

NOTE D'INFORMATION RELATIVE À LA MISE EN ŒUVRE DU CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL AU NIGER

1. HISTORIQUE DU CODE INTERNATIONNAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

En 1974, la XXVII^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé note le déclin général de l'allaitement maternel dans le monde, du fait notamment de la promotion des produits manufacturés de remplacement du lait maternel.

L'Assemblée Mondiale de la Santé, dans une Résolution, pousse les Etats Membres « à prendre des mesures en matière de publicité relative aux aliments pour bébés, notamment une législation appropriée ».

En 1978, l'Assemblée Mondiale de la Santé recommande aux Etats Membres de l'OMS d'accorder la priorité à l'allaitement maternel en menant une action législative et sociale et « en prohibant la promotion abusive de la vente d'aliments pour bébés qui peuvent être utilisés pour remplacer le lait maternel ».

En 1979, s'est tenue la Réunion Conjointe OMS/UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Cette réunion a laquelle ont pris part des Représentants des Gouvernements, des Experts Scientifiques, des Fabricants des substituts du lait maternel et des ONG a abouti à la Recommandation relative à **l'élaboration d'un Code international de commercialisation des substituts du lait maternel**.

En 1980, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté la Déclaration et les Recommandations issues de la Réunion Conjointe OMS/UNICEF de 1979.

En janvier 1981, le Conseil Exécutif de l'OMS a examiné et approuvé un projet de code issu des discussions et réunions tenues depuis 1979. La même année, en mai, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté **le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel** sous la forme d'une Recommandation et non d'un Règlement, par 118 voix contre 1 et 3 abstentions, par Résolution WHA 34.22.

2. L'IMPORTANCE D'UNE RÉGLEMENTATION NATIONALE

A l'instar des autres Etats membres de l'OMS, le Niger a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Ainsi, le Niger a pris l'engagement de le mettre en œuvre à travers une législation, une réglementation ou d'autres dispositions nationales appropriées.

Etant adopté sous forme de Recommandation, la mise en œuvre du Code nécessite la mise en place d'un cadre juridique approprié au plan national. En effet, le Code fournit les lignes directrices pour les actions à mener dans le cadre du contrôle de la commercialisation des substituts du lait maternel. La législation nationale doit préciser les acteurs, édicter les prohibitions, déterminer les obligations et prévoir les sanctions encourues en cas de manquement.

Depuis l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, l'Assemblée Mondiale de la Santé a voté plusieurs résolutions relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de le compléter et de l'adapter à l'évolution des connaissances scientifiques et des stratégies de promotion et de protection de l'allaitement. Il s'agit entre autres

des résolutions : WHA 33-32 (1980) ; WHA 34-22 (1981) ; WHA 35-26 (1982) ; WHA 37-30 (1984) ; WHA 39-28 (1986) ; WHA 41-11 (1988) ; WHA 43-3 (1990) ; WHA 45-34 (1992) ; WHA 47-5 (1994) ; WHA 49-15 (1996) ; WHA 54-2 (2001) ; WHA 55-25 (2002) ; WHA 58-32 (2005) ; WHA 59-21 (2006) ; WHA 61-20 (2008) ; WHA 63-23 (2010) ; WHA 65-6 (2012) ; WHA 69-9 (2016) ; WHA 71-9 (2018) et la DECISION WHA 67(9)-(2014).

En dehors du Code international des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé, d'autres textes internationaux visent la protection du nourrisson et du jeune enfant. Il s'agit de la Convention internationale des droits de l'Enfant du 20 novembre 1989 (article 24) entrée en vigueur le 02 septembre 1990 (ratifiée par le Niger le 30 septembre 1990) et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'Enfant de juillet 1990 (article 14) entrée en vigueur le 29 novembre 1999 (ratifiée par le Niger le 11 décembre 1996). Au plan interne, on peut citer la Constitution du 25 novembre 2010 qui, dans son article 12 reconnaît à tout citoyen le droit à la vie, à la santé et à une alimentation saine et suffisante.

Il existe des arguments économiques et des arguments sanitaires pour promouvoir et protéger l'allaitement maternel.

L'allaitement a des retombées économiques importantes dans les pays où des politiques et des programmes sont mis en œuvre. Les pays à revenu faible ou intermédiaire perdent plus de soixante-dix milliards de dollars US par an du fait du faible taux d'allaitement maternel.

L'allaitement permet d'économiser des ressources. Il élimine les dépenses qu'entraîne l'allaitement artificiel, sans compter les pertes de temps et d'énergie. L'importation des substituts du lait maternel oblige à puiser dans les réserves de devises limitées qui pourraient être consacrées à d'autres priorités. Par ailleurs, à titre d'exemple, pour nourrir un bébé artificiellement il faut trois litres d'eau par jour (1 litre à mélanger au lait en poudre et 2 litres pour stériliser les biberons et les tétines). Pour faire bouillir l'eau une fois par jour sur un feu de bois, il faut 73 kg de bois par an.

Sur le plan sanitaire, **le lait maternel contient tout ce dont le nourrisson a besoin** jusqu'à l'âge de six (6) mois, dans les quantités exactes, pour grandir et se développer de manière optimale. De nombreux bienfaits sont reconnus à l'allaitement. A titre d'exemple, le bébé nourri au sein a moins de risques de souffrir de diabète, de cardiopathies, d'allergies, de cancers et d'obésité à l'âge adulte. Pour la mère, l'allaitement réduit les risques de cancer du sein et des ovaires. L'allaitement aide les familles à espacer les naissances : en repoussant la réapparition de l'ovulation après l'accouchement, des tétées fréquentes offrent une protection supérieure à 98 % pendant les six (6) premiers mois d'allaitement.

Les évidences scientifiques ont démontré **que l'allaitement est une intervention préventive majeure ayant l'impact le plus important de toutes les interventions sur la réduction de la mortalité des enfants**, de moins de cinq (5) ans. Plusieurs études ont confirmé le rôle essentiel de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en tant que facteur important dans la survie, la croissance et le développement de l'enfant.

Malgré tous les avantages et bienfaits reconnus, le taux d'allaitement exclusif au cours des six (6) premiers mois de la vie est de 23 % au Niger (EDSN-MICS 2012), pour un objectif au niveau mondial d'au moins 50 % pour 2025, fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Plusieurs facteurs liés à l'environnement socio-économique, aux normes sociales, culturelles et individuelles affectent la pratique de l'allaitement.

3. ETAT DE LA RÉGLEMENTATION RELATIVE À LA COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL DANS LE MONDE

Plus de soixante-dix (70) Etats membres de l'OMS ont adopté des mesures juridiques pour mettre en œuvre le Code de commercialisation des substituts du lait maternel.

Exemples de Pays africains disposant de réglementation :

Bénin : Décret N° 97-643 du 31 décembre 1997, portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel ;

Burkina Faso : Décret N° 93-279 du 27 septembre 1993, portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel ;

Burundi : Décret N° 100/258 du 31 octobre 2013, portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel ;

Cameroun : Décret N° 2005/5168 du 1^{er} décembre 2005, portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel ;

Cote-D'Ivoire : Décret N° 2013-416 du 06 juin 2013, portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel ;

Djibouti : Loi N° 89/an/10/6^{ème}, portant réglementation de la fabrication, de la fourniture et de la distribution des substituts du lait maternel et assurant la protection et l'encouragement de l'allaitement maternel ;

Gabon : Décret N° 0033/PR/MSP du 22 janvier 2004, relatif à la promotion, la protection de l'allaitement maternel, la réglementation de la qualité, la commercialisation et l'utilisation des substituts du lait maternel en République du Gabon ;

Madagascar : Décret N° 96-322 du 2 mai 1996, réglant la commercialisation des substituts du lait maternel et des produits lactés ;

Mali : Arrêté interministériel N° 06-1907 du 04 septembre 2006, portant réglementation de la commercialisation, de l'information et du contrôle de la qualité des substituts du lait maternel ;

Mauritanie : Arrêté conjoint N° 000641/MS/MCT du 12 août 2020 portant sur les procédures applicables aux substituts du lait maternel ;

Sénégal : Arrêté interministériel N° 5969 du 25 juillet 1994, fixant les conditions de commercialisation des substituts du lait maternel ;

Tchad : Loi 047/PR/2019 du 31 décembre 2019 portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments de complément pour nourrisson et jeunes enfants de six à trente-six mois.

C'est l'arrêté N° 215/MSP/LCE/DSF du 27 juillet 1998 pris par le Ministre de la Santé Publique (MSP) qui régit actuellement la commercialisation des substituts du lait maternel au Niger. Face aux insuffisances de ce texte, un projet de loi et des textes d'application ont été élaborés depuis 2001. Ces projets de textes sont restés depuis sous forme de projet. Une réécriture de ces projets de textes a été réalisée par un Comité multisectoriel restreint avec l'appui d'une Consultante internationale, en décembre 2016 et janvier 2017. Cette révision a été réalisée en tenant compte des réalités nationales mais aussi des nouvelles résolutions pertinentes adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé. Cette révision a abouti à un projet de décret finalisé par un Consultant national en juillet 2017 et validé lors d'un atelier tenu du 10 au 11 août 2017 à Niamey.

4. LES OBSTACLE RENCONTRÉS ET LES MOYENS POUR LES SURMONTER

Obstacles :

Les différents obstacles rencontrés pour la signature du décret :

- Lobbying très fort des Firmes (SLM) : Essais de financement de la SMAM, de participation à l'atelier de rédaction du projet de décret, demande officielle au MSP pour la suppression de certains articles du projet de décret, participation à la conférence sur le code ;
- Lenteur dans la signature du document : difficultés d'organiser une réunion avec tous les ministres concernés ;
- Difficultés de rencontrer le Ministre des finances.

Moyens

- Collaboration OMS et Unicef pour répondre aux commentaires de Nestlé ;
- Plaidoyer des Représentants Unicef et OMS auprès du Ministre de la santé ;
- Collaboration avec l'association des pédiatres ;
- Mise en place d'un comité de suivi de la signature du décret ;
- Changement de stratégie pour la signature : présentation du projet de décret en conseil de ministre par le Ministre de la Santé Publique pour validation.

Plaidoyer pour L'Engagement politique et des parties prenantes

- Rencontre d'information des directeurs de législation et de normalisation des Ministères de la santé, de l'industrie, du commerce et justice en 2017 ;
- Mise en place d'un comité ad-hoc multisectoriel avec mise en place de points focaux par ministère en 2017 ;
- Formation des membres du comité Adhoc et révision du draft de loi ;
- Implication du sous-comité ANJE à toutes les étapes et présentation au GTN ;
- Plaidoyer par les représentants pays de l'OMS et Unicef ;
- Thème de la semaine de l'allaitement 2017 avec briefing des journalistes et conférence et en 2018 plaidoyer sur la télévision nationale ;
- Thème de le SMAM 2019 : « Allaitement sans eau » ; utilisation des médias et des compagnies de téléphonie mobile ;
- Présentation du projet de décret aux parlementaires des réseaux des parlementaires pour la nutrition et la sécurité et la santé en Décembre 2018 et en septembre 2020 ;
- Transformation du projet de décret en projet de loi en décembre 2020 ;
- Présentation du projet de loi au COTEVET en septembre 2021.
