



EXAMEN ET EVALUATION DE L'ACTION NATIONALE ENTREPRISE POUR DONNER EFFET
AU CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL :
RAPPORT D'UNE REUNION TECHNIQUE

La Haye, 30 septembre-3 octobre 1991

Ce document présente le rapport d'une réunion organisée par l'OMS avec la participation de l'UNICEF au cours de laquelle les représentants de 14 Etats Membres ont discuté des mesures prises pour donner effet au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Ce rapport, qui résume les leçons apprises et les recommandations élaborées, est subdivisé en cinq parties respectivement consacrées à l'élaboration et à la mise en oeuvre de l'action nationale, à la formation et à l'éducation dans le secteur de la santé, à l'information destinée au grand public et aux mères, à la surveillance et à l'application des mesures, aux fabricants et aux distributeurs de produits entrant dans le champ d'application du Code international. Une contribution généreuse allouée par le Gouvernement néerlandais a permis aux autorités compétentes de chacun des pays d'entreprendre l'exercice d'examen et d'évaluation et à la réunion consacrée à l'examen des résultats d'avoir lieu. Le résumé des résultats, qui a servi de base de discussion lors de la réunion, se trouve à l'annexe 1.

Table des matières

	<u>Pages</u>
Introduction	2
Elaboration et mise en oeuvre des mesures nationales	2
Formation et éducation dans le secteur de la santé	6
Information destinée au grand public et aux mères	7
Surveillance et application des mesures	8
Fabricants et distributeurs de produits entrant dans le champ d'application du Code international	8
Annexe 1 - Document de travail ayant servi de base de discussion	11
Annexe 2 - Liste des participants	25

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

INTRODUCTION

1. En mai 1990, la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, par sa résolution WHA43.3, a prié le Directeur général "de fournir aux Etats Membres ... un appui pour prendre des mesures propres à améliorer la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants, notamment en recueillant et en diffusant des informations sur les actions nationales pertinentes qui présentent de l'intérêt pour tous les Etats Membres". Grâce à des fonds fournis par le Gouvernement néerlandais, en collaboration avec le Gouvernement suédois et l'Agence Suédoise pour le Développement international, l'OMS a fourni un appui de caractère technique à 14 Etats Membres¹ qui avaient fait connaître leur désir d'entreprendre un examen et une évaluation en profondeur de leur propre expérience concernant la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.²

2. Les résultats de l'exercice national d'examen et d'évaluation ont été résumés dans un document de travail (annexe 1) qui a servi de base de discussion aux représentants des pays concernés (annexe 2). Cette réunion avait pour objet d'étudier en termes concrets et pratiques ce que les Etats Membres peuvent faire pour donner effet aux principes et au but du Code international, avec l'appui de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres parties intéressées. Des représentants de cinq organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS qui s'intéressent particulièrement à l'alimentation des nourrissons étaient également présents à la réunion. Il s'agit de la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, de l'Association internationale de Pédiatrie, de la Confédération internationale des Sages-Femmes, de l'Organisation internationale des Unions de Consommateurs et de l'Association internationale des Fabricants d'Aliments pour l'Enfance.

3. Les participants ont insisté sur le fait qu'il était essentiel de voir le Code international dans le vaste contexte dans lequel il s'inscrit. L'allaitement au sein est fondamental pour favoriser la croissance et le développement sains du nourrisson et du jeune enfant et il contribue à la santé et au statut nutritionnel de leurs mères. Le Code international constitue l'une des nombreuses actions importantes indispensables à la protection et à la promotion de l'allaitement au sein.

4. Les participants ont estimé que, depuis l'adoption du Code international, des progrès considérables ont été réalisés. La prise de conscience de l'importance de l'allaitement au sein s'est accrue, et la promotion des produits entrant dans le champ d'application du Code est devenue moins agressive. Les participants ont néanmoins conclu qu'il restait encore beaucoup à faire pour que le plein impact du Code se fasse sentir dans tous les pays.

5. Les participants ont été unanimes à reconnaître que leur exercice national d'examen et d'évaluation avait contribué à mieux faire comprendre l'importance et le rôle du Code international dans leurs pays. Ils ont estimé que tous les pays tireraient profit d'un tel exercice. Les leçons apprises ont permis aux participants de tirer un certain nombre de conclusions et d'élaborer un certain nombre de recommandations qu'ils ont adressées au Directeur général sous les rubriques qui vont suivre.

ELABORATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES NATIONALES

Leçons apprises

6. Le succès de la mise en oeuvre du Code international repose sur une perspective intersectorielle claire. La responsabilité de la santé, de la loi, du commerce et de

¹ Brésil, Egypte, Finlande, Guatemala, Iran (République islamique d'), Kenya, Nigéria, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pays-Bas, Philippines, Pologne, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suède, et Yémen.

² Les gouvernements ont utilisé à cet effet un canevas commun d'examen et d'évaluation (document inédit en anglais, arabe et espagnol) préparé par l'OMS.

l'industrie, et de la qualité alimentaire, parmi d'autres secteurs importants, converge sur un instrument unique.

7. Il est essentiel que toutes les parties concernées soient impliquées dans l'élaboration et la surveillance des mesures nationales adoptées pour donner effet au Code international. Dans ce contexte, la notion de "parties concernées" englobe les autorités de la santé, les systèmes de soins de santé, les professionnels de la santé et le personnel qu'ils emploient, les organisations non gouvernementales, y compris les organisations féminines et de consommateurs, les groupes professionnels, les fabricants et les distributeurs de produits entrant dans le champ d'application du Code, les institutions et les particuliers.¹

8. L'élaboration et la mise en oeuvre de mesures nationales pour donner effet au Code sont un processus permanent qui s'est avéré plus complexe qu'on ne le pensait. Les difficultés rencontrées comprennent :

- le manque d'engagement politique. L'expérience a montré que, si le processus de mise en oeuvre du Code international peut être déclenché par des individus influents, par des organismes politiques ou des groupements professionnels, il ne peut y avoir d'engagement politique à long terme sans l'intérêt actif et la participation des communautés et des familles;
- l'attention insuffisante accordée à l'intersectorialité. La responsabilité directe de donner effet au Code international incombe généralement aux autorités de la santé. Toutefois, beaucoup d'autres secteurs ont un rôle important à jouer à cet égard;
- l'incapacité de reconnaître que le Code international s'applique à tous les pays, quel que soit leur niveau de développement socio-économique;²
- des questions concernant le champ d'application du Code,³ y compris : a) les produits que l'on perçoit et que l'on utilise parfois à tort comme des substituts du lait maternel, par exemple les bouillies, les tisanes et les préparations de suite; b) le fait qu'on ne dispose pas de normes internationales pour la qualité et la conception des biberons et des tétines; et c) des problèmes concernant d'autres ustensiles servant à l'alimentation du nourrisson, tels que les tasses spéciales pour bébés (munies d'un couvercle avec embout perforé) et les sucettes;
- le fait que l'on présume souvent, à tort, que l'application du Code international se limite à une tranche d'âge particulière.

¹ Comme le mentionne le paragraphe 2 du présent rapport, des représentants internationaux de certaines de ces mêmes parties concernées ont assisté à la réunion. Voir également annexe 2.

² L'article 11, paragraphe 1, du Code international appelle les gouvernements à "prendre des mesures pour donner effet aux principes et au but" du Code, "eu égard à leurs structures sociales et législatives, y compris l'adoption d'une législation, d'une réglementation ou d'autres mesures appropriées". Se référant au Code comme étant une "exigence minimum et uniquement une des nombreuses mesures importantes nécessaires pour garantir des pratiques hygiéniques en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant", la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1981) a prié instamment tous les Etats Membres "de soutenir pleinement et unanimement ... le Code international dans sa totalité, en tant qu'expression de la volonté collective des Membres de l'Organisation mondiale de la Santé" (résolution WHA34.22).

³ Pour une discussion du champ d'application du Code international, se reporter aux pages 35-36 de l'annexe 3 de la publication OMS s'y rapportant (Genève, 1981). On peut y lire que "les références [du Code] aux produits utilisés pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel ne visent pas les aliments de complément à moins que ces aliments ne soient présentés - comme le sont les substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons - comme propres à remplacer partiellement ou totalement le lait maternel".

- l'effet négatif observé dans certains pays qui résulte d'une adoption partielle du Code international;
- un non-respect des principes et du but du Code international dans des situations où le marché est en évolution, par exemple dans des pays qui se dirigent vers une économie de marché ou dans des groupes de populations qui commencent à participer à une économie monétaire.

Recommandations

9. Les gouvernements devraient prendre l'engagement politique de donner effet aux principes et au but du Code international dans sa totalité, à titre d'exigence minimum. L'engagement politique englobe la surveillance de l'application des mesures nationales, l'imposition de sanctions et la fourniture des matériels et des ressources humaines nécessaires au suivi.
10. L'entière responsabilité de formuler et d'adopter des mesures nationales pour donner effet au Code international incombe aux gouvernements. Ce faisant, ils devraient toutefois consulter toutes les parties concernées. Cette démarche contribuerait pour beaucoup à obtenir leur participation active à la mise en oeuvre de ces mesures.
11. Lors de l'adoption de mesures pour donner effet au Code international, les autorités nationales devraient utiliser des définitions claires et des spécifications exactes. Le champ d'application de ces mesures devrait s'étendre à tous les produits qui sont perçus et utilisés comme substituts du lait maternel, qu'ils conviennent ou non à cette fin et quel que soit l'âge des enfants concernés.¹ Le cas échéant, un appui technique dans ce domaine devrait être demandé à l'OMS.
12. Les mesures nationales adoptées pour donner effet au Code international devraient être considérées comme un élément normal de toute politique et de tout programme de santé maternelle et infantile. Elles devraient s'appliquer aux services de santé du secteur public comme à ceux du secteur privé.
13. Les autorités nationales compétentes, si elles ne l'ont pas déjà fait, devraient nommer un coordonnateur national pour l'allaitement au sein et établir une commission multisectorielle de l'allaitement au sein, composée des représentants des parties concernées. Le coordonnateur et la commission devraient être notamment chargés de veiller à ce que les mesures nationales prises pour donner effet au Code international soient observées.
14. Les organisations internationales, directement ou par l'intermédiaire des bureaux de pays, là où il en existe, devraient fournir aux autorités nationales des informations concernant le Code international. Une documentation sur les mesures qui ont été adoptées dans divers pays ainsi que des renseignements sur les expériences de mise en oeuvre qui pourraient être utiles à d'autres pays devraient être recueillis et diffusés par l'OMS,

¹ Le rapport que le Directeur général a fait sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant à la quatre-vingt-neuvième session du Conseil exécutif de l'OMS (document EB89/28) mentionne que "la représentante de l'Association internationale des Fabricants d'Aliments pour l'Enfance (IFM), lors d'une réunion à La Haye ... a déclaré avoir pris bonne note des inquiétudes exprimées par certains gouvernements et par d'autres parties sur les conséquences négatives sur la santé de l'enfant pouvant éventuellement résulter d'une confusion possible sur le marché entre les préparations de qualité pour nourrissons et les préparations de suite. Elle a indiqué que ces inquiétudes seront portées à la connaissance des membres de l'IFM afin qu'ils prennent toutes les mesures nécessaires pour que leurs pratiques en matière de commercialisation permettent de faire une distinction très claire entre ces deux produits".

l'UNICEF, le Centre de Documentation sur le Code¹ et d'autres organisations et organismes appropriés.

15. Il convient de maintenir et de renforcer les mesures prises actuellement pour mettre fin à la distribution gratuite ou à la vente à bas prix d'échantillons de préparations pour nourrissons aux maternités et aux hôpitaux.² Désormais, les préparations pour nourrissons devraient être mises à la disposition du public par les voies d'approvisionnement normales dans tous les pays et non par la distribution gratuite ou subventionnée.

16. Les organismes caritatifs et autres organismes donateurs devraient faire preuve de la plus grande prudence avant de formuler des demandes d'approvisionnements gratuits en aliments pour nourrissons ou avant de répondre à de telles demandes. Ces organismes devraient examiner et adapter en fonction des besoins les politiques relatives à la distribution et à l'utilisation des produits lactés pour l'alimentation des nourrissons qui ont été adoptées par des organismes tels que le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, le Programme alimentaire mondial et le Comité international de la Croix-Rouge. Pour éviter d'interférer avec la pratique de l'allaitement au sein, il ne faudrait fournir que le minimum requis d'aliments pour nourrissons et ne le distribuer que dans des conditions de supervision et de suivi appropriées.

17. Des consultations devront être tenues concernant le problème des pays qui, du fait de la nouvelle situation de leur marché, sont particulièrement vulnérables aux pratiques de commercialisation relatives à des produits entrant dans le champ d'application du Code international. Il s'agit entre autres des pays qui sont en train de passer d'une économie planifiée à une économie de marché et des pays où certains groupes de population commencent à participer à une économie monétaire.

¹ Le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN), à Penang, Malaisie, se trouve dans le Bureau régional pour l'Asie et le Pacifique de l'Organisation internationale des Unions de Consommateurs qui est une organisation non gouvernementale admise aux relations officielles avec l'OMS en 1986. L'IBFAN organise périodiquement des cours de dix jours sur la mise en oeuvre du Code international à l'intention des participants du monde entier qui sont pris en charge par les autorités publiques ou par le secteur privé. Le cours traite des dimensions politiques, socio-économiques et juridiques du Code et donne des conseils individuels et des références. Les participants ont également accès aux nombreux documents collectés sur place par le Centre de Documentation sur le Code.

² Le rapport (document EB89/28) à la quatre-vingt-neuvième session (janvier 1992) du Conseil exécutif de l'OMS mentionne que le Président de l'IFM a communiqué au Directeur général une déclaration de principe adoptée par l'Assemblée générale de l'IFM en mars 1991 et une décision ultérieure du Comité exécutif de l'IFM en juin 1991 concernant les dons de préparations pour nourrissons aux hôpitaux et à d'autres institutions dans les pays en développement. L'IFM a annoncé qu'elle était d'accord avec l'OMS et l'UNICEF pour mettre fin à la fourniture gratuite ou à bas prix de préparations pour nourrissons aux maternités et aux hôpitaux des pays en développement d'ici la fin de 1992. L'IFM a convenu de collaborer avec l'OMS et l'UNICEF dans le cadre d'un processus pays par pays visant à l'élaboration par les gouvernements de mesures de réglementation ou d'autres mesures nécessaires. L'IFM s'est engagée à coopérer pleinement à ces efforts dont elle a annoncé qu'ils commenceraient immédiatement dans plusieurs pays et seraient étendus à d'autres pays en 1992. L'IFM a sollicité les bons offices du Directeur général de l'OMS et du Directeur exécutif de l'UNICEF pour faciliter le processus. L'IFM, qui compte plus de 30 fabricants nationaux et internationaux d'aliments pour nourrissons parmi ses membres, a déclaré qu'elle estimait essentiel que les mesures prises par les gouvernements soient claires et sans ambiguïté et qu'elles n'engagent pas uniquement la responsabilité de tous les fabricants, mais aussi celle de tous ceux qui sont concernés dans le système de soins de santé.

FORMATION ET EDUCATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

Leçons apprises

18. Les professionnels de la santé et les autres personnes travaillant dans le secteur de la santé ignorent souvent tout des derniers développements relatifs aux pratiques d'alimentation des nourrissons, et en particulier de la manière de conseiller les mères à cet égard. Cela englobe un manque de sensibilisation aux principes et au but du Code international et, s'il y a lieu, aux mesures nationales appropriées qui ont été adoptées pour lui donner effet. Cette tendance est renforcée par la rotation rapide du personnel de santé.

19. Les relations entre le personnel de santé et les fabricants d'aliments pour nourrissons ne sont pas toujours compatibles avec les principes et le but du Code international.

Recommandations

20. Les mesures nationales adoptées pour donner effet au Code international devraient être présentées dans un langage clair et compréhensible et devraient être largement diffusées.

21. Toute formation initiale et en cours d'emploi des agents de santé concernant l'allaitement au sein devrait comprendre : a) des renseignements et des conseils sur les responsabilités incombant aux agents de santé, au titre des mesures nationales adoptées pour donner effet au Code international; b) une discussion des principes résumés et des objectifs opérationnels énoncés dans la Déclaration "Innocenti"¹ et dans la déclaration conjointe OMS/UNICEF sur l'allaitement au sein et le rôle des services de maternité;² et c) des informations sur la gestion de l'allaitement et les moyens d'encourager l'établissement de groupes de soutien pour l'allaitement au sein dans la communauté.

22. L'OMS devrait encourager et soutenir la révision et, s'il y a lieu, la préparation du contenu relatif à l'alimentation des nourrissons des programmes d'études, des manuels³ et des autres matériels d'enseignement destinés aux agents de santé, en association avec les organisations internationales professionnelles et volontaires concernées. Ces matériels devraient énoncer les principes et le but du Code international et fournir des renseignements sur les responsabilités qui en découlent pour les agents de santé.

¹ La Déclaration "Innocenti" a été présentée et adoptée par les participants à la réunion de responsables OMS/UNICEF portant sur "L'allaitement des années 90 : une initiative globale", qui a eu lieu à la Spedale degli Innocenti (Florence, Italie, 30 juillet-1^{er} août 1990).

² Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services de maternité. Déclaration conjointe OMS/UNICEF. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1989. Disponible en anglais, arabe, espagnol et français. Une liste de 25 autres versions linguistiques est disponible sur demande.

³ L'OMS, en collaboration avec l'IBFAN, a entrepris d'examiner la manière dont l'allaitement au sein est traité dans les principaux manuels de médecine utilisés dans le monde. Dans un premier temps, des questionnaires en anglais, arabe, espagnol et français ont été adressés à plus de 500 écoles de médecine en 1990. La prochaine étape sera menée en coopération avec l'Institut de Médecine de la Reproduction de l'Université de Georgetown, Centre collaborateur de l'OMS à Washington, D.C. Compte tenu des toutes dernières données scientifiques et de l'expérience clinique, des recommandations seront formulées à l'intention des éditeurs concernant des sujets tels que la physiologie, la gestion de la lactation, l'information prénatale des mères et les questions liées à la fécondité. Pour garantir le meilleur produit et l'impact le plus large possible, l'OMS va mobiliser l'aide de la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique et de l'Association internationale de Pédiatrie.

23. Au nom de leurs membres dans les pays, les associations professionnelles internationales devraient élaborer ou, s'il y a lieu, renforcer, des directives pour la définition de normes éthiques de conduite entre agents de santé et fabricants et distributeurs de produits entrant dans le champ d'application du Code international.

INFORMATION DESTINEE AU GRAND PUBLIC ET AUX MERES

Leçons apprises

24. Dans certains pays, des fabricants et des distributeurs de produits entrant dans le champ d'application du Code international, avec l'accord préalable des autorités compétentes, ont le droit de passer par les médias et par les secteurs officiels et officieux d'éducation pour diffuser des informations sur leurs produits. La divergence existant entre le Code international et les mesures adoptées pour lui donner effet sème le trouble et donne un surcroît de travail aux autorités nationales.¹

25. Si les autorités nationales peuvent réglementer les services d'information et le contenu des messages promotionnels à l'intérieur de leurs territoires, elles ne sont pas en mesure de maîtriser unilatéralement la révolution internationale des télécommunications qui sont en rapide extension, par exemple la transmission télévisée par satellite et par câble. Cette situation donne lieu dans certains pays à des pratiques promotionnelles qui ne sont pas compatibles avec les mesures nationales adoptées pour donner effet au Code international.

26. Le biberon en tant que symbole des soins aux enfants que l'on trouve systématiquement dans des bâtiments publics (par exemple dans les aéroports) n'apporte pas un grand soutien à l'allaitement au sein. Il en va de même des biberons et des tétines que l'on utilise dans le cadre de la promotion d'autres produits.

Recommandations

27. Les autorités nationales devraient fournir des informations et des instructions concernant la nutrition et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui soient adaptées à la langue, à la culture et au degré d'instruction, au niveau local.

28. Les gouvernements devraient explorer, sur une base bilatérale ou multilatérale, les moyens de réglementer la promotion, par le biais de la transmission télévisée par satellite ou par câble, des produits entrant dans le champ d'application du Code international, conformément aux dispositions du Code.

29. L'OMS devrait continuer à fournir des matériels d'enseignement appropriés, y compris des films vidéo, sur la nutrition et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour les adapter et les utiliser dans les pays.

30. Le biberon et la tétine ne devraient être utilisés ni comme symbole des soins aux enfants,² ni dans le cadre de la promotion d'autres produits tels que l'eau minérale et les articles de puériculture par exemple.

¹ Voir à ce propos le paragraphe 43 de l'annexe 1, y compris l'exemple sur les Philippines.

² Suite à la réunion, le représentant de l'Organisation internationale des Unions de Consommateurs et le Président de l'Association internationale des Fabricants d'Aliments pour l'Enfance ont écrit, respectivement, à l'Organisation internationale de Normalisation (ISO) et à l'Association du Transport aérien international (IATA) pour leur recommander de trouver un symbole des soins aux enfants approprié, en remplacement du biberon qui est souvent utilisé dans les installations publiques de transport et pour leur proposer de les aider dans cette tâche. L'ISO et l'IATA sont toutes deux des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS.

SURVEILLANCE ET APPLICATION DES MESURES

Leçons apprises

31. La surveillance des mesures adoptées pour donner effet au Code international, souvent avec l'appui d'organisations non gouvernementales nationales et internationales, a été menée avec succès dans certains pays. Toutefois, dans beaucoup d'autres pays, la surveillance a été inexistante, mal planifiée ou inefficace par manque de désignation adéquate des responsabilités auprès des personnes concernées. Parmi les autres facteurs contribuant à la surveillance incomplète des mesures, on trouve l'absence de données de base, de personnel qualifié, d'indicateurs appropriés et de fonds nécessaires.

32. Les difficultés rencontrées lors de l'application des mesures nationales englobent l'absence de sanctions, des sanctions mal adaptées ou l'incapacité de les appliquer et des dispositions qui nécessitent des interprétations subjectives de la part des autorités nationales.¹

Recommandations

33. Dans la mesure du possible, la surveillance des mesures nationales adoptées pour donner effet au Code international devrait être assurée par les mécanismes existants, c'est-à-dire ceux qui s'occupent de l'inspection alimentaire, des pratiques des services de santé et de la réglementation commerciale. Une formation appropriée devrait être dispensée aux personnes concernées.

34. La surveillance des mesures nationales devrait comprendre des enquêtes périodiques sur les connaissances, les attitudes et les pratiques chez les agents de santé.

35. L'OMS, en collaboration avec d'autres organes et organisations, devrait élaborer des indicateurs pour surveiller l'application des mesures nationales en se basant sur des définitions admises. Ces indicateurs, accompagnés de directives pour leur adaptation et leur utilisation, devraient être diffusés auprès des pays.²

FABRICANTS ET DISTRIBUTEURS DE PRODUITS ENTRANT DANS LE CHAMP D'APPLICATION DU CODE INTERNATIONAL

Leçons apprises

36. Dans de nombreux pays, les mesures adoptées pour donner effet au Code international, élaborées parfois en collaboration avec l'industrie des aliments pour nourrissons, ne sont pas à la hauteur des dispositions du Code. Dans d'autres pays, elles sont inexistantes.

¹ Voir à ce propos le paragraphe 43 de l'annexe 1, y compris l'exemple sur les Philippines.

² Par exemple, l'OMS, en collaboration avec l'UNICEF et d'autres organisations et organes intéressés, a élaboré un nombre limité d'indicateurs relatifs à l'allaitement au sein, relativement faciles à mesurer et à interpréter et, en même temps, opérationnellement utiles en termes d'application des résultats (document WHO/CDD/SER/91.14). Cette mesure devrait faciliter les comparaisons inter pays dans le temps, tout en donnant aux administrateurs de programmes et aux décideurs une confiance accrue dans les moyens d'influer sur les attitudes envers l'allaitement au sein, de sensibiliser davantage l'opinion à l'importance de cette pratique et de fournir les types d'appui qui vont à la fois motiver les mères et leur permettre d'allaiter leurs enfants. Les définitions des catégories utilisées en matière d'allaitement maternel recouvrent l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement maternel prédominant, l'allaitement maternel complet, l'allaitement maternel, l'alimentation complétée et l'alimentation au biberon.

37. Lorsque les mesures nationales sont insuffisantes par rapport au Code international, les fabricants et les distributeurs de produits entrant dans le champ d'application ont généralement adopté des politiques de commercialisation et des pratiques promotionnelles qui ne sont pas en conformité avec les dispositions du Code international dans sa totalité.¹ Cette approche a d'ailleurs rendu la détermination des violations des mesures nationales plus difficile.

38. En règle générale, les fabricants et les distributeurs ont fait une distinction entre les pays en développement et les pays industrialisés où leurs pratiques de commercialisation sont concernées en regard du Code international.² Toutefois, ni le Code en soi ni l'Assemblée mondiale de la Santé n'ont fait une telle distinction.

39. On ne s'est pas assez soucié de la réglementation de la commercialisation et de la promotion des biberons et des tétines et des autres ustensiles, y compris les sucettes et les tasses spéciales pour bébés (munies d'un couvercle à embout perforé). En outre, il n'y a pas de normes reconnues au niveau international pour la conception et la qualité des biberons et des tétines.³

40. Au niveau du commerce de détail, les préparations pour nourrissons sont souvent offertes à la vente couplée avec une variété d'autres produits communément utilisés pour l'alimentation du nourrisson (par exemple les tisanes, les bouillies, le lait condensé sucré et les préparations de suite). Cette pratique contribue à ce que ces autres produits soient perçus, à tort, comme des substituts appropriés du lait maternel, augmentant par conséquent le risque d'être mal utilisés dans l'alimentation des nourrissons.

Recommandations

41. Les fabricants et les distributeurs de tous les produits entrant dans le champ d'application du Code international devraient se conformer au Code dans sa totalité dans tous les pays, sauf si la législation nationale le leur interdit expressément.

¹ L'IFM a affirmé que, "pour renforcer l'objectif de l'Association de maintenir des normes éthiques élevées de commercialisation d'aliments pour nourrissons, [elle] a volontairement établi des procédures d'enquêtes d'allégations de non-conformité avec les engagements de l'IFM de la part de compagnies membres. En 1987, l'IFM a engagé une procédure de plainte et a nommé un médiateur en 1991 pour arbitrer de manière indépendante et enquêter sur toute allégation ne pouvant être résolue directement".
Source : IFM: A commitment to infant and young child health, Paris, 1991, p. 29.

² En octobre 1989, l'IFM "a réaffirmé au Directeur général de l'OMS l'engagement que ses compagnies membres ont pris de soutenir les principes et le but du Code OMS. Dans la pratique, les compagnies membres qui ont pris cet engagement individuel et volontaire le respectent en se conformant au Code de l'OMS dans sa totalité dans les pays en développement, sauf là où les gouvernements ont appliqué des codes nationaux spécifiques ou d'autres mesures. Dans les pays industrialisés, les compagnies membres de l'IFM respectent les réglementations et les codes nationaux et/ou les codes industriels volontaires établis en concertation avec les autorités appropriées. De tels codes volontaires sont conçus pour mettre en pratique le Code de l'OMS en fonction de la structure sociale et législative des pays concernés. En l'absence de tels codes, chaque compagnie reste responsable des pratiques de commercialisation les mieux adaptées aux besoins des consommateurs, conformément au but du Code de l'OMS et en accord avec les circonstances et les conditions juridiques en vigueur dans tout pays spécifique".
Source : Ibid., pp. 15-16.

³ Le rapport (document EB89/28) à la quatre-vingt-neuvième session (janvier 1992) du Conseil exécutif de l'OMS mentionne qu'"un groupe de grands producteurs de biberons et de tétines a annoncé en 1991 la création d'une Association mondiale des Fabricants de Biberons et de Tétines (WBT). Le WBT a pour objectifs de surveiller la qualité et la conception des produits et de faire en sorte que les parents reçoivent l'information la plus complète possible sur les produits fabriqués en application du Code de pratique [de l'organisation]".

42. Les gouvernements et les organisations concernées devraient s'efforcer de définir et d'adopter des normes reconnues au niveau international concernant la conception et la qualité des biberons et des tétines.

43. Au niveau du commerce de détail, les préparations pour nourrissons offertes à la vente devraient être séparées des autres produits communément utilisés pour l'alimentation du nourrisson.

DOCUMENT DE TRAVAIL AYANT SERVI DE BASE DE DISCUSSION

[NUT/MCH/91.1]

Sommaire

	<u>Pages</u>
Introduction	11
Principales caractéristiques du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et son impact dans les pays	11
Stades d'application des mesures nationales pour donner effet aux principes et au but du Code international	13
Evaluation et révision des mesures nationales	19
Questions soulevées dans les examens effectués par les pays à propos du contenu des mesures nationales adoptées pour donner effet aux articles du Code international	22

INTRODUCTION

1. Dans leurs rapports, les Etats Membres ont indiqué que les mesures qu'ils avaient prises pour donner effet au Code international en sont à un des stades suivants :

- élaboration des mesures nationales (adaptation du Code international à la situation locale);
- adoption des mesures nationales par le biais de la législation, de la promulgation de directives, d'accords volontaires avec l'industrie de l'alimentation pour nourrissons ou d'autres moyens;
- mise en oeuvre des mesures nationales en sensibilisant à leur existence et sur ce qu'elles impliquent pour les diverses parties concernées, de même que l'établissement des systèmes administratifs nécessaires;
- surveillance de l'application des mesures nationales par les responsables désignés parmi lesquels, en particulier, l'industrie des aliments pour nourrissons et le secteur de la santé;
- garantie de l'application des mesures nationales lorsque des violations ont été identifiées, conformément aux moyens inclus dans les mesures elles-mêmes et les systèmes administratifs appropriés;
- évaluation et révision des mesures nationales, si besoin est.

2. Le présent document se concentre sur les facteurs qui, d'après ce que mentionnent les rapports nationaux, ont facilité, différé ou empêché la progression régulière d'un stade à un autre lors de la mise en oeuvre du Code international; les adaptations du Code international que des gouvernements ont jugées utiles; toutes les maladroites dont certains pays ont fait l'expérience et que d'autres feraient bien de ne pas commettre.

PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DU CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL ET SON IMPACT DANS LES PAYS

3. De manière générale, le Code international concerne les pratiques de commercialisation concernant les substituts du lait maternel, les biberons et les tétines; la composition et l'étiquetage concernant les produits alimentaires entrant dans le champ d'application; la promotion de l'allaitement au sein; la prise de mesures pour

favoriser une information objective et cohérente sur l'alimentation du nourrisson ainsi qu'une éducation adéquate.

4. Généralement, les pays ont traité chacun de ces éléments de manière différente. A titre d'exemple, la composition des produits et l'étiquetage ont déjà tendance à être réglementés par des lois, qui sont souvent modifiées à tour de rôle pour refléter les principes et le but du Code international. Parfois, il peut s'avérer utile de discuter des aspects de l'étiquetage conjointement avec la réglementation des pratiques de commercialisation. A l'inverse, la composition nutritionnelle est généralement traitée comme une partie des normes appropriées du Codex Alimentarius et rarement en association avec la commercialisation. Dans certains pays, la promotion de l'allaitement au sein, dont la responsabilité incombe principalement au secteur de la santé, est traitée dans un cadre indépendant du Code, alors que, dans d'autres pays, le Code international fait nettement office de plaidoyer en faveur de cette cause. Les pays se sont montrés particulièrement francs, dans leurs rapports, en ce qui concerne les problèmes auxquels ils se sont heurtés. Par exemple, la Suède affirme qu'il est "regrettable que le Code n'ait pas été utilisé comme instrument pour la promotion de l'allaitement au sein et, en fin de compte, pour adopter une stratégie nationale en matière d'allaitement au sein".

5. Le présent document se concentre principalement sur les aspects de la commercialisation du Code international, en mentionnant parfois des questions d'étiquetage de même que la promotion de l'allaitement au sein. Il suit l'ordre de progression du processus d'application du Code, en résumant certains des problèmes majeurs mis en lumière dans les rapports des pays qui ont favorisé ou gêné la progression à ce niveau. Il résume également les questions concernant le contenu des mesures nationales.

6. Le Gouvernement du Brésil a exprimé ainsi son sentiment de la nécessité de mesures nationales pour donner effet au Code international : "Les interventions du Gouvernement visant à encourager l'allaitement maternel n'ont pu surmonter la force agressive des stratégies de commercialisation adoptées ...". Le Code international lui-même, l'usage qu'en font les gouvernements, les professionnels de la santé et les organisations non gouvernementales, et la réaction d'une bonne partie de l'industrie des aliments pour nourrissons ont amélioré de nombreux aspects de la commercialisation des substituts du lait maternel. Cela résulte de la combinaison de facteurs incluant l'action directe menée par les gouvernements, le soutien apporté par l'OMS et l'UNICEF, le plaidoyer des organisations internationales non gouvernementales et les modifications apportées par l'industrie des aliments pour nourrissons. De manière générale, les taux de publicité dans les pratiques de commercialisation et de distribution ont été réduits, notamment dans les médias de la radio et de la télévision, où des tactiques de commercialisation telles que l'utilisation de "pseudo-nourrices" ont pratiquement disparu et où d'autres stratégies comme la distribution d'échantillons sont moins courantes qu'avant. Des étiquettes recommandées avec les indications et les mises en garde requises sont communément utilisées, et la plupart des marques de lait condensé sucré ne mentionnent plus sur leurs étiquettes qu'on peut l'utiliser dans le cadre de l'alimentation des nourrissons.

7. Il est aussi probable que, dans beaucoup de pays, l'avènement du Code international et la demande répétée de l'OMS aux autorités nationales d'informer de l'action nationale entreprise pour donner effet aux principes et au but dudit Code aient suscité de la part des gouvernements, comme des représentants de la santé, une sensibilisation aux problèmes touchant à l'alimentation des nourrissons. Dans de nombreux cas, on constate une progression au niveau national pour donner effet à certains articles du Code international, même si l'action entreprise au niveau du Code dans sa totalité semble stagner.

8. L'impact potentiel du Code international, associé aux efforts substantiels et permanents au niveau local pour promouvoir l'allaitement au sein, est illustré par le Brésil, où les chiffres de la production nationale de préparations pour nourrissons par une compagnie qui en a le monopole sont passés de 6500 à 26 000 tonnes entre 1970 et 1977. En 1980, la production s'élevait toujours à pratiquement 25 000 tonnes, mais est retombée à 17 000 tonnes en 1981 lorsque l'adoption du Code international a mis immédiatement fin aux dons gratuits aux maternités et aux professionnels de la santé pour

leurs propres enfants. (Les taux de production sont restés plus ou moins constants pendant les années 80 et étaient de 14 000 tonnes en 1990 malgré une augmentation de 63 %, ces dix dernières années, de la population de nourrissons de moins de six mois. Cela peut être le résultat de l'action conjointe des efforts nationaux fournis pour promouvoir l'allaitement au sein durant une bonne partie des années 80, de l'effet du code national qui est une loi depuis 1988, ou même le résultat de l'utilisation croissante de substituts du lait maternel mal adaptés.)

Le besoin de mesures nationales

9. Les pays qui ont des fabricants locaux de substituts du lait maternel peuvent être amenés à adopter des mesures nationales pour obtenir bon nombre des avantages associés au Code international. Bien que le Code international s'applique de façon égale aux compagnies locales et internationales, les premières éprouvent peut-être moins le besoin de s'y conformer, sauf si les organismes gouvernementaux, les professionnels de la santé ou les groupes non gouvernementaux locaux surveillent activement l'évolution de la situation. Toutefois, beaucoup de pays ont rapporté que des agents et des distributeurs locaux de compagnies internationales n'appliquent pas toujours le Code international comme il le faudrait. Dans certains cas, il s'avère donc nécessaire de modifier les mesures nationales pour donner effet au Code international.

STADES D'APPLICATION DES MESURES NATIONALES POUR DONNER EFFET AUX PRINCIPES ET AU BUT DU CODE INTERNATIONAL

Elaboration des mesures nationales

Facteurs favorables

10. Dans certains pays, le travail sur les mesures nationales pour donner effet au Code international a pu avancer rapidement, grâce aux dispositions qui avaient déjà été prises pour réglementer les pratiques de commercialisation. C'est le cas de la Suède, qui avait adopté un code national dès 1964. Il a été révisé en 1975 et ressemble maintenant au Code international. En Finlande, un accord volontaire conclu en 1979 entre l'Association des Pédiatres finlandais et l'industrie des aliments pour nourrissons englobait déjà des dispositions que les articles 4 et 6 du Code international stipulent maintenant.

11. On rapporte que certains facteurs qui ont initialement permis une progression rapide aux premiers stades du travail sur les mesures nationales les ont finalement desservies. Ces facteurs comprennent la phase d'élaboration des mesures nationales qui a omis d'impliquer les organisations non gouvernementales, y compris les groupements de consommateurs ou l'industrie des aliments pour nourrissons;¹ l'adoption d'un code de commercialisation produit par l'industrie; l'emploi, lors de l'élaboration des mesures nationales, d'experts de la santé qui sont assimilés à l'industrie des aliments pour nourrissons; et le fait d'adopter des limites d'âge basses qui permettent de faire une publicité directe permanente, sans parler des produits destinés à des enfants nettement plus âgés.

12. Ce type de "raccourcis" semble avoir généré dans certains cas une réaction de mécontentement à l'égard des mesures nationales et a peut-être fait que leur révision a

¹ En Suède, bien que le groupe national de soutien aux mères pour l'allaitement au sein ait été officiellement représenté dans le processus d'élaboration du code national, il semble que ses avis n'aient pas été pris en considération. Au Royaume-Uni, les groupements de consommateurs se sont plaints de "ne pas avoir été suffisamment représentés dans l'avant-projet du code et dans les groupes de surveillance". Dans ces deux pays, les groupements de consommateurs estiment que les codes nationaux manquent de consistance en regard du Code international. Les parties intéressées peuvent aussi avoir été oubliées par inadvertance. L'adoption du code suédois a été différée de près d'une année après qu'une organisation dénommée Business Delegation on Marketing Law (une délégation commerciale sur la loi de commercialisation) ait contesté les implications juridiques du code suédois.

duré plus longtemps, en mobilisant des efforts supplémentaires. Dans des pays tels que les Philippines ou le Royaume-Uni, où les mesures nationales n'ont pas intégré des éléments importants du Code international, on a fait état de la confusion et de l'irritation qui en ont résulté parmi les groupements de consommateurs et autres qui insistaient sur le fait que le Code international devrait être considéré comme une "exigence minimum".

Contraintes techniques

13. La plupart des pays ont commencé à débattre de l'essence des principes et du but du Code international en 1979-1981 en vue de la discussion et de l'adoption du Code international à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 1981. Par la suite, beaucoup de pays ont établi des groupes ou des commissions de travail au niveau national, pour examiner le Code international et pour déterminer la meilleure manière de l'adopter, à la lumière des situations nationales. Ce processus, qui a demandé beaucoup de temps, a été difficile pour la plupart des pays. A titre d'exemple, cela a nécessité la coopération de secteurs qui ne travaillent pas habituellement ensemble : la politique de la santé, l'administration des hôpitaux et la nutrition des nourrissons; les lois d'entreprises, des lois constitutionnelles ou d'autres types; le commerce, la publicité et la commercialisation; la communication et tout ce qui s'y rattache. Les responsables n'ont tout simplement pas eu assez de temps pour participer pleinement aux travaux, notamment lorsque l'importance des problèmes n'était pas pleinement mesurée. Au Kenya, l'élaboration du code national de commercialisation a suscité le plus grand nombre de réunions techniques jamais tenues pour un code de normes ou de pratiques. En Pologne, des contraintes politiques, sociales et économiques ont incontestablement empêché le groupe de travail responsable de l'élaboration d'une législation nationale de se réunir. Bien que l'OMS mette une aide technique à la disposition des pays Membres pour élaborer des mesures nationales, relativement peu de pays y ont fait appel.

Le rôle de l'industrie des aliments pour nourrissons

14. Un certain nombre de pays ont fait état dans leurs rapports des efforts directs entrepris par l'industrie des aliments pour nourrissons ou par ses agents et distributeurs locaux, pour rendre les mesures nationales moins contraignantes pour eux ou pour différer leur adoption. Ces rapports évoquent également une autre approche de l'industrie qui consiste à préparer des lignes directrices qui ne seraient pas à la mesure du Code international, en vue de l'élaboration des mesures nationales ou pour y contribuer. Au Kenya par exemple, un examen du Code international a conclu au bout de trois ans, en 1986, qu'il y avait beaucoup de lacunes, "dues à la participation des fabricants à la phase d'élaboration".

Le rôle des professionnels de la santé

15. Certains pays indiquent dans leurs rapports que les professionnels de la santé désignés pour enquêter sur les commissions responsables de l'application du Code international ignoraient les problèmes marquants, manquaient d'intérêt ou étaient en relation avec l'industrie des aliments pour nourrissons. Le rapport de la Suède constate que l'unique représentant non gouvernemental nommé dans un groupe national de travail était un pédiatre qui avait été consultant pendant quinze ans dans une des deux compagnies locales de préparations pour nourrissons.

16. Parfois, ces contraintes sont combinées et il est difficile de dire quelle est celle qui a le plus d'importance. A titre d'exemple, plusieurs projets du code national de commercialisation ont été rédigés depuis 1983 au Yémen, mais on n'a toujours pas enregistré de progrès supplémentaires en raison "de la pression des compagnies commerciales pour différer l'adoption du Code" et "du manque de connaissance, parmi les décideurs et les hauts responsables de la santé, du champ d'application du Code et des problèmes liés à l'alimentation des nourrissons".

Autres contraintes et problèmes

17. Dans des pays comme la Pologne, qui passent d'une économie planifiée à une économie de marché, il règne une méconnaissance du Code international et des autres moyens de

traiter les pratiques de commercialisation, étant donné que l'on a rapporté qu'ils avaient manqué d'efficacité ou qu'ils étaient officiellement ignorés antérieurement.

18. L'élaboration de la Directive de la Commission des Communautés européennes concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite¹ et les implications de l'"intégration européenne" ont été citées comme des facteurs risquant d'affecter, on ne sait dans quelle mesure, la commercialisation de produits entrant dans le champ d'application du Code international dans certains pays d'Europe. Cela pourrait se vérifier au niveau de produits exportés par des fabricants européens. La Finlande a noté qu'"il faut qu'il y ait un débat ... sur le respect du Code eu égard à l'exportation des aliments pour bébés". Au Royaume-Uni, suite à l'avènement d'une Directive européenne, les travaux visant à l'élaboration des mesures nationales ont été stoppés pour traiter en priorité le problème des biberons et des tétines.

19. Dans certains pays, des problèmes ont surgi à propos du sens exact de certaines dispositions du Code international. Ils étaient essentiellement liés à une méconnaissance d'une des langues officielles² dans laquelle le Code a été adopté ou à l'absence de traduction sur place. En Pologne, une traduction n'a été disponible qu'en 1988. En Finlande, la Fédération finlandaise des Industries alimentaires s'est déclarée prête à adhérer au Code international dans le cadre d'un accord volontaire à condition qu'une traduction officielle du Code en finnois soit faite et que certaines normes et spécifications soient ajoutées, compte tenu des conditions nationales. Cependant, une telle traduction en finnois n'est toujours pas parue. Une traduction non officielle a été adressée aux centres de santé et aux maternités des hôpitaux en juin 1991. Les pays n'ont pas toujours profité de l'opportunité qu'ils ont, en qualité d'États Membres, d'en référer au Directeur général au sujet de commentaires techniques et de difficultés de clarification qu'ils peuvent rencontrer dans l'interprétation des dispositions du Code international.

Adoption des mesures nationales

20. Les rapports des pays révèlent qu'il peut être difficile de choisir dans le Code les éléments susceptibles de devenir des lois et qu'il faudrait adopter en tant que telles. Dans certains pays, les restrictions en matière de publicité (article 5 du Code international) ont des répercussions sur les dispositions constitutionnelles concernant la liberté d'expression. Dans de tels cas, les pays ont essayé d'opter pour l'élaboration d'accords volontaires avec l'industrie des aliments pour nourrissons. En Suède, où l'on a estimé que des modifications appropriées de la Constitution demanderaient au moins six ans, une partie des mesures nationales à adopter a été faite sous forme de lignes directrices; une autre, sous forme de réglementations pour le secteur de la santé; une autre, sous la forme d'un accord volontaire avec l'industrie des aliments pour nourrissons; une autre, sous la forme d'un accord avec le Conseil des Consommateurs et la Délégation du commerce sur la loi de commercialisation; et une dernière, sous la forme d'un engagement unilatéral de la part de l'industrie concernant les matériels non commerciaux destinés à l'information et à l'éducation du grand public. Les compagnies suédoises se sont engagées à respecter ces accords, tant sur le marché intérieur que sur le marché extérieur.

21. Dans plusieurs pays, les mesures ont été prises par étapes. Certaines existaient avant l'adoption du Code international, d'autres ont été élaborées juste après, et d'autres encore sont actuellement toujours en cours d'élaboration. Dans le cas du Royaume-Uni, par exemple, le Code de pratique de commercialisation des préparations pour nourrissons a été adopté en 1983. Des étapes supplémentaires ont été entreprises par le biais d'une circulaire du service de la santé, revue en 1989, intégrant de nouveaux aspects, y compris l'arrêt de la fourniture gratuite ou à bas prix, de préparations pour nourrissons.

¹ Adoptée en 1991. Voir le Journal officiel de la Commission des Communautés européennes, N° L 175, 4 juillet 1991, pp. 35-49.

² Anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe.

22. Dans certains pays, le processus d'adoption en tant que loi des mesures destinées à donner effet au Code international a posé des problèmes, essentiellement en raison du temps requis, mais aussi à cause des difficultés liées au fait que les législateurs prenaient peu à peu conscience des problèmes marquants. Certains pays ont adopté des approches plus simples telles que la publication au journal officiel de mesures, sous la forme d'un supplément aux actes en vigueur, sous l'autorité des ministres compétents.

Mise en oeuvre des mesures nationales

23. Certains pays constatent dans leurs rapports que l'adoption des mesures nationales a peu d'impact si les personnes chargées de les mettre en oeuvre ne sont pas au courant des mesures ou de leur retentissement sur leur propre travail. Dans de nombreux pays, l'information concernant le Code international ou les mesures nationales destinées à lui donner effet est rarement communiquée correctement aux décideurs, aux médias et aux consommateurs, en dépit des tentatives que des organisations non gouvernementales effectuent parfois en ce sens. Le plus important est peut-être de savoir si l'industrie des aliments pour nourrissons et le secteur de la santé sont correctement informés pour pouvoir mener à bien les tâches qui leur incombent.

L'industrie des aliments pour nourrissons

24. Dans beaucoup de pays, le devoir d'informer tous les producteurs, importateurs, grossistes et détaillants significatifs de ce qu'ils sont tenus d'accomplir en ce qui concerne les responsabilités qu'ils exercent au titre du Code international ne semble pas avoir été élaboré avec suffisamment de soin. Généralement, la responsabilité en a été laissée à l'industrie des aliments pour nourrissons, bien qu'elle ne soit pas en rapport avec toutes les parties concernées et qu'elle n'ait pas d'influence. La situation est certainement plus complexe dans un marché où la concurrence est importante, comme au Nigéria où il y a 32 marques de préparations pour nourrissons, que dans un pays comme la Suède où il n'y en a que deux.

25. Depuis l'adoption des mesures nationales, l'industrie locale ou les agents locaux des compagnies internationales réagissent différemment en réponse aux facteurs culturels et commerciaux spécifiques. Si dans certains pays, comme la Finlande et la Suède, le Gouvernement a qualifié l'attitude de l'industrie des aliments pour nourrissons d'exemplaire, d'autres gouvernements font état des difficultés qu'ils ont à s'assurer l'entière coopération de l'industrie.

Le secteur de la santé

26. Les personnes qui ne sont pas familiarisées avec le jargon juridique peuvent avoir du mal à comprendre tant le Code international que bon nombre des mesures nationales adoptées pour lui donner effet. Parallèlement, il faut diffuser les mesures nationales auprès des institutions et des individus responsables, pour qu'ils en discutent et les comprennent, avant de pouvoir envisager qu'ils s'engagent ou qu'ils y adhèrent. Pour faciliter ce processus, les Philippines ont réalisé une brochure de vulgarisation sur le Code international, destinée à être distribuée à toutes les parties concernées. Toutefois, beaucoup d'autres pays se sont bornés à imprimer le Code international. A titre d'exemple, en 1988, 30 000 exemplaires édités en polonais ont été largement diffusés auprès des agents de santé et d'autres groupements.

27. La plupart des ministères de la santé ont donné une ou plusieurs directives à leur personnel pour attirer leur attention sur le Code international et sur les mesures nationales qui ont été adoptées pour lui donner effet. Toutefois, cette approche n'a pas toujours permis de sensibiliser autant qu'on l'aurait souhaité aux mesures nationales et aux responsabilités qu'elles impliquent pour les agents de santé. Les rapports des pays renferment peu de renseignements sur la part d'information, si elle existe, concernant les mesures nationales donnant effet au Code international, qui a été intégrée dans les programmes d'études destinés aux agents de santé.¹ Dans leur rapport d'enquête, plusieurs

¹ Dans son rapport, le Nigéria recommande de fournir cette information.

pays ont exprimé leur déception en ce qui concerne la sensibilisation aux mesures nationales parmi les agents de santé. Ainsi par exemple, au Nigéria, 6 % seulement du personnel de santé interrogé avait des notions du Code international ou de l'action nationale entreprise pour lui donner effet, y compris le code national de commercialisation des substituts du lait maternel.

28. Il peut s'avérer difficile de sensibiliser aux mesures nationales dans des pays où les responsabilités du secteur de la santé sont décentralisées. A titre d'exemple, en Suède, seuls deux des 25 conseils de comtés du pays ont produit du matériel d'information sur la question, destiné à leur personnel de santé.

29. Même lorsqu'une information suffisante a été diffusée auprès des professionnels de la santé à propos des mesures nationales, on y accorde parfois peu d'attention. Le Brazil a rapporté que les spécialistes de la néonatalogie étaient particulièrement axés sur l'allaitement artificiel, tandis que les Philippines ont affirmé qu'"il est consternant de voir trop de spécialistes de la néonatalogie sincèrement convaincus par les fabricants".

30. La mise en oeuvre des mesures nationales est souvent perturbée par le nombre inadéquat de personnel de santé. Aux Philippines, le Bureau des Aliments et des Médicaments n'a pas pu mettre en oeuvre les aspects concernant l'étiquetage contenus dans le code national de commercialisation en raison des exigences imposées par le nouvel acte sur les médicaments génériques. Le Guatemala, avec le concours de l'UNICEF, vient seulement de réussir à créer un poste à temps complet au Ministère de la Santé, pour éduquer à la fois le personnel de l'industrie et celui du système de soins de santé, au niveau de leurs responsabilités respectives au titre du code national, pour promouvoir son application et pour identifier les violations.

31. Dans certains pays, la mise en oeuvre des mesures nationales dans le secteur de la santé est entravée par le fait que les médecins s'attendent à recevoir des cadeaux et d'autres avantages de la part des fabricants de préparations pour nourrissons. Certains même les réclament. Le Ministère de la Santé des Philippines, par exemple, a constaté qu'actuellement des médecins sollicitent souvent des cadeaux et des dons auprès des compagnies. En Egypte, certains médecins donnent eux-mêmes des cadeaux et des échantillons aux mères pour les inciter à revenir dans leurs cliniques.

Surveillance de l'application des mesures nationales

32. Selon la situation locale, diverses autorités se sont vu attribuer la responsabilité de surveiller l'application des mesures nationales. Au Nigéria, la surveillance incombe à l'Office de Contrôle pharmaceutique et alimentaire (Food and Drugs Administration) dont le Département de Contrôle est responsable de l'application. En Suède, le Conseil des Consommateurs enquête officiellement sur les plaintes concernant des violations en matière de commercialisation; 38 violations, essentiellement mineures, mais réelles, ont été enregistrées depuis 1984, presque toutes par des organisations non gouvernementales. Il n'y a eu que deux plaintes déposées pour des problèmes de composition et d'étiquetage qui sont du ressort de l'Office national du Contrôle alimentaire (National Food Administration). Par contre, le Conseil national de la Santé et du Bien-être "ne semble pas avoir été très actif pour surveiller ou pour se tenir informé de la manière dont se fait la mise en oeuvre du code ou de celle dont son but est atteint".¹

33. La surveillance semble être mal adaptée dans certains pays. En 1986, lors d'un examen du code national kényen, "on a remarqué que le code avait été ouvertement violé. On y exprimait également le souci que personne ne surveillait l'adhésion au code...". En Finlande, "aucun système officiel n'a été créé ... pour surveiller l'application des objectifs du Code [international] ... La commercialisation de produits visés par le Code n'ayant jamais posé de problèmes en Finlande, nous n'avons pas d'expérience pratique de

¹ Les rapports de la Finlande et de la Suède indiquaient tous les deux que le Code international était considéré comme important, plus par solidarité avec les pays du tiers monde que par réel besoin de protéger, de promouvoir ou de soutenir l'allaitement au sein dans leur propre pays.

l'application de la loi [de protection des consommateurs] à cet égard". Il est signalé dans l'exercice d'examen et d'évaluation auquel le pays procède actuellement que plusieurs violations de l'accord volontaire ont été détectées ... En Égypte, l'application du Code est considérée principalement comme un engagement moral et il n'y a pas de système officiel que ce soit pour surveiller l'adhésion au Code international ou pour enregistrer des violations.

34. Plusieurs pays ont constaté qu'en l'absence de surveillance et de suivi effectifs les succès remportés antérieurement dans la lutte pour restreindre des pratiques de commercialisation mal adaptées peuvent s'évaporer. On a également constaté qu'il faut fournir un effort constant, ne serait-ce que pour garantir à la fois que les nouveaux employés des professions de santé et de l'industrie soient conscients des responsabilités qui leur incombent au titre des mesures nationales.

35. Le Guatemala a recommandé que "l'OMS élabore un instrument d'étude pratique et adapté qui faciliterait la collecte d'informations normalisées, en vue des examens et des révisions ultérieures du Code international".

Difficultés et contraintes

36. Plusieurs pays ont rencontré des difficultés lors de l'établissement des mécanismes de surveillance de la mise en oeuvre des mesures nationales. L'autosurveillance de l'industrie des aliments pour nourrissons a été jugée mal adaptée ou insatisfaisante dans certains cas. Dans d'autres pays, les codes nationaux ont omis de désigner une autorité responsable de la surveillance. Ailleurs, l'institution agréée manque de personnel ou de ressources pour engager une surveillance effective. Les gouvernements dépendent souvent d'organisations non gouvernementales, comme les groupements de soutien des femmes pour l'allaitement au sein, pour accomplir cette fonction. Toutefois, les gouvernements fournissent rarement les ressources nécessaires, et on rapporte que les rapports tendus qui se sont parfois fait jour entre les deux parties ont entravé la coopération.

37. Certaines violations alléguées du Code international sont particulièrement difficiles à détecter car elles se situent sur une petite échelle et pour une courte durée. Des exemples en sont les ventes temporaires à bas prix ou, dans le cas de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la vente au rabais de stocks périmés de préparations pour nourrissons.

Garantie de l'application des mesures nationales

38. Certains pays ont rapporté que de grandes compagnies avaient voulu rectifier les infractions aux mesures nationales quand elles en ont eu connaissance. Parfois, des compagnies trouvent que ce processus prend beaucoup de temps en raison de l'indépendance de certains de leurs distributeurs de produits.

39. Dans de nombreux pays, les mesures nationales n'ont pas intégré de sanctions ou de pénalités spécifiques suffisamment sévères pour obliger les compagnies qui ne sont pas coopératives à respecter les règles établies. Au Kenya, un rapport préparé en 1986 exprimait le souci qu'"il n'y avait pas de disposition pour engager des poursuites à l'encontre des contrevenants" en dépit de "violations manifestes" du code national. Au Nigéria, des infractions au code local de commercialisation peuvent entraîner des amendes et même des peines de prison, quoique aucune compagnie ne se soit vu infliger de sanction jusqu'à présent.

40. Les Philippines ont une vaste expérience de cet aspect du processus de mise en oeuvre. Le Ministère de la Santé a les pleins pouvoirs pour appliquer le code national et peut suspendre ou supprimer des licences pour violations. La loi prévoit également des amendes faisant suite à des condamnations de justice. Toutefois, dans la plupart des cas, la commission de surveillance du code interagences nommée par le Ministère s'est contentée de s'entretenir avec les compagnies et d'écrire des lettres "comminatoires". Un jugement demeure en suspens, mais on dit que le médecin incriminé dans une histoire de distribution de cadeaux renâcle à faire une déclaration écrite sous serment. On rapporte que le système philippin résulte des efforts permanents de l'industrie des aliments pour

nourrissons de contourner les règles, ce qui finit par mobiliser une grande partie du temps dont dispose le personnel du Ministère.

EVALUATION ET REVISION DES MESURES NATIONALES

41. Quelques années après l'adoption et la mise en oeuvre des mesures nationales, de nombreux pays sont arrivés à la conclusion qu'un examen et qu'une évaluation peuvent s'avérer utiles pour déterminer la façon dont ils ont travaillé en pratique et s'il y a lieu de renforcer les mesures ou bien de les réviser. A certains égards, le décalage entre le moment de l'élaboration des mesures nationales et celui de leur adoption sous forme de loi ou de réglementations officielles a servi à la même fin. Le Nigeria en est une illustration : le code national de commercialisation y a été élaboré dans un premier temps en 1982, révisé en 1986 et, finalement, promulgué sous forme de décret en 1990. Ce décalage peut en fait s'avérer être un avantage, dans la mesure où il permet de mieux préparer les révisions qui s'imposent.

42. Cependant, la révision des mesures nationales peut s'avérer difficile puisqu'elle implique l'examen en profondeur de l'ensemble du processus d'élaboration. Certains pays ont pris des raccourcis pour pouvoir adopter plus de mesures officielles sous forme de lois, ce qui a rendu la révision difficile par la suite. Au Kenya, le processus de révision du code a rencontré des difficultés lorsque les organisations de consommateurs n'ont plus voulu rencontrer les représentants de l'industrie pour discuter de la mise en oeuvre du code national de commercialisation.

43. Fréquemment, les mesures nationales n'englobent pas toutes les caractéristiques du Code international, qui a été adopté en tant qu'"exigence minimum". Certains pays ont constaté que ces différences se révélaient être des points faibles ou des échappatoires de leurs mesures nationales, et, dans certains cas, il a fallu envisager leur révision. Voici quelques-uns des éléments du Code international que les mesures nationales adoptées pour lui donner effet ne recouvrent parfois pas :

- Certaines formes de publicité directe auprès des consommateurs sont autorisées. La Directive de la Commission des Communautés européennes (paragraphe 18) a mentionné que "la publicité pour les préparations pour nourrissons doit être limitée aux publications spécialisées en puériculture et aux publications scientifiques". Toutefois, elle prévoit aussi que "les Etats Membres peuvent restreindre davantage ou interdire cette forme de publicité". Au Royaume-Uni, la publicité directe auprès des mères dans des brochures spécifiques qui s'adressent à elles, traitant par exemple de l'alimentation des nourrissons, est autorisée "sous le contrôle ou sous la responsabilité du système de soins de santé". La Commission de Surveillance du Code "est en train d'approfondir l'étude de cette question" en prévision des plaintes qu'elle pourrait recevoir.
- Aux Philippines, le parrainage émanant de l'industrie et le parrainage publicitaire de professionnels de la santé sont passés au crible par le Gouvernement pour être agréés. Cela constitue apparemment le problème majeur du Ministère de la Santé en raison de la charge que cela représente pour le personnel à disposition. Cela a également placé le Gouvernement en situation d'adversité tant vis-à-vis de l'industrie des aliments pour nourrissons, qui n'a pas compris la raison fondamentale de cette décision, que vis-à-vis des organisations non gouvernementales, qui n'ont pas du tout accepté que la publicité et le parrainage soient nécessaires. (Par ailleurs, on dit que le système veille à ce que les traitements de l'industrie soient fournis uniquement sur ordre des médecins qui travaillent dans les hôpitaux où l'on pratique le principe du maintien du nouveau-né auprès de sa mère.) En Suède, la publicité pour des aliments destinés aux nourrissons de moins de six mois est autorisée à condition d'être "factuelle et d'un usage modéré", bien que l'on dise que cette décision est difficile à interpréter dans la pratique. (Un représentant du Conseil des Consommateurs a remarqué que "ce que l'on ne peut pas dire est plus clair que ce que l'on peut dire".)

- Certains pays autorisent la publication de brochures éducatives et promotionnelles sur l'alimentation des nourrissons, destinées au public et/ou aux professionnels de la santé, comprenant souvent des publicités pour des aliments pour nourrissons. De tels matériels ont tendance à être plus attrayants et à avoir été produits en de plus grandes quantités que ne peuvent le faire les gouvernements.
- Souvent, les mesures nationales ne recouvrent pas les biberons et les tétines. Un code volontaire de commercialisation spécifique à ces produits est à l'étude au Royaume-Uni.
- On n'a pas accordé assez d'attention aux mises en garde sur les étiquettes pour des produits comme le glucose, les tisanes, les céréales et les produits lactés, qui sont perçus et utilisés comme des substituts du lait maternel dans certains pays, qu'ils soient ou non présentés par les fabricants comme étant adaptés à cet usage.
- La Papouasie-Nouvelle-Guinée avait déjà établi des politiques et des lois strictes concernant l'alimentation des nourrissons avant l'avènement du Code international, "mais la législation ne couvre malheureusement pas la commercialisation des substituts du lait maternel".

Impact des mesures nationales sur les pratiques d'alimentation pour nourrissons

44. De nombreux pays ont manifesté, dans leurs rapports, leur intérêt de recevoir de l'aide pour maintenir de meilleures statistiques sur la prévalence et la durée de l'allaitement au sein et sur l'usage des substituts du lait maternel, en partie pour mesurer l'impact des mesures de contrôle de commercialisation et les activités pour promouvoir l'allaitement au sein. Des rapports ont indiqué que, dans certains pays, on était davantage sensibilisé au fait qu'il ne suffit pas de regarder les statistiques sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel, mais qu'il faut également considérer la durée de l'allaitement maternel exclusif et l'importance de l'alimentation au biberon, bien que ces aspects aient été négligés dans la plupart des études antérieures.¹

45. Des données sur la production ou l'importation de préparations pour nourrissons constitueraient, dans la plupart des cas, un indicateur d'impact bien plus délicat. Malheureusement, de telles données sont généralement difficiles à obtenir, en partie parce que les statistiques internationales d'import-export associent les préparations pour nourrissons à d'autres produits "diététiques", mais également en raison du caractère confidentiel d'informations de ce type parmi les concurrents. Des données sur l'importation et la production de biberons et de tétines sont encore plus difficiles à obtenir.

46. Des données émanant du Brésil sur l'impact de la surveillance ont été présentées ci-dessus (paragraphe 10). Le Guatemala estime que son code national de commercialisation, qui a été adopté sous forme de loi en 1983, a permis de réduire nettement l'importation de préparations pour nourrissons entre 1983 et 1987. Le Gouvernement n'a pas enregistré de chiffres comparables depuis lors, mais s'inquiète du fait qu'"en l'absence d'un système officiel en place chargé de surveiller, d'évaluer et de favoriser l'application du [code, la situation] ait pu s'inverser au cours des deux ou trois dernières années". Selon le Gouvernement, cette tendance est due à une apparente augmentation des ventes de biberons et de tétines dans le pays, dont la population est de 8,5 millions. Un représentant de l'industrie a estimé que plus de 500 000 biberons et 1,5 million de tétines ont été vendus, rien qu'en 1990.

47. Il y a d'autres moyens efficaces de mesurer l'impact des mesures nationales. Au Royaume-Uni, par exemple, on dit que le fait d'avoir cessé de fournir des échantillons de préparations pour nourrissons aux hôpitaux après 1989 a "alerté les professionnels de la santé qui ont éprouvé le besoin d'actualiser leurs connaissances en matière de gestion de l'allaitement maternel. On enregistre maintenant davantage de demandes d'informations et

¹ Voir Indicateurs pour évaluer les pratiques en matière d'allaitement au sein (document WHO/CDD/SER/91.14), op. cit.

une plus grande sensibilisation aux besoins des mères qui allaitent. Les biberons prêts à l'emploi semblent être mis sous clé et donnés uniquement en cas d'absolue nécessité".¹

Limitations des objectifs que les mesures nationales ont permis d'atteindre

48. Les mesures nationales ont rarement un impact sur les efforts que l'industrie concentre en matière de promotion directe par le biais des pédiatres ou d'autres membres du monde de la santé. Au Brésil, ce type d'efforts se sont traduits par l'assistance "aux centres hospitaliers universitaires, aux réunions scientifiques, aux cours de recyclage et aux congrès, aux contributions de soutien de journaux scientifiques par l'intermédiaire de la publication systématique de publicités et aux contacts individuels de représentants de corporations avec des médecins". Le rapport du Brésil constate que cette pratique a affecté le discernement professionnel des médecins : "L'introduction prématurée d'autres aliments, y compris de lait en temps que complément, prescrite par un médecin, était de nature à altérer la production de lait maternel et à renforcer le médecin dans son rôle interventionniste de promoteur du sevrage, couvrant les actions publicitaires sous la forme d'un mécanisme conditionnant ce comportement".

49. Le rapport des Philippines mentionne que l'industrie des aliments pour nourrissons peut adapter rapidement ses systèmes de commercialisation et particulièrement les mentions pour préparations de suite, dont "les pédiatres philippins sont maintenant convaincus de l'utilité pour les bébés". Le rapport signale que les codes de commercialisation sont non seulement difficiles à modifier pour relever ce défi, mais que "la communauté scientifique fiable en matière de nutrition des nourrissons et des jeunes enfants ne semble pas être suffisamment bien organisée pour assumer ce rôle".

50. Au Guatemala, le code national de commercialisation a permis de mettre fin à la quasi-totalité de la publicité faite auprès des consommateurs. "Toutefois, la préoccupation majeure demeure l'afflux de publicité pour des préparations pour nourrissons, pour des céréales pour nourrissons, pour des aliments pour bébés tout prêts, pour des biberons, des tétines et pour d'autres produits visés par le code, par l'intermédiaire de la transmission télévisée par câble, des revues internationales et des journaux professionnels, que l'on ne peut réglementer ou contrôler autrement sous la législation courante ... Cette 'fuite' freine les efforts entrepris au plan national." La Papouasie-Nouvelle-Guinée a fait état d'inquiétudes similaires.

51. Beaucoup d'aliments perçus et utilisés comme substituts du lait maternel sont vendus à côté de préparations pour nourrissons dans les magasins et les pharmacies, renforçant la confusion dans l'esprit du grand public concernant leur utilité potentielle dans l'alimentation des nourrissons. Des commerçants peuvent compliquer le problème en conseillant les mères sur le type de produits à acheter. Le Guatemala suggère que l'on élabore des mesures pour garantir que les substituts du lait maternel soient disposés à l'écart des autres aliments au niveau du commerce de détail.

Autres mesures significatives

52. Certains pays ont essayé de limiter la prolifération des biberons en retirant de la vente libre des produits qui sont en rapport. L'une des approches les plus efficaces semble celle adoptée en 1977 en Papouasie-Nouvelle-Guinée, qui s'est davantage concentrée sur les articles pour l'alimentation des enfants (biberons, tétines, tasses spéciales pour bébés - munies d'un couvercle avec embout perforé) que sur les aliments pour nourrissons en tant que tels. Il en a résulté une baisse rapide de l'alimentation au biberon jusqu'en 1979, bien que le rapport suggère qu'un manque de suivi depuis lors a entraîné un retour progressif de ce mode d'allaitement. En Iran, une étiquette unique a été adoptée, faisant que le nom de marque n'apparaît qu'en tout petits caractères, dans un des coins. Il en a résulté une réduction apparente d'une bonne partie des motivations commerciales en matière de promotion.

¹ Commentaires fournis par le Baby Milk Action Committee (Cambridge), à la demande du Gouvernement du Royaume-Uni.

53. Au Kenya, le Ministère de l'Industrie a refusé d'accorder une licence pour l'importation d'ingrédients destinés à la fabrication de préparations pour nourrissons, qui, selon les termes du rapport de ce pays, "montre clairement l'engagement du Gouvernement". La conséquence en est que les préparations pour nourrissons sont entièrement produites dans le pays même. Le Yémen a institué un certain nombre de restrictions concernant l'attribution de licences pour la production d'aliments artificiels pour nourrissons.

54. Quelques pays ont utilisé des fonds publics pour fournir des livraisons gratuites ou subventionnées de préparations pour nourrissons, avec la ferme intention de limiter leur usage aux nourrissons qui ne pouvaient être nourris autrement. Les dangers que comporte ce type d'approche est illustré par l'Iran où l'enquête effectuée pour le présent examen a révélé que les agents de santé éprouvent des difficultés à limiter la distribution de préparations pour nourrissons aux nourrissons qui en ont réellement besoin. (Dans les zones urbaines, des coupons permettent d'acheter des préparations pour nourrissons à bas prix. Dans les zones rurales, on les distribue gratuitement.) Parmi les agents de santé interrogés, seul un petit nombre était au courant des directives gouvernementales permettant d'identifier les nouveau-nés qui avaient besoin de préparations pour nourrissons. On dit que les mères font pression sur les agents de santé, estimant avoir droit aux préparations pour nourrissons quelles que soient les circonstances. En outre, on rapporte qu'un marché noir non négligeable s'est développé pour ce type de produits. Il semble y avoir une tendance croissante à l'allaitement mixte (allaitement au sein associé à l'allaitement au biberon) malgré les efforts éducatifs déployés pour développer l'allaitement au sein et pour endiguer l'allaitement artificiel, suggérant par conséquent que le système actuel de distribution a peut-être produit l'effet inverse de celui escompté.

55. Le Guatemala recommande que les pays qui sont encore au stade de l'élaboration ou de l'adoption des mesures nationales pour donner effet au Code international les associent à des protocoles destinés aux hôpitaux et aux maternités qui protégeront, encourageront et soutiendront l'allaitement au sein.

QUESTIONS SOULEVEES DANS LES EXAMENS EFFECTUES PAR LES PAYS A PROPOS DU CONTENU DES MESURES NATIONALES ADOPTEES POUR DONNER EFFET AU CODE INTERNATIONAL

Champ d'application (article 2)

56. Certains pays ont intégré aux mesures nationales des définitions qui élargissent le champ d'application du Code international, alors que, dans d'autres pays, ces définitions ne sont applicables qu'en dessous d'un certain âge. De telles décisions peuvent avoir des conséquences selon le type d'alimentation choisi. La limite d'âge inférieure est de six mois, choisie apparemment pour permettre la publicité directe permanente des bouillies commerciales qui sont généralement données au biberon en Suède. La Finlande, le Nigeria et les Philippines ont des codes de commercialisation qui s'appliquent aux produits alimentaires pour nourrissons jusqu'à la tranche d'âge de 12 mois. Aux Philippines, la limite de 12 mois a contraint un fabricant à faire passer la limite d'âge inférieure de ses préparations de suite de 6 à 12 mois. Au Guatemala, la limite d'âge a été portée à deux ans. D'autres pays stipulent des limites d'âge encore plus élevées, pour inclure d'autres types d'aliments commercialisés pour nourrissons. Actuellement, on propose cinq ans au Kenya, où les autorités nationales avaient estimé que l'exclusion des "aliments industriels de sevrage" de leur code national de commercialisation constituait un point faible. D'autres pays avaient inclus ces types d'aliments de différentes manières. Le champ d'application du code de commercialisation philippin, à titre d'exemple, a été défini pour inclure "tous les produits donnés au biberon".

Définitions (article 3)

57. En réponse à la demande de clarification formulée par certains gouvernements, l'OMS a communiqué qu'il ne serait pas incompatible avec les principes et le but du Code international que des gouvernements soient amenés à décider que la définition de "substitut du lait maternel" englobe tous les produits "perçus ou utilisés" en tant que

tels, que ces produits soient ou non vendus ou représentés sous une autre forme pour pouvoir être utilisés comme substituts du lait maternel.

Information et éducation (article 4)

58. Certains pays ont trouvé que cet article était difficile à appliquer et ont déclaré que, ne pouvant fournir aux mères l'information nécessaire, ils ont accepté le rôle de l'industrie des aliments pour nourrissons. Dans certains cas, les compagnies n'ont le droit ni d'inclure leur emblème, ni de faire de la publicité pour des produits de marque dans des publications s'adressant au grand public. A certains endroits, l'approbation écrite pour des dons de matériels à but d'information et d'éducation n'est pas demandée ou imposée. Le Guatemala a recommandé que "le Code international soit renforcé pour décourager la production et la distribution de la part de l'industrie de matériels 'à but d'éducation' et d'information portant sur l'alimentation des nourrissons".

Grand public et mères (article 5)

59. En règle générale, les mesures nationales adoptées pour donner effet au Code international semblent avoir permis de stopper en grande partie la publicité directe auprès du grand public par le biais des médias. Au Nigeria, quelques publicités pour des préparations pour nourrissons continuent de paraître dans la presse, bien que l'on dise qu'il y en a moins qu'avant. On rapporte que les fabricants ne distribuent plus d'échantillons et n'entrent plus directement en contact avec les mères.

60. Dans la quasi-totalité des pays qui ont émis des commentaires à propos de cette disposition, on fait état de problèmes occasionnels concernant la publicité au niveau du commerce de détail, d'étalages spéciaux, de baisses de prix temporaires et autres. Ce type de problème semble être plutôt dû à une décision d'action décentralisée (au niveau de l'agent local) qu'à des décisions prises au sein même de l'entreprise par un fabricant donné.

Systèmes de soins de santé (article 6)

61. Certains pays rapportent qu'il est difficile, voire totalement impossible, de garantir l'application des dispositions du Code international dans les installations de santé du secteur privé ou même le respect des mesures nationales qui ont été adoptées pour lui donner effet.

62. On rapporte que, dans certains cas, l'industrie des aliments pour nourrissons continue de distribuer des préparations pour nourrissons sous forme de livraisons gratuites ou subventionnées à des institutions de soins, notamment à des maternités, que ce soit ou non en réponse à des demandes écrites. Une pratique appelée "réservation" est décrite dans le rapport des Philippines comme consistant "à laisser des produits en dépôt dans l'installation d'un système de soins ou entre les mains d'un agent de santé pour être par la suite passés aux pertes et profits comme créances irrécouvrables, ce qui équivaut à donner des échantillons du produit".¹

63. De récentes violations alléguées du Code international, rapportées par les Philippines, incluent la présentation dans des installations de systèmes de soins d'affiches ou d'autres matériels émanant de fabricants ou de distributeurs de substituts du lait maternel, "diverses astuces d'échantillonnage" et le parrainage de la part d'une compagnie de groupements professionnels sans l'approbation préalable de l'administration régionale de la santé publique.

¹ La résolution WHA39.28 qui a été adoptée lors de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a, semble-t-il, aidé certains pays à résoudre ce problème. La résolution demandait instamment aux Etats Membres notamment "de faire en sorte que les faibles quantités de substituts du lait maternel nécessaires pour la minorité de nourrissons qui en ont besoin dans les maternités soient mises à la disposition de celles-ci par les voies normales d'achat et non sous forme de livraisons gratuites ou subventionnées".

Agents de santé (article 7)

64. Dans de nombreux pays, les informations fournies aux professionnels de la santé par les fabricants et les distributeurs ne se sont pas limitées aux données scientifiques et aux faits, mais étaient plutôt de nature promotionnelle.

65. Bien que le Code international et la plupart des mesures nationales lui donnant effet comportent la divulgation de toute contribution faite à des bourses d'études, à des voyages d'étude, des bourses de recherche, à la participation à des conférences professionnelles ou à des activités analogues, peu de progrès ont été enregistrés dans la plupart des pays concernant l'usage systématique de cette information pour prévenir ce que l'on qualifie de conflits potentiels d'intérêt en faisant uniquement appel à des annonceurs qui n'ont pas reçu de tels avantages.

Personnel des fabricants et distributeurs (article 8)

66. Dans leurs rapports, certains pays signalent que les gouvernements ont du mal à réglementer et/ou à contrôler la manière dont le personnel de commercialisation est rémunéré. Les rapports n'ont pas mentionné la moindre preuve révélant que le personnel de commercialisation continue à remplir des fonctions éducationnelles en relation avec des femmes enceintes ou des mères.

Etiquetage (article 9)

67. Les étiquettes ne satisfont pas toujours toutes les conditions requises, omettant généralement de mettre les consommateurs en garde contre le coût et les dangers potentiels de l'alimentation au biberon, continuant parfois à employer les termes "humanisé" ou "maternisé", comportant souvent des représentations graphiques ou des textes de nature à idéaliser l'alimentation au biberon et utilisant des inscriptions trop petites, difficiles à lire, lorsqu'il s'agit de mentionner la supériorité de l'allaitement au sein. L'examen effectué en Pologne a révélé que, sur les 16 marques de préparations pour nourrissons en circulation, deux seulement mentionnaient la supériorité de l'allaitement au sein; trois seulement mettaient en garde contre les risques d'une utilisation impropre du produit; six comportaient des photographies de nourrissons; et huit employaient des termes tels que "humanisé".

Qualité (article 10)

68. La plupart des rapports des pays affirment que les autorités nationales se fient aux normes du Codex Alimentarius en ce qui concerne la qualité des préparations pour nourrissons. Pour lutter contre les problèmes de frelatage, les Philippines ont ajouté une clause interdisant le reconditionnement.

Mise en oeuvre et contrôle (article 11)

69. Ce thème a été évoqué ci-dessus sous le titre "Stades d'application des mesures nationales pour donner effet aux principes et au but du Code international" (paragraphe 12-43).

LISTE DES PARTICIPANTS

Représentants de pays

Mme S. Almroth, Selmedalsringen 8, 12G 70, Hägersten, Suède

Mme A. Baerug, Ministère de la Santé, Conseil national de la Nutrition, Amtmannsgt. 1, 9800 Vadsa, Norvège

Dr A. Barakat, Ministère de la Santé Publique, P.O. Box 11598, Sana'a, Yémen

Mme Ir. K. Bemelmans, Ministère de la Santé, P.O. Box 5406, 2280 HK Rijswijk, Pays-Bas

Professeur Z. Brzezinski, Institut de la Mère et de l'Enfant, Département d'Epidémiologie et des Programmes de Santé, Kasprzaka 17A, 01-211, Varsovie, Pologne

Dr P. Clarke, Unité Nutrition, Département de la Santé, Alexander Fleming House, Elephant and Castle, Londres SE1 6BY, Angleterre

Dr E. Dayrit, Ministère de la Santé, P.O. Box 2932, 1099 Manille, Philippines

Dr E. El-Sahhar, Ministère de la Santé, Conseil d'Administration de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Shaab Str., El Magles, Le Caire, Egypte

Professeur K. Hasunen, Agence nationale du Bien-être et de la Santé, P.O. Box 220, 00531 Helsinki, Finlande

Dr M. de León Héndez, Ministère de la Santé, Département de la Mère et de l'Enfant, 9 av. 14-65, Zona 1, Guatemala City, Guatemala

Dr A. Marandi, Ministère de la Santé et de l'Education médicale, 4th Meessagh Street 19, Shariati Avenue, 15639 Téhéran, Iran

Mme J. K. Meme, Ministère de la Santé, Division du Bien-être familial, P.O. Box 43319, Nairobi, Kenya

M. A. P. Minei, Département de la Santé, P.O. Box 8, Rabaul, ENBP, Papouasie-Nouvelle-Guinée

Mme M. Monson, Ministère de la Santé, Av. W3 Norfg 510, Bloco A, 70-0750, Brasilia, Brésil

Dr P. Okungbowa, Ministère fédéral de la Santé, Ikoyi, Lagos, Nigéria

M. A. F. Onneweer, Ministère de l'Agriculture, 2280 HK Rijswijk, Pays-Bas

Représentants d'organisations non gouvernementales

Mme A. Allain, Organisation internationale des Unions de Consommateurs, P.O. Box 1045, 10830 Penang, Malaisie

Professeur G. C. Arneil, Association internationale de Pédiatrie, 150 East Clyde Street, Helensburgh G84 7AX, Ecosse

Professeur D. V. I. Fairweather, Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, 27 Sussex Place, Regents Park NW1 4RG, Londres, Angleterre

Mme F. Lugtenburg, Confédération internationale des Sages-Femmes, Brekken 11, 8032 XJ, Zwolle, Pays-Bas

Mme M. E. Maruschak, Fédération internationale des Fabricants d'Aliments pour Nourrissons, 194 rue de Rivoli, 75001 Paris, France

Gouvernement des Pays-Bas

Mme M. Janssen, Ministère des Affaires étrangères, Département de la Coopération au Développement, P.O. Box 20061, 2500 EB, La Haye, Pays-Bas

Mme E. Leemhuis-de-Regt, Ministère des Affaires étrangères, Département de la Coopération au Développement, P.O. Box 20061, 2500 EB, La Haye, Pays-Bas

Agence suédoise pour le Développement international

Mme I. E. Cornell, Division de la Santé, Birger Jarlsgatan 61, 105 25 Stockholm, Suède

Dr T. Greiner, Conseiller en Nutrition, Université d'Uppsala, 75185 Uppsala, Suède

Mme E. Wallstam, Division de la Santé, Birger Jarlsgatan 61, 105 25 Stockholm, Suède

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

M. T. Herwig, Chargé de l'Information, 3 United Nations Plaza, New York, New York 10017, Etats-Unis d'Amérique

Mme M. Kyenkya, Conseillère en Alimentation infantile, 3 United Nations Plaza, New York, New York 10017, Etats-Unis d'Amérique

Organisation mondiale de la Santé (1211 Genève 27, Suisse)

M. J. Akre, Fonctionnaire technique, unité de la Nutrition

Dr M. Behar, Conseiller temporaire, unité de la Nutrition

Dr M. Belsey, Responsable des Programmes, Santé maternelle et infantile et Planification familiale

Dr M. Rea, Fonctionnaire médical, Programme de Lutte contre les Maladies diarrhéiques

Mme D. Rishikesh, Consultante, unité de la Nutrition

Mme R. Saadeh, Fonctionnaire technique, unité de la Nutrition

Dr S. Shubber, Fonctionnaire juridique, Bureau du Conseiller juridique

Dr A. Verster, Conseiller régional, Nutrition, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte