

PROTEGER L'ALLAITEMENT MATERNEL EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

25 Années d'Application du Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel

Ellen Sokol, Victor Aguayo, David Clark

Avant-propos du Pr. Dora Akunyili

Pour chaque enfant
Santé, Éducation, Égalité, Protection
FAISONS AVANCER L'HUMANITÉ

unicef 

PROTEGER L'ALLAITEMENT MATERNEL EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

25 Années d'Application du Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel

**Ellen Sokol, Victor Aguayo, David Clark
Avant-propos du Pr. Dora Akunyili**

Remerciements : Cette publication a été préparée par Ellen Sockol (Spécialiste du Code, International Code Documentation Center), Victor Aguayo (Conseiller Régional en Nutrition au Bureau Regional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre) et David Clark (Conseiller Légal, UNICEF New York). Les auteurs souhaitent exprimer leurs remerciements sincères aux personnes et organisations suivantes pour leur contribution à cette publication (par ordre alphabétique) : Mohamed Ag Ayoya, Goski Alabi, Annelies Allain, Jean Pierre Allain, Denis Garnier, Anne-Sophie Le Dain, Isatou Jallow, Yeong Joo Kean, Alison Linnicar, André Nikiema et les spécialistes en nutrition de l'UNICEF en Afrique de l'Ouest et du Centre. Photos et production : UNICEF/Giacomo Pirozzi. Layout : Bernard & Co, Siena, Italie.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	5
Résumé	7
1. Allaitement maternel en Afrique de l’Ouest et du Centre	11
2. Le Code International ; Pourquoi est-il nécessaire ?	13
2.1. Commercialisation des substituts du lait maternel : Une perspective historique	13
2.2. Publicité et promotion : Le lien avec le déclin des taux d’allaitement maternel	14
3. Le Code International dans le contexte de la survie de l’enfant	19
4. Le Code International dans le contexte du VIH/SIDA	21
5. Le Code International dans le contexte des urgences	23
6. Le Code International en Afrique de l’Ouest et du Centre	25
6.1. Etat de mise en œuvre du Code International	25
6.2. Difficultés de mise en œuvre du Code International	26
6.2.1. Code International et priorités nationales	26
6.2.2. Consensus sur la législation nationale	26
6.2.3. Soutien des professionnels de la santé	27
6.2.4. Mesures nationales efficaces	27
6.2.5. Echange libre et petits marchés	29
6.3. Opportunités pour la mise en œuvre du Code International	29
6.3.1. Déclarations et initiatives internationales	29
6.3.2. Formation sur la mise en œuvre du Code et support des organisations internationales	32
6.4. Succès et enseignements tirés	33
6.4.1. Ghana	33
6.4.2. Nigeria	35
6.4.3. RD-Congo	36
6.4.4. Côte d’Ivoire	36
6.5. Consolider les acquis, construire l’avenir	37
Références	40



AVANT-PROPOS

La malnutrition infantile est devenue un embarras mondial, particulièrement dans les pays en développement, où elle est la cause de plus de la moitié de tous les décès infantiles. En Afrique de l'Ouest et du Centre – une région avec quelques uns des taux les plus élevés de malnutrition et de mortalité infanto-juvéniles dans le monde – environ 56 pour cent des décès des enfants pourraient être évités si ces enfants n'étaient pas malnutris.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, la protection, La promotion et le soutien de l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie est reconnue comme la stratégie la plus importante pour que la région atteigne l'Objectif du Millénaire pour le Développement en rapport avec la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Cependant, le taux de l'allaitement maternel exclusif dans la région (20 pour cent) reste parmi les plus bas au monde. L'allaitement maternel est une tradition dans toutes les cultures dans la région et ce quelque soit le statut socio-économique ; lorsque les mamans ne sont pas en mesure d'allaiter, les services d'autres mamans sont demandés. Malheureusement, à la fin des années 1960, l'allaitement maternel a connu une tendance à la baisse dangereuse lorsque la commercialisation agressive des substituts du lait maternel a commencé à le décourager ; par conséquent, les pratiques traditionnelles d'alimentation du jeune enfant ont commencé à se réorienter vers les pratiques d'alimentation plus "modernes". Il était par alors opportun, que l'UNICEF et l'OMS fassent appel à tous les gouvernements pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel et pour permettre aux femmes d'allaiter exclusivement leurs enfants de la naissance jusqu'à l'âge de six mois.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie est reconnue comme la stratégie la plus importante pour que la région atteigne l'Objectif du Millénaire pour le Développement en rapport avec la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Cependant, le taux de l'allaitement maternel exclusif dans la région - 20 pour cent - reste parmi les plus bas au monde.

Dans des pays comme le Nigeria, les fabricants et distributeurs des substituts du lait maternel ont essayé d'encourager l'alimentation de remplacement en utili-

sant des gadgets promotionnels non appropriés. Ils commencent par mettre l'accent sur le fait que les substituts du lait maternel sont bons pour les enfants à partir de quatre mois et au delà tout en distribuant des échantillons gratuits de substituts du lait maternel commerciaux dans les centres de santé (souvent sous le prétexte que les mamans malades ne peuvent pas allaiter et les enfants malades ne peuvent pas téter). Je suis un exemple typique des mamans qui allaitent difficilement leurs bébés à cause de la commercialisation agressive des substituts du lait maternel. Lorsque je me projette dans le passé, je comprends maintenant pourquoi mes enfants étaient très souvent malades. Etant l'épouse d'un médecin, dès que j'accouchais, je recevais des douzaines de dons de substituts du lait maternel. J'ai réalisé l'importance de l'allaitement maternel lorsque j'ai eu mon dernier enfant en 1998 et après l'avoir allaité pour une longue période. Je ne me rappelle pas de lui étant malade.

Les pratiques commerciales sans éthique prennent souvent une dimension criminelle, lorsque des substituts du lait maternel de mauvaise qualité ou expirés sont vendus, mettant les enfants face à un double danger. En 2001, un fabricant de lait de substitution mondialement connu a importé au Nigeria 9 containers de 40 pieds de lait en poudre périmé pour qu'ils soient utilisés dans la production des substituts du lait maternel. Sauf vigilance de l'Agence Nationale pour l'Administration et le Contrôle des Aliments et des Médicaments (NAFDAC), le lait périmé aurait été utilisé et vendu au public qui ne se doutait de rien. Un autre cas était celui d'un homme à Abuja qui mélangeait de la farine de manioc, du lait et du sucre, et les emballait dans des paquets recyclés de substituts du lait maternel. Il a reconnu l'avoir fait pendant plusieurs années. Le cas est actuellement dans les mains de la justice Nigériane. Personne ne sait combien d'enfants sont morts dans le silence.

En 1990, les décideurs de plus de 30 pays se sont rencontrés à Spedale degli Innocenti à Florence (Italie) sur l'allaitement dans les années 1990 et ont rendu publique la *Déclaration Innocenti*. Dans la *Déclaration* ils ont affirmé que l'allaitement maternel "réduit l'incidence et la sévérité des maladies infectieuses, et par conséquent réduit la morbidité et la mortalité infanto-juvénile, contribue à la santé des femmes en réduisant les

risques de cancer du sein et des ovaires, et en augmentant l'espacement des naissances entre les grossesses, offre des bénéfices sociaux et économiques à la famille et la nation, et offre à beaucoup de femmes un sens de satisfaction lorsqu'il est entrepris de façon réussie ».

Il a été noté que ces bénéfices augmentent avec l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de la vie et avec la continuité de l'allaitement jusqu'à 24 mois et au delà. La *Déclaration Innocenti* a reflété aussi à la fois le droit de l'enfant à des aliments nutritifs – tels qu'inscrits dans la Convention sur les Droits de l'Enfant – et l'esprit requis pour l'encouragement de l'allaitement maternel. La *Déclaration Innocenti* a exhorté les états membres à mettre en place avant 1995 ce qui suit :

- Nommer un coordinateur national pour l'allaitement maternel ;
- Mettre en place un comité multisectoriel pour l'allaitement maternel ;
- Assurer que tous les services de maternité pratiquent les *Dix Etapes pour un Allaitement Maternel Réussi* ;
- Prendre des mesures pour donner effet aux principes et objectifs de tous les articles du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé suivantes ;
- Passer une législation pour protéger les droits à l'allaitement des femmes qui travaillent.

Beaucoup a été fait au cours des vingt cinq dernières années pour s'assurer que le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel se traduise en une meilleure protection des pratiques optimales de l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre. Commenant avec le Nigeria en 1990, le Burkina Faso et le Cameroun en 1993, les pays en Afrique de l'Ouest et du Centre ont mis en place des comités nationaux pluridisciplinaires comprenant des représentants du secteur public, du secteur privé et de la société civile, pour s'occuper des différentes étapes de mise en œuvre du Code. Des lois, décrets ou règlements ont été passés pour mettre en œuvre le Code. Les agents de santé, les surveillants et informateurs du Code dans les communautés locales et autres acteurs ont été formés. Des manuels de formations, des livrets du Code et des directives ont été produits. Des campagnes ont été montées interdisant la promotion commerciale des substituts du lait maternel, aliments complémentaires, biberons et tétines de toutes formes qui pourraient interférer avec les recommandations internationales et les politiques nationales sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le plaidoyer en direction des décideurs gouvernementaux a permis d'obtenir un support financier et technique à la mise en œuvre totale du Code.

Cependant, la faiblesse ou l'absence des mesures de contrôle ont sérieusement limité la mise en œuvre du Code et les résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé subséquentes. Par exemple, lorsque j'ai accepté la direction de NAFDAC, j'ai réalisé le besoin de construire un cadre réglementaire puissant pour assurer une mise en œuvre stricte et appropriée des directives sur la commercialisation des substituts du lait maternel. Nous avons depuis surveillé et analysé dans quelle mesure les fabricants et distributeurs se conformaient au Code et institué des pénalités fermes pour les violateurs. Nous avons amené cette initiative à devenir le fer de lance à travers la formation du Réseau des Autorités pour la réglementation des Médicaments en Afrique de l'Ouest (WADRAN), dans l'objectif de construire un partenariat efficace en vue de la mise en place de mécanismes forts de réglementation en Afrique de l'Ouest pour l'application du Code et des résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé subséquentes.

L'importance de la mise en application et du suivi continu de la mise en œuvre du Code ne sera jamais trop soulignée. Assurer l'adhésion au Code nécessite

l'application de pénalités qui soient largement diffusées et assez fermes pour les fabricants et distributeurs qui ne le respectent pas. Nous avons utilisés ces outils de façon efficace, à travers les saisies et la destruction par NAFDAC des laits de substitution périmés, frelatés et contrefaits. Ces activités ne peuvent être efficaces et entreprises continuellement sans l'appui législatif et financier du gouvernement.

Il n'y a pas de doute que le consensus requis sur l'instrument légal et sa mise en œuvre ont besoin du leadership du gouvernement. Les pays qui n'ont pas encore mis en œuvre le Code peuvent ne pas percevoir le problème comme une responsabilité principale du gouvernement, et par conséquent desservent grandement le futur de leur nation. Ces pays ont ainsi besoin de passer urgemment une législation pour protéger l'allaitement maternel et mettre en œuvre le Code. L'appui technique et les contributions des professionnels de la santé sont critiques car leurs opinions influencent le gouvernement, les fabricants et distributeurs, et les consommateurs.

Actuellement, l'engagement grandissant en faveur des Objectifs du Millénaire pour le Développement offre une nouvelle impulsion pour améliorer les pratiques de l'allaitement maternel. En plus de réduire la mortalité infanto-juvénile, des meilleures pratiques de l'allaitement maternel contribuent à réduire la pauvreté et la malnutrition et à améliorer la santé maternelle (Objectifs du Millénaire pour le Développement 1 et 5 respectivement) signifiant que trois des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement sont directement liés à la protection, à l'encouragement et au soutien à l'allaitement maternel.

Investir dans l'allaitement c'est investir dans nos enfants, et investir dans nos enfants c'est investir dans notre présent et dans notre futur. Nous félicitons et remercions ceux qui ont travaillé sans relâche, pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel à travers les états membres de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : L'UNICEF, l'OMS, et autres organisations et individus qui n'ont cessé d'appuyer les autorités nationales dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes nationaux.

Il n'y a pas de doute que le consensus requis sur l'instrument légal et sa mise en œuvre ont besoin du leadership du gouvernement. Les pays qui n'ont pas encore mis en œuvre le Code peuvent ne pas percevoir le problème comme une responsabilité principale du gouvernement, et par conséquent desservent grandement le futur de leur nation (...) Nous félicitons et remercions ceux qui ont travaillé sans relâche, pour protéger, encourager, et soutenir l'allaitement maternel à travers les états membres de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Ce rapport vient au moment le plus critique pour révolutionner la réflexion stratégique des gouvernements, de la société civile et des individus après vingt cinq années d'existence du Code. Je le recommande, en conséquence, à tous les gouvernements, les décideurs, les autorités en charge de la réglementation, les agents de santé, les administrateurs, les groupes des droits des consommateurs, les organisations religieuses, les fabricants et distributeurs d'aliments pour nourrissons, les associations de commerce, les associations professionnelles, les agences de réglementation de la publicité, les médias, les chercheurs, les étudiants et le public général. C'est un document de référence de grande qualité. La postérité restera éternellement reconnaissante à Ellen Sokol, Victor Aguayo et David Clark qui sont des leaders bien connus dans le domaine de la survie de l'enfant, pour avoir rédigé ce rapport ensemble.

Pr. Dora Nkem Akunyili, Directrice Générale
Agence Nationale pour l'Administration et le Contrôle
des Aliments et des Médicaments, Nigeria

RESUME

En 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel en réponse aux pratiques inappropriées de commercialisation des substituts du lait maternel qui contribuaient au déclin alarmant des taux d'allaitement maternel dans le monde et à l'augmentation des taux de malnutrition, morbidité et mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, particulièrement dans les pays en développement. L'Assemblée Mondiale de la Santé a conseillé aux Etats membres de mettre en œuvre le Code International « dans sa totalité ». Depuis 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté une série de résolutions additionnelles concernant l'alimentation du jeune enfant et l'utilisation des substituts du lait maternel. Ces résolutions servent à maintenir le Code International à jour au regard des avancées scientifiques et des nouvelles pratiques de commercialisation. Ces résolutions bénéficient du même statut que le Code International.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, le Nigeria était le premier pays à mettre en œuvre le Code International (1990). Depuis lors, des 24 pays que comprend l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 12 ont des lois, décrets ou règlements pour la mise en œuvre de toutes ou de la majorité des dispositions du Code International (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, RD-Congo, Gabon, Gambie, Ghana, Mali, Niger et Sénégal) ; trois ont des instruments légaux pour la mise en œuvre de quelques-unes des dispositions du Code International (Guinée, Guinée Bissau et Sao Tomé et Príncipe) ; six pays ont soit une ébauche de loi ou de décret qui est en attente d'un accord final par le gouvernement soit un comité gouvernemental qui étudie la meilleure façon de mettre en œuvre le Code International (Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Sierra Leone, et Togo) ; seuls trois pays n'ont pris aucune action, pour mettre en œuvre le Code International (République Centrafricaine, Guinée Equatoriale et Libéria).

Les nations de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont fait face à plusieurs sortes de difficultés dans leurs efforts de mise en œuvre du Code International. Actuellement, 25

ans après que le Code ait été adopté, les différents pays de la région sont à des stades différents dans le processus d'adoption ou de mise en application de la législation mettant en œuvre les dispositions du Code International et les résolutions subséquentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé. Cette revue a identifié huit leçons majeures apprises dans la mise en œuvre du Code International en Afrique de l'Ouest et du Centre:

1. Relier l'alimentation infantile et la survie de l'enfant aux priorités nationales est essentiel pour faire avancer la réglementation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel. Les gouvernements changent, les priorités changent, les pressions économiques sont souvent au-dessus des intérêts de la survie des enfants et, dans certains pays, la guerre et les troubles civils limitent les efforts pour faire avancer l'alimentation et la survie de l'enfant. En Afrique de l'Ouest et du Centre – une région où presque toutes les mères allaitent – protéger l'allaitement maternel n'est pas toujours perçu comme un problème qui requiert l'attention du gouvernement. Par conséquent, attirer l'attention des décideurs politiques sur le besoin de réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel peut être très difficile. Dans les années 80, après l'adoption du Code International par l'Assemblée Mondiale de la Santé, aucun pays en Afrique de l'Ouest et du Centre n'a traduit les dispositions du Code International dans un cadre législatif national. Les tentatives initiales des fabricants des substituts du lait maternel pour auto-réglementer leur pratiques de commercialisation ont poussé certains gouvernements à ne pas prendre des mesures nationales considérant qu'elles ne seraient pas nécessaires. L'expérience en Afrique de l'Ouest et du Centre montre que la mise en œuvre nationale du Code International demande du leadership, de la coordination et de la persévérance. Au Ghana, par exemple, plusieurs années d'information, de plaidoyer et de consultation ont été nécessaires avant que la réglementation sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel soit adoptée en 2000. L'implication de tous les acteurs dans le processus était importante. Le fait d'avoir le Réseau Ghanéen d'Action pour la Nutrition

Infantile (GINAN) et l'UNICEF comme une voix crédible et persévérante durant tout le processus d'élaboration et d'adoption a été crucial au succès ultime du Ghana pour l'adoption de la réglementation.

2. Un cadre clairement défini est essentiel pour que la législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel soit mise en œuvre de façon efficace. Les instruments juridiques modelés sur le Code International, laissent de la place aux techniques de commercialisation néfastes pour l'allaitement maternel. Dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, comme dans d'autres pays, la disposition autour de laquelle il a été le plus difficile d'avoir un consensus parmi toutes les parties en ce qui concerne les cadres légaux nationaux est celle du type de produits à inclure dans la loi. La promotion commerciale des laits deuxième âge, des laits de croissance et des aliments de complément a souvent fait du mal aux efforts d'encouragement de l'allaitement maternel exclusif en renforçant des idées sur l'insuffisance de l'allaitement maternel exclusif et sur les bénéfices de l'introduction précoce des autres aliments pour nourrissons. Cependant, l'augmentation des connaissances sur le rôle central de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois dans la survie et le développement de l'enfant s'est traduite par une meilleure compréhension du besoin de réglementer la commercialisation d'une gamme vaste des substituts du lait maternel. En conséquence, la majorité des lois en Afrique de l'Ouest et du Centre concerne l'ensemble des aliments pour nourrissons. Une bonne communication avec toutes les parties concernées sur la justification et le focus du cadre législatif proposé facilite l'élaboration du draft et le processus d'adoption. Le manque de partage de l'information au cours du processus peut faire croire que le cadre législatif proposé interdirait la vente des produits.

3. Les déclarations et les initiatives internationales sont parmi les stimuli les plus importants pour mettre en œuvre le Code International au niveau national. Les déclarations de l'UNICEF et de l'OMS et les initiatives liées à l'alimentation infantile, la nutrition et la survie de l'enfant ont été parmi les stimuli les plus importants pour mettre en œuvre le Code International au niveau national. En 1989, l'OMS et l'UNICEF ont publié la déclaration Protéger, Encourager et Soutenir l'Allaitement Maternel : le Rôle Spécial des Services de Maternité, qui a listé les Dix Etapes pour un Allaitement Maternel Réussi. En 1990, la Déclaration Innocenti a été aussi une force d'impulsion majeure de la mise en œuvre du Code International dans la région. Une cible opérationnelle de la déclaration était pour tous les gouvernements d'agir pour mettre en œuvre le Code International. En 1991, l'OMS et l'UNICEF ont lancé l'Initiative Hôpital Ami des Bébé pour encourager les services de santé à adopter les Dix Etapes pour un Allaitement Maternel Réussi. En Afrique de l'Ouest et du Centre, l'UNICEF et l'OMS ont travaillé de façon simultanée sur deux stratégies complémentaires : une pour encourager les services de santé à mettre en œuvre les Dix Etapes pour un Allaitement Maternel Réussi et l'autre pour encourager les gouvernements et les fabricants des substituts du lait maternel à mettre fin à la distribution d'échantillons gratuits dans les systèmes nationaux de santé. Ces efforts ont été à l'origine d'une action florissante des politiques et programmes. La Stratégie Globale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (2000) et le Cadre d'Action Prioritaire sur le VIH et l'Alimentation Infantile (2002) ont été des instruments cruciaux pour faire avancer l'action en faveur de la mise en œuvre du Code International dans sa totalité dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

4. S'assurer du soutien et du leadership des professionnels de la santé est essentiel pour adopter une législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel. Dans plusieurs pays en Afrique de l'Ouest et du Centre où un cadre législatif sur la commercialisation des substituts du lait maternel a été approuvé, la force d'impulsion pour la législation nationale a commencé avec les professionnels de la santé au sein du Ministère de la Santé et le Comité National pour l'Allaitement Maternel. Ces professionnels étaient convaincus du rôle central de l'allaitement maternel pour la nutrition et la survie de l'enfant. Cependant, dans certains pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, la connaissance et la compréhension des professionnels de la santé sur l'alimentation infantile, la survie de l'enfant et le Code International sont souvent faibles. Une grande partie des médecins et autres agents de santé ne sont pas encore au courant des Dix Etapes pour un Allaitement Maternel Réussi et croient encore que l'alimentation de remplacement est une bonne alternative à l'allaitement maternel. Les agents de santé non informés qui ne comprennent pas la raison de réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel s'opposent souvent ou échouent dans la promotion de ces règlements, particulièrement en ce qui concerne les règlements qui s'appliquent à leurs professions. Dans les pays où le financement public pour l'éducation, la formation et la recherche manque, des offres de la part des fabricants des aliments pour nourrissons aux agents de santé pour combler les lacunes deviennent plus attractives. Dans l'interface entre les systèmes de santé et la législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel, une attention particulière doit être portée à mettre fin aux dons d'échantillons gratuits de substituts du lait maternel dans les services de santé et au soutien du secteur privé à « l'information » et à « l'éducation » des agents de santé. Ces pratiques influencent négativement le soutien et les conseils que les agents de santé donnent aux mères sur l'allaitement maternel.

5. La formation sur la mise en œuvre du Code International est clé pour la mise en œuvre du cadre législatif au niveau national. Le soutien d'organisations comme l'UNICEF, l'OMS, l'IBFAN et l'ICDC (Centre de Documentation du Code International) a été clé dans la mise en œuvre au niveau national du Code International. Ces organisations ont appuyé l'information, la dissémination des connaissances et le plaidoyer pour persuader les gouvernements de la nécessité d'une législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel ; elles ont aussi fourni l'appui technique nécessaire pour rédiger et disséminer les cadres législatifs nationaux et renforcer la capacité nationale pour le suivi et la mise en application du cadre juridique. Les bureaux régionaux de l'UNICEF et de l'OMS ont joué un rôle important en soutenant les partenaires régionaux et les programmes pays dans le plaidoyer politique, l'assurance qualité, la communication pour les programmes et la dissémination des connaissances sur l'alimentation infantile, la nutrition et la survie de l'enfant, y compris les questions liées à l'utilisation adéquate des substituts du lait maternel dans les programmes réguliers, les situations d'urgence et dans le contexte du VIH/SIDA. IBFAN Afrique et les groupes membres d'IBFAN ont joué un rôle important en portant à l'attention du public les menaces à l'alimentation infantile et en demandant une action nationale et internationale. Ces groupes ont utilisé les résultats des enquêtes pour faire pression sur leurs gouvernements afin de décréter une législation sur la commercialisation des substituts du lait maternel. ICDC a apporté un soutien vital pour organiser des cours de formation sur la

mise en œuvre du Code dans la majorité des pays de l’Afrique de l’Ouest et du Centre.

6. La mise en œuvre du Code au niveau national requiert des dispositions et de la capacité de suivi du cadre législatif. Pour qu’elle soit efficace, la législation doit être suivie. La mise en œuvre efficace du Code à l’échelle nationale requiert que le cadre législatif national pour la commercialisation des substituts du lait maternel contienne des dispositions en rapport avec le suivi de son observance. Une leçon apprise de l’expérience du Ghana est l’importance de mettre en place un comité de suivi indépendant – le Comité National de Coordination des Règlements de la Promotion de l’Allaitement Maternel – qui peut soumettre ses résultats et recommandations à une agence de mise en application désignée par le gouvernement et qui a la capacité d’imposer des pénalités. Des agences de suivi appropriées ont besoin d’être équipées adéquatement pour la tâche, y compris la formation du personnel et les outils de suivi standardisés et testés sur le terrain pour accomplir de façon efficace leur rôle de suivi. Les organisations régionales comme la Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest et l’Organisation Ouest Africaine de la Santé doivent encourager les gouvernements nationaux à baser leur législation et cadres de suivi sur un modèle régional.

7. La mise en œuvre du Code au niveau national requiert les dispositions et la capacité à faire appliquer le cadre législatif. Pour qu’elle soit efficace, la législation doit être appliquée. La mise en œuvre efficace du Code à l’échelle nationale requiert que le cadre législatif national pour la commercialisation des substituts du lait maternel contienne des dispositions en rapport avec sa mise en application. L’expérience en Afrique de l’Ouest et du Centre montre aussi que les officiels en charge de l’application des dispositions de la législation nationale ont besoin d’avoir des connaissances fortes sur les questions relatives à l’alimentation infantile, la nutrition et la survie de l’enfant et de bien comprendre comment le Code International est lié à ces questions. La mise en application devient plus facile et plus efficace lorsque – comme au Nigeria – les réglementations nationales détaillent les pénalités qui seront imposées pour les violations du Code. Les pénalités doivent être clairement définies et assez sévères pour dissuader les violations y compris comme c’est le cas au Nigeria, la suspension de l’enregistrement du produit lorsque la commercialisation des substituts du lait maternel n’est pas en conformité avec le cadre législatif national. Au Nigeria, la désignation de Agence Nationale pour l’Administration et le Contrôle des Aliments et des Médicaments (NAFDAC) comme agence responsable de faire appliquer l’observance du Code a été une étape cruciale dans la mise en œuvre du cadre juridique national pour la commercialisation des substituts du lait maternel. En plus de l’autorité de faire appliquer la législation, l’agence de mise en application a aussi besoin d’une autorité budgétaire pour faire appliquer l’observance de la législation nationale.

8. Assurer que la mise en œuvre du Code International au niveau national est intégrée dans une stratégie multifactorielle pour améliorer l’alimentation, la nutrition et la survie de l’enfant. L’adoption d’une législation pour régler la commercialisation des substituts du lait maternel n’améliorera pas, à elle seule, les pratiques d’alimentation de l’enfant. Les Gouvernements, agences des Nations Unies, ONG humanitaires et de développe-

ment, professionnels de la santé, professionnels des médias, la société civile et les individus ont besoin de travailler en partenariat pour revitaliser le soutien à l’allaitement maternel au niveau des services de santé, de la communauté et des médias, plus particulièrement l’initiation précoce de l’allaitement maternel et l’allaitement maternel exclusif jusqu’à six mois. Ceci a besoin d’être vu et avancé comme une composante centrale des efforts à travers l’Afrique pour améliorer l’alimentation infantile, la nutrition et la survie et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement pour la réduction de la malnutrition et mortalité infantiles chez les enfants de moins de cinq ans. En République Démocratique du Congo, par exemple, la promulgation de la loi réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel est placé dans le contexte d’un plan d’action multifactoriel pour renforcer les politiques et programmes pour la protection, l’encouragement et le soutien de pratiques d’alimentation de l’enfant améliorées. Le plan est mis en œuvre à travers un programme d’action concerté au niveau de la communauté (à travers des personnes ressources au sein de la communauté, groupes de soutien des femmes et des programmes supportés par les ONG), au niveau des services de santé (dans les hôpitaux, maternités et services de santé pour les mères et les enfants) et dans les médias (télévision, radio et presse).

En conclusion, les nations en Afrique de l’Ouest et du Centre ont fait un progrès énorme dans la mise en œuvre du Code International. Cependant, il reste encore du travail à faire avant que chaque pays ait un cadre législatif, les instruments juridiques et la capacité humaine nécessaires pour suivre et faire observer le Code International. Le momentum créé au cours des 25 dernières années doit continuer et être intensifié. Dans les pays où une loi a été adoptée, les agents de santé ont besoin d’être bien informés pour s’assurer qu’ils soutiennent les dispositions de la loi dans leurs pratiques quotidiennes au sein du système de santé. Les officiels ont besoin d’être formés pour suivre l’observance du Code International et les outils de suivi ont besoin d’être développés. La couverture des médias a besoin d’être développée et pérennisée pour informer le grand public, les fabricants, les distributeurs et les revendeurs de substituts du lait maternel sur les dispositions de la loi. En plus, les ressources doivent être mobilisées pour faire appliquer la loi. Les pays qui ont une encore une ébauche de loi ont besoin d’être appuyés pour progresser vers l’adoption des mesures légales. Des efforts spéciaux sont nécessaires pour déterminer pourquoi certains pays n’ont pris aucune action pour mettre en œuvre le Code.

Il est maintenu reconnu qu’en Afrique de l’Ouest et du Centre, la région du monde avec les taux de mortalité infantile les plus élevés et les taux d’allaitement maternel exclusif les plus bas, les politiques et de programmes pour la protection, la promotion et le soutien de l’allaitement maternel – particulièrement l’allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de la vie – sont parmi les interventions les plus importantes pour la survie de l’enfant. Vingt ans après son adoption par l’Assemblée Mondiale de la Santé, le Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel reste aussi important que jamais pour la survie de l’enfant en Afrique de l’Ouest et du Centre.



1

ALLAITEMENT MATERNEL EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

L'Afrique de l'Ouest et du Centre abrite 350 millions de personnes; environ 61 millions de la population totale sont des enfants de moins de cinq ans. Les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont certains des taux de malnutrition et mortalité infanto-juvéniles les plus élevés au monde. Dans cette région, trois millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année, plusieurs d'entre eux de causes évitables ; leur mort représente 26 pour cent des décès d'enfants dans le monde.

Dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les nations en Afrique de l'Ouest et du Centre se sont engagées à assurer une réduction de deux tiers de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans d'ici l'an 2015, par rapport aux données de base de 1990. En 1990, le taux régional de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique de l'Ouest et du Centre était de 209 décès d'enfants pour 1.000 naissances vivantes ; en 2004, ce taux a chuté à 191 décès d'enfants pour 1.000 naissances vivantes ; ceci équivaut à une réduction de 8,6 pour cent sur une période de 14 ans (c'est-à-dire un taux moyen de réduction annuelle de 0,6 pour cent).

Les causes de mortalité infanto-juvénile en Afrique de l'Ouest et du Centre ne diffèrent pas substantiellement d'un pays à l'autre; la distribution des causes des décès est estimée comme suit : néonatales, 26 pour cent; paludisme, 21 pour cent; pneumonie, 21 pour cent; diarrhée, 17 pour cent; rougeole, 6 pour cent ; VIH/SIDA, 4 pour cent ; autres causes, 5 pour cent. La malnutrition est la cause attribuable de 56 pour cent de ces décès ; ceci veut dire que 56 pour cent des décès d'enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre pourraient être évités si les enfants n'étaient pas malnutris.

En 2004, la prévalence régionale de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans (insuffisance pondérale) en Afrique de l'Ouest et du Centre était de 28,4 pour cent. Ceci veut dire qu'en Afrique de l'Ouest et du Centre, 17,2 millions d'enfants de moins de cinq ans sont malnutris. Les enfants malnutris ont une résistance faible aux infections et sont à un risque plus élevé de mourir des maladies communes de l'enfance telles que la diarrhée, la pneumo-

nie, le paludisme, et la rougeole. En plus, les enfants malnutris qui survivent sont le plus souvent pris dans un cycle vicieux d'infections récurrentes et de retard de croissance, souvent avec des dommages irréversibles pour leur croissance physique et leur capacité d'apprentissage.

Dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les nations en Afrique de l'Ouest et du Centre se sont engagées à assurer une réduction de moitié de l'insuffisance pondérale chez les enfants d'ici l'an 2015, par rapport aux données de base de 1990. En 1990, la prévalence régionale de l'insuffisance pondérale était de 32,0 pour cent ; en 2004, ce taux a chuté à 28,4 pour cent ; ceci équivaut à une réduction de 11,3 pour cent sur une période de 14 ans (c'est-à-dire un taux moyen de réduction annuelle de 0,8 pour cent).

Les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont certains des taux de malnutrition et mortalité chez les enfants de moins de cinq ans parmi les plus élevés au monde. Dans cette région, trois millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année ; la malnutrition est la cause attribuable de 56 pour cent de ces décès ; ceci veut dire que 56 pour cent des décès d'enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre pourraient être évités si les enfants n'étaient pas malnutris.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, les nourrissons et les jeunes enfants sont particulièrement affectés par la malnutrition ainsi, 34 pour cent (un tiers) des enfants de 6 à 23 mois ont une insuffisance pondérale. Les mauvaises pratiques d'alimentation – particulièrement les pratiques sous optimales d'allaitement maternel et d'alimentation

Note

Pour le besoin de ce document, l'Afrique de l'Ouest et du Centre comprend les 24 pays inclus dans la Région UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre; ces pays sont: Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, République Démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Guinée Equatoriale, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, République Centrafricaine, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Sierra Léone, Tchad et Togo.

complémentaire pour les nourrissons et les jeunes enfants – sont la cause majeure de la malnutrition infantile en plus des maladies communes souvent exacerbées par les parasites intestinaux.

Les jeunes enfants sont particulièrement affectés par la malnutrition ainsi, 34 pour cent (un tiers) des enfants de 6 à 23 mois ont une insuffisance pondérale. Les mauvaises pratiques d'alimentation – particulièrement les pratiques sous optimales d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire pour les nourrissons et les jeunes enfants – sont la cause majeure de la malnutrition infantile en plus des maladies communes souvent exacerbées par les parasites intestinaux.

L'allaitement maternel est une pratique universelle en Afrique de l'Ouest et du Centre. Les taux d'initiation de l'allaitement maternel sont au dessus de 90 pour cent dans tous les pays (à l'exception du Gabon) et les enfants sont allaités pour une longue période comme reflété par le fait que la durée moyenne de l'allaitement maternel dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre est de 20 mois. Cependant, le taux d'allaitement maternel exclusif est plus bas que dans n'importe quelle autre région du monde : en Afrique de l'Ouest et du Centre, seulement 20 pour cent des jeunes enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein, avec des taux d'allaitement maternel exclusif aussi bas que 2 pour cent au Tchad, 4 pour cent en Sierra Leone, et 5 pour cent en Côte d'Ivoire. Cependant, certains pays dans la région ont fait des progrès remarquables dans la proportion d'enfants de moins de six mois qui sont allaités exclusivement au sein ; entre 1990 et 2004, les taux d'allaitement maternel exclusif sont passés de 3 pour cent à 19 pour cent au Burkina Faso, 7 pour cent à 24 pour cent au Cameroun, 4 pour cent à 53 pour cent au Ghana, 9 pour cent à 25 pour cent au Mali, 3 pour cent à 17 pour cent au Nigeria, et 6 pour cent à 34 pour cent au Sénégal.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, l'allaitement maternel est une pratique universelle, comme reflété par une durée moyenne de l'allaitement de 20 mois. Cependant, le taux d'allaitement maternel exclusif est plus bas que dans n'importe quelle autre région du monde puis que seulement 20 pour cent des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein.

Il est encourageant de voir que l'allaitement maternel est profondément ancré dans la tradition et les pratiques des pays, communautés et des personnes qui s'occupent des enfants ; il est aussi encourageant de voir qu'il y a eu des augmentations significatives et soutenues dans la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel exclusif. Cependant l'Afrique de l'Ouest et du Centre reste la région du monde avec les taux de mortalité infantile les plus élevés et les taux d'allaitement maternel exclusif les plus bas. Si des meilleures pratiques d'allaitement maternel – particulièrement la mise au sein précoce au cours de la première heure qui suit la naissance et l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de la vie – sont protégées, encouragées et soutenues à travers des actions politiques et de mise en œuvre de programmes basés sur les résultats, l'allaitement maternel a le potentiel d'être l'intervention la plus importante pour la survie de l'enfant en Afrique de l'Ouest et du Centre.

L'Afrique de l'Ouest et du Centre reste la région du monde avec les taux de mortalité infantile les plus élevés et les taux d'allaitement maternel exclusif les plus bas. Si des meilleures pratiques d'allaitement maternel – particulièrement la mise au sein précoce au cours de la première heure qui suit la naissance et l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de la vie – sont protégées, encouragées et soutenues à travers des actions politiques et de mise en œuvre de programmes basés sur les résultats, l'allaitement maternel a le potentiel d'être l'intervention la plus importante pour la survie de l'enfant en Afrique de l'Ouest et du Centre.



2

LE CODE INTERNATIONAL ; POURQUOI EST-IL NÉCESSAIRE ?

Il y a vingt ans, les panneaux d'affichage et les radios incitaient les mères à rendre leurs enfants forts et sains en les nourrissant avec des laits fabriqués industriellement pour remplacer le lait maternel. Des brochures et des prospectus donnés aux mères dans les maternités et autres services du système de santé affirmaient que les substituts du lait maternel commerciaux rendraient l'alimentation de leurs enfants saine et facile si elles n'avaient pas assez de lait ou pendant le travail.

Les matériels de promotion ne mentionnaient pas que les enfants qui ne sont pas allaités au sein sont plus à risque d'avoir de la diarrhée et des infections respiratoires, deux des causes les plus communes de la malnutrition, de la morbidité et de la mortalité des enfants dans les pays en développement. Ils ont aussi manqué de porter à la connaissance des mères et des agents de santé que presque toutes les mamans ont assez de lait pour nourrir leurs enfants et que les femmes peuvent continuer à allaiter leurs enfants lorsqu'elles vont au travail loin de leurs maisons. En plus, les agents de santé n'étaient pas informés sur la meilleure façon de soutenir les mères au moment de l'accouchement pour que l'allaitement maternel devienne facile et gratifiant.

Lorsqu'un lait de substitution commercial cher est trop dilué pour qu'il dure plus longtemps ou lorsqu'il est donné à l'enfant dans des biberons non stérilisés avec de l'eau non propre, le risque de malnutrition, maladie et décès est augmenté car les enfants sont privés des propriétés nutritionnelles et immunologiques du lait maternel et exposés aux dangers de l'alimentation de remplacement.

Lorsqu'un lait de substitution commercial cher est trop dilué pour qu'il dure plus longtemps ou lorsqu'il est donné à l'enfant dans des biberons non stérilisés avec de l'eau non propre, le risque de la malnutrition, maladie et décès est augmenté car les enfants sont privés des propriétés nutritionnelles et immunologiques du lait maternel et exposés aux dangers de l'alimentation de remplacement.

Les panneaux d'affichage, les posters et les prospectus

étaient faits à l'intention des femmes qui avaient les moyens d'acheter les substituts du lait maternel commerciaux et qui étaient assez éduquées pour lire les instructions de la préparation afin de réduire les risques de l'alimentation de remplacement. Cependant, les fabricants et distributeurs des substituts du lait maternel commerciaux n'ont pas toujours pris la responsabilité des conséquences de leurs pratiques de commercialisation sur les femmes les moins fortunées (c'est-à-dire sur la vaste majorité des femmes dans les pays en développement). Pendant que la tendance de l'alimentation au biberon s'est étendue des familles mieux loties économiquement à la population générale dans les pays en développement, une augmentation dans la malnutrition, la morbidité et de la mortalité des enfants a suivi car seul un nombre limité de familles avait un accès adéquat aux substituts du lait maternel, à de l'eau propre, aux combustibles, aux facilités de stérilisation et à des niveaux d'éducation requis pour utiliser de façon appropriée le lait de substitution commercial.

Pendant que la tendance de l'alimentation au biberon s'est étendue des familles mieux loties économiquement à la population générale dans les pays en voie de développement, une augmentation dans la malnutrition, la morbidité et la mortalité des enfants a suivi car seul un nombre limité de familles avait un accès adéquat aux substituts du lait maternel, à de l'eau propre, aux combustibles, aux facilités de stérilisation et à des niveaux d'éducation requis pour utiliser de façon appropriée le lait de substitution commercial.

2.1. La commercialisation des substituts du lait maternel : Une perspective historique

Jusqu'au 19^{ème} siècle, presque tous les enfants étaient allaités, quelques soient la culture ou le pays, le foyer ou le statut économique. Dans de rares situations, quand une mère était décédée ou quand elle ne pouvait pas allaiter

ter parce que le travail la tenait éloignée de son enfant ou qu'elle était malade, la solution alternative était de chercher une autre femme pour allaiter l'enfant. De même, quand des femmes de l'aristocratie ont été persuadées ou ont choisi de laisser leurs bébés à des infirmières ou des nurses, les bébés étaient alors allaités par une autre femme. Ces femmes, appelées nourrices, étaient soit des amies, des parents soit des femmes payées pour le service rendu. L'allaitement était la norme et la solution à un problème d'allaitement maternel était de rechercher une autre mère, pas un autre lait. Vers la fin du 19^{ème} siècle, cependant, quelques familles ont commencé à introduire divers produits destinés à l'alimentation du jeune enfant afin de compléter ou de remplacer le lait maternel.

Jusqu'au 19^{ème} siècle, presque tous les enfants étaient allaités, quels que soient la culture ou le pays, le foyer ou le statut économique. L'allaitement maternel était la norme et la solution à un problème d'allaitement maternel était de rechercher une autre mère, pas un autre lait.

Un des premiers substituts commerciaux du lait maternel a été inventé en 1867. Ce produit était un mélange composé de farine torréfiée et de lait concentré et commercialisé par une firme agroalimentaire suisse¹. À ce moment-là, la plupart des enfants en bas âge qui étaient nourris avec ces substituts du lait maternel ne survivaient pas. Par exemple, dans une région de l'Allemagne où la majorité des enfants a été alimentée avec un gruau composé de farine et d'eau pour remplacer le lait maternel, cinquante pour cent des enfants en bas âge sont morts ; en conséquence le taux de mortalité infantile dans cette région était quatre fois plus élevé que le taux de mortalité infantile en Norvège, où l'allaitement maternel était la norme².

Quand les substituts commerciaux du lait maternel sont devenus plus disponibles en Europe et en Amérique du Nord, la pratique de l'allaitement maternel a commencé à diminuer de façon alarmante. Tandis que les taux de natalité dans les pays industrialisés ont diminué, les fabricants de substituts du lait maternel ont recherché des nouveaux marchés ; les pays en développement, avec des taux de natalité élevés, sont devenus un marché attractif pour les fabricants d'aliments pour les bébés. Vers la fin de la seconde Guerre Mondiale, beaucoup de firmes qui fabriquaient des aliments les bébés vendaient leurs substituts du lait maternel dans les pays colonisés en Afrique et en Asie.

Quand les substituts commerciaux du lait maternel sont devenus plus disponibles en Europe et en Amérique du Nord, la pratique de l'allaitement maternel a commencé à diminuer de façon alarmante. Vers la fin de la seconde Guerre Mondiale, beaucoup de firmes qui fabriquaient des aliments les bébés vendaient leurs substituts du lait maternel dans les pays colonisés en Afrique et en Asie.

La tendance vers l'alimentation de remplacement dans les pays en développement a commencé par les familles riches qui étaient habituellement puissantes. Dans de telles familles, les hommes étaient souvent instruits en Europe ou en Amérique du Nord, où l'alimentation de remplacement du nourrisson était associée au pouvoir, à l'autorité, à l'influence et au statut socio-économique. La tendance s'est rapidement étendue au reste de la population. Dans les années 1960, la pratique de l'allaitement maternel a décliné rapidement dans beaucoup de régions du monde. Au Mexique, par exemple, la proportion d'enfants âgés de six mois qui étaient allaités est passée de 100 pour cent à 9 pour cent entre 1960 et 1970³. À Singapour le nombre d'enfants âgés de trois mois qui étaient allaités est passé de 80 pour cent à 5 pour cent de 1951 à 1971⁴.

2.2. Publicité et promotion : Le lien avec le déclin des taux d'allaitement maternel

Il a fallu attendre jusqu'aux années 1970 pour que dans les arènes internationales, les décideurs politiques identifient le lien entre la commercialisation des substituts du lait maternel et la baisse de la pratique de l'allaitement maternel dans le monde entier. Une femme a fait ce lien avant les autres : Dr. Cicely Williams. Dr. Williams était une pédiatre qui a travaillé à Singapour vers la fin des années 1930 et est devenue plus tard la première directrice de la Santé Maternelle et Infantile de l'Organisation Mondiale de la Santé. En 1939, elle a fait un discours au Rotary Club de Singapour dont le titre était *Lait et Meurtre*. Dans son discours, elle a précisé que les nourrissons mourraient en raison de pratiques d'alimentation inadéquates, et que "la propagande mal orientée sur l'alimentation du nourrisson devrait être punie comme la forme la plus criminelle de sédition, et de que ces décès devraient être considérés comme des meurtres"⁵. Cependant, 40 années supplémentaires ont été nécessaires avant que d'autres personnes aient commencé à aborder la thématique de l'alimentation du nourrisson et aient réclamé l'action des gouvernements pour la protection, l'encouragement et la promotion de l'allaitement maternel.

En 1960, les fabricants nord-américains et européens de substituts du lait maternel exportaient une variété de marques de lait de substitution à travers l'Afrique, en Asie et en Amérique latine. Ces compagnies utilisaient un large spectre de techniques de commercialisation pour augmenter les ventes de leurs produits. Leurs méthodes de commercialisation allaient des panneaux d'affichage à la publicité dans les radios et les journaux, et incluaient la distribution d'échantillons gratuits de lait de substitution aux mères et aux prestataires de services par l'intermédiaire des services de santé et des « nourrices » recrutées comme représentantes commerciales par les compagnies vendant des laits de substitution.

En 1960, les fabricants nord-américains et européens de substituts du lait maternel exportaient une variété de marques de lait de substitution à travers l'Afrique, en Asie et en Amérique latine. Leurs méthodes de commercialisation allaient des panneaux d'affichage à la publicité dans les radios et les journaux, et incluaient la distribution d'échantillons gratuits de lait de substitution aux mères et aux prestataires de services par l'intermédiaire des services de santé et des « nourrices » recrutées comme représentantes commerciales par les compagnies vendant des laits de substitution.

La publicité est devenue répandue. Par exemple, en 1970, une enquête en Sierra Leone a répertorié, 246 annonces - radio pour trois substituts commerciaux du lait maternel sur une période de un mois.⁶ A la même période, des panneaux d'affichages publicitaires au bord des routes du Nigeria ont mis en vedette un bébé souriant et potelé tenant une boîte de lait SMA à côté de l'expression, « Bienvenue au Nigeria, où les bébés SMA sont en bonne santé et heureux »⁷.

Quelques médecins ont commencé à exprimer leurs inquiétudes concernant le nombre de plus en plus important de cas de diarrhée et de malnutrition parmi les nourrissons suivis dans les hôpitaux et cliniques du monde entier. Dr. Derrick Jelliffe de l'Institut de l'Alimentation et de la Nutrition en Jamaïque est devenu un porte parole de l'importance de l'allaitement maternel et a dénoncé les effets nocifs de la commercialisation des substituts du lait maternel sur la nutrition, la santé et la survie des enfants.

Au début des années 70, Dr. Jelliffe a publié un article intitulé « *La malnutrition commerciogénique* », une expression qu'il a inventée pour décrire l'impact de la commercialisation de ces produits sur la santé, la nutrition et la survie des nourrissons⁹. Sa recherche a attiré l'attention sur les problèmes causés par l'alimentation de remplacement. Une autre pédiatre, Dr. Catherine Wennen, fut une des premières à attirer l'attention sur la commercialisation répandue et agressive qu'elle a constatée lorsqu'elle travaillait au Nigeria dans les années 1960 et elle a écrit sur le nombre croissant de nourrissons et de jeunes enfants qui sont devenus malnutris et malades à cause de l'alimentation au biberon⁹.

Au début des années 70, Dr. Jelliffe a publié un article intitulé « La malnutrition commerciogénique », une expression qu'il a inventée pour décrire l'impact de la commercialisation de substituts du lait maternel sur la santé, la nutrition et la survie des nourrissons. Sa recherche a attiré l'attention sur les problèmes causés par l'alimentation de remplacement. Une autre pédiatre, Dr. Catherine Wennen, fut une des premières à attirer l'attention sur la commercialisation répandue et agressive qu'elle a constatée lorsqu'elle travaillait au Nigeria dans les années 1960 et elle a écrit sur le nombre croissant de nourrissons et de jeunes enfants qui sont devenus malnutris et malades à cause de l'alimentation au biberon.

En dépit des efforts de différents médecins pour rendre public cette crise naissante concernant la survie de l'enfant, le public est resté en grande partie ignorant et le gouvernement et les agences internationales ont alors dû y répondre. Lorsque le magazine britannique *The New Internationalist* a publié un entretien du Dr. David Morley et du Dr. Ralph Hendrickse - deux pédiatres avec une solide expérience professionnelle dans les pays en développement - le problème a été finalement mis en lumière. Les deux médecins ont décrit les conséquences négatives que la commercialisation des substituts commerciaux du lait maternel avait sur l'allaitement maternel et sur la nutrition, la santé et la survie des enfants dans les pays en développement¹⁰.

La conscience publique a augmenté en 1974 avec la publication et la distribution de vingt mille copies d'un livret intitulé *Le Tueur de Bébé* par l'ONG britannique War on Want. La couverture représentait un bébé africain sévèrement malnutri dans un biberon. Les auteurs ont illustré l'histoire avec une multitude d'exemples de commercialisation et de promotion des substituts commerciaux du lait maternel, provenant principalement d'Afrique¹¹. Peu après la publication de *Le Tueur de Bébé*, le système des Nations Unies a abordé cette catastrophe imminente pour la première fois. L'Assemblée Mondiale de la Santé - composée d'officiels de la santé de tous les Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé - a adopté une résolution reconnaissant le déclin de la pratique de l'allaitement maternel et que ce déclin était « un des facteurs contribuant à la mortalité infantile et à la malnutrition »; dans la résolution WHA27.43. L'Assemblée Mondiale de la Santé a encouragé les Etats membres à prendre des mesures légales pour contrôler la commercialisation des substituts du lait maternel.

Ce scandale public sur les conséquences de la commercialisation des substituts du lait maternel sur l'alimentation, la nutrition et la survie des nourrissons dans le monde en développement ont pris de l'ampleur dans les années 1970. En Suisse, un groupe d'étudiants a traduit *Le Tueur de Bébé* en allemand. Les professionnels de la santé du monde entier ont témoigné sur les techniques de commercialisation utilisées par les fabricants de substituts commerciaux du lait maternel pour encourager

les mères et le personnel de santé à alimenter les enfants avec des substituts du lait maternel et les juges du procès ont sommé certains fabricants de substituts du lait maternel de modifier leurs pratiques de commercialisation et d'éviter d'autres accusations de « conduite immorale et non éthique »¹².

En dépit des suites judiciaires et des actions législatives, la plupart des fabricants de substituts du lait maternel ont continué à commercialiser leurs produits comme auparavant. En 1975, la sortie d'un film intitulé *Bottle Babies* (i.e. *Enfants Biberon*) a abouti à de nouveaux reproches publics contre leurs pratiques commerciales. Le film décrivait les réalités des femmes vivant dans la pauvreté, essayant malgré tout de nourrir leurs bébés au biberon, de la façon « moderne et plus nutritive » en utilisant des aliments sur dilués et de l'eau impropre.

En 1975, la sortie d'un film intitulé Bottle Babies (i.e. Enfants Biberon) a abouti à de nouveaux reproches publics contre les pratiques commerciales de la plupart des fabricants de substituts du lait maternel. Le film décrivait les réalités des femmes vivant dans la pauvreté, essayant malgré tout de nourrir leurs bébés au biberon, de la façon « moderne et plus nutritive » en utilisant des aliments surdilué et de l'eau impropre.

Un groupe aux Etats-Unis a décidé de lancer un boycott des consommateurs contre Nestlé, qui est en définitive devenu le plus long et plus large boycott de consommateurs de l'histoire. En 1978, le sénateur Edward Kennedy a présidé une audience aux Etats-Unis pour enquêter sur la publicité, la promotion et l'utilisation des laits de substitution dans les pays en développement. L'audience du sénat des Etats-Unis a entraîné une plus grande attention. Le sénateur Kennedy a finalement demandé à l'OMS et à l'UNICEF de tenir une réunion internationale sur la commercialisation des laits de substitution et autres substituts du lait maternel¹³.

En 1979, des délégués gouvernementaux et des représentants des agences Nations Unies, des ONGs et des fabricants de substituts du lait maternel, aussi bien que des experts en nutrition, en pédiatrie, en santé publique et du commerce ont assisté à une réunion conjointe UNICEF-OMS sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La recommandation la plus significative qui a résulté de cette réunion internationale était qu'un Code International sur la commercialisation des laits de substitutions et des substituts du lait maternel devrait être adopté. Les délégués de cette réunion ont également recommandé que les laits de substitutions ne devraient pas être commercialisés ou même disponibles dans un pays à moins que la vente de ces laits de substitution soit conforme à un tel code ou une telle législation¹⁴.

Une période de rédaction et de discussions entre les parties prenantes de cette réunion s'en est suivie et en 1981, l'AMS a voté 118 contre 1 en faveur de la résolution WHA34.22 adoptant *le Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel* (le Code International). À la différence des conventions et des réglementations internationales, une recommandation de l'Assemblée Mondiale de la Santé n'engage pas les Etats membres. Pour avoir une valeur juridique au niveau national, le Code International doit être traduit en législation et réglementations nationales. Grâce à la résolution WHA34.22 (1981), l'Assemblée Mondiale de la Santé a encouragé les Etats membres à mettre en oeuvre le Code International "dans sa totalité" et à suivre l'observance du Code International.

En 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le Code International sur la Commercialisation

des Substituts du Lait Maternel. L'Assemblée Mondiale de la Santé a encouragé les Etats membres à mettre en application le Code International "dans sa totalité" et à surveiller son application. Depuis 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté un certain nombre de résolutions supplémentaires pertinentes au sujet l'alimentation du nourrisson et de l'utilisation des substituts du lait maternel. Ces résolutions servent à maintenir le Code International à jour en prenant en compte les avancées scientifiques et des changements des pratiques en matière de commercialisation au cours des années. Ces résolutions jouissent du même statut que le Code International.

Depuis 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté un certain nombre de résolutions pertinentes subséquentes au sujet de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La plupart de ces résolutions ont réitéré le besoin urgent que les gouvernements mettent en oeuvre le Code International et les résolutions subséquentes au niveau national. Certaines des dernières résolutions clarifient les questions qui se sont posées depuis 1981 et servent à maintenir le Code International à jour en prenant en compte les avancées de la connaissance scientifique et des changements de pratiques commerciales au cours des années.

En 1986, par exemple, la résolution WHA39.28, a indiqué que les "laits 2^{ème} âge" (lait de substitution commercialisé pour des nourrissons plus âgés) ne sont pas nécessaires, alors que la résolution WHA47.5 en 1994 a clarifié les ambiguïtés en relation avec les offres gratuites et à bas prix, soulignant que de telles offres en substituts du lait maternel, biberons ou tétines ne devraient pas être autorisées au sein du système de santé. Des résolutions plus récentes ont clarifié que la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif est de six mois (résolution WHA54.2, 2001) et ont demandé instamment que les aliments de complément à l'allaitement maternel ne soient pas commercialisés ou utilisés de façon néfaste pour l'allaitement maternel exclusif et prolongé (résolution WHA49.15, 1996). Les résolutions ont également réclamé aux Etats membres de s'assurer que l'appui financier et autres primes pour les programmes et les professionnels de la santé travaillant dans le domaine de l'alimentation et la santé du nourrisson et du jeune enfant ne créent pas de conflits d'intérêt et que la mise en œuvre du Code soit effectuée d'une façon transparente dépourvue de tout intérêt commercial (résolution WHA49.15, 1996). Le Code International et toutes les résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé ultérieurement adoptées jouissent du même statut.



Le Code International en résumé¹⁵

Le Code International s'applique à la commercialisation des laits de substitutions et autres produits commercialisés ou représentés comme étant un substitut du lait maternel, ainsi qu'aux biberons et aux tétines.

Pour le **grand public** :

- Aucune publicité ou autre forme de promotion destinée au public ;
- Aucun échantillon de produit aux mères ;
- Aucun contact entre le personnel de la commercial et les femmes enceintes ou les mères ;
- Les matériaux sur l'alimentation du nourrisson peuvent seulement être fournis avec l'approbation du gouvernement et doivent expliquer la supériorité et les avantages de l'allaitement maternel aussi bien que les risques sanitaires liés à l'alimentation de remplacement ; de tels matériaux ne peuvent pas avoir des images ou un texte qui idéalisent l'alimentation avec le biberon ou se rapportent à des noms de marque de produits ;
- Des produits peu appropriés, tels que le lait concentré sucré, ne doivent pas être promus auprès des jeunes enfants et tous les produits alimentaires doivent répondre à des normes applicables.

Pour le **système de santé** :

- Aucune promotion dans les services de santé
- Aucun don de fournitures gratuites ou à bas prix ;
- Aucun cadeau au personnel sanitaire ;
- Les échantillons de produits sont autorisés seulement pour l'évaluation et la recherche ;
- L'information des produits au personnel sanitaire limité aux sujets scientifiques et factuels ;
- Le personnel de la santé ne devrait jamais donner des échantillons aux femmes enceintes, aux mères ou aux familles.

Pour l'**étiquetage** :

- Aucune image d'enfants, ou d'autres mots ou images idéalisant l'alimentation de remplacement ;
- Il doit clairement établir la supériorité de l'allaitement ;
- Il doit inclure des instructions de préparation ;
- Il doit inclure l'avertissement au sujet des risques sanitaires d'une mauvaise préparation.

Le Code et les résolutions pertinentes ultérieurement adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé expliquent également bien clairement les responsabilités de divers acteurs en assurant leur exécution et surveillance d'une manière efficace :

Pour les **gouvernements** :

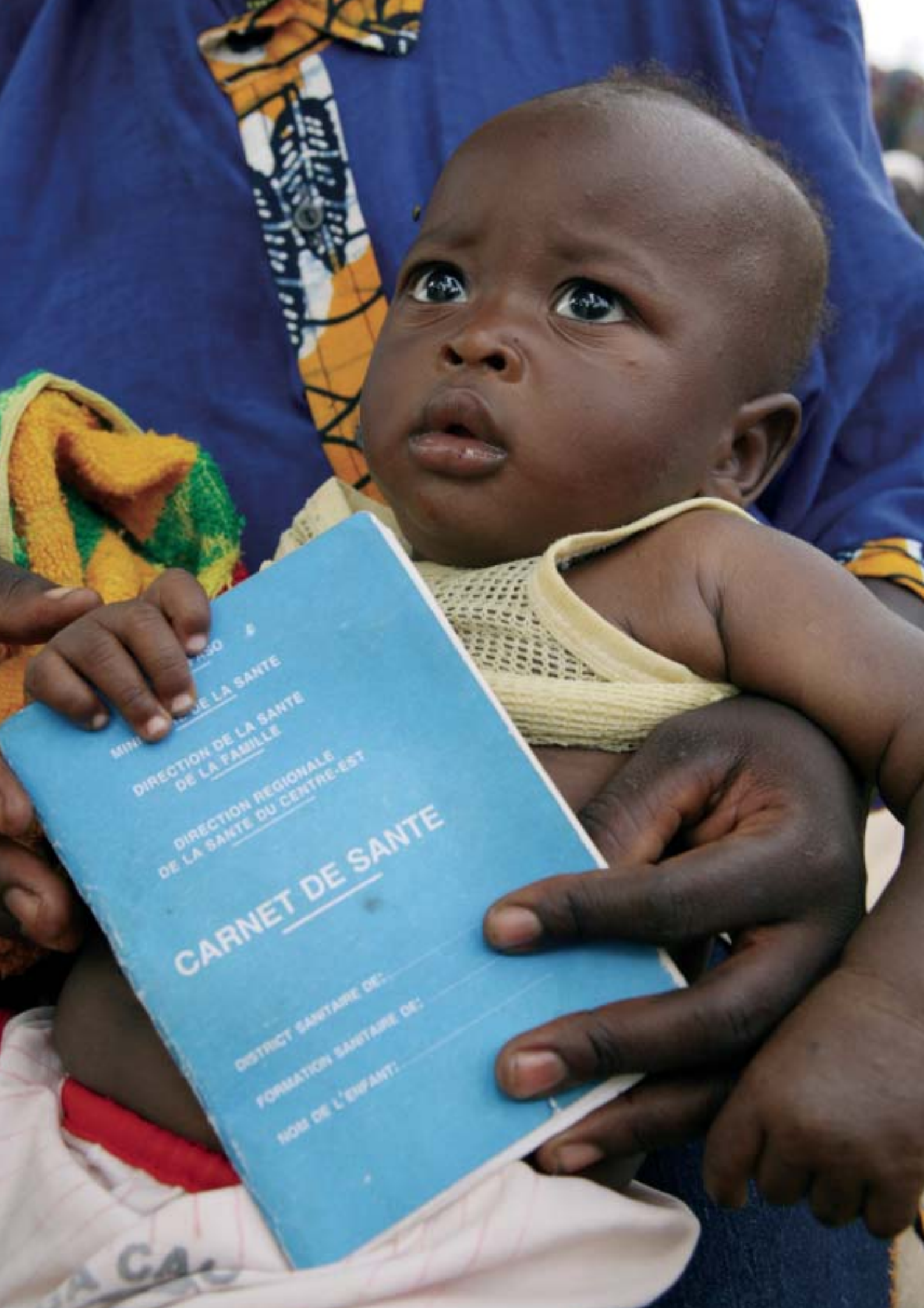
- Adoption d'une législation nationale, de réglementations ou d'autres mesures appropriées ;
- Application des mesures sur la même base pour tous les procédés impliqués dans les produits indiqués dans la fabrication et la commercialisation ;
- L'établissement de mécanismes de surveillance transparents, indépendants et dégagés de toute influence commerciale.

Pour les **fabricants et les distributeurs des produits indiqués** :

- Surveiller les pratiques de commercialisation, indépendamment de toutes les autres mesures prises pour mettre en oeuvre le Code ;
- Assurer que leur conduite à chaque niveau se conforme aux principes et au but du Code et aux résolutions pertinentes ultérieurement adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé ;
- Informer le personnel impliqué dans le domaine de la commercialisation du Code International des résolutions pertinentes ultérieurement adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé, et des responsabilités qui leur incombent.

Pour les **Organisations non Gouvernementales et autres parties concernées** :

- Attirer l'attention du gouvernement, des fabricants ou des distributeurs sur les activités qui sont incompatibles avec les principes et le but du Code International et des résolutions pertinentes ultérieurement adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé.



MINISTRE DE LA SANTE
DIRECTION DE LA SANTE
DE LA FAMILLE

DIRECTION REGIONALE
DE LA SANTE DU CENTRE-EST

CARNET DE SANTE

DISTRICT SANITAIRE DE: _____
FORMATION SANITAIRE DE: _____
NOM DE L'ENFANT: _____

3

LE CODE INTERNATIONAL DANS LE CONTEXTE DE LA SURVIE DE L'ENFANT

Le Code International a été adopté en 1981 par l'Assemblée Mondiale de la Santé dont les états membres étaient préoccupés par les pratiques agressives et inadéquates de commercialisation des substituts du lait maternel, qui contribuaient à une baisse alarmante des taux d'allaitement maternel et à l'augmentation associée des taux de malnutrition, de morbidité et de mortalité parmi les nourrissons et les jeunes enfants, en particulier dans les pays en développement. Vingt-cinq ans après, le Code International reste aussi important pour la survie de l'enfant qu'en 1981.

La connaissance sur l'importance de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, particulièrement l'allaitement maternel, surpasse largement celle de 1981. Des pratiques alimentaires appropriées jouent un rôle crucial pour atteindre une survie, une croissance et un développement optimaux. Le lait maternel est une « substance vivante » qui couvre tous les besoins nutritionnels d'un bébé au cours des six premiers mois de la vie et a en plus l'avantage de contenir des anticorps qui aident à protéger l'enfant contre les maladies infantiles courantes pendant la première année et la petite enfance.

La recherche continue à révéler les avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant ; ces avantages ne peuvent pas être remplacés ou reproduits. Le lait maternel est sain et propre, toujours à la bonne température, gratuit et quasiment toutes les mères ont suffisamment de lait pour leurs enfants. Il y a également une relation positive entre l'allaitement maternel et l'espacement des naissances.

Vingt-cinq ans après son adoption par l'Assemblée Mondiale de la Santé, le Code International reste aussi important pour la survie de l'enfant qu'en 1981. La recherche continue à révéler les avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant ; ces avantages ne peuvent pas être remplacés ou reproduits. Il est sain et propre, toujours à la bonne température, gratuit et quasiment toutes les mères ont suffisamment de lait pour leurs enfants. Il y a également une relation positive entre l'allaitement maternel et l'espacement des naissances.

Les nourrissons et les jeunes enfants qui ne sont pas allaités sont plus à risque de malnutrition, ce qui mène à une croissance et un développement insuffisants, la maladie et la mort. Dans les pays en développement, le risque de décès par diarrhée et par pneumonie au cours des cinq premiers mois de la vie parmi les nourrissons qui ne sont pas allaités est sept et cinq fois plus élevé respectivement que parmi les nourrissons qui sont exclusivement allaités¹⁶.

D'ailleurs, les bébés qui ne sont pas allaités ont six fois plus de risque de mourir de maladies infectieuses au cours des deux premiers mois de la vie que les nourrissons qui sont allaités. Le risque est toujours presque trois fois plus élevé pour les enfants de quatre à cinq mois¹⁷. La recherche récente prouve également que 22 pour cent des décès néonataux pourraient être évités si les nourrissons commençaient à être allaités dans la première heure après la naissance.¹⁸

Les bébés qui sont partiellement allaités ou pas allaités du tout sont nourris avec un certain type de substitut du lait maternel, souvent avec le biberon. L'alimentation au biberon dans des conditions de pauvreté mène souvent à une malnutrition, une morbidité et une mortalité infanto-juvénile accrues. Pour que l'alimentation au biberon soit saine, la famille doit avoir accès à de l'eau propre, du carburant et des accessoires pour bouillir l'eau et pour stériliser les équipements, des revenus adéquates pour acheter les quantités suffisantes de substituts du lait maternel pour aussi longtemps que nécessaire et un niveau d'éducation qui permet de suivre scrupuleusement les instructions pour faire un mélange et une stérilisation adéquats.

Les décisions politiques internationales récentes reconnaissent plus que jamais l'importance de l'allaitement maternel pour la survie, la croissance et le développement de l'enfant. Les leaders internationaux au sommet du Millénaire des Nations Unies en septembre 2000 ont reconnu que plus d'un milliard de personnes sont soumis à la pauvreté extrême et aux conditions associées de « déshumanisation »¹⁹. Au sommet, les leaders internationaux ont apporté une réponse en adoptant la *Déclaration du Millénaire* avec ses objectifs élaborés pour améliorer

les défis sérieux qui existent dans l'humanité. Pour les enfants âgés de moins de cinq ans, deux objectifs cruciaux à atteindre en 2015 sont : a) réduire de moitié la proportion d'enfants qui ont un poids insuffisant pour leur âge ; et b) réduire de deux tiers le taux de mortalité chez les enfants ; les taux de malnutrition et de mortalité infanto-juvéniles en 1990 étant utilisés comme référence.

Avec moins de quinze années pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, les décideurs ont été encouragés par une étude publiée dans *The Lancet* en 2003 par le groupe d'étude de Bellagio, un groupe international de chercheurs renommés. L'étude a conclu que l'objectif de réduire la mortalité infanto-juvénile de deux tiers est à la portée des nations en utilisant des interventions qui sont aujourd'hui disponibles, sans attendre de nouveaux vaccins, médicaments ou technologies. Le groupe a identifié l'allaitement maternel ainsi que l'alimentation de complément appropriée comme les deux interventions les plus importantes pour la survie de l'enfant, capables de réduire la mortalité infanto-juvénile de 20 pour cent dans les 42 pays qui comptaient pour 90 pour cent des décès d'enfants dans le monde en 2000²⁰.

En 2003, une étude publiée dans The Lancet par le groupe d'étude de Bellagio, a déterminé que l'allaitement maternel et l'alimentation de complément appropriés sont les deux interventions les plus importantes pour la survie de l'enfant ; elles seraient capables de réduire de 20 pour cent la mortalité infanto-juvénile dans les 42 pays où 90 pour cent des décès d'enfants dans le monde sont répertoriés.

En se basant sur la Déclaration et les Objectifs du Millénaire pour le Développement, l'UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé ont développé la *Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant* – une stratégie intégrale pour revitaliser l'engagement international visant à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et sa nutrition, survie, croissance et développement. La stratégie mondiale a été approuvée par l'Assemblée Mondiale de la Santé et conseil d'administration de l'UNICEF en 2002 ; elle renforce la recommandation de santé publique pour l'alimentation optimale du nourrisson : « les nourrissons doivent être allaités exclusivement dans les six premiers mois de la

vie pour que leur survie, leur croissance et leur développement puissent être atteints de façon optimale. Ensuite, pour satisfaire leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent recevoir des aliments de complément qui sont nutritionnellement adéquats et sains tandis que l'allaitement continue pendant deux ans ou plus ». La mise en oeuvre du Code International est l'une des étapes principales de la *Stratégie Mondiale*.

En 2002, en se basant sur la Déclaration et les Objectifs du Millénaire pour le Développement, l'UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé ont développé la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant – une stratégie intégrale pour revitaliser l'engagement international visant à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, sa nutrition, survie, croissance et développement. La mise en oeuvre du Code International est l'une des étapes principales de la Stratégie Mondiale.

En 2005, les décideurs politiques qui se sont réunis à Florence (Italie) pour célébrer le 15^{ème} anniversaire de la *Déclaration Innocenti de 1990 sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel* ont réitéré l'urgence d'atteindre les *Objectifs du Millénaire pour le Développement* et, en particulier, d'améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La *Déclaration Innocenti de 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* souligne que « les mauvaises pratiques alimentaires – un allaitement maternel inexistant ou sub-optimal et une alimentation de complément inappropriée – demeurent la plus grande menace pour la santé et la survie de l'enfant. L'allaitement maternel pourrait à lui seul sauver les vies de plus de 3500 enfants chaque jour - plus que n'importe quelle autre intervention préventive ».

La Déclaration Innocenti de 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant souligne que les mauvaises pratiques alimentaires demeurent la plus grande menace pour la santé et la survie de l'enfant. L'allaitement maternel pourrait à lui seul sauver les vies de plus de 3500 enfants chaque jour - plus que n'importe quelle autre intervention préventive.



4

LE CODE INTERNATIONAL DANS LE CONTEXTE DU VIH/SIDA

Vers la fin des années 1980, les chercheurs ont découvert que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peut être transmis d'une mère à son enfant par l'allaitement maternel. Entre 5 et 20 pour cent des bébés nés de mères infectées par le VIH peuvent contracter le VIH par l'allaitement maternel²¹. Cette connaissance peut mener les femmes qui se savent séropositives ainsi que les femmes qui ne connaissent pas leur statut VIH à craindre d'allaiter. Actuellement, plus de 90 pour cent de femmes vivant dans les pays en développement ne savent pas si elles sont ou non infectées par le VIH car le dépistage du VIH n'est pas largement disponible et même lorsqu'il est disponible beaucoup de femmes préfèrent ne pas connaître leur statut VIH²².

La possibilité de transmission du VIH d'une mère à son enfant par l'allaitement implique que les mères font face à un dilemme lorsqu'elles doivent décider comment nourrir leur enfant ; ceci implique également que les décideurs politiques font face à un dilemme lorsqu'ils doivent décider comment conseiller le personnel de santé, les communautés et les familles sur les choix d'alimentation du nourrisson.

Si les mères évitent complètement l'allaitement, elles éliminent le risque de transmettre l'infection par VIH à leurs enfants dans la période postnatale. Cependant, dans des conditions telles qu'en Afrique de l'Ouest et du Centre, le pourcentage de nourrissons et de jeunes enfants qui mourraient d'infections autres que le VIH du fait de ne pas être allaités est beaucoup plus élevé que celui des enfants qui pourraient être infectés par le virus du VIH à travers l'allaitement maternel.

Vers la fin des années 1980, les chercheurs ont découvert que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peut être transmis d'une mère à son enfant par l'allaitement. Cependant, dans des conditions telles qu'en Afrique de l'Ouest et du Centre, le pourcentage de nourrissons et de jeunes enfants qui pourraient mourir d'infections autres que le VIH du fait de ne pas être allaités est normalement

beaucoup plus élevé que celui des enfants qui pourraient être infectés par le virus du VIH à travers l'allaitement maternel.

Comme discuté plus haut, les études ont démontré que les nourrissons qui ne sont pas allaités pendant les premiers mois de la vie ont un risque de décéder de maladies infectieuses beaucoup plus élevé que les nourrissons qui sont allaités²³. Quand l'allaitement maternel est exclusif, la différence dans les taux de survie des enfants est bien plus marquée. Il est aussi prouvé que lorsque les mères séropositives allaitent exclusivement pendant les premiers mois de la vie, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est plus bas et le taux de survie parmi les nourrissons est plus élevé que celui des nourrissons de mères séropositives qui alternent l'allaitement maternel et les substituts du lait maternel²⁴. Par conséquent, l'allaitement maternel exclusif demeure une pratique qui sauve des vies pour la grande majorité des enfants vivant dans des conditions où l'alimentation de remplacement n'est pas acceptable, faisable, accessible, durable et/ou saine.

L'allaitement maternel exclusif demeure une pratique qui sauve des vies pour la grande majorité des enfants vivant dans des conditions où l'alimentation de remplacement n'est pas acceptable, faisable, accessible, durable et saine.

Ainsi, alors qu'il est important que toute femme séropositive reçoive des informations non biaisées sur les avantages et les risques des différentes options d'alimentation du nourrisson pour faire un choix éclairé, il est plus important que jamais que les gouvernements protègent, encouragent et soutiennent l'allaitement maternel exclusif, afin de maximiser les taux de survie des enfants dans la population générale.

Au début des années 1990, l'OMS, l'UNICEF et d'autres agences internationales ont développé un premier ensemble de directives de politique sur le VIH et l'alimentation du nourrisson. Depuis lors, ces directives ont évolué au fur et à mesure que de nouvelles connais-

sances sur le lien entre le VIH, l'alimentation du nourrisson et la survie de l'enfant sont disponibles. Les directives actuelles déclarent que toutes les mères séronégatives et celles qui ne connaissent pas leur statut VIH doivent être encouragées et soutenues pour allaiter exclusivement leur nourrisson au cours des six premiers mois de leur vie et à continuer l'allaitement maternel avec des aliments de complément adéquats et sains jusqu'à 24 mois et plus. En ce qui concerne les femmes séropositives (c.-à-d. femmes infectées par le VIH avec un dépistage positif) les directives actuelles déclarent que :

« L'allaitement maternel exclusif est recommandé pour les femmes séropositives durant les six premiers mois de la vie à moins que l'alimentation de remplacement soit acceptable, faisable, accessible, durable et saine pour elles et leurs nourrissons avant. Quand l'alimentation de remplacement est acceptable, faisable, accessible, durable et saine, il est recommandé que les mères séropositives évitent tout type d'allaitement maternel ».

« A six mois, si l'alimentation de remplacement n'est toujours pas acceptable, faisable, accessible, durable et saine, le prolongement de l'allaitement maternel avec des aliments de complément est recommandé, alors que la mère et l'enfant continuent à être régulièrement suivis. L'allaitement maternel doit être arrêté complètement dès qu'un régime nutritionnellement adéquate et sain sans lait maternel peut être fourni. Les mères qui allaitent des nourrissons et des jeunes enfants qui sont infectés par le VIH doivent être encouragées à continuer l'allaitement maternel²⁵. »

Les directives courantes déclarent que les mères séronégatives et les mères qui ne connaissent pas leur statut VIH doivent allaiter exclusivement leur nourrisson au cours des six premiers mois de la vie. Dans le cas des femmes séropositives, l'allaitement maternel exclusif est recommandé au cours des six premiers mois de la vie à moins que l'alimentation de substitution soit acceptable, faisable, accessible, durable et saine pour elles et leurs nourrissons avant. Quand l'alimentation de substitution est acceptable, faisable, accessible, durable et saine, il est recommandé que les mères séropositives évitent tout type d'allaitement.

Les cinq conditions (acceptable, faisable, accessible, durable et saine) ont été définies de la façon suivante : l'alimentation de remplacement est considérée *acceptable* quand la mère ne subit pas de pression sociale ou culturelle visant à ne pas utiliser l'alimentation de remplacement ou quand elle peut faire face à une telle pression et peut faire face aux stigmates qui pourraient être liés à l'alimentation de remplacement. L'alimentation de remplacement est considérée *faisable* quand la famille a le temps, la connaissance, les capacités et d'autres ressources pour préparer et alimenter le bébé correctement 10-12 fois par jour. L'alimentation de remplacement est

considérée *accessible* quand la famille peut assumer le financement de l'achat/production, préparation et utilisation des aliments de remplacement incluant tous les ingrédients (carburant, eau propre, savon, équipement) et tous les coûts nécessaires liés aux soins de santé sans compromettre la nutrition et la santé de la famille. L'alimentation de remplacement est considérée *durable* quand la famille est d'assurée d'avoir un approvisionnement sûr en aliments de remplacement pendant une année ou plus. Finalement, l'alimentation de substitution est considérée *saine* si les aliments peuvent être préparés, stockés et consommés de façon hygiénique et en quantités nutritionnellement adéquates²⁶.

En 2003 un groupe d'agences des Nations Unies a développé le *Cadre d'Actions Prioritaires pour le VIH et l'Alimentation du Nourrisson* recommandant des actions clés pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant que les gouvernements doivent adopter, à la lumière des circonstances spéciales associées à la pandémie du VIH/SIDA²⁷. La mise en œuvre du Code International est l'un des cinq domaines d'action prioritaires identifiés dans le Cadre.

Il est important que les décideurs ne se méprennent pas sur le but du Code International dans le contexte du VIH/SIDA. Le Code ne restreint pas la disponibilité des substituts du lait maternel aux mères qui font un choix éclairé pour les utiliser ni empêche les gouvernements, les agences d'assistance sociale ou les services de santé de fournir des substituts du lait maternel aux mères qui choisissent de les utiliser. Cependant, lors de la planification d'un programme incluant l'approvisionnement et la livraison de substituts du lait maternel, les gouvernements doivent s'assurer scrupuleusement que certaines conditions soient réunies. Des substituts du lait maternel doivent seulement être offerts aux femmes qui sont connues séropositives et pour qui l'alimentation de substitution est acceptable, faisable, accessible, durable et saine. En outre, le gouvernement doit pouvoir s'assurer que les mères ont accès, sans interruption, à assez de substituts du lait maternel tant que leurs enfants en ont besoin.

La fourniture de substituts du lait maternel aux mères séropositives doit être faite d'une manière qui n'encourage pas l'utilisation des substituts du lait maternel par les mères qui sont séronégatives ou qui ignorent leur statut VIH. Plutôt que d'accepter des dons de substituts du lait maternel de la part des fabricants, les gouvernements doivent acheter ce dont ils ont besoin et selon des contrats négociés. De cette façon, les gouvernements peuvent éviter de devenir dépendants des dons et en même temps, ils pourront assurer un approvisionnement adéquat pour couvrir leurs besoins. De plus, selon la résolution 47.5 (1994) de l'Assemblée Mondiale de la Santé, les fabricants et les distributeurs ne doivent pas donner des substituts du lait maternel à quelque partie du système de santé.

5

LE CODE INTERNATIONAL DANS LE CONTEXTE DES URGENCES

Selon l'OMS, environ 150 millions de personnes dans le monde entier ont été affectées chaque année par une situation d'urgence au cours du dernier siècle. Les urgences - sécheresse, inondations, tremblements de terre, tsunamis, famine, épidémies, catastrophes écologiques, guerres, trouble civil et déclin politique et économique graves - peuvent être naturelles ou causés par l'être humain²⁸. Selon une enquête récente, plus de cinquante programmes de pays de l'UNICEF s'attendent à une certaine forme d'instabilité chaque année²⁹. Parmi les 40 millions de réfugiés et de personnes déplacées par de telles situations, 5,5 millions sont des enfants de moins de cinq ans³⁰.

Les études ont montré que dans des situations d'urgence, la malnutrition, la maladie et les taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont plus élevés que dans n'importe quelle autre classe d'âge en raison de la plus grande incidence des maladies infectieuses et des taux de malnutrition qui montent en flèche. Dans des circonstances normales, deux tiers des décès au monde chez les enfants de moins de cinq ans se produisent pendant les douze premiers mois de la vie. La proportion des décès se produisant pendant ces douze premiers mois de la vie dans les situations d'urgence dépend en grande partie de la façon dont les nourrissons sont nourris. Ainsi, lors d'urgence et de crise, protéger, encourager et soutenir les pratiques optimales d'allaitement maternel revêt une importance cruciale pour sauver des vies. L'objectif et les principes du Code International et les résolutions pertinentes ultérieurement adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé deviennent essentiels pour protéger les nourrissons et les jeunes enfants.

Dans des situations d'urgence, la proportion des décès infantiles dépend en grande partie de la façon dont les nourrissons sont nourris. Ainsi, lors d'urgence et de crise, protéger, encourager et soutenir la pratique optimale de l'allaitement maternel revêt une importance cruciale pour sauver des vies. L'objectif et les principes du Code International deviennent essentiels pour protéger les nourrissons et les jeunes enfants.

Dans des situations d'urgence, quand la nourriture manque, le lait est fréquemment demandé ou donné sous diverses formes pour la distribution aux populations affectées. Les dons des substituts du lait maternel et des biberons et les tétines proviennent de beaucoup de sources, habituellement avec de bonnes intentions, mais découlant presque toujours d'un manque d'information. La couverture médiatique peut créer l'impression que l'allaitement maternel dans de telles situations est impossible et que les substituts du lait maternel sont absolument nécessaires pour la plupart des enfants. Maintenant, il est bien documenté que l'utilisation de substituts du lait maternel dans des situations d'urgence, particulièrement pour les nourrissons, peut avoir comme conséquence des taux encore plus élevés de malnutrition, de morbidité et de mortalité.

Dans des situations d'urgence, il y aura des nourrissons, pour une raison ou une autre, qui ne seront pas allaités. Cela inclut des nourrissons qui ont été séparés de leurs mères, ceux dont les mères sont malades ou décédées, ceux dont la mère a une production de lait devenue très faible, ceux dont la mère a choisi de ne pas allaiter après un dépistage positif du VIH ou ceux qui étaient nourris avec une alimentation de remplacement avant la situation d'urgence. La résolution WHA47.5 (1994), qui exhorte de stopper toute distribution gratuite de fournitures dans le système de santé, adresse également le problème des approvisionnements dans le contexte des situations d'urgence et invite vivement les gouvernements « à exercer une attention extrême lors de la planification, la mise en œuvre et l'appui lors d'opérations de secours d'urgence (...) en s'assurant que des approvisionnements en substituts du lait maternel (...) ne soient donnés que si toutes les conditions suivantes sont réunies : a) les nourrissons doivent absolument être alimentés avec des substituts du lait maternel et les directives sur les conditions sanitaires et socio-économiques les plus courantes doivent alors être suivies (voir le WHA39.28) ; b) l'approvisionnement en substituts du lait maternel peut être maintenu tant que les nourrissons concernés en ont

besoin ; et (c) l'approvisionnement n'est pas utilisé comme une incitation de ventes ".

La résolution WHA47.5 (1994) recommande aux gouvernements "d'exercer une attention extrême lors de la planification, la mise en œuvre, et l'appui lors d'opérations de secours d'urgence en s'assurant que des approvisionnements en substituts du lait maternel ne soient donnés que si toutes les conditions suivantes sont réunies : a) les nourrissons doivent absolument être alimentés avec des substituts du lait maternel, et les directives sur les conditions sanitaires et socio-économiques les plus courantes doivent alors être suivies ; b) l'approvisionnement en substituts du lait maternel peut être maintenu tant que les nourrissons concernés en ont besoin ; et (c) l'approvisionnement n'est pas utilisé comme une incitation de ventes ".

L'UNICEF, l'OMS et un grand groupe d'ONGs ont travaillé activement pour trouver les moyens de s'assurer que les dispositions du Code International et de la résolution 47.5 soient appliquées. Les directives développées pour le personnel et les décideurs dans des situations d'urgence incluent les recommandations détaillées concernant l'approvisionnement, la distribution et la gestion des substituts du lait maternel dans des situations d'urgence³¹. Les directives recommandent que tous les dons des substituts du lait maternel, des biberons, des tétines et des aliments pour bébé commerciaux doivent être refusés. Pour les quelques nourrissons qui doivent être alimentés avec des substituts du lait maternel, un lait de substitution générique sans publicité de marque est recommandé comme

premier choix. Si les substituts génériques du lait maternel ne sont pas disponibles, les directives recommandent que le personnel achète des substituts du lait maternel qui sont fabriqués localement et emballés selon les normes du Codex Alimentarius. Le personnel doit choisir les marques dont les étiquettes sont dans une langue qui peut être comprise par les utilisateurs et conformes aux conditions du Code International. Dans certains cas, ces produits devront être re-étiquetés avant la distribution.

Les directives stipulent également les conditions qui réduisent les dangers de l'alimentation de substitution. Des substituts du lait maternel doivent être distribués de façon individuelle et seulement après évaluation du besoin ; l'approvisionnement doit être suffisamment important pour couvrir tous les besoins du nourrisson. Il ne doit pas y avoir de promotion du produit à l'endroit où il est distribué. Il est également recommandé que le substitut du lait maternel soit distribué à des intervalles courts et réguliers (de façon hebdomadaire par exemple).

En plus du substitut du lait maternel, le personnel d'urgence doit s'assurer de la disponibilité des gobelets alimentaires et du savon (pour nettoyer les gobelets alimentaires et les ustensiles destinés à la préparation), s'assurer qu'il y a une manière de mesurer correctement les quantités de poudre de lait maternisé et d'eau nécessaires pour préparer le substitut du lait maternel, s'assurer que les quantités adéquates de combustible pour une préparation saine des aliments soient présentes et s'assurer qu'il y a un endroit propre et sûr pour la préparation et le stockage du substitut du lait maternel.



6

LE CODE INTERNATIONAL EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

6.1. État de mise en œuvre du Code International

Selon les dernières informations disponibles, parmi les 24 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 12 ont mis en place des lois, des décrets ou des règlements qui mettent en œuvre la plupart ou toutes les dispositions du Code International (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Gabon, Gambie, Ghana, Mali, Niger, Nigeria, RD-Congo et Sénégal) ; trois ont en place un instrument juridique qui met en application seulement quelques unes des dispositions du Code International (Guinée, Guinée Bissau, et Sao Tomé et Príncipe) ; six des 24 pays ont une ébauche de loi ou un décret dont l'approbation finale du gouvernement est attendue, ou ont établi un comité gouvernemental qui étudie comment mettre en œuvre le Code International (Congo, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Sierra

Leone, Togo et Tchad) ; il y a seulement trois pays dans la région qui n'ont pris aucune mesure pour mettre en œuvre le Code International (République de Centrafrique, Guinée Equatoriale et Libéria).

Parmi les pays de la région qui ont mis en œuvre la plupart ou toutes les dispositions du Code International, le Nigeria était le premier à l'avoir fait en 1990. Le Burkina Faso et le Cameroun ont fait de même en 1993 et le Sénégal en 1994. Le Bénin, le Niger, le Ghana et le Gabon ont adopté des décrets en 1997, 1998, 2000 et 2004 respectivement. Le Cap-Vert a également adopté un décret en 2004. En 2005, le Nigeria a établi les règlements qui ont permis au décret de 1990 d'être mieux mis en œuvre dans le pays.

Plus récemment, en 2006, la Gambie a adopté des règlements pertinents inclus dans la loi nationale concernant l'alimentation. La République Démocratique du Congo a

Statut de la mise en œuvre du Code International en Afrique de l'Ouest et du Centre

12

La plupart des dispositions du Code

Benin
Burkina Faso
Cameroun
Cap Vert
RD-Congo
Gabon
Gambie
Ghana
Mali
Niger
Nigeria
Sénégal

3

Peu des dispositions du Code

Guinée¹
Guinée-Bissau
Sao Tomé & Príncipe¹

5

Mesures ébauchées attendant approbation finale

Congo
Cote d'Ivoire
Sierra Leone
Togo
Tchad

1

En train d'être étudié

Mauritanie

1

Pas d'action

République de
Centre Afrique

2

Pas d'information

Guinée Equatoriale
Libéria

Notes

1. Le gouvernement a une ébauche de loi

signé une loi mettant en application le Code International qui a été publiée au Journal Officiel de septembre 2006. Au Mali, les ministères de la Santé, de l'Agriculture et de l'Industrie et du Commerce ont adopté un décret interministériel mettant en œuvre le Code International. Des efforts sont en cours au Burkina Faso, au Cameroun et au Niger pour passer en revue et renforcer les lois nationales existantes.

Comme ces chiffres le montrent, les nations d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont accompli des progrès énormes dans la mise en œuvre du Code International. Cependant, il reste du travail à faire avant que chaque pays ait non seulement une loi, un règlement ou toute autre mesure appropriée, mais également les instruments juridiques et la capacité humaine nécessaires pour surveiller et faire observer la mise en application du Code.

Le Nigeria était le premier pays dans la région qui a mis en œuvre le Code international (1990). Depuis lors, les nations en Afrique de l'Ouest et du Centre ont accompli des progrès énormes en mettant en œuvre des lois, des règlements ou d'autres mesures appropriées selon le Code International. Beaucoup reste toutefois à faire avant que chaque pays ait les instruments juridiques et la capacité nécessaires pour surveiller et faire observer la mise en application du Code International.

6.2. Les challenges de l'implémentation du Code International

Lorsque 118 pays ont voté en faveur du Code International à l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1981, il a peut-être paru, pour chaque pays, être une tâche simple que de traduire le Code International en loi ou réglementation nationale. Cependant, les gouvernements, les professionnels, les ONGs, et autres travaillant pour améliorer l'alimentation, la nutrition et la survie des enfants ont rapidement réalisé qu'en finir avec des pratiques de commercialisation inappropriées qui encouragent une alimentation mixte, une introduction précoce des aliments de complément et par conséquent de faibles taux d'allaitement maternel exclusif nécessiterait bien plus que l'adoption de lois ou décrets rédigés textuellement à partir des articles du Code International.

Les nations de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont fait face à plusieurs sortes de difficultés dans leurs efforts de mise en œuvre du Code International. Actuellement, 25 ans après que le Code ait été adopté, les différents pays de la région sont à des stades différents dans le processus d'adoption ou de mise en application de la législation pour mettre en œuvre les dispositions du Code International au niveau national. Les pays qui débutent le processus peuvent s'enrichir des expériences des pays qui ont mieux réussi.

6.2.1. Code International et priorités nationales

Un des défis les plus difficiles dans la mise en application du Code International en Afrique de l'Ouest et du Centre a été de retenir l'attention des décideurs politiques sur le besoin de réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel. Dans une région où presque toutes les mères allaitent, il est encore plus difficile qu'ailleurs de convaincre les gouvernements de la nécessité d'un cadre législatif pour protéger l'allaitement maternel. La protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel n'est pas toujours considéré comme un problème qui requière l'attention du gouvernement.

Dans une région où presque toutes les mères allaitent la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel n'est pas toujours considéré comme un problème qui requière l'attention du gouvernement.

Dans la première décennie qui a suivi l'adoption du Code International par l'Assemblée Mondiale de la Santé (1981), peu de pays dans la région ont pris les mesures pour adopter certaines des résolutions du Code International au niveau national. Au début des années 1980, le Bénin, le Gabon et Sao Tomé ont adopté des décrets interdisant la publicité pour les substituts du lait maternel. En 1982, la Guinée Bissau a émis un décret national exigeant que les biberons soient vendus seulement sous prescription médicale et interdisant la promotion à but commercial des substituts du lait maternel, des aliments de complément, des biberons et des tétines. La République Démocratique du Congo n'a pas catégoriquement censuré la publicité à ce moment là, mais a mis en place un système de vérification, par lequel les publicités sur les substituts du lait maternel étaient pré approuvées par le Centre National de Nutrition Humaine. Cependant, pendant cette période aucun pays de la région n'a traduit l'ensemble ou la majorité des résolutions du Code International en un cadre législatif national.

Les tentatives précoces des fabricants des substituts du lait maternel à auto réglementer leur pratique de commercialisation ont poussé certains gouvernements à ne pas prendre des mesures fortes au niveau national, considérant ces mesures non nécessaires. En 1975, le Conseil International de l'Industrie des Aliments pour Nourrissons, précurseur de l'actuelle Association Internationale des Fabricants d'Aliments pour Nourrissons, a émis un code d'éthique. Les associations nationales des sociétés d'aliments pour nourrissons ont adopté des codes similaires. Cependant, les codes des industriels omettaient certaines restrictions concernant les pratiques de commercialisation. Même la publicité de masse n'était pas interdite tant que l'allaitement maternel exclusif était mentionné comme le premier choix pour l'alimentation du nourrisson.

Dans la première décennie qui a suivi l'adoption du Code International par l'Assemblée Mondiale de la Santé (1981), peu de pays dans la région ont pris les mesures pour adopter certaines des résolutions du Code International au niveau national. Cependant, pendant cette période aucun pays de la région n'a traduit l'ensemble ou la majorité des résolutions du Code International en un cadre législatif national, avant que le Nigeria ne le fasse en 1990.

Il a été difficile d'obtenir que l'allaitement maternel et le Code International figurent dans l'agenda de politique nationale des pays de la région ; maintenir l'intérêt sur la durée a même été encore plus dur. Les gouvernements changent, les priorités changent, les pressions économiques sont souvent au dessus des intérêts de la survie des enfants et, dans certains pays, la guerre et les troubles civils limitent les efforts pour faire avancer l'alimentation, la nutrition et la survie de l'enfant.

6.2.2. Consensus sur la législation nationale

Une fois qu'un pays a pris l'engagement de mettre en application le Code International, il fait face au défi de rédiger le cadre législatif et d'obtenir un soutien suffisant des structures influentes du gouvernement pour adopter un instrument légal. Dans la plupart des pays, l'impulsion pour la rédaction d'une législation nationale mettant en œuvre le Code International vient du Comité National pour l'Allaitement maternel et/ou des professionnels du Ministère de la Santé, c'est à dire de ceux qui sont

convaincus du rôle central de l'allaitement maternel pour la nutrition et la survie de l'enfant.

Avant que la loi ne puisse être adoptée, les initiateurs doivent obtenir le soutien d'une variété de parties concernées au sein du gouvernement et dans le pays. Dès que le premier document est proposé, cette ébauche est étudiée par les autres ministères, de l'Éducation, de la Femme, du Commerce et des Communications. Cette ébauche peut également circuler hors du gouvernement pour commentaires; par exemple en pédiatrie, avec d'autres organisations de professionnels, des ONGs, des pharmaciens, des fabricants et distributeurs d'aliments pour le nourrisson.

Dans la majorité des pays, l'impulsion pour la rédaction d'une loi nationale mettant en œuvre le Code International vient du Comité National pour l'Allaitement Maternel et/ou des professionnels du Ministère de la Santé, c'est à dire de ceux qui sont convaincus du rôle central de l'allaitement maternel pour la nutrition et la survie de l'enfant.

Au cours des années, il est devenu évident que les instruments légaux modelés sur le Code International laissent la possibilité de développer des techniques de commercialisation néfastes pour l'allaitement maternel. Le Code International a été rédigé au cours d'un processus fait de consensus et de compromis ; les fabricants de substituts du lait maternel ayant joué un rôle significatif dans la rédaction des premières ébauches du Code International. De plus, les connaissances sur l'alimentation optimale du nourrisson ont évolué ces 25 dernières années. Pendant la même période, de nouvelles pratiques de promotion, inconnues lorsque le Code fut rédigé, ont été développées.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, comme dans d'autres pays, la disposition autour de laquelle il a été le plus difficile d'avoir un consensus parmi toutes les parties en ce qui concerne les cadres légaux nationaux est celle du type de produits à inclure dans la loi. Lorsque le Code International a été débattu et rédigé en 1981, les fabricants d'aliments pour nourrissons ont fait pression pour un champ d'action qui couvrirait seulement les laits de substitution qui sont définis internationalement comme des produits formulés pour satisfaire les besoins nutritionnels des nourrissons jusqu'à l'âge de six mois³². La Commission du Codex Alimentarius révisé actuellement le standard international et propose de décrire les laits de substitution comme "des substituts du lait maternel spécialement fabriqués pour satisfaire, en soit, les besoins nutritionnels des nourrissons pendant les premiers mois de la vie jusqu'à l'introduction d'une alimentation complémentaire appropriée"³³.

Alors que les fabricants de substituts du lait maternel affichaient leur volonté d'arrêter la publicité, la distribution gratuite et toute autre forme de promotion des laits de substitution, ils ont voulu poursuivre leurs pratiques usuelles de commercialisation pour les autres produits alimentaires destinés aux nourrissons. Ceci a abouti à une augmentation de la promotion d'une gamme de lait spécialisés pour nourrissons et laits ciblant les jeunes enfants âgés de quatre à six mois (en général référencés comme "lait 2^{ème} âge"), de laits pour les enfants en bas âge et les jeunes enfants, des céréales pour bébés et d'autres aliments pour le nourrisson. Dans les années 1990, il était courant de voir des publicités et de la promotion dans les structures de soins de santé pour des laits deuxième âge recommandant souvent leur introduction dans le régime alimentaire du jeune enfant dès l'âge de quatre mois³⁴. Certaines sociétés utilisaient des noms de gammes identiques ou similaires pour les laits de substitution et pour les laits deuxième âge, faisant

donc indirectement de la publicité pour leurs laits de substitution tout en contournant l'interdiction de les promouvoir³⁵.

Dans les années 1990, il était courant de voir des publicités et de la promotion dans les structures de soins de santé, pour des laits deuxième âge recommandant souvent leur introduction dans le régime alimentaire du jeune enfant dès l'âge de quatre mois. Certaines sociétés utilisaient des noms de gammes identiques ou similaires pour les préparations pour nourrissons et pour les laits deuxième âge, faisant donc indirectement de la publicité pour leurs laits de substitution tout en contournant l'interdiction de les promouvoir.

Pendant la même période, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Sénégal, et au Togo, certains fabricants de substituts du lait maternel distribuaient des posters et du matériel promotionnel à exposer dans les structures de soins santé. Ces matériels vantaient les mérites des céréales pour bébés à utiliser dès les premiers mois de la vie et, dans les maternités, des échantillons gratuits étaient distribués aux mères avec l'instruction de les utiliser dès l'âge de deux mois³⁶. Dès 2000, il a été moins courant de trouver des sociétés commercialisant des laits de substitution à introduire avant l'âge de quatre mois ; cependant, les céréales pour bébés faisaient toujours l'objet d'une forte promotion dans les services de santé fréquentés par les femmes enceintes et les jeunes mères ; encourageant ainsi les mères à compléter l'allaitement maternel avant l'âge recommandé de six mois. En 2000, les structures de santé du Togo exposaient des calendriers montrant des mères avec leurs bébés, une peluche et la marque d'une gamme d'aliments pour nourrissons³⁷. A l'Institut National de la Santé Publique d'Abidjan, des posters jaunes et brillants faisant de la publicité pour une marque bien connue de céréales pour bébés étaient exposés dans six services différents de soins des nourrissons ou des femmes enceintes³⁸. Il a également été rapporté que les sociétés ont utilisé le système de santé pour distribuer des cadeaux portant des noms de marques de céréales pour bébés aux nouvelles mamans et femmes enceintes. Des matériaux colorés à visée éducative ont aussi été distribués largement. Ils colportaient des messages vantant les bénéfices de l'introduction d'aliments manufacturés pour bébés, en général bien avant l'âge de six mois.

La promotion commerciale des laits deuxième âge, laits de croissance et aliments de complément a été à l'encontre des efforts pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif en renforçant l'idée que l'allaitement maternel exclusif est inadéquat et que, au contraire, l'introduction précoce des autres aliments pour nourrissons est bénéfique. Cependant, l'amélioration des connaissances sur le rôle central de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie pour la survie et le développement optimaux de l'enfant a contribué à une meilleure compréhension de la nécessité de réglementer la commercialisation et la promotion d'une gamme plus large de substituts du lait maternel. Il en résulte, que la majorité des ébauches de lois proposées par les gouvernements d'Afrique de l'Ouest et du Centre couvre l'étendue de la thématique de l'alimentation du nourrisson.

De telles propositions ont parfois mené à de fortes pressions des fabricants d'aliments pour nourrissons et autres sociétés commercialement intéressées. En Côte d'Ivoire par exemple, les représentants de quelques sociétés d'aliments pour nourrissons ont été invités à participer à un atelier national de développement d'une ébauche de loi pour mettre le Code International en appli-

cation. Ces industriels se sont alors fortement opposés à l'inclusion des aliments de complément ou des aliments destinés à l'alimentation des enfants de plus de six mois dans le champ d'action de la loi³⁹. Le champ d'action de l'ébauche finale, révisée lors d'un second atelier en 2004, était plus large, mais la loi doit encore être adoptée par le gouvernement (cf. leçons apprises ci-dessous). En 1991, avant que le Gabon n'ait adopté un décret national, le Ministère de la Santé Publique a signé une directive interdisant les sociétés de faire de la publicité, ou toute autre forme de promotion, des laits et aliments pour nourrissons⁴⁰. En 1992, le Ministère a dû spécifiquement exiger des fabricants de substituts du lait maternel de se conformer à la directive de 1991 en arrêtant toute publicité télévisée sur les céréales pour bébés. En 1996, un fabricant a demandé la permission de reprendre sa campagne publicitaire télévisée. La compagnie argumentait que le Code International ne s'appliquait pas aux aliments de complément et que le spot serait éducatif ; elle a aussi fait des menaces injustifiées sur les répercussions économiques qui découleraient du fait de faire respecter cette interdiction.

La promotion commerciale des laits deuxième âge, laits de croissance et aliments de complément a été à l'encontre des efforts pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif en renforçant l'idée que l'allaitement maternel exclusif est inadéquat et que l'introduction précoce des autres aliments pour le nourrisson est bénéfique. Cependant, l'amélioration des connaissances sur le rôle central de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie pour la survie et le développement optimaux de l'enfant a contribué à une meilleure compréhension de la nécessité de réglementer la commercialisation et la promotion d'une gamme plus large de substituts du lait maternel. Il en résulte que la majorité des ébauches de lois proposées par les gouvernements d'Afrique de l'Ouest et du Centre couvre l'étendue de la thématique de l'alimentation du nourrisson.

6.2.3. Soutien des professionnels de la santé

Lorsque les professionnels de la santé sont informés et concernés par les pratiques d'alimentation du nourrisson, ils peuvent devenir des acteurs puissants et influents en persuadant les gouvernements de mettre en oeuvre le Code International et de rendre la législation nationale effective dans leurs pays. Inversement, les professionnels de la santé qui manquent de connaissance sur l'importance de l'allaitement maternel, l'*Initiative Hôpitaux Amis des Bébé*s (IHAB), la *Stratégie Globale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant* et les *Objectifs du Millénaire pour le Développement* sur la nutrition et la survie de l'enfant, peuvent poser des obstacles à la mise en oeuvre du Code International au niveau national.

Lorsque les professionnels de la santé sont informés et concernés par les pratiques d'alimentation du nourrisson, ils peuvent devenir des acteurs puissants et influents en persuadant les gouvernements de mettre en oeuvre le Code International et de rendre la législation nationale effective dans leurs pays.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, la connaissance et la compréhension des agents de santé sur l'alimentation du nourrisson, la survie de l'enfant et le Code International est souvent faible. Tandis que l'*Initiative Hôpitaux Amis des Bébé*s a permis des avancées majeures pour la sensibilisation des agents de santé, une large proportion de

médecins et autres praticiens de santé ne sont pas encore conscients des bases et preuves scientifiques des *Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement Maternel* et pensent toujours que l'alimentation de remplacement est une bonne alternative à l'allaitement maternel. Par exemple, une enquête menée au Burkina Faso et au Togo en 2000 a indiqué que sur 186 agents de santé interviewés, seulement 38 avaient entendu parler du Code International, et environ la moitié avait entendu parler de l'*Initiative Hôpitaux Amis des Bébé*s⁴¹.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, la connaissance et la compréhension des agents de santé sur l'alimentation du nourrisson, la survie de l'enfant et le Code International est souvent faible. Bien que des avancées majeures pour la sensibilisation des agents de santé aient été réalisées, une large proportion de médecins et autres praticiens de santé pensent toujours que l'alimentation de remplacement est une bonne alternative à l'allaitement maternel.

Des médecins et agents de santé non informés qui ne comprennent pas la raison de réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel s'opposent souvent ou échouent dans la promotion de ces règlements, particulièrement en ce qui concerne les règlements qui s'appliquent à leur profession. Dans les pays où le financement public pour l'éducation, la formation et la recherche manque, des offres de la part des fabricants de substituts du lait maternel aux agents de santé pour combler ces lacunes deviennent plus attractives. De plus, certaines associations de pédiatres et de professionnels entretiennent des liens étroits avec les sociétés d'aliments pour nourrissons qui leurs fournissent des fonds pour des conférences, des réunions et d'autres rencontres. En plus de fournir des primes aux professionnels de la santé, les fabricants d'aliments pour nourrissons peuvent également affecter l'attitude du personnel santé par rapport à l'allaitement maternel. Par exemple, au Gabon, un fabricant d'aliments pour nourrissons a distribué aux médecins un article publié à Paris ; l'article mentionnait l'adage "Mieux vaut un biberon bien préparé qu'un sein de mauvaise humeur"⁴².

6.2.4. Mesures nationales efficaces

Afin que la loi porte ses fruits, il est d'une grande importance que tous les secteurs prennent conscience de l'existence du nouveau cadre législatif. Les gouvernements et les associations doivent utiliser tous les moyens disponibles pour informer les fabricants et distributeurs d'aliments pour nourrissons, les organisations de professionnels, le public et les médias sur les buts, le contenu et le champ d'action de la loi.

Cependant, les pays qui ont adopté une législation nationale forte ont fait face à de nombreux défis. Pour être efficace, la législation doit être suivie et mise en application. Les agences gouvernementales concernées n'ont pas toujours été adéquatement équipées pour cette tâche et une commercialisation inappropriée des substituts du lait maternel a continué dans certains pays même après l'adoption d'une législation nationale.

Pour être efficace, la législation doit être suivie et mise en application. Les agences gouvernementales concernées n'ont pas toujours été adéquatement équipées pour cette tâche et une commercialisation inappropriée des substituts du lait maternel a continué dans certains pays, même après l'adoption d'une législation nationale.

Par exemple, une étude publiée en 2003, a montré des niveaux comparables de violations du Code au Burkina

Faso - qui avait une législation nationale de commercialisation des substituts du lait maternel - et au Togo (qui n'en avait pas à l'époque) ; ceci illustre bien qu'une loi nationale réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel est un pré requis, mais non une condition suffisante en soit pour protéger, encourager et soutenir des pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson dans un pays. Les auteurs de l'étude ont conclu qu'une législation doit être accompagnée par des formations efficaces et des systèmes d'information et de suivi afin que les connaissances scientifiques, plutôt que les pratiques commerciales, guident les professionnels de la santé⁴³. De façon similaire, le décret 1990 au Nigeria n'a pu être mis en oeuvre pendant presque dix ans pour cause d'absence de résolution relative aux moyens de suivi et de faire respecter la loi. En 1999, le gouvernement a dû amender un décret pour désigner l'Agence Nationale de l'Administration et du Contrôle des Aliments et des Médicaments (NAFDAC) responsable du suivi de la mise en oeuvre et mise en application du décret.

Une législation nationale réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel est un pré requis, mais non une condition suffisante en soit, pour protéger, encourager et soutenir des pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson dans un pays. La législation doit être accompagnée par des formations efficaces et des systèmes d'information et de suivi afin que les connaissances scientifiques, plutôt que les pratiques commerciales, guident les professionnels de la santé.

En plus de son autorité en matière de suivi et d'application de la loi, une agence d'exécution a aussi besoin d'une autorité budgétaire, de ressources humaines et d'une formation adéquate afin de mener à bien son rôle de mise en application de la législation nationale. De plus, le suivi et la mise en application sont des processus qui doivent être continus. Les pénalités doivent être clairement définies et suffisamment sévères pour décourager toute violation éventuelle. Dans certains pays, les sociétés ont trouvé moins pesant de régler une petite amende que de suspendre leurs pratiques commerciales lucratives. Dans d'autres pays, la mise en oeuvre de résolutions, comme la désignation d'une autorité responsable, des procédures de suivi et des pénalités n'ont pas été incluses dans la législation nationale.

6.2.5. Echange libre et petits marchés

Les pays qui ont adopté avec succès un cadre législatif national ont parfois eu à faire face à des défis liés aux résolutions relatives à l'étiquetage. Le Code International inclut des résolutions sur l'étiquetage qui sont importantes pour la protection des consommateurs. Entre autres, elles imposent des étiquettes avec des instructions sur l'utilisation et la préparation adéquate des substituts du lait maternel, et des avertissements sur les risques potentiels pour la santé. Elles imposent aussi que les étiquettes soient rédigées dans le langage local, et d'éviter toute photographie, image ou texte qui pourrait idéaliser l'utilisation des substituts du lait maternel.

Les pays ont parfois eu à faire face à des défis liés aux résolutions relatives à l'étiquetage des substituts de lait maternel. Le Code International impose que les étiquettes aient des instructions sur l'utilisation et la préparation adéquate des substituts du lait maternel, et des avertissements sur les risques potentiels pour la santé ; que les étiquettes soient rédigées dans le langage local, et d'éviter toute photographie, image ou texte qui pourrait idéaliser l'utilisation des substituts du lait maternel.

Quelques pays ont ajouté des protections plus spécifiques aux résolutions relatives à l'étiquetage dans leurs lois nationales. Par exemple, au Ghana, en plus de l'interdiction des images qui pourraient idéaliser l'utilisation de substituts du lait maternel, la loi interdit "toute photographie, dessin ou toute représentation graphique autre que celle illustrant la méthode de préparation du produit désigné". Cette modification a été jugée nécessaire car les sociétés ont réagi aux interdictions du Code International en remplaçant les images de nourrissons qui ornaient les anciennes étiquettes par des images de fleurs, peluches, personnages de contes à seules fins promotionnelles. En 2004, les officiels ghanéens faisant respecter les nouveaux règlements ont interdit à un conteneur de lait de substitution commercial d'entrer dans le pays car les étiquettes présentaient des dessins qui idéalisaient l'utilisation des laits de substitution. Bien que les représentants des sociétés d'aliments pour nourrissons aient soulevé la possibilité de défier les réglementations en se basant sur la propriété intellectuelle, de tels défis doivent encore se matérialiser.

Des résolutions précises sur l'étiquetage, ont aussi entraîné quelques complications au Cap-Vert, un pays qui importe tous ses aliments pour nourrissons d'Europe. Les importateurs locaux expliquent que les exportateurs européens ne considèrent pas le marché capverdien comme suffisamment important pour justifier un étiquetage spécifique. Au lieu de concevoir une étiquette spécifique pour un marché si réduit, les exportateurs arrêteraient alors tout simplement d'exporter vers le pays, laissant ainsi le marché à la contrebande et hors de contrôle du gouvernement. Une solution à ce problème pourrait être, pour les pays de la région, de baser leurs lois sur un modèle régional. Ainsi, le marché des substituts du lait maternel serait suffisamment large pour permettre aux pays d'imposer les modifications d'étiquetage désirées. Un modèle de loi pour la région d'Afrique francophone a été rédigé une première fois en 1999 et révisé plus tard en 2006 pendant la formation sur la mise en application du Code International organisée par l'ICDC et l'IBFAN Afrique avec le soutien du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Un modèle similaire de loi a été rédigé pour les pays lusophones. Des organisations régionales comme la Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest et l'Union Economique et Monétaire des Etats d'Afrique de l'Ouest avec le soutien de l'Organisation de la Santé pour l'Afrique de l'Ouest devraient être encouragées à développer et mettre en application des réglementations régionales régissant la commercialisation des substituts du lait maternel.

Des organisations régionales comme la Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest et l'Union Economique et Monétaire des Etats d'Afrique de l'Ouest avec le soutien de l'Organisation de la Santé pour l'Afrique de l'Ouest devraient être encouragées à développer et mettre en application des réglementations régionales régissant la commercialisation des substituts du lait maternel.

6.3. Opportunités pour la mise en oeuvre du Code International

6.3.1. Déclarations et initiatives internationales

Les initiatives, déclarations, et résolutions de l'UNICEF et de l'OMS relatives à l'alimentation du nourrisson et la nutrition et la survie de l'enfant ont été parmi les stimuli les plus importants qui ont contribué à déclencher des actions en faveur de la mise en oeuvre, au niveau natio-



nal, du Code International. Bien que quelques pays dans la région aient adopté des décrets sur la commercialisation au début des années 1980, il n'y a eu que des actions limitées en faveur de la mise en oeuvre du Code International durant le reste de la décennie. A la fin des années 1980 et au début des années 1990, des initiatives au niveau international ont contribué à stimuler de nouveaux lois et programmes au niveau national.

En 1989, l'OMS et l'UNICEF ont émis une déclaration *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité qui listait les Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement Maternel*. En 1991, les deux agences internationales ont lancé l'*Initiative Hôpitaux Amis des Bébé*s pour encourager les hôpitaux à travers le monde à adopter les *Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement Maternel* qui avaient pour but de changer les pratiques hospitalières néfastes pour l'allaitement maternel.

Les agences internationales ont réalisé que les pratiques néfastes dans les systèmes de soins de santé étaient le principal facteur contribuant à la chute des taux d'allaitement maternel. Les structures de soins de santé échouaient dans la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel car elles établissaient des protocoles et procédures qui interféraient avec l'initiation précoce et l'instauration de pratiques optimales d'allaitement. Le personnel de santé avait une expertise et des compétences insuffisantes pour informer les mères et les familles sur les avantages de l'allaitement maternel et sa pratique. En effet, leur formation favorisait souvent l'alimentation de remplacement comme une option plus « scientifique » et « moderne » que l'allaitement maternel.

*En 1991, l'UNICEF et l'OMS ont lancé l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé*s (IHAB) pour encourager les hôpitaux à travers le monde à adopter les *Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement Maternel*, qui avaient pour but de changer les pratiques hospitalières néfastes pour l'allaitement maternel. Avant le lancement de l'IHAB, les structures de soins de santé échouaient dans la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. Le personnel de santé avait une expertise et des compétences insuffisantes pour informer les mères et les familles sur les avantages de l'allaitement maternel et sa pratique. En effet, leur formation favorisait souvent l'alimentation de remplacement comme une option plus « scientifique » et « moderne » que l'allaitement maternel.

Les *Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement Maternel* nécessitent que le personnel de santé soit formé sur les conseils relatifs aux avantages de l'allaitement maternel et sa pratique : que le bébé ne soit pas séparé de sa mère ; que la mise au sein soit précoce après la naissance, que l'allaitement sur demande soit encouragé et que les nouveaux nés ne reçoivent ni aliment, ni boisson autre que le lait maternel jusqu'à l'âge de six mois sauf sur prescription médicale. L'utilisation du biberon dans les premiers jours expose l'enfant à des risques d'infection et interfère avec l'établissement de la capacité de succion du nourrisson et donc la stimulation de la lactation, ce qui mène couramment à des complications de l'allaitement et à l'alimentation de remplacement. Avant que l'*Initiative Hôpitaux Amis des Bébé*s ne soit lancée, la majorité des maternités séparaient les bébés de leurs mères. Les bébés étaient alors pris en charge par le personnel de santé dans des pouponnières et étaient nourris avec des biberons de glucose, de thé ou de lait de substitution.

La majorité des hôpitaux avait des réserves de ces pro-

duits car les sociétés d'aliments pour nourrissons ont régulièrement donné en large quantités des substituts du lait maternel en guise de soutien aux gouvernements et aux structures de santé. Les hôpitaux étaient alors devenus dépendants de cette *offre gratuite* et les mères recevaient des échantillons gratuits de la marque de lait de substitution utilisé lors de leur hospitalisation. Le don de substituts du lait maternel aux structures de santé était devenu une technique commerciale à succès pour les sociétés qui fabriquaient et/ou distribuaient des substituts du lait maternel car les mères interprétaient souvent l'utilisation hospitalière d'un lait de substitution comme l'approbation d'une marque donnée de substitut du lait maternel.

En finir avec la distribution gratuite de substituts du lait maternel aux systèmes de santé a été un des objectifs clés de l'*Initiative Hôpitaux Amis des Bébé*s; l'UNICEF et l'OMS ont travaillé de façon simultanée sur deux stratégies complémentaires: l'une pour encourager les structures de santé à appliquer les *Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement Maternel* et l'autre pour encourager les gouvernements et les fabricants de substituts à suspendre l'approvisionnement gratuit des structures de santé ; ces efforts ont menés à de nombreuses actions des gouvernements.

*La majorité des hôpitaux avait des réserves de substituts du lait maternel car les sociétés d'aliments pour nourrissons ont régulièrement donné en large quantité des substituts du lait maternel en guise de soutien aux gouvernements et aux structures de santé. En finir avec la distribution gratuite de substituts du lait maternel aux systèmes de soins de santé a été un des objectifs clés de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé*s.

En 1992, les Ministères de la Santé du Congo, de la Côte d'Ivoire et du Gabon ont émis des décrets ou des directives interdisant la distribution gratuite de substituts du lait maternel aux systèmes de santé. De façon similaire, le Ministère de la Santé du Bénin a adopté une politique nationale pour l'allaitement maternel qui interdit le don de substituts du lait maternel aux structures de santé. Le Ministère de la Santé du Niger a émis une circulaire adressée aux représentants des services de santé maternelle et infantile interdisant les substituts du lait maternel et l'utilisation de biberons dans leurs services. Le gouvernement du Nigeria s'est accordé avec l'association des industriels sur le fait que les compagnies ne fourniraient plus gratuitement de substituts du lait maternel. Le Ministère de la Santé du Cameroun a écrit une lettre à l'Association Internationale des fabricants d'aliments pour nourrissons reconnaissant ses efforts pour mettre fin à la distribution gratuite et informant l'association qu'un décret national mettant en oeuvre le Code International serait émis.

La *Déclaration Innocenti*, adoptée en 1990 par un groupe de politiciens de haut niveau de 32 pays et certaines agences des Nations Unies a aussi été une impulsion majeure pour la mise en oeuvre du Code International dans la région. Un des quatre objectifs opérationnels de la Déclaration était, pour tous les gouvernements, la nomination d'un coordinateur national et la formation d'un comité national pour l'allaitement maternel. Lorsque les pays ont commencé à former des comités nationaux pour l'allaitement maternel, certaines personnes étaient chargées de la mise en oeuvre du Code International. Par exemple, suite à l'adoption d'une politique nationale sur l'allaitement maternel par le Bénin en 1992, le comité national pour l'allaitement maternel a commencé à considérer le développement d'une législation nationale pour mettre en oeuvre le Code International.

Un autre objectif opérationnel de la Déclaration Innocenti était que tous les gouvernements prennent les actions nécessaires pour mettre en oeuvre le Code International avant 1995. Au moment où la *Déclaration Innocenti* fut adoptée, seulement neuf pays dans le monde, dont le Nigeria en en Afrique de l'Ouest, avaient une loi mettant en oeuvre toutes, ou presque, les résolutions du Code International⁴⁴. Fin 2005, il y avait 76 pays dans ce cas dans le monde dont dix en Afrique de l'Ouest et du Centre⁴⁵.

L'adoption de la Déclaration Innocenti pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel a été une impulsion majeure pour la mise en application du Code International en Afrique de l'Ouest et du Centre. Un autre objectif opérationnel de la Déclaration Innocenti était que tous les gouvernements prennent les actions nécessaires pour mettre en oeuvre le Code International avant 1995. Au moment où la Déclaration Innocenti fut adoptée, seulement neuf pays dans le monde, dont le Nigeria en Afrique de l'Ouest, avaient une loi mettant en oeuvre toutes, ou presque, les résolutions du Code International. Fin 2005, il y avait 76 pays dans ce cas à travers le monde dont dix en Afrique de l'Ouest et du Centre.

6.3.2. Formation sur la mise en oeuvre du Code et soutien des organisations internationales

Le soutien des organisations telles que l'UNICEF, l'OMS et l'IBFAN a contribué à la mise en oeuvre du Code International au niveau national en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ces organisations ont fourni un appui dans les domaines de l'information, des connaissances et du plaidoyer afin de persuader les officiels des gouvernements de la nécessité d'une législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel ; elles ont aussi fourni un appui technique pour rédiger et disséminer les cadres législatifs nationaux et également soutenu le renforcement des capacités nationales pour suivre et mettre en application ces cadres législatifs. L'appui de l'UNICEF et de l'OMS venait des bureaux nationaux et régionaux mais aussi des sièges. Depuis 1995, l'UNICEF emploie à temps plein un juriste qui fournit un appui juridique aux bureaux nationaux et régionaux dans la rédaction des documents législatifs. Les bureaux régionaux de l'UNICEF ont joué un rôle important pour appuyer les partenaires régionaux et les programmes de pays dans les domaines de la politique et du plaidoyer, de l'appui technique, de l'assurance qualité, de la communication sur les programmes et de la dissémination des connaissances sur l'alimentation du nourrisson, la nutrition et la survie et de l'enfant, incluant les questions relatives à l'utilisation adéquate des substituts du lait maternel dans les programmes réguliers, dans des situations d'urgence et contexte du VIH/SIDA.

Le soutien des organisations telles que l'UNICEF, l'OMS et l'IBFAN a contribué à la mise en oeuvre du Code International au niveau national en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ces organisations ont fourni un appui dans les domaines de l'information, des connaissances et du plaidoyer afin de persuader les officiels des gouvernements de la nécessité d'une législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel ; elles ont aussi fourni un appui technique pour rédiger et disséminer les cadres législatifs nationaux et également soutenu le renforcement des capacités nationales pour suivre et mettre en application ces cadres législatifs.

Les membres du groupe de l'IBFAN ont joué un rôle important pour capter l'attention de la société civile sur les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et pour exiger une action internationale. Suite à l'adoption du Code International, le réseau s'est élargi et s'est donné l'objectif de suivre les pratiques de commercialisation des pays à travers le monde et de publier les résultats de leurs enquêtes. Les groupes ont utilisé les résultats de ces enquêtes pour faire pression sur les gouvernements et promulguer une législation réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel. Le Ghana Infant Nutrition Action Network (GINAN) a été un des premiers partisans de la mise en oeuvre du Code dans la région. En 1987, une ONG locale a initié une campagne au Ghana pour sensibiliser les organisations clés et les autres parties prenantes sur le Code International. Dès 1988, le groupe a été impliqué dans une réunion avec le Ministère ghanéen de la Santé et d'autres officiels du gouvernement qui ont alors mis en place les bases du développement d'une législation nationale. Le groupe a contribué à garder le processus actif ; ses efforts ont finalement payé en 2000 lorsque le gouvernement a émis la Réglementation de la Promotion de l'Allaitement Maternel au Ghana. Le réseau IBFAN pour les pays d'Afrique francophone est né en 1989. Un bureau sous-régional a été mis en place à Ouagadougou en 1992 ; en 1995 celui-ci est devenu le bureau régional pour l'Afrique francophone. Onze pays de la région ont des groupes nationaux qui appartiennent au réseau IBFAN. Ces groupes suivent de façon régulière la mise en oeuvre du Code par les sociétés de chaque pays et le font respecter. Ils ont contribué à faire pression sur les gouvernements pour promulguer de puissants cadres législatifs.

Les membres du groupe de l'IBFAN ont joué un rôle important pour capter l'attention de la société civile sur les pratiques optimales d'alimentation du jeune enfant et pour exiger une action internationale. Onze pays de la région ont des groupes nationaux qui appartiennent au réseau IBFAN. Ces groupes suivent de façon régulière la mise en oeuvre du Code par les sociétés de chaque pays et le font respecter. Ils ont contribué à faire pression sur les gouvernements pour promulguer de puissants cadres législatifs.

La formation de représentants du gouvernement sur la mise en oeuvre du Code a eu un grand impact dans la région. Dans les années 1980, le Centre International de Documentation sur le Code (ICDC) a été créé afin de surveiller les actions des gouvernements en vue de mettre en oeuvre le Code International, mais aussi les actions des fabricants de substituts du lait maternel en vue de se conformer au Code International. En 1991, une réunion internationale OMS-UNICEF au Pays-Bas a évalué les progrès en terme de mise en oeuvre du Code sur dix ans, c'est-à-dire depuis son adoption. Lors de cette réunion, il est devenu évident qu'avancer vers l'objectif Innocenti d'une mise en oeuvre généralisée du Code en 1995 nécessiterait un effort accéléré. ICDC a alors été encouragé à étendre et intensifier son travail en vue d'une mise en oeuvre accélérée du Code dans le monde.

Avec le soutien de l'UNICEF, de l'OMS et du gouvernement néerlandais, ICDC a initié sa première série de formations sur la mise en oeuvre du Code destinées aux décideurs nationaux, au personnel des Nations Unies et aux ONGs qui voulaient stimuler la création d'un mouvement national pour la mise en oeuvre du Code. Pendant cette formation, les participants ont appris sur le Code, pourquoi il est nécessaire et comment le traduire en mesures nationales. ICDC a développé une *Loi Modèle* en plusieurs langues et formats spécifiques à

différentes régions du monde afin d'assister les rédacteurs. L'Afrique de l'Ouest et du Centre était représentée lors de la première formation sur le Code International menée par des membres du GINAN en 1992 à Penang, Malaisie.

Dans les années 1980, le Centre International de Documentation sur le Code (ICDC) a été créé afin de d'accompagner les actions des gouvernements pour mettre le Code International en oeuvre, mais aussi pour surveiller les actions des fabricants de substituts du lait maternel pour se conformer au Code International. Les groupes nationaux IBFAN, IBFAN-Afrique, WHO et l'UNICEF ont apporté un soutien vital à l'ICDC pour faciliter une série de formations sur la mise en oeuvre du Code en Anglais, Français et Portugais pour les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. La région a aussi bénéficié de formations qui mettaient l'accent sur les outils de suivi comme la formation sur le suivi menée par ICDC en Afrique de l'Ouest en 2003 au Ghana.

Les groupes nationaux IBFAN, IBFAN Afrique, l'OMS et l'UNICEF ont fourni un soutien vital à l'ICDC pour organiser trois formations sur la mise en oeuvre du Code en français, pour les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Le premier a pris place début 1993 au Burkina Faso et a eu un impact majeur sur la mise en oeuvre du Code dans les douze pays qui y ont participé. Avant la formation sur le Code, l'UNICEF et l'Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile Burkinabé (APAIB) ont fait pression sur le gouvernement du Burkina Faso pour adopter une mesure nationale réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel. Lors de la session d'ouverture de la formation, le représentant du Gouvernement du Burkina Faso s'est engagé à adopter un décret national pour mettre en oeuvre le Code ; moins d'une année plus tard, le Burkina Faso a adopté un décret national réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel. Parmi les pays qui ont participé à cette formation, le Cameroun et le Sénégal ont adopté des décrets en 1993 et en 1994 respectivement. La RD-Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon et le Ghana ont finalisé la rédaction de leur ébauche de décrets entre 1993 et 1995. Quelques années plus tard, le Bénin et le Niger ont aussi adopté des décrets sur la commercialisation des substituts du lait maternel.

En 1999, l'allure de cette activité a ralenti. La même année, l'Association pour l'Alimentation Infantile au Gabon, ICDC, IBFAN Afrique, l'OMS et l'UNICEF ont organisé une seconde formation régionale sur le Code au Gabon. Sur les 8 pays qui y ont participé, le Burkina Faso et le Niger avaient déjà émis des décrets nationaux mais avaient la volonté d'acquiescer les compétences nécessaires pour mettre ces décrets en effet dans leur pays. La Côte d'Ivoire, la Guinée, le Togo et le Gabon avaient des ébauches de décrets. Le reste des pays, la Mauritanie et la République Centrafricaine n'avaient pas participé auparavant à une formation sur la mise en oeuvre du Code ou déjà mené des actions pour le mettre en oeuvre. Les autres pays de la région ont également bénéficié des formations sur la mise en oeuvre du Code. En 2000, le Cap-Vert, Sao Tome et Principe et la Guinée Bissau ont participé à une formation au Mozambique pour les pays lusophones. Dans ces années, des délégués des pays Anglophones de la région, incluant le Ghana, le Nigeria et la Gambie ont également envoyé des délégations participer à une formation ICDC annuelle sur le Code en Malaisie ou à d'autres formations régionales anglophones comme en 1998 à une formation qui a eu lieu au Kenya pour l'Afrique anglophone. ICDC a également supporté la formation d'un pédiatre tchadien qui est depuis devenu un puissant avocat pour la mise en oeuvre du

Code. Avec l'appui de l'UNICEF et de l'OMS, le Tchad a pu développer une ébauche de loi. La région a aussi bénéficié de formations qui mettaient l'accent sur les outils de suivi comme la formation sur le suivi menée par ICDC en Afrique de l'Ouest en 2003, hôte de l'Agence Nationale pour la Nutrition du Ghana.

6.4. Succès et enseignements tirés

6.4.1. Ghana

En Afrique de l'Ouest et du Centre, le Ghana se distingue par le succès de la mise en oeuvre du Code International au niveau national et procure un grand nombre de leçons. L'expérience du Ghana montre, entre autres, que la mise en oeuvre au niveau national requiert du leadership, la coordination d'un nombre important de parties prenantes et de la persévérance. Au Ghana, plusieurs années de communication, de plaidoyer, de pression et de consultations ont été nécessaires avant que la Réglementation sur la Promotion de l'Allaitement Maternel n'ait été adoptée en 2000. Le Ghana Infant Nutrition Action Network (GINAN) et l'UNICEF en tant qu'acteurs prioritaires tout au long du processus ont joué un rôle crucial pour que le Ghana obtienne son ultime succès, l'adoption de la réglementation. Non seulement ces institutions ont initié le processus en organisant une campagne dans les années 1980 pour sensibiliser les individus et les organisations sur le Code International et le besoin de réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel dans leur pays, mais elles ont également continuellement informé et fait pression sur les officiels du gouvernement, les professionnels de la santé et les fabricants et distributeurs ; ils ont aussi fourni des réactions professionnelles en temps opportun sur les diverses ébauches de loi qui ont été considérées à travers les années.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, le Ghana se distingue par le succès de la mise en oeuvre du Code International au niveau national et procure un grand nombre de leçons. L'expérience du Ghana montre, entre autres, que la mise en oeuvre du Code International au niveau national requiert du leadership, de la coordination d'un nombre important de parties prenantes et de la persévérance. Le Ghana Infant Nutrition Action Network (GINAN) et l'UNICEF, en tant qu'acteurs prioritaires tout au long du processus, ont joué un rôle crucial pour que le Ghana obtienne son ultime succès, l'adoption de la réglementation.

Un comité de rédaction du Code a été mis en place en 1989. Plus tard, la même année, une première ébauche a été présentée lors d'un atelier national regroupant les principales parties prenantes. Les trois années suivantes, ces ébauches ont été finalisées et le comité de rédaction a fait pression pour en prendre acte. En 1992, le parlement du Ghana a fait passer la loi sur l'Alimentation et les Médicaments sous laquelle la Réglementation de la Promotion de l'Allaitement Maternel pouvait éventuellement être adoptée. La promulgation de cette ébauche de réglementation a cependant été reportée car en 1994, la nouvelle autorité de l'Initiative pour les Services de Santé Amis des Bébé a pris la relève sur la révision de l'ébauche. L'ébauche de la réglementation a finalement été transmise pour action au Ministère de la Santé. Cependant, le dossier a été à nouveau mis en attente jusqu'à ce que le Conseil d'Administration de l'Alimentation et des Médicaments ait été établi en 1997. A ce moment, l'ébauche a été circulée à nouveau entre toutes les parties concernées. L'autorité de l'Initiative pour les Services de Santé Amis des Bébé a finalement obtenu l'approbation du cabinet en 1999. A ce point, le Attorney General's Department a



travaillé avec le Comité de mise en oeuvre du Code pour re-ébaucher et réviser la réglementation. Des séminaires destinés aux médias, aux parlementaires et au Conseil d'Administration pour l'Alimentation et les Médicaments ont été menés pour faire pression et renforcer le plaidoyer pour la mise en application de la réglementation. Tous ces efforts ont porté leurs fruits lorsque la réglementation sur la Promotion de l'Allaitement Maternel est passée le 9 mai 2000.

Cependant, l'adoption de la réglementation n'a pas marqué la fin du processus. Une année après l'adoption, un amendement soutenu par l'industrie alimentaire pour les nourrissons a été proposé. Cet amendement aurait affaibli certaines des résolutions de la réglementation comme les restrictions de dons de substituts du lait maternel et la production d'outils d'information destinés aux services de santé. Ceux qui étaient pour l'amendement argumentaient que les dons étaient nécessaires au regard du nombre de femmes infectées par le VIH. GINAN et d'autres partenaires ont réussi à obtenir suffisamment de soutien pour mettre l'amendement en échec⁶⁶. L'implication de toutes les parties prenantes pendant le processus a été importante afin d'avoir une vision commune et d'être informés de ce qui était exigé des industriels. Le fait d'avoir le Réseau Ghanéen d'Action pour la Nutrition Infantile (GINAN) et l'UNICEF comme une voix autoritaire et persistante durant tout le processus d'élaboration et d'endossement a été crucial au succès ultime du Ghana pour l'adoption de la réglementation.

L'expérience du Ghana a également démontré que les officiels en charge de mettre en application les résolutions de la législation nationale doivent avoir une grande connaissance sur l'alimentation du nourrisson, la nutrition, et les questions relatives à la survie de l'enfant mais aussi une bonne compréhension des liens entre le Code International et ces thématiques. Un défi à relever pour faire appliquer la loi au Ghana était la promotion des substituts du lait maternel dans les services de santé. La Réglementation autorise qu'une information technique sur les substituts du lait maternel soit transmise aux agents de santé. Cependant, comme la limite entre information et la promotion peut être floue, les messages de promotion des substituts du lait maternel arrivent parfois aux agents de santé et même aux femmes et à leurs familles. Les Ghanéens profondément impliqués dans les règlements, ont également conclu de façon empirique qu'un champ d'application clairement défini est essentiel pour développer une législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel.

Une autre leçon qui peut être tirée de l'expérience du Ghana est l'importance de l'établissement d'une structure de suivi indépendante qui peut soumettre ses résultats et recommandations à une agence gouvernementale d'exécution et qui a la capacité d'imposer des pénalités. Le comité national de coordination des réglementations de la Promotion de l'Allaitement Maternel a été inauguré en 2004. L'ICDC avec l'appui de l'UNICEF a conduit une formation sur le suivi destinée au conseil d'administration du Ghana, qui supervise le comité de suivi. Depuis, le comité coordonne des exercices de suivi dans le pays et détermine si les réglementations du Code sont violées et comment. Grâce au renforcement des capacités, le gouvernement a pu s'opposer à l'entrée de certaines cargaisons de laits de substitution au Ghana car leur logo comprenait des images spécifiquement interdites par les réglementations.

Trois leçons additionnelles à retenir de l'expérience du Ghana sont :

- *Un champ d'action clairement défini est essentiel*

pour que la législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel soit mise en effet ;

- *Les officiels qui sont responsables de faire respecter les résolutions de la législation nationale doivent avoir une grande connaissance sur l'alimentation du nourrisson, la nutrition, et les questions relatives à la survie de l'enfant mais aussi une bonne compréhension des liens entre le Code International et ces thématiques ;*
- *Il est essentiel d'établir une structure de suivi indépendante qui peut soumettre ses résultats et recommandations à une agence gouvernementale d'exécution ayant les capacités d'imposer des pénalités.*

6.4.2. Nigeria

Le Nigeria est un autre pays qui a adopté de puissantes réglementations suite à un acte juridique. Comme au Ghana, une leçon à retenir du Nigeria est que le processus avec le gouvernement et les différentes agences impliquées peut être laborieux mais la persévérance paye finalement. Le gouvernement du Nigeria a été un des premiers dans la région à mettre en oeuvre de nombreuses résolutions du Code International avec le Décret No. 41 sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel adopté en 1990. Cependant, ce Décret n'a pu être mis en oeuvre pendant presque une dizaine d'années car il y manquait des résolutions relatives à son suivi et mise en application. En 1999, le gouvernement a amendé le Décret et désigné l'Agence Nationale pour l'Administration et le Contrôle de l'Alimentation et des Médicaments (NAFDAC), comme agence responsable de s'assurer de la mise en application du décret.

NAFDAC a reconnu, cependant, qu'elle n'était pas préparée à prendre en charge cette nouvelle responsabilité car son personnel n'était pas familiarisé avec l'historique et des résolutions du Code International et il n'était pas formé à reconnaître les violations du Décret. De plus, NAFDAC n'avait pas de protocole de suivi des violations de la commercialisation des substituts du lait maternel. Afin de dépasser ces limitations, NAFDAC a organisé avec l'appui de l'UNICEF un atelier de formation pour ses chargés de programme. A la fin de l'atelier, le personnel de l'agence était familiarisé avec les objectifs et les résolutions du Décret et capable de reconnaître les violations.

Le personnel de l'agence a également compris que, pour être vraiment efficace, le Décret devait être modifié pour le rendre complètement conforme au Code International. En 2003, le Nigeria a envoyé une équipe de trois professionnels à participer à une formation sur le Code menée par ICDC à Penang, Malaisie. En 2006, l'agence a émis des réglementations précises qui définissaient plus clairement le champ d'action de la législation et exigeaient l'enregistrement des produits. L'enregistrement peut être abrogé si les produits font l'objet d'une publicité ou d'une promotion. Les réglementations détaillent aussi les pénalités qui devraient être imposées pour ces violations.

Le Directeur Général de NAFDAC a saisi l'occasion de la Semaine Internationale de l'Allaitement en 2006 pour lancer les nouvelles réglementations et le questionnaire de l'enquête que l'Agence avait développé pour suivre et mettre en application les réglementations. L'UNICEF a fourni un soutien essentiel pour le succès de ces réglementations en fournissant l'appui technique nécessaire pour la rédaction des réglementations, en formant le personnel de NAFDAC à la mise en oeuvre du cadre législatif, en développant et testant sur le terrain le questionnai-

re d'enquête de suivi, en développant un manuel de formation, et en formant cent médecins et infirmières sur le Code International et les réglementations mises en œuvre au Nigeria.

Les leçons à retenir de l'expérience du Nigeria sont :

- *L'observance du Code International au niveau national exige que le cadre législatif national sur la commercialisation des substituts du lait maternel inclut des résolutions relatives au suivi et à sa mise en application ;*
- *La désignation de l'Agence Nationale pour l'Administration et le Contrôle de l'Alimentation et des Médicaments (NAFDAC) en tant qu'agence responsable d'assurer la mise en application du décret a été une étape cruciale dans la mise en œuvre du cadre législatif national sur la commercialisation des substituts du lait maternel ;*
- *Une formation adéquate du personnel de NAFDAC et le développement d'outils d'enquête de suivi standardisés et testés sur le terrain ont été essentiels pour permettre à NAFDAC d'assumer efficacement sa responsabilité de s'assurer de la mise en application de la législation ;*
- *La mise en application de la législation devient plus facile et efficace lorsque les réglementations nationales précisent les pénalités qui seront appliquées en cas de violation du Code, incluant la suspension de l'enregistrement du produit lorsque les substituts du lait maternel font l'objet d'une publicité ou d'une promotion.*

6.4.3. République Démocratique du Congo

La République Démocratique du Congo est un des pays qui a le plus récemment adopté une loi réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel en conformité avec le Code International. La loi a été initialement proposée en 2002. Cependant, au regard de l'instabilité politique dans le pays la loi n'a été signée qu'en 2006. A l'occasion de la Semaine Internationale de l'Allaitement Maternel, qui en 2006 était centrée sur le Code International, la loi a été publiée au Journal Officiel en Mai 2006. La République Démocratique du Congo applique les leçons apprises du Ghana et du Nigeria, et avance pas à pas pour assurer que la commercialisation des substituts du lait maternel dans le pays est en conformité avec le cadre législatif récemment adopté. De plus, la promulgation de la loi sur la commercialisation est placée dans le contexte d'un plan multi-factoriel pour renforcer les politiques et programmes visant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.

Le plan national d'action pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel intègre l'établissement de comités intersectoriels pour l'allaitement maternel au niveau national, provincial et local. Ces comités suivront la mise en œuvre du plan d'action en portant une attention particulière aux efforts de protection, encouragement et soutien des pratiques recommandées en matière d'allaitement maternel (plus particulièrement la mise au sein précoce, la consommation du colostrum, l'allaitement maternel exclusif dans les six premiers mois de la vie et l'allaitement maternel prolongé et avec des aliments de complément adéquats entre 6 et 24 mois) puisque des avancées dans ces domaines ont été perdues lorsque les programmes pour l'allaitement maternel ont été suspendus pendant une longue période pour cause d'instabilité politique et sociale.

Ce nouvel effort pour accélérer la protection, de

l'encouragement et du soutien de meilleures pratiques d'allaitement maternel sera mis en exécution de façon concertée au niveau des communautés (personnes ressource, groupes de soutien et programmes soutenus par des ONG), au niveau des structures de santé (hôpitaux, maternités, services de santé pour la mère et l'enfant) et par les médias (télévision, radio et presse).

Le Gouvernement, avec l'appui de l'UNICEF et d'autres partenaires pour la survie et le développement de l'enfant va re-lancer l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés, dès que sa mise en œuvre actuelle sera évaluée et que les défis et opportunités pour de futures actions seront identifiés. Dans ce contexte, un atelier de consultation sera mené pour identifier les voies les plus efficaces pour sensibiliser le public, le secteur privé, les planificateurs de programmes et les prestataires de services de santé sur les raisons et le champ d'action du cadre législatif de la commercialisation des substituts du lait maternel nouvellement approuvé. Une attention particulière sera apportée pour mettre fin à la provision a) d'échantillons gratuits de substituts du lait maternel aux structures de santé et b) d'outils d' « information et d'éducation » destinés aux agents de santé, considérées toutes les deux comme des pratiques qui influencent négativement le travail des professionnels de la santé et donc la qualité de leurs conseils sur l'allaitement maternel.

Une loi nationale réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel en République Démocratique du Congo a été publiée au Journal Officiel à l'occasion de la Semaine Internationale de l'Allaitement Maternel, qui en 2006 était centrée sur le Code International des substituts du lait maternel ;

Les leçons à retenir de l'expérience de la République Démocratique du Congo sont :

- *La promulgation de la loi sur la commercialisation est placée dans le contexte d'un plan d'action national multifactoriel pour renforcer les politiques et programmes pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel ;*
- *Le plan d'action national est mis en exécution de façon concertée au niveau des communautés (personnes ressource, groupes de soutien et programmes soutenus par des ONG), au niveau des structures de santé (hôpitaux, maternités, services de santé pour la mère et l'enfant) et par les médias (télévision, radio et presse) ;*
- *A l'interface entre l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés et la législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel une attention particulière est portée pour mettre fin à la provision a) d'échantillons gratuits de substituts du lait maternel aux structures de santé et b) d'outils d' « information et d'éducation » destinés aux agents de santé, considérées toutes les deux comme des pratiques qui influencent négativement le travail des professionnels de la santé et donc la qualité de leurs conseils sur l'allaitement maternel.*

6.4.4. Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire, qui a longuement mené des actions pour améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, a travaillé en collaboration étroite avec l'UNICEF, l'OMS, l'IBFAN et d'autres agences pour faire avancer les initiatives internationales sur l'alimentation du jeune enfant, la nutrition et la survie de l'enfant. Cependant, la Côte d'Ivoire n'a pas encore adopté une législation pour mettre en œuvre le Code International.

Néanmoins, d'importantes leçons peuvent être tirées du processus que le pays applique actuellement.

La Côte d'Ivoire a été l'un des premiers pays à participer dans un programme pilote pour l'*Initiative Amis des Bébés* en 1991. De façon similaire, la Côte d'Ivoire a été un des premiers pays à adopter un décret pour finir avec les pratiques de distribution d'échantillons gratuits, ou à bas prix, de substituts du lait maternel dans les services de santé. En 1993, des délégués de Côte d'Ivoire ont assisté à la première formation sur la mise en oeuvre du Code International pour les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre au Burkina Faso. En 1994, le Ministère de la Santé a proposé une ébauche de décret réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel en Côte d'Ivoire. Toutefois, l'élaboration de l'ébauche du décret n'a pas avancé. En 1997, dans le cadre de la politique National de Promotion et Protection de l'Allaitement Maternel, le Ministère de la Santé a commencé un nouveau processus d'ébauche d'une législation nationale ; cependant, l'Assemblée Nationale a rejeté l'ébauche en 1998. Une analyse ultérieure a mis en évidence que l'ébauche avait été introduite trop rapidement auprès des membres de l'Assemblée, probablement sans explication appropriée sur les raisons et le champ d'action de ses résolutions. Une information sub-optimale a mené à croire que le cadre législatif proposé interdirait la vente des produits concernés et aurait donc des conséquences néfastes sur l'économie nationale⁴⁷.

En 2003, à l'occasion de la Semaine Internationale de l'Allaitement Maternel, le Ministère de la Santé avec le soutien de l'UNICEF et de l'OMS, a ravivé le processus de mise en oeuvre du Code International au niveau national. Le Ministère de la Santé a organisé un atelier consultatif et convié des représentants d'une large gamme de secteurs incluant le Ministère du Commerce, des professionnels de la santé, des pharmaciens, des représentants d'associations professionnelles et du secteur médical et des trois fabricants de laits de substitution. L'objectif de cette consultation était de re-analyser et re-rédiger la loi qui avait été soumise en 1998. Malgré quelques difficultés pour atteindre un consensus, du fait de la présence de représentants de l'industrie d'aliments pour nourrissons, une nouvelle ébauche de la loi a résulté de cet atelier. Un an plus tard, le Ministère de la Santé a organisé un nouvel atelier afin de confirmer et finaliser les termes de l'ébauche de loi. Malheureusement, l'instabilité politique et des changements continuels de structure du gouvernement ont laissé la loi de côté et la Côte d'Ivoire demeure un des quelques pays de la région à ne pas avoir encore adopté une loi nationale pour réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel.

Cette situation est source d'inquiétudes, en particulier du fait que la prévalence du VIH en Côte d'Ivoire est plus élevée que dans la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Les professionnels de la santé publique éprouvent le besoin d'adapter la stratégie pour obtenir l'approbation et mise en oeuvre de la législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel. La nouvelle stratégie doit inclure du leadership au plus haut niveau (y compris au niveau du bureau du Premier Ministre et du Parlement). Dans la situation actuelle d'instabilité, les priorités du Gouvernement et de ses partenaires au développement et à l'aide humanitaire ont tendance à s'orienter vers ce qui est perçu comme étant une priorité urgente et cette réglementation n'en n'est pas une. Certains professionnels de la santé publique et de la survie de l'enfant pensent que dans ce contexte de "ni guerre, ni paix" certains bénéficient de la situation de *status quo* sur le Code International. La majorité des professionnels de la santé publique pensent que, les

enfants, les familles et les communautés (incluant celles affectées par le VIH-SIDA) pâtissent gravement d'une telle situation.

La Côte d'Ivoire a une longue histoire d'actions menées en faveur de l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Cependant, la Côte d'Ivoire n'a pas encore adopté une législation pour mettre en oeuvre le Code International.

Les leçons à retenir de l'expérience de la Côte d'Ivoire sont :

- *Une communication adéquate avec l'ensemble des parties concernées sur la définition et l'étendue du champ d'action du cadre législatif proposé facilite le processus de rédaction et d'adoption.*
- *Un manque de partage d'information pendant le processus peut mener à croire que le cadre législatif proposé interdira la vente des produits relatifs au champ d'action avec des conséquences négatives pour l'économie nationale.*
- *Il est nécessaire d'adapter la stratégie pour obtenir l'approbation et la mise en application de la législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel. Cette stratégie doit inclure du leadership au plus haut niveau, y compris au niveau du bureau du Premier Ministre et du Parlement.*
- *Certains professionnels de la santé publique et de la survie de l'enfant pensent que dans ce contexte de "ni guerre, ni paix" certains bénéficient de la situation de status quo sur le Code International. La majorité des professionnels de la santé publique pensent que, les enfants, les familles et les communautés (incluant celles affectées par le VIH-SIDA) pâtissent gravement d'une telle situation.*

6.5. Consolider les acquis, construire l'avenir

Ces 25 dernières années, les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont réalisé des progrès remarquables pour la mise en oeuvre du Code de Commercialisation des substituts du lait maternel. Le nombre de pays de la région qui ont mis en oeuvre le Code International à travers un cadre législatif national incluant toutes ou la majorité des résolutions du Code International est passé à douze en 2006, avec au moins sept pays additionnels en possession d'une ébauche de loi. Cependant, des efforts substantiels sont encore requis pour une mise en oeuvre généralisée du Code International dans la région.

Les pays de la région pourraient profiter de quelques initiatives internationales récentes sur l'alimentation du nourrisson, la nutrition et la survie de l'enfant pour stimuler la prise d'action en faveur de la réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel au niveau national. Auparavant les initiatives internationales et les instruments comme l'*Initiative Hôpitaux Amis des Bébés*, la *Déclaration Innocenti* et la *Convention sur les Droits des Enfants* ont stimulé les avancées au niveau national dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en général, y compris dans celui de la mise en oeuvre du Code. Dans cette veine, la *Stratégie Globale OMS/UNICEF* pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, le *Cadre d'Action Prioritaire sur le VIH et l'Alimentation du*

Nourrisson ainsi que le *Cadre de l'Union Africaine pour la Survie de l'Enfant* sont toutes des opportunités et des instruments pour avancer en faveur d'une mise en oeuvre généralisée du Code International en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Au début du nouveau millénaire, l'OMS et l'UNICEF ont développé une *Stratégie Globale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant* à travers un processus consultatif entre experts, institutions régionales et gouvernements nationaux. La *Stratégie Globale* a été adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2002. Un centre d'intérêt clé de la stratégie est la mise en application des quatre objectifs de la *Déclaration Innocenti*. L'application du Code International est un des quatre objectifs et est considérée comme une étape cruciale pour améliorer l'alimentation, la nutrition et la survie et le développement du nourrisson et du jeune enfant. D'autres objectifs opérationnels pour les gouvernements impliqués dans cette *Stratégie Globale* sont de protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, et l'allaitement maternel prolongé jusqu'à 24 mois et plus ; d'encourager une alimentation complémentaire saine, appropriée et introduite en temps opportun à partir de six mois, et enfin, de fournir des conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans des situations exceptionnelles comme par exemple dans le contexte des enfants nés de mères séropositives, ceux vivants dans des situations d'urgence, ou encore, les nouveau-nés de faible poids.

Adopter et faire respecter un cadre législatif pour réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel est également une des cinq priorités d'action du gouvernement intégrées dans le *Cadre d'Action Prioritaire sur le VIH et l'Alimentation du nourrisson* développé conjointement par l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP et l'ONUSIDA.

Plus récemment, en 2005, l'UNICEF, l'OMS et d'autres organisations internationales se sont rencontrées à Florence (Italie) pour célébrer le 15^{ème} anniversaire de la *Déclaration Innocenti pour la Protection, l'Encouragement et le Soutien de l'Allaitement Maternel*. Les participants ont adopté une nouvelle déclaration sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant intitulée la *Déclaration Innocenti 2005*. Cette nouvelle déclaration reconnaît les réalisations importantes de ces 15 dernières années dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, mais pointe également les menaces continues pour l'alimentation, la nutrition, la survie et le développement du nourrisson et du jeune enfant liées à des pratiques inappropriées. La Déclaration de 2005 appelle à l'action des gouvernements, des fabricants et distributeurs de produits qui entrent dans le cadre du Code International, des organisations multilatérales et bilatérales, des institutions financières internationales, des ONG et du public. La Déclaration appelle à l'application universelle du Code International dont la réalisation des trois objectifs complémentaires de la *Déclaration Innocenti* de 1995. La Déclaration 2005 ajoute aussi cinq nouveaux objectifs opérationnels pour créer un environnement qui permet aux mères, familles et autres de prendre des décisions éclairées pour une alimentation optimale, qui est définie comme l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, suivi de l'introduction d'une alimentation complémentaire appropriée et de la prolongation de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois ou plus. L'Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé en 2006 l'Appel à l'Action de la Déclaration Innocenti 2005 (Assemblée Mondiale de la Santé Résolution WHA59.21, 2006) et le Comité Permanent des Nations Unies pour la Nutrition a approuvé la Déclaration en Mars 2006⁸⁸.

A un niveau plus tangible, les efforts ont continué à faire

avancer la mise en oeuvre du Code International dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Par exemple, en 2006, l'UNICEF et l'OMS ont appuyé l'IBFAN-ICDC dans la conduite d'une formation au Burkina Faso sur la mise en oeuvre au niveau national du Code. Comme cinq des neuf pays participants avaient déjà adopté des décrets nationaux sur la commercialisation des substituts du lait maternel, la formation a été centrée à la fois sur la rédaction des cadres législatifs nationaux et les façons de rendre les cadres législatifs nationaux efficaces grâce à l'information, l'éducation, le suivi et la mise en application de la réglementation.

Egalement en 2006, *Code Watch : 25 années de protection de l'allaitement maternel* a été choisi comme le thème de la Semaine Mondiale de l'Allaitement afin de coïncider avec le 25^{ème} anniversaire de l'adoption du Code International. La Semaine, grâce à ce thème relatif au Code a été un catalyseur pour l'action au niveau national. Par exemple, au Nigeria, le Ministère de la Santé a officiellement lancé de nouvelles réglementations sur la commercialisation des aliments pour le nourrisson et le jeune enfant et un questionnaire d'enquête de suivi que la NAFDAC – l'agence d'exécution – utilisera pour mettre en application les réglementations. La République Démocratique du Congo a profité de cette occasion pour publier dans le Journal Officiel une loi nationale réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel et le re-lancement d'une action politique et programmatique pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel.

Les avancées réalisées ces 25 dernières années en Afrique de l'Ouest et du Centre doivent être poursuivies et intensifiées. Dans les pays où la loi a été adoptée, les ressources doivent être canalisées pour mettre en application cette loi. Les officiels du gouvernement doivent être formés pour suivre l'observance du Code International et des outils de suivi doivent être développés. De plus, les agents de santé doivent être informés des résolutions de la loi afin de se sentir soutenus dans leur travail quotidien et au sein du système de santé. Une stratégie de communication par les médias doit être développée et soutenue que l'opinion publique, les fabricants d'aliments pour nourrissons et les distributeurs et détaillants soient informés sur la loi. Les pays qui sont toujours au stade de rédaction de la loi doivent être épaulés pour avancer vers l'adoption de mesures légales. Des efforts particuliers sont nécessaires pour déterminer les raisons pour lesquelles certains pays n'ont toujours pas agi en faveur de la mise en oeuvre du Code au niveau national.

Un principe directeur pour avancer vers la mise en oeuvre du Code International en Afrique de l'Ouest et du Centre est la nécessité d'une approche intégrée. L'adoption d'une législation réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel ne va pas en soit améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les gouvernements, les agences des Nations Unies, les ONG de l'humanitaire et du développement, les professionnels de la santé, les médias, la société civile et les individus doivent travailler ensemble pour revitaliser la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel - en particulier l'initiation précoce de l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois - en s'appuyant sur les communautés, les services de santé et les médias. Cette action doit être placée au cœur des efforts pour améliorer l'alimentation, la nutrition et la survie de l'enfant en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, en particulier ceux concernant la réduction de la malnutrition et de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.

Un principe directeur pour avancer vers la mise en oeuvre du Code International en Afrique de l'Ouest et du Centre est la nécessité d'une approche intégrée. L'adoption d'une législation réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel ne va pas en soit améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les gouvernements, les agences des Nations Unies, les ONG de l'humanitaire et du développement, les professionnels de la santé, les médias, la société civile et les individus doivent travailler ensemble pour revitaliser la protection,

l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel - en particulier l'initiation précoce de l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois - en s'appuyant sur les communautés, les services de santé et les médias. Cette action doit être placée au cœur des efforts pour améliorer l'alimentation, la nutrition et la survie de l'enfant en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, en particulier ceux concernant la réduction de la malnutrition et de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.

Références

- 1 Nestlé. Quelques dates clés de Nestlé. http://www.nestle.ca/fr/our_company/facts/milestones/milestones.htm (accessed September 5, 2006).
- 2 Palmer G. The politics of breastfeeding (second edition). Pandora, London, 1993.
- 3 Jelliffe DB, Jelliffe P. Human milk in the modern world. Oxford University Press, Oxford, 1978.
- 4 Catholic Institute for International Relations (CIIR). Baby milk: destruction of a world resource. CIIR, London, 1993.
- 5 Williams CD. Milk and murder. Address to the Rotary Club of Singapore, 1939.
- 6 Chetley A. The baby killer scandal. War on Want, London, 1979.
- 7 Wennen Ca. Le déclin de breastfeeding au Nigéria. *Medicine tropical et géographique*, 1969.
- 8 Jelliffe DB. Commerciogenic malnutrition? *Food Technology*, 1971.
- 9 Op cit. Wennen, C.A. The decline of breastfeeding in Nigeria. *Tropical and Geographical Medicine*, 1969.
- 10 Geach H. The baby food tragedy. *New Internationalist*, 1973.
- 11 Muller M. The baby killer (second edition). War on Want. London, 1975.
- 12 Nestlé. Baby milk issue facts. <http://www.babymilk.nestle.com/history/legal+battle.htm> (accessed September 5, 2006).
- 13 Op cit. The politics of breastfeeding (second edition). Pandora, London, 1993.
- 14 UNICEF and WHO. UNICEF-WHO Meeting on Infant and Young Child Feeding. *WHO Chronicle*, 1979; 33: 435-43.
- 15 Sources: Chetley A, Allain A. Protecting infant health: a health worker's guide to the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes (10th edition). IBFAN-ICDC, Penang (Malaysia), 2002. UNICEF. Celebrating the Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding: past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding. UNICEF. New York, 2005.
- 16 Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003; 361: 2226-34.
- 17 WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious disease in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 2000; 355: 451-55.
- 18 Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, 2006; 117: e380-e386.
- 19 United Nations Millennium Declaration, 18 September, 2000.
- 20 Jones G, Stekettee RW, Black RE, et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003; 362: 65-71.
- 21 De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*, 2000; 283: 1175-82.
- 22 UNICEF. World missing opportunity to reduce mother-to-child HIV transmission through exclusive breastfeeding. Press release. UNICEF, New York, 2004 (November).
- 23 Op cit. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious disease in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 2000; 355: 451-55.
- 24 Iliff PJ, Piwoz E, Tavengwa N, et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS*, 2005; 19: 699-708.
- 25 World Health Organization (WHO). HIV and Infant Feeding Technical Consultation held on behalf of the Inter-Agency Task-Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. Geneva, October 25-27, 2006.
- 26 UNICEF, UNAIDS, WHO, et al. HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers. WHO. Geneva, 2003.
- 27 World Health Organization (WHO). HIV and Infant Feeding. Framework for Priority Action. WHO, 2003. Geneva, Switzerland.
- 28 World Health Organization (WHO). Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. WHO. Geneva, 1997.
- 29 UNICEF. Celebrating the Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding (1990-2005): past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding. UNICEF. New York, 2005.
- 30 World Health Organization (WHO). The management of nutrition in major emergencies. WHO. Geneva, 2000.
- 31 Interagency Working Group on Infant Feeding in Emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and policy-makers (version 2). Emergency Nutrition Network (ENN). Oxford, 2006.
- 32 Codex Alimentarius Commission. Standard for infant formula. Standard 72-1981 (amended 1983, 1985, 1987, 1997 and currently under revision).
- 33 Codex Alimentarius Commission. Draft revised standard for infant formula and formula for special medical purposes (at step 6). Report of 27th Session of the Codex Committee on Nutrition and Foods for Special Medical Purposes; ALINORM 06/29/26, Appendix IV (2005).
- 34 International Baby Food Action Network (IBFAN). Breaking the rules. IBFAN. Penang (Malaysia), 1991, 1994, 1998, 2001.
- 35 Op cit. International Baby Food Action Network (IBFAN). Breaking the rules. IBFAN. Penang (Malaysia), 1991, 1994.
- 36 Op cit. International Baby Food Action Network (IBFAN). Breaking the rules. IBFAN. Penang (Malaysia), 1991, 1994.
- 37 Aguayo V, Ross J, Kanon S, Ouédraogo A. Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in West Africa: multi-site cross sectional survey in Togo and Burkina Faso. *British Medical Journal* 2003; 326: 127-130.
- 38 Author's personal observation. Abidjan, Cote d'Ivoire, 2004.
- 39 Coulibaly K. Atelier d'échanges et de réflexion en vue d'un consensus sur le Code International de Commercialisation des Substitues du Lait Maternel en Côte d'Ivoire. Rapport de mission, 2003.
- 40 Ministère de la Santé Publique du Gabon. No. 3/MSPP/CAB, 16 December 1991.
- 41 Op cit. Aguayo V, Ross J, Kanon S, Ouédraogo A. Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in West Africa: multi-site cross sectional survey in Togo and Burkina Faso. *British Medical Journal* 2003; 326: 127-130.
- 42 Bouillot F. L'alimentation du nourrisson. *Nutrition Diététique* (literature distributed to health workers). Gabon, 1999.
- 43 Op cit. Aguayo V, Ross J, Kanon S, Ouédraogo A. Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in West Africa: multi-site cross sectional survey in Togo and Burkina Faso. *British Medical Journal* 2003; 326: 127-130.
- 44 International Baby Food Action Network (IBFAN). State of the Code by country. IBFAN-ICDC. Penang (Malaysia), 1994.
- 45 International Baby Food Action Network (IBFAN). State of the Code by country. IBFAN-ICDC. Penang (Malaysia), 2006.
- 46 Baby Milk Action. Update, July 2002.
- 47 Coulibaly K. Atelier d'échanges et de réflexion en vue d'un consensus sur le Code International de Commercialisation des Substitues du Lait Maternel en Côte d'Ivoire. Rapport de mission, 2003.
- 48 United Nations Standing Committee on Nutrition (UN-SCN). Report of the 33rd session, March 2006, 84.

