliser le grand public et les responsables politiques, aux niveaux national et international, à la nécessité de faire respecter, protéger et garantir le droit à l'alimentation et à une nutrition adéquate ;

14) à collaborer activement avec l'OMS et les organisations compétentes du système des Nations Unies, notamment par l'intermédiaire du forum du Sous-Comité de la nutrition du CAC, afin de définir une stratégie mondiale pour l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le but d'atténuer chez les tout-petits toutes les formes de malnutrition d'ici la fin de la décennie ;

PRIE le Directeur général :

1) étant donné le rôle directeur que joue l'OMS en santé publique et en collaboration avec toutes les autres organisations internationales, notamment celles du système des Nations Unies, d'accorder une plus grande attention à la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, dans le cadre de la Convention relative aux droits de l'enfant et d'autres instruments pertinents de protection des droits de la personne humaine ;

- 2) d'intensifier son appui aux Etats Membres, en étroite collaboration avec la FAO, pour les aider à mettre en place et utiliser leur système de surveillance alimentaire et nutritionnelle, avant tout pour évaluer l'ampleur et la distribution géographique des problèmes nutritionnels et fournir des indicateurs de performance afin de faire respecter, protéger et garantir le droit à l'alimentation et à une nutrition adéquate ;
- 3) d'aider les Etats Membres à évaluer les stratégies et activités en cours de mise en oeuvre, dans l'esprit de la Convention relative aux droits de l'enfant, de manière à fournir une rétroinformation pour le débat sur une stratégie mondiale arrêtée par consensus en vue de réduire toutes les formes de malnutrition du nourrisson et du jeune enfant d'ici la fin de la décennie ;
- 4) de mettre au point des lignes directrices et des outils pour l'élaboration d'une ligne d'action garantissant la participation active de ceux qui ont des droits et des responsabilités dans le domaine de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant ;
- 5) d'instaurer un dialogue constructif entre toutes les parties prenantes – en particulier le secteur privé – pour suivre les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi que d'autres activités relatives à la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, et d'aider les Etats Membres à assurer ce suivi ;
- 6) d'encourager et d'aider la poursuite des recherches sur la transmission du VIH par le lait maternel ainsi que sur des mesures destinées à améliorer l'état nutritionnel des personnes déjà touchées par le VIH/SIDA ;
- 7) de prêter un appui aux Etats Membres afin qu'ils puissent définir, appliquer et évaluer des approches novatrices pour l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en privilégiant les activités communautaires et transectorielles ;
- 8) de renforcer, en collaboration avec d'autres organisations compétentes du système des Nations Unies, notamment par l'intermédiaire du forum du Sous-Comité de la nutrition du CAC et d'autres organismes pertinents, le suivi de la Conférence internationale sur la nutrition afin de réduire toutes les formes de malnutrition chez le nourrisson et le jeune enfant d'ici la fin de la décennie ;
- 9) de convoquer, le plus tôt possible, des réunions régionales ou sous-régionales comprenant des représentants des gouvernements, d'organisations internationales et d'organisations non gouvernementales afin d'entamer les discussions sur la stratégie mondiale d'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- 10) de prêter un appui aux Etats Membres pour qu'ils puissent participer à tous les travaux relatifs à l'élaboration de la stratégie mondiale, y compris aux réunions et aux activités apparentées ;

11) de soumettre au Conseil exécutif de l'OMS en 2002 un rapport sur la stratégie mondiale dans lequel sera proposé un projet de résolution à soumettre à la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

WHA53(10) La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, ayant réaffirmé l'importance accordée par les Etats Membres aux activités de l'OMS concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et ayant accueilli favorablement le projet de résolution proposé par la délégation du Brésil, ainsi que les amendements présentés par différentes délégations au cours d'un large débat, a décidé 1) de prier le Directeur général d'inscrire à l'ordre du jour de la cent septième session du Conseil exécutif un point sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et d'inclure le projet de résolution et les amendements dans les documents de base mis à la disposition du Conseil, et 2) de prier le Conseil exécutif de créer au cours de sa session un groupe de rédaction sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, ouvert à la participation de tous les Etats Membres et chargé de rédiger une résolution qui sera examinée par le Conseil exécutif sur la base du projet et des amendements susmentionnés en vue de leur adoption par la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. L'Assemblée de la Santé a encouragé un débat sur le projet et les amendements au niveau régional, notamment lors des prochaines sessions des comités régionaux, afin de réunir un maximum d'information et de faciliter l'examen de ce point important par la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2001.

(Huitième séance plénière, 20 mai 2000)