



2018

Rapport sur la nutrition mondiale

Sensibiliser pour stimuler l'action
en matière de nutrition

SOUTIENS

Danny Sriskandarajah, Secrétaire général de CIVICUS : Alliance mondiale pour la participation citoyenne et membre du Groupe principal du Mouvement SUN

Le rapport met en avant deux priorités qui sont pour moi fondamentales : décloisonner l'action et investir dans la production de nouvelles données. Nous ne pourrions faire avancer la nutrition ni même les objectifs de développement durable si nous ne résolvons pas ces deux problèmes. J'espère que les organisations impliquées dans le Mouvement SUN, en particulier les réseaux de la société civile, feront bon usage des données et de l'analyse précieuses fournies par le rapport.

Dominic MacSorley, Directeur général de Concern Worldwide

La malnutrition est l'une des principales entraves au progrès humain et économique, mais il est possible de la prévenir et d'y remédier. Si le développement de la faim dans le monde observé récemment est extrêmement inquiétant, tout indique qu'il est concentré dans les États fragiles et en conflit, ce qui doit nous encourager à redoubler d'efforts dans ces contextes. En comprenant le problème, nous sommes mieux équipés pour identifier de nouvelles solutions et améliorer notre apprentissage.

Pour Concern Worldwide, l'intérêt du *Rapport sur la nutrition mondiale* tient à son statut de ressource unique qui synthétise les données issues d'un large éventail de sources, à de multiples niveaux, afin de nous aider à agir sur la base de données probantes ; il facilite la redevabilité concernant les mesures prises par les donateurs, les gouvernements, et nous-mêmes en tant que membres de la société civile. Le rapport montre que même si les progrès dans la lutte contre la malnutrition ont été lents, ils relèvent, à l'évidence, du possible.

Dr Gunhild Stordalen, fondatrice et présidente exécutive d'EAT et membre du Groupe principal du Mouvement SUN

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* nous rappelle pourquoi il est on ne peut plus urgent d'agir contre la malnutrition. Il incite à réfléchir sur la situation à l'échelle mondiale, mais, plus important, il propose les mesures nécessaires pour accélérer les progrès. La mise à disposition durable d'aliments sains est essentielle pour éradiquer la faim dans le monde, et nécessite une transformation des systèmes alimentaires mondiaux.

José Graziano da Silva, Directeur général de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)

Le monde fait face à une hausse considérable du surpoids, de l'obésité et d'autres formes de malnutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* montre que les régimes alimentaires inappropriés définissent la tendance actuelle en matière de nutrition. Dans le contexte des objectifs de développement durable et de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition 2016-2025, il devient urgent de réformer nos systèmes alimentaires afin qu'ils ne se contentent plus d'alimenter la population, mais la nourrissent. Nous devons pour cela agir sur tous les fronts. La FAO a à cœur de collaborer efficacement avec toutes les parties prenantes pour veiller à ce que chacun ait accès à un régime alimentaire adéquat, diversifié, sain et sûr.

Lawrence Haddad, Directeur exécutif de la Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)

Éliminer la malnutrition est un choix. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* nous aide tous – autorités publiques, entrepreneurs, société civile ou organisations internationales – à prendre des décisions audacieuses et éclairées. Plus important encore, le rapport nous invite à sortir de l'indifférence, de la complaisance et de l'inaction s'agissant de la malnutrition. L'incitation à ne plus se contenter du statu quo et l'élaboration d'un ensemble de solutions pour l'avenir constituent des moteurs du changement. Toutes deux sont largement présentes dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018*. Lisez-le, diffusez-le, et agissez en conséquence.

Dr Beatriz Marcet Champagne, directrice de l'InterAmerican Heart Foundation et coordinatrice de la Healthy Latin America Coalition (CLAS)

L'Amérique latine est à l'avant-garde des efforts menés pour mettre en place des politiques de réduction de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Avec l'appui de l'Organisation panaméricaine de la santé, d'universitaires et de la société civile, les gouvernements ont grandement progressé dans la réduction des environnements « obésogènes ». Citons notamment la taxe sur les boissons sucrées au Mexique, qui a fait ses preuves ; l'étiquetage détaillé sur le devant des paquets d'aliments transformés au Chili, au Pérou et en Uruguay ; les directives relatives à la nutrition au Brésil, qui ont encouragé d'autres pays à prendre exemple ; les restrictions de la publicité et de la promotion portant sur les aliments transformés au Chili et au Brésil.

Malgré ces victoires remportées de haute lutte, l'ampleur du problème, comme le montre le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018*, exige que tous les pays s'impliquent de manière persistante et cohérente pour appliquer des mesures spécifiques et peu coûteuses face à la forte opposition exercée par le secteur des aliments industriels, nocifs pour la santé. Alors que 360 millions de personnes sont en surpoids et 140 millions sont obèses en Amérique latine, et que dans le même temps, 3,9 millions d'enfants obèses risquent de développer un diabète, une maladie cardiaque ou d'autres maladies non transmissibles, il est temps d'agir de manière déterminée.

Shinichi Kitaoka, président de l'Agence japonaise de coopération internationale

Démentant les hypothèses de départ, la malnutrition s'avère un phénomène divers et complexe ; les difficultés rencontrées par chaque pays en sont l'illustration. Ainsi, de nombreux pays d'Afrique et d'Asie du Sud continuent de souffrir de multiples formes de malnutrition, notamment de sous-alimentation, de carences majeures en micronutriments et d'une hausse de l'obésité. Si le Japon est en train de venir à bout de la sous-alimentation tout en visant une hausse de l'espérance de vie en s'attaquant aux problèmes de fond, il doit faire face à de nouveaux obstacles dans le cadre de ses initiatives en faveur d'une vie plus saine pour ses citoyens. L'édition du *Rapport sur la nutrition mondiale* de cette année analyse en détail la malnutrition sous toutes ses formes et adresse un appel à l'action à une multitude de parties prenantes.

Au vu de la nature complexe de la malnutrition, le Japon appelle à adopter une approche exhaustive et multisectorielle d'amélioration de la nutrition dans les pays en développement, en mettant l'accent sur l'agriculture et les systèmes alimentaires. Il collaborera avec les pays déterminés à affronter les difficultés inhérentes à la lutte contre la malnutrition. Je suis convaincue que ce rapport sera d'une grande aide pour toutes les parties prenantes qui entendent combattre proactivement toutes les formes de malnutrition.

Henrietta H Fore, Directrice générale de l'UNICEF

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* propose des mesures tournées vers l'avenir pour renforcer la capacité des systèmes alimentaires mondiaux et nationaux à garantir aux enfants des régimes alimentaires nutritifs, sûrs, abordables et durables. Ce changement de paradigme, à savoir des systèmes alimentaires qui contribuent à prévenir la malnutrition sous toutes ses formes, sera décisif pour la croissance et le développement des enfants, la croissance des économies nationales et le développement des nations.

Paul Polman, Directeur général d'Unilever

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* nous rappelle avec force que les avancées dans la lutte contre la malnutrition sont d'une lenteur inacceptable. Les entreprises doivent assimiler les enseignements issus du rapport et redoubler d'efforts pour soutenir la transformation des systèmes alimentaires. Leur expertise dans le cadre des défis liés à la nutrition (notamment via la collecte de données, la reformulation des produits et la communication pour le changement de comportement) peut avoir des effets positifs. À cet égard, des organisations telles que le réseau des entreprises SUN ou le projet Food Reform for Sustainability and Health (FReSH) constituent une première base solide pour l'engagement des entreprises en faveur des cibles de nutrition à l'horizon 2030.

David Beasley, Directeur exécutif du Programme alimentaire mondial

Les informations contenues dans le *Rapport sur la nutrition mondiale* vont bien au-delà des faits et des chiffres. En réalité, derrière ces tableaux et ces graphiques, il est question de possibilité : possibilité que davantage de bébés puissent fêter leur premier anniversaire, que les enfants puissent réaliser leur potentiel à l'école et que les adultes puissent mener une vie saine et productive – une perspective qui repose sur une bonne nutrition. Les informations recueillies, analysées et communiquées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale* ne sont jamais une fin en soi, mais une ressource qui peut nous permettre de sauver des vies, de changer des vies et de veiller à ne laisser personne de côté.

Un soutien n'implique nullement que le Rapport sur la nutrition mondiale a bénéficié d'un appui financier de la part de l'institution représentée.

Le présent rapport a été rédigé par le groupe d'experts indépendants du Rapport sur la nutrition mondiale, avec le soutien du Groupe des parties prenantes pour le Rapport sur la nutrition mondiale et le Secrétariat de Development Initiatives. Sa rédaction a été dirigée par les co-présidentes Jessica Fanzo et Corinna Hawkes, soutenues par les membres du groupe et secondées par d'autres analystes et collaborateurs.

Le groupe d'experts indépendants compte les membres suivants : **Jessica Fanzo**, co-présidente (Université Johns Hopkins, États-Unis) ; **Corinna Hawkes**, co-présidente (City University of London, Royaume-Uni) ; **Emorn Udomkesmalee**, co-présidente (Université de Mahidol, Thaïlande) ; **Ashkan Afshin** (Université de Washington, États-Unis) ; **Lorena Allemandi** (Fundacion InterAmericana Del Corazon, Argentine) ; **Obey Assery** (gouvernement de Tanzanie, Tanzanie) ; **Phillip Baker** (Université Deakin, Australie) ; **Jane Battersby** (Université de Cape Town, Afrique du Sud) ; **Zulfiqar Bhutta** (Center for Global Child Health, Canada et Center of Excellence in Women and Child Health, Université d'Aga Khan, Pakistan) ; **Kevin Chen** (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Chine) ; **Camilla Corvalan** (Université du Chili, Chili) ; **Mariachiara Di Cesare** (Middlesex University London, Royaume-Uni) ; **Carmel Dolan** (Emergency Nutrition Network, Royaume-Uni) ; **Jorge Fonseca** (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), Italie) ; **Laurence Grummer-Strawn** (Organisation mondiale de la Santé, Suisse) ; **Chika Hayashi** (UNICEF, États-Unis) ; **John McArthur** (The Brookings Institution et Fondation des Nations Unies, États-Unis) ; **Anushree Rao** (Concern Worldwide, Royaume-Uni) ; **Cynthia Rosenzweig** (Goddard Institute for Space Studies de la NASA, États-Unis) ; et **Dominic Schofield** (Global Alliance for Improved Nutrition Canada, Canada).

Autres auteurs : **Zulfiqar Bhutta** (Center for Global Child Health, Canada et Center of Excellence in Women and Child Health, Université Aga Khan, Pakistan) et **Zohra Kamran Lassi** (Center for Global Child Health, Canada) ont contribué à la section « Le fardeau de la malnutrition chez les adolescents » du chapitre 3 ; **Carmel Dolan** (Emergency Nutrition Network, Royaume-Uni), **Jessica Fanzo**, co-présidente du *Rapport sur la nutrition mondiale* et **Darana Souza** (FAO, Italie) ont rédigé la section « Renforcer la résilience nutritionnelle en resserrant les liens entre les acteurs humanitaires et du développement » du chapitre 3 ; **Klaus Kraemer** (Sight and Life, Suisse) a rédigé la section « Des données plus nombreuses et de meilleure qualité sont nécessaires concernant les carences en micronutriments » du chapitre 3 ; **Emily Mates** (Emergency Nutrition Network, Royaume-Uni) a contribué à la section « Il est urgent d'adopter une nouvelle approche de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes en temps de crise » du chapitre 3 ; **Mary Arimond** (FHI 360, États-Unis), **Jennifer Coates** (Tufts University, États-Unis) et **Anna Herforth**, consultante indépendante (États-Unis), ont préparé plusieurs sections du chapitre 4 ; **Phillip Baker** (Université Deakin, Australie) a rédigé plusieurs sections du chapitre 4 et a contribué aux figures 4.1 : Tendances et constantes observées dans les ventes de substituts du lait maternel du commerce par région, 2005-2017, 4.10 : Tendances de l'apport énergétique issu de différentes catégories de boissons sucrées, en fonction du niveau de revenu national, et 4.11 : Tendances et constantes des ventes par habitant de différentes catégories de produits alimentaires sous emballage par région, 2005-2017, du chapitre 4, avec la contribution de **Kathryn Backholer** (Université Deakin, Australie) et de **Priscila Machado** (Center for Epidemiological Research in Nutrition and Health, Université de São Paulo, Brésil) ; **Agnieszka Balcerzak**, **Catherine LeClercq** et **Victoria Padula de Quadros** (FAO, Italie) ont rédigé la section « Ouvrir l'accès aux données nationales sur la consommation alimentaire » du chapitre 4 ; **Elizabeth Dunford** et **Fraser Taylor** (The George Institute for Global Health, Australie) ainsi que **Rachel Crossley** et **Paul Vos** (Access to Nutrition Foundation, Royaume-Uni et Pays-Bas, respectivement) ont rédigé la section « Qualité nutritionnelle des aliments sous emballage » du chapitre 4 ; **Lina Mahy** (Organisation mondiale de la Santé, Suisse) et **Trudy Wijnhoven** (FAO, Italie) ont rédigé la section « Nouveaux engagements et perspectives à l'approche du sommet de Tokyo de 2020 » du chapitre 5.

L'analyse des données du rapport a été dirigée par **Jordan Beecher**, **Zach Christensen**, **Laurence Ford**, **Adam Hughes**, **Alex Miller**, **Matthew Price** et **Richard Watts** (Development Initiatives, Royaume-Uni), avec la contribution des consultants indépendants **Sam Ashby** et **Matthew Johnson** (Royaume-Uni).

Des données ont été fournies par **Elaine Borghi**, **Laurence Grummer-Strawn** et **Lisa Rogers** (Organisation mondiale de la Santé, Suisse) ; **Mariachiara Di Cesare** (Middlesex University London, Royaume-Uni), **James Bentham** (Université du Kent, Royaume-Uni), **Bin Zhou** (Imperial College London, Royaume-Uni), l'ensemble du réseau NCD Risk Factor Collaboration et **Chika Hayashi** (UNICEF, États-Unis) ont fourni des données actualisées et partagé leur expertise technique pour les sections sur les cibles d'amélioration de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant. **Phillip Baker** (Université Deakin, Australie) a fourni des données issues de la base de données sur les marchés d'Euromonitor International. **Ashkan Afshin** (Université de Washington, États-Unis) a fourni des données issues de l'étude Charge mondiale de morbidité (Global Burden of Disease). **Vrinda R Mehra** (UNICEF, États-Unis) a contribué à la vérification par l'UNICEF de données liées au chapitre 2. **Patrizia Fracassi** et **William Knechtel**, Scaling Up Nutrition (SUN), Suisse, ont fourni des données sur les investissements du secteur public pour le chapitre 5. **Sara Viviani** (FAO, Italie) a favorisé l'accès aux données de l'Échelle de mesure de l'insécurité alimentaire vécue (FIES) et a facilité leur interprétation.

Farah Asfahani, **Monica Kothari** et **Jolene Wun** (PATH, MQSUN+, États-Unis) ont recueilli et analysé des données et rédigé la section « Engagements "Nutrition pour la croissance" » du chapitre 5. **Mary D'Alimonte** (Results for Development, R4D, États-Unis) et **Jordan Beecher** (Development Initiatives, Royaume-Uni) ont fourni des contributions écrites ou des données pour le chapitre 5 qui ont servi à la rédaction du texte final. **Heather Danton** (JSI Research & Training Institute, États-Unis) a contribué à la section « Sept actions prioritaires pour améliorer la nutrition des adolescentes ». **Purnima Menon** (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, IFPRI, Inde) a fourni des données géospatiales sur l'Inde pour la figure 2.11 : Carte de la prévalence du retard de croissance dans les districts d'Inde, 2015-2016. **Megan Schipp**, Institute for Health Metrics and Evaluation, États-Unis, a fourni des données géospatiales sur l'Afrique.

Emily Mates (Emergency Nutrition Network, Royaume-Uni) a apporté un appui aux recherches tout au long du rapport.

Les auteurs des Gros plans de ce rapport et leurs affiliations sont les suivants : **Ashkan Afshin** (Université de Washington, États-Unis) ; **Chaza Akik** (Université américaine de Beyrouth, Liban) ; **Silvia Alayon** (Save the Children, États-Unis) ; **Stephanie Allan** (Oxford Policy Management, Royaume-Uni) ; **Lorena Allemanni** (Fundación Interamericana del Corazón, Argentine) ; **Mary Arimond** (FHI 360, États-Unis) ; **Obey Assery** (cabinet du Premier ministre tanzanien, Tanzanie) ; **Kathryn Backholer** (Université Deakin, Australie) ; **Phillip Baker** (Université Deakin, Australie) ; **Giulia Baldi** (Programme alimentaire mondial, Italie) ; **Juliet Bedford** (Anthrologica, Royaume-Uni) ; **Nawal Chahid** (Direction générale de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international, France) ; **Kevin Chen** (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Chine) ; **Jack Clift** (R4D, États-Unis) ; **Jennifer Coates** (Tufts University, États-Unis) ; **Kate Consavage** (Agence des États-Unis pour le développement international, USAID, États-Unis) ; **Katie Dain** (Alliance sur les MNT, Royaume-Uni) ; **Mary D'Alimonte** (R4D, États-Unis) ; **Saskia de Pee** (Programme alimentaire mondial, Italie) ; **Joy Miller Del Rosso** (The Manoff Group, États-Unis) ; **Ashish Kumar Deo** (Global Alliance for Improved Nutrition, Inde) ; **Carmel Dolan** (Emergency Nutrition Network, Royaume-Uni) ; **Kaia Engesveen** (Organisation mondiale de la Santé, Suisse) ; **Caroline Fall** (Université de Southampton, Royaume-Uni) ; **Amy Fowler** (USAID, États-Unis) ; **Juliane Friedrich** (Fonds international de développement agricole, FIDA, Italie) ; **Greg S Garrett** (Global Alliance for Improved Nutrition, Suisse) ; **Aurore Gary** (Direction générale de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international, France) ; **Kavya Ghai** (R4D, États-Unis) ; **Hala Ghattas** (Université américaine de Beyrouth, Liban) ; **Jonathan Gorstein** (Iodine Global Network, États-Unis) ; **Laurence M Grummer-Strawn** (Organisation mondiale de la Santé, Suisse) ; **Corinna Hawkes** (City University of London, Royaume-Uni) ; **Simon Iain Hay** (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME, États-Unis) ; **Anna Herforth** (consultante indépendante, États-Unis) ; **Oliver Huse** (Université Deakin, Australie) ; **Zeina Jamaluddine** (Université américaine de Beyrouth, Liban) ; **Siddharth Kanoria** (Quantum Consumer Solutions, Royaume-Uni) ; **Nicholas Kassebaum** (IHME, États-Unis) ; **Laura Kettel Khan** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis) ; **Tanya Khara** (Emergency Nutrition Network, Royaume-Uni) ; **Homi Kharas** (The Brookings Institution, États-Unis) ; **Rudaba Khondker** (Global Alliance for Improved Nutrition, Bangladesh) ; **Damaris Kinyoki** (IHME, États-Unis) ; **Janosch Klemm** (Programme alimentaire mondial, Italie) ; **Knut-Inge Klepp** (Institut norvégien de la santé publique, Norvège) ; **Roland Kupka** (UNICEF, États-Unis) ;

Karin Lapping (FHI 360, États-Unis) ; **Krista Lang** (Organisation mondiale de la Santé, États-Unis) ; **Dr Ferew Lemma** (ministère fédéral de la Santé, Éthiopie) ; **Homero Martinez** (Nutrition International, Canada) ; **John W McArthur** (The Brookings Institution, Canada) ; **Anoushka Millea** (IHME, États-Unis) ; **Erin Milner** (USAID, États-Unis) ; **Chizuru Nishida** (Organisation mondiale de la Santé, Suisse) ; **Madeleine Onclin** (Commission européenne, Belgique) ; **Aaron Osgood-Zimmerman** (IHME, États-Unis) ; **Katherine Owens** (USAID, États-Unis) ; **Mavis Owusu-Gyamfi** (The Power of Nutrition, Royaume-Uni) ; **Sarah Parkinson** (John Hopkins University, États-Unis) ; **Kathleen Pellechia** (FHI 360, États-Unis) ; **Anne Peniston** (USAID, États-Unis) ; **Mary Penny** (Instituto de Investigación Nutricional, Pérou) ; **Clara Picanyol** (Oxford Policy Management, Royaume-Uni) ; **Brandon Pickering** (IHME, États-Unis) ; **Anushree Rao** (Concern Worldwide, Royaume-Uni) ; **Krist Rasmussen**

(The Brookings Institution, États-Unis) ; **Josef Schmidhuber** (FAO, Italie) ; **Chloe Shields** (IHME, États-Unis) ; **Jeremy Shoham** (Emergency Nutrition Network, Royaume-Uni) ; **Roger Shrimpton** (Organisation mondiale de la Santé, États-Unis) ; **Justin Stokes** (Ananda Partners, Cambodge) ; **Rebecca W Stubbs** (Université de Washington, États-Unis) ; **Sabiha Sultana** (BRAC University, Bangladesh) ; **Tatum Summers** (The Power of Nutrition, Royaume-Uni) ; **Mehroosh Tak** (Oxford Policy Management, Royaume-Uni) ; **Zimeiyi Wang** (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Chine) ; **Jacqui Webster** (The George Institute for Global Health, Australie) ; et **Birara Melese Yalew** (ministère fédéral de la Santé, Éthiopie).



Copyright 2018 : Development Initiatives Poverty Research Ltd.

Citation suggérée : Development Initiatives, 2018. **Rapport sur la nutrition mondiale 2018 : Mettre en lumière la situation en vue de stimuler l'action en matière de nutrition.** Bristol, Royaume-Uni : Development Initiatives.

Avis de non-responsabilité : toutes les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Development Initiatives Poverty Research Ltd ou de toute autre organisation partenaire ayant contribué au *Rapport sur la nutrition mondiale 2018*. Tous les membres du groupe d'experts indépendants ne sont pas nécessairement en accord avec l'ensemble du contenu du présent rapport. Les frontières et les dénominations utilisées n'impliquent pas leur reconnaissance ou leur acceptation officielle par Development Initiatives Poverty Research Ltd.

En décembre 2018, le rapport a fait l'objet de mises à jour aux pages 22, 35, 80, 83, 90 et 159.

Development Initiatives Poverty Research Ltd

North Quay House, Quay Side Temple Back, Bristol, BS1 6FL, Royaume-Uni

ISBN : 978-1-9164452-2-2

Édition : Jen Claydon

Conception et mise en page : Soapbox et Definite.design

REMERCIEMENTS

Le groupe d'experts indépendants, sous la direction de ses co-présidentes **Jessica Fanzo**, **Corinna Hawkes** et **Emorn Udomkesmalee**, souhaite remercier sincèrement toutes les personnes et organisations ayant soutenu l'élaboration du *Rapport sur la nutrition mondiale 2018*.

L'équipe de Development Initiatives affectée au Rapport sur la nutrition mondiale a travaillé étroitement avec **Jessica Fanzo** et **Corinna Hawkes** et assisté l'ensemble du groupe d'experts indépendants pour permettre à la présente édition de voir le jour. Le projet a été géré par **Henna Cheema** et **Hannah Sweeney**. L'analyse des données a été dirigée par **Jordan Beecher** ; **Zach Christensen**, **Laurence Ford**, **Adam Hughes**, **Alex Miller**, **Matthew Price** et **Richard Watts** ont mené une analyse et des recherches de fond tout au long du rapport, avec la contribution des consultants indépendants **Sam Ashby** et **Matthew Johnson** (Royaume-Uni). **Harpinder Collacott** a contribué au rapport et prodigué des conseils rédactionnels. Les communications ont été gérées par **Emma Cooke**, avec le soutien d'**Anna Hope**. **Amy Cox** a piloté les activités de sensibilisation et de communication. **Georgina Carver**, **Rebecca Hills** et **Simon Murphy** ont géré la production du rapport, avec l'appui de **Clara Carlino de Paz**. **Daniel Coppard**, **Tony German** et **Judith Randel** ont procédé aux contrôles de qualité du rapport. **Portland Communications** a dispensé des conseils supplémentaires en matière de communication pour la promotion et la conception du rapport. L'édition a été réalisée par **Jen Claydon** et la conception par **Definite.design** et **Soapbox**. **Martin Atkin** a apporté son aide à la rédaction. **Strategic Agenda** a assuré la traduction du rapport.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude à l'endroit des trois réviseurs anonymes qui, cette année encore, se sont livrés à un examen externe du rapport par les pairs.

Le groupe d'experts indépendants remercie le Groupe des parties prenantes pour le Rapport sur la nutrition mondiale, lequel a guidé les travaux et fourni un retour d'information sur la structure, la version préliminaire et les plans de promotion du rapport. Il s'agit des personnes suivantes : **Abigail Perry** (ministère du Développement international, Royaume-Uni – co-présidente) ; **Lucy Sullivan** (1,000 Days, États-Unis – co-présidente) ; **Victor Aguayo** (UNICEF, États-Unis) ; **Francesco Branca** (Organisation mondiale de la Santé, Suisse) ; **John Cordaro** (Mars Incorporated, États-Unis) ; **Bruno Declercq** (Commission européenne, Mozambique) ; **Juliane Friedrich** (FIDA, Italie) ; **Heike Henn** (ministère de la Coopération économique et du Développement, Allemagne) ; **Lawrence Haddad** (Global Alliance for Improved Nutrition, Royaume-Uni) ; **Kate Houston** (Cargill, États-Unis) ; **Chris Osa Isokpunwu** (correspondant du Mouvement SUN, Nigéria) ; **Lauren Landis** (Programme alimentaire mondial, Italie) ; **Anna Lartey** (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Ghana) ; **Dr Ferew Lemma**, conseiller principal auprès du ministère de la Santé, Éthiopie ; **Cornelia Loechl** (Agence internationale de l'énergie atomique, Autriche) ; **Anne Peniston** (USAID, États-Unis) ; **Katherine Richards** (Save the Children UK, Royaume-Uni) ; **Jennifer Rosenzweig** (Programme alimentaire mondial, Italie) ; **Joyce Seto** (Affaires mondiales Canada, Canada) ; **Ben Siddle** (Irish Aid, Irlande) ; **Rachel Toku-Appiah** (Graça Machel Trust, Afrique du Sud) ; **Frits Van Der Wal** (ministère des Affaires étrangères, Pays-Bas) ; **Gerda Verburg** (Mouvement SUN, Pays-Bas) ; **Neil Watkins** (Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis) ; **Hideya Yamada** (Agence japonaise de coopération internationale, Japon) ; et **Sabrina Ziesemer** (ministère de la Coopération économique et du Développement, Allemagne).

Nous remercions tout particulièrement les co-présidentes du Groupe des parties prenantes, **Abigail Perry** (ministère du Développement international, Royaume-Uni) et **Lucy Sullivan** (1,000 days et réseau des OSC SUN).

Nous avons également reçu des contributions écrites d'un certain nombre de personnes dont le travail n'a pu être inclus dans l'édition de cette année, mais qui a néanmoins éclairé notre réflexion : **Lauren Aubert** (Global Alliance for Improved Nutrition, Royaume-Uni) ; **Karina Sánchez Bazán**, consultante indépendante (Mexique) ; **Hannah Brinsden** (Fédération mondiale contre l'obésité, Royaume-Uni) ; **Kenda Cunningham** (Hellen Keller International, Royaume-Uni) ; **Rebecca Heidkamp** et **Andrew Thorne-Lyman** (Johns Hopkins University, États-Unis) ; **Warren Lee** (FAO, Italie) ; **Tim Lobstein** (Fédération mondiale contre l'obésité, Royaume-Uni) ; **Renata Micha** et **Dariush Mozaffarian** (Tufts University, États-Unis) ; **Laurie Miller** (Tufts Medical Center, États-Unis) ; **Alexandra Rutishauser-Perera** (Action contre la faim, Royaume-Uni) ; **Jonathan Tench** (Global Alliance for Improved Nutrition, Royaume-Uni) ; et plusieurs membres du groupe d'experts indépendants.

Nous souhaitons remercier les organisations suivantes pour leur appui financier au rapport 2018 : le ministère du Développement international (Royaume-Uni), la Fondation Bill & Melinda Gates, USAID, la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, Affaires mondiales Canada, la Commission européenne, l'Eleanor Crook Foundation et Irish Aid.

Enfin, nous remercions les lecteurs du Rapport sur la nutrition mondiale pour leur enthousiasme et leurs retours d'information constructifs, depuis la publication du *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* jusqu'à aujourd'hui. Nous entendons veiller à ce que le rapport reste pertinent pour l'ensemble des acteurs formant le paysage du développement. À cette fin, nous utilisons des données, des analyses et des témoignages de réussites reposant sur des données factuelles, qui répondent aux besoins de votre travail, depuis la prise de décision jusqu'à la mise en œuvre.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	10
Chapitre 1 : Introduction	20
Chapitre 2 : Le fardeau de la malnutrition	28
Chapitre 3 : Trois problèmes à traiter d'urgence	52
Chapitre 4 : L'alimentation de la population et ses répercussions	72
Chapitre 5 : La lutte contre la malnutrition – engagements et financement	96
Chapitre 6 : Conclusion : les étapes indispensables pour mettre la nutrition sur la bonne voie	124
Annexe 1 : Évaluation des progrès nationaux accomplis en vue d'atteindre les cibles mondiales de nutrition – note relative à la méthodologie	128
Annexe 2 : Pays en voie d'atteindre les cibles mondiales de nutrition	132
Annexe 3 : Pays fortement touchés par de multiples formes de malnutrition	136
Notes	138
Abréviations	156
Glossaire	157
Documents supplémentaires en ligne	160
Gros plans	161
Encadrés	163
Figures	163
Tableaux	165



2017. Yangambi, République démocratique du Congo.
Filles portant des légumes.
© Axel Fassio/Centre de recherche forestière internationale

Résumé

SENSIBILISER POUR STIMULER L'ACTION EN MATIÈRE DE NUTRITION

La malnutrition est un problème universel qui retarde le développement et dont les conséquences humaines sont inacceptables. Mais les conditions pour y mettre fin semblent plus que jamais réunies. La Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) et les objectifs de développement durable (ODD) incitent la communauté internationale et chaque pays à lutter contre la malnutrition et à accélérer les progrès.

Partout dans le monde, le fardeau de la malnutrition reste élevé et les progrès sont lents, une situation inacceptable. La malnutrition est la première cause de mauvaise santé. Les enfants de moins de 5 ans sont confrontés à de multiples formes de malnutrition : 150,8 millions d'entre eux accusent un retard de croissance, 50,5 millions sont émaciés et 38,3 millions sont en surpoids. Dans le même temps, 20 millions de bébés présentent chaque année une insuffisance pondérale à la naissance. Le surpoids et l'obésité chez l'adulte ont atteint des niveaux records, s'élevant à 38,9 %, de l'Afrique à l'Amérique du Nord ; les adolescents sont également de plus en plus touchés. Certaines formes de malnutrition touchent davantage les femmes que les hommes : un tiers des femmes en âge de procréer souffrent d'anémie, et la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes. Des millions de femmes présentent encore une insuffisance pondérale.

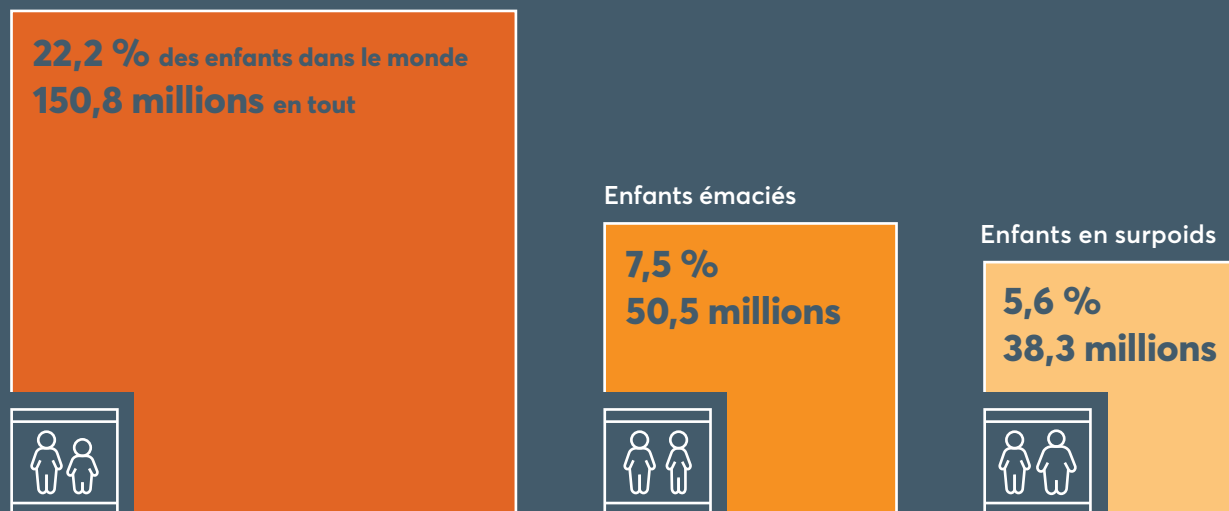
Pourtant, des progrès considérables ont été accomplis en vue d'éliminer la malnutrition. Au niveau mondial, le retard de croissance chez l'enfant a décliné et l'insuffisance pondérale chez la femme a enregistré une légère baisse. De nombreux pays devraient atteindre au moins l'une des cibles fixées par la communauté internationale afin de suivre les progrès en matière de nutrition accomplis d'ici à 2025. Nous savons mieux que jamais ce qu'il convient de faire pour obtenir des résultats. Avec une gouvernance, des politiques, des mesures, des cibles et des plans renforcés, la communauté internationale et les parties prenantes nationales n'ont jamais été aussi bien placées pour aller de l'avant. Les avancées en matière de données nous aident à mieux comprendre la nature du fardeau de la malnutrition sous toutes ses formes ainsi que ses causes. Elles incitent en outre à agir, guident notre action et renforcent nos capacités à suivre les progrès.

Il est crucial que nous saisissons de toute urgence cette occasion si nous voulons atteindre la cible des ODD visant à éliminer la malnutrition sous toutes ses formes d'ici à 2030. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* fournit de nouvelles données qui mettent en lumière les étapes indispensables à cette fin. En effet, si nous comptons mettre un terme à la malnutrition sous toutes ses formes, nous devons d'abord comprendre la nature du problème. Le rapport rassemble les données existantes, présente les dernières innovations en la matière et analyse les nouvelles données en se concentrant sur cinq domaines : le fardeau de la malnutrition, les domaines émergents auxquels nous devons prêter attention, les régimes alimentaires qui entraînent souvent une forme de malnutrition, le financement de l'action en matière de nutrition et les engagements mondiaux. Des exemples d'initiatives visant à lutter contre la malnutrition sont présentés et étudiés tout au long du rapport.

À travers cette analyse, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* met en lumière les domaines où des progrès ont été accomplis et ceux où des problèmes importants subsistent, et montre ainsi où il est nécessaire d'intervenir pour consolider les avancées et combler les grandes lacunes.

Le fardeau actuel de la malnutrition est bien trop élevé

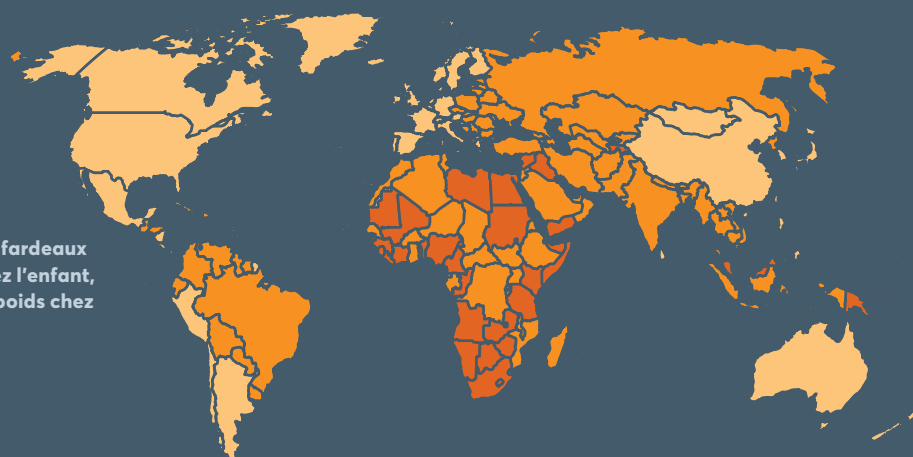
Enfants atteints d'un retard de croissance (âgés de 0 à 59 mois)



Tous les pays sont touchés par la malnutrition

Pays présentant au moins l'un des fardeaux suivants : retard de croissance chez l'enfant, anémie chez la femme adulte, surpoids chez la femme adulte

- Au moins un fardeau
- Au moins deux fardeaux
- Trois fardeaux



Et les progrès accomplis à ce jour ne sont tout simplement pas suffisants

Huit indicateurs clés de nutrition sont en mauvaise voie au niveau mondial...

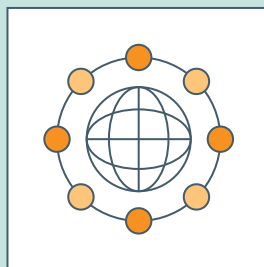


... mais le moment est idéal pour redresser le cap.

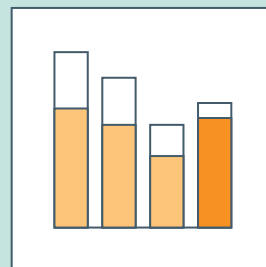
Nous sommes mieux placés que jamais pour mettre fin à la malnutrition



Nous savons mieux
que jamais *quelles*
sont les politiques
les plus efficaces.



Nous devons traduire
en actes cette forte
volonté politique que
l'on observe dans
de nombreux pays.



Nous disposons de nouvelles
données de meilleure qualité,
dont certaines peuvent
changer la donne en matière
de lutte contre la malnutrition.

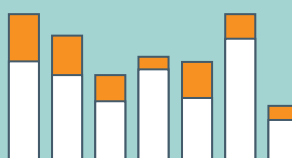
Nous devons agir **sans attendre** ou nous risquons de voir les progrès accomplis s'inverser

Cinq étapes indispensables

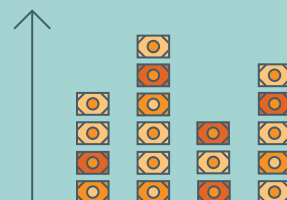
**1 : Décloisonner
l'action et élaborer des
programmes complets**



**2 : Définir des priorités et
investir dans les données
nécessaires et la capacité
à les utiliser**



**3 : Accroître et diversifier
le financement en faveur
de la nutrition**



**4 : Porter une attention
particulière aux régimes
alimentaires sains en vue
d'améliorer la nutrition
partout dans le monde**



**5 : Améliorer les cibles
et les engagements
stimulant l'action**



PRINCIPALES CONCLUSIONS

On note quelques avancées en matière de réduction de la malnutrition, mais celles-ci sont trop lentes et ne couvrent pas toutes les formes de malnutrition

- **Le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans a certes diminué au niveau mondial, mais les chiffres sont en hausse en Afrique et les progrès sont marqués par des disparités considérables au niveau infranational.** Entre 2000 et 2017, le taux mondial de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 32,6 % (198,4 millions d'enfants) à 22,2 % (150,8 millions d'enfants). Depuis 2000, le taux de retard de croissance est passé de 38,1 à 23,2 % en Asie, et de 16,9 % à 9,6 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. En Afrique, pour la même période, il a diminué de 38,3 % à 30,3 %, mais le nombre effectif d'enfants souffrant d'un retard de croissance a augmenté en raison de la croissance démographique. Les données géospatiales montrent que les tendances varient considérablement au sein des pays, certaines régions présentant des augmentations et d'autres des baisses.
- **Au niveau mondial, les progrès en matière de lutte contre l'insuffisance pondérale et l'anémie chez la femme ont été extrêmement lents, tandis que le surpoids et l'obésité gagnent du terrain chez les adultes, les femmes présentant des taux d'obésité plus élevés que les hommes.** Le taux d'insuffisance pondérale chez la femme a connu une baisse légère, voire négligeable ; il est de 9,7 % chez les femmes (âgées de 20 à 49 ans) et de 5,7 % chez les adolescentes (âgées de 15 à 19 ans). Le taux d'anémie, en légère hausse, s'élève à 32,8 %. Au niveau mondial, le surpoids (indice de masse corporelle [IMC] ≥ 25) et l'obésité (IMC ≥ 30) augmentent d'année en année depuis 2000. La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes que les hommes (15,1 % contre 11,1 %).
- **Si plusieurs pays sont en passe d'atteindre au moins l'une des cibles mondiales de nutrition fixées à l'horizon 2025, la plupart sont en mauvaise voie et aucun n'a accompli de progrès vers la réalisation de l'ensemble des cibles.** Notre évaluation de 2018 des progrès vers la réalisation des neuf cibles, qui inclut de nouveaux points de données relatifs à 32 pays, révèle que 94 des 194 pays étudiés sont en passe d'atteindre au moins une cible de nutrition, 44 étant en voie d'en atteindre une et 35, d'en atteindre deux. Parmi les pays en bonne voie, 24 sont en passe d'atteindre la cible relative au retard de croissance, 37, celle relative à l'émaciation et 18, les deux cibles. Mais ces données montrent que la plupart des pays sont sur la mauvaise voie. Aucun pays n'est en passe d'atteindre la cible relative à l'obésité chez l'adulte, ni celle relative à l'anémie. Seuls cinq pays sont bien partis pour atteindre quatre cibles, soit le nombre maximal de cibles qu'un même pays est actuellement en voie d'atteindre.
- **Les différentes formes de malnutrition continuent d'avoir des effets aggravants les unes sur les autres, une réalité confirmée par une nouvelle analyse.** Une analyse inédite des fardeaux multiples de la malnutrition au sein des pays apporte de nouvelles informations sur la mesure dans laquelle les pays et les populations font face à plus d'une forme de malnutrition. Sur les 141 pays disposant de données cohérentes sur trois formes de malnutrition, à savoir le retard de croissance chez l'enfant, l'anémie chez les femmes en âge de procréer et le surpoids chez la femme, 88 % (soit 124 pays) connaissent un niveau élevé d'au moins deux types de malnutrition, et 29 % d'entre eux (soit 41 pays) présentent un niveau élevé des trois formes de malnutrition. La plupart de ces 41 pays (30) se trouvent en Afrique. Les comorbidités touchent des millions d'enfants : 15,95 millions d'entre eux souffrent à la fois d'émaciation et d'un retard de croissance, ce qui augmente le risque de mortalité infantile, et 8,23 millions souffrent à la fois d'un retard de croissance et de surpoids.

-
- **De plus en plus prolongées à travers le monde, les crises entravent considérablement la lutte contre toutes les formes de malnutrition.** Face à ce type de crise, qui peut découler d'un conflit, d'un contexte fragile, de la violence et du changement environnemental, il est urgent de combattre et prévenir les multiples fardeaux de la malnutrition tout en renforçant la résilience en matière de nutrition. On estime que 86 % de l'aide humanitaire internationale est affectée à des pays touchés par des crises à long et à moyen terme ; pourtant, cette aide prend essentiellement la forme d'une programmation à court terme. Tandis que l'on prend de plus en plus conscience de la prévalence élevée des multiples formes de malnutrition en situation de crise prolongée, la communauté humanitaire commence à changer d'approche, envisageant ainsi des interventions à plus long terme adaptées au contexte. Cependant, les communautés humanitaires et du développement devront collaborer plus étroitement afin de lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes dans les contextes les plus vulnérables et les plus difficiles, dans une perspective de résilience nutritionnelle durable.

Les engagements dans la lutte contre la malnutrition se multiplient, mais il reste un long chemin à parcourir pour financer nos ambitions

- **Le nombre et la portée des politiques et des cibles nationales en matière de nutrition augmentent, mais leur financement et leur mise en œuvre demeurent un problème majeur.** La plupart des pays s'engagent en faveur de la nutrition en élaborant des politiques et des plans d'action nationaux en la matière : à ce jour, ils sont 164 à avoir adopté de tels plans, dont 61 % sont multisectoriels. Les pays ont également fixé davantage de cibles de nutrition, dont la portée a été élargie afin de couvrir différentes formes de malnutrition : ils sont 189 à avoir adopté au moins une cible de nutrition, et 81 % d'entre eux en ont fixé trois ou plus. La part des pays disposant de cibles relatives au surpoids est montée à 84 %. Les cibles se font plus rares concernant les carences en micronutriments : 41 % des pays affichant des taux élevés d'anémie n'ont fixé aucune cible en la matière. L'un des principaux défis à relever consiste à chiffrer, financer et mettre en œuvre les plans relatifs à ces cibles.
- **Les donateurs ont tenu l'engagement de financement pris en 2013 lors du Sommet de la nutrition pour la croissance (N4G), mais un déficit considérable de financement subsiste au niveau mondial.** En 2018, dix donateurs du N4G ont décaissé un total de 21,8 milliards de dollars US, dépassant ainsi leur cible de 19,6 milliards de dollars US deux ans avant son échéance. Lors du Sommet mondial sur la nutrition de 2017, organisé à Milan, les promesses de don en faveur de la nutrition formulées par trois des principaux donateurs initiaux et quatre nouveaux donateurs ont atteint un montant combiné supplémentaire de 640 millions de dollars US. Tous les engagements financiers répondaient aux critères SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini). Quant à l'aide publique au développement (APD) dans son ensemble, quelques modestes progrès ont été accomplis : les dépenses consacrées à la lutte contre l'obésité et les maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire ont augmenté pour atteindre les 32,5 millions de dollars US en 2016. Néanmoins, l'aide des donateurs reste insuffisante par rapport aux besoins, et les dépenses spécifiques à la nutrition sont particulièrement faibles.
- **Les premiers signes laissent penser que les gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire consacrent de plus en plus de ressources nationales à la nutrition.** Des données provenant de 25 pays montrent que la hausse des dépenses consacrées à la nutrition est due à la hausse des ressources qui tiennent compte de la nutrition et qui sont spécifiques à cette problématique, lesquelles ont respectivement augmenté de 24,4 % et 8,9 %. Les pays consacrent l'essentiel de leur financement à des investissements tenant compte de la nutrition. Les gouvernements sont plus nombreux à prendre des mesures pour suivre les niveaux de dépenses et certains évaluent l'ampleur des dépenses infranationales. On observe toutefois des variations considérables d'un pays à l'autre, une situation laissant penser qu'il reste encore beaucoup à faire pour accroître les dépenses nationales et les mesurer.

Il convient d'accorder de toute urgence une attention particulière à l'amélioration des régimes alimentaires afin d'éliminer la malnutrition sous toutes ses formes

- **Les données dont nous disposons désormais, plus nombreuses et de meilleure qualité, nous permettent non seulement de mieux comprendre ce que mangent les personnes et pourquoi leur alimentation est un enjeu important, mais elles nous montrent également que, dans tous les pays et parmi tous les quintiles de richesse, les régimes alimentaires entravent largement la réalisation des cibles de nutrition.** Les efforts se sont multipliés en vue de recueillir, rassembler et analyser les données sur les régimes alimentaires, améliorant ainsi notre compréhension de la façon dont la population mondiale se nourrit. Mais ces données montrent précisément que celle-ci se nourrit mal. Les dernières données relatives aux régimes alimentaires des bébés montrent que la proportion de nourrissons allaités exclusivement au sein (jusqu'à 6 mois) a augmenté mais ne s'élève qu'à 41 % (contre 37 % en 2012), et que les ventes de lait infantile augmentent rapidement. Moins d'un enfant sur cinq (16 %) âgé de 6 à 23 mois est nourri selon les critères d'une alimentation minimale acceptable, tandis que seule la moitié (51 %) des enfants de cette tranche d'âge bénéficie du nombre minimal recommandé de repas. Si l'on observe des différences entre les pays, les milieux ruraux et urbains et les quintiles de richesse, les mauvaises pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant constituent une source de préoccupation universelle. Indépendamment de leur niveau de richesse, les enfants en âge d'être scolarisés, les adolescents et les adultes mangent trop de céréales raffinées et d'aliments et de boissons sucrés, et pas assez d'aliments sains comme les fruits, les légumes, les légumineuses et les céréales complètes. Environ un tiers (30,3 %) des enfants en âge d'être scolarisés ne mangent pas de fruits tous les jours, alors que 43,7 % consomment un soda tous les jours. Une nouvelle analyse de plus de 23 000 produits alimentaires sous emballage montre que 69 % sont d'une qualité nutritionnelle relativement pauvre, la proportion étant plus élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé.
- **Les programmes et politiques promouvant un régime alimentaire sain se sont révélés efficaces aux niveaux national, municipal et communautaire, mais globalement, la mise en œuvre d'un ensemble complet d'interventions appropriées fait défaut.** La Base de données mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GINA) comprend plus de 1 000 politiques nationales de 191 pays promouvant des régimes alimentaires sains. Par exemple, ces dernières années, de nombreux pays ont appliqué une taxe sur les boissons sucrées, une mesure qui s'est révélée efficace, tout comme les politiques visant à modifier la composition des produits. L'enrichissement des aliments à grande échelle est un autre domaine affichant quelques progrès, mais il illustre également les nombreux obstacles au changement qui subsistent. Un nombre croissant d'initiatives menées au niveau des communautés et des villes sont mises en œuvre en vue d'améliorer les régimes alimentaires et la nutrition. De nouvelles données montrent qu'une action intensive à plusieurs niveaux peut améliorer les régimes alimentaires des nourrissons et réduire l'obésité chez les enfants. Les enseignements tirés de ces interventions pourraient être déployés à grande échelle, de la ville à l'ensemble du pays, et partagés grâce aux réseaux de villes émergents à l'échelle internationale. Néanmoins, à ce jour, peu de pays ont mis en œuvre l'ensemble complet d'interventions nécessaire pour améliorer considérablement les régimes alimentaires au niveau de la population.
- **La communauté internationale s'intéresse surtout à l'amélioration de la nutrition chez les adolescents, mais leurs régimes alimentaires méritent davantage d'attention.** Les adolescentes sont particulièrement vulnérables à la malnutrition en raison de besoins plus élevés en fer, des mariages précoces pouvant entraîner des grossesses précoces et d'une susceptibilité accrue à l'obésité. Pendant l'adolescence, les besoins en nutriments augmentent pour répondre aux demandes de la croissance pubertaire et de la maturation du cerveau. Un nombre croissant d'observations faites à l'échelle mondiale révèlent que le fait de remédier aux problèmes de nutrition et d'adopter des habitudes alimentaires saines pendant l'adolescence peut jouer un rôle important, car cela permettrait de « rattraper » un éventuel retard de croissance, d'améliorer la cognition et de réduire le risque de MNT plus tard dans la vie. Le renouvellement des appels à l'action, recherches, politiques et programmes prometteurs pourrait nous aider à mieux comprendre comment intervenir au cours de l'adolescence, notamment en améliorant les régimes alimentaires. Nombre de ces programmes font appel aux jeunes qui sont confrontés à ces problèmes afin de définir des solutions plus efficaces.

Si les données ne cessent de s'améliorer, des lacunes fondamentales subsistent ; des investissements supplémentaires sont nécessaires pour intervenir avec plus d'efficacité

- **Les données ne cessent de s'améliorer, nous fournissant des informations essentielles pour lutter globalement contre la malnutrition, mais les informations relatives aux carences en micronutriments manquent cruellement.** L'analyse des données géospatiales nous permet de mieux comprendre les variations de la prévalence de la malnutrition et des taux de progression, qui existent aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur des frontières. Ce type de données fournit de nouveaux renseignements sur les variations substantielles de la malnutrition au sein des pays, et ce, jusqu'au niveau des districts. Un nombre croissant de bases de données et d'initiatives recueillent, rassemblent, analysent et ventilent les données relatives aux régimes alimentaires, qui forment un ensemble grandissant d'éléments probants appelant à l'action. Ces données mettent également en lumière l'importance de lutter contre la malnutrition au cours de l'adolescence. De nouveaux moyens prometteurs de suivre le financement pourraient nous aider à mieux comprendre comment les ressources affectées aux actions dans le domaine de la nutrition sont dépensées. Cependant, quelques lacunes fondamentales subsistent. De nombreux pays ne recueillent pas encore les données nécessaires pour bien comprendre la nature du fardeau de la malnutrition, les régimes alimentaires ou les indicateurs de progrès. Les données sur les micronutriments font également cruellement défaut. Nous n'avons pas dressé le tableau complet de la situation en matière de carences en micronutriments à travers le monde. Les carences individuelles surviennent rarement de manière isolée. Nous ne connaissons pas bien les chevauchements avec d'autres formes de malnutrition, et les conséquences pour la santé et les maladies.

CINQ ÉTAPES INDISPENSABLES POUR ACCÉLÉRER LES PROGRÈS

Maintenant que des progrès ont été accomplis en vue de lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes et de comprendre ce phénomène, il ne s'agit pas tant de se demander pourquoi la situation est aussi mauvaise, mais pourquoi elle ne s'améliore pas alors que nous en savons beaucoup plus qu'avant. Les conclusions du *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* indiquent que cinq étapes visant à changer notre façon de réfléchir et d'agir seront indispensables pour atteindre la cible relative à l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes d'ici à 2030. Ces idées ne sont pas nouvelles ; elles relèvent du bon sens, reposent sur les données probantes à disposition et doivent être mises en avant année après année tandis que les données continuent de démontrer toute leur importance si nous voulons améliorer concrètement la situation.

1 : Décloisonner la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes

Les données montrent que différentes formes de malnutrition coexistent, mais qu'elles sont traitées à des rythmes différents, qu'elles varient d'une population à l'autre et qu'elles se chevauchent de diverses manières. Leur élimination passe donc par des approches intégrées et un travail cohérent. Différents acteurs – spécialisés notamment dans les questions de l'humanitaire, de l'obésité, des MNT et des micronutriments – doivent collaborer pour s'assurer que la lutte contre les différentes morbidités est efficace et efficiente. La lutte contre une forme de malnutrition devrait être l'occasion d'en éliminer une autre : les gouvernements, les acteurs humanitaires et la communauté œuvrant en faveur de la nutrition doivent évaluer si les interventions ciblant une forme de malnutrition pourraient être étendues ou repensées afin de lutter contre d'autres formes posant problème. Par exemple, mettre en œuvre une intervention ciblant la sous-alimentation à un stade précoce de la vie afin de lutter contre l'obésité et les MNT plus tard. Mettre en commun des ressources souvent limitées, une expertise variée, et divers outils et approches innovants peut avoir un effet transformateur si l'ont fait en sorte que les interventions nutritionnelles jouent un « rôle double » dans la lutte contre différentes formes de malnutrition.

2 : Définir des priorités et investir dans les données nécessaires et la capacité à les utiliser

Il est impossible de concevoir des interventions efficaces si l'on méconnaît le profil des personnes touchées par la malnutrition et les facteurs explicatifs. Les progrès accomplis ces dernières années dans la collecte, la compilation et l'analyse de données, présentés dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018*, montrent en quoi investir dans les données peut contribuer à éclairer l'action en matière de nutrition. Les gouvernements, les organisations internationales, les organismes de recherche et les institutions universitaires doivent poursuivre cette révolution continue des données sur la nutrition. Les données géospatiales identifiant les populations touchées, les formes de malnutrition, les zones concernées et les facteurs explicatifs constituent une manne pouvant aider tous les décideurs à concevoir des interventions efficaces. Les données relatives aux populations vulnérables sur le plan nutritionnel, comme les personnes vivant dans la pauvreté, les femmes, les adolescentes, les jeunes enfants et les personnes marginalisées et géographiquement isolées, sont indispensables. Il convient de poursuivre les efforts visant à améliorer la collecte et l'analyse des données relatives aux régimes alimentaires, et de combler de toute urgence le déficit considérable de données relatives aux micronutriments. Cependant, il ne suffit pas de recueillir et d'analyser des données : toutes les parties prenantes doivent être capables de les utiliser afin de prendre des décisions éclairées. Les acteurs spécialisés dans les données doivent faire en sorte qu'elles puissent être facilement interprétées par les décideurs politiques, les entreprises et les ONG qui déterminent l'objet des investissements et les champs d'intervention.

3 : Accroître le financement en faveur de la nutrition – diversifier et innover afin de s'appuyer sur les progrès antérieurs

Chaque année, le Rapport sur la nutrition mondiale appelle à investir davantage dans la nutrition : au bout du compte, si des fonds suffisants et appropriés ne sont pas investis dans l'élimination de toutes les formes de malnutrition, toute avancée sera impossible. Les données du rapport de cette année font état de progrès inégaux. En s'appuyant sur ces progrès, les pays doivent continuer à augmenter leurs investissements, et les donateurs internationaux, à investir par le biais de l'APD. Il conviendrait de généraliser le recours aux nouveaux marqueurs politiques et au code amélioré du système de notification des pays créanciers (SNPC) du Comité d'aide au développement afin d'assurer la transparence et la traçabilité des flux de financement. Le financement doit être axé sur la mise en œuvre effective des plans relatifs à la nutrition. Cependant, des formes de financement différentes et innovantes seront également nécessaires pour accomplir des progrès. Ceux qui contrôlent les flux de ressources – les gouvernements, les organisations multilatérales, les fondations philanthropiques et les riches investisseurs – doivent trouver des moyens innovants de financer l'action en matière de nutrition et fournir la capacité institutionnelle et humaine nécessaire à cette fin.

4 : Galvaniser l'action en matière de régimes alimentaires sains – se mobiliser dans l'ensemble des pays afin de résoudre ce problème universel

Les données présentées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* pointent du doigt la piètre qualité des régimes alimentaires parmi les nourrissons, les jeunes enfants, les adolescents et les adultes, atteignant des niveaux inacceptables. Les régimes alimentaires inappropriés sont l'un des principaux facteurs de risque de malnutrition, de maladie, de handicap et de décès au niveau mondial. Sans compter qu'il s'agit d'un problème universel : aucun pays ou groupe de population n'est épargné. Les gouvernements et les entreprises doivent mettre en œuvre un ensemble complet d'interventions afin de s'assurer que les systèmes et environnements alimentaires produisent des régimes alimentaires sains qui soient abordables, accessibles et souhaitables pour tous. Les initiatives prises par les communautés, les municipalités et les réseaux de villes doivent être déployées à grande échelle. Il faut tirer les enseignements des réussites observées partout dans le monde et lever les obstacles.

5 : Prendre et tenir de meilleurs engagements en faveur de l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes – une approche ambitieuse et transformatrice sera nécessaire pour atteindre les cibles mondiales de nutrition

Seuls des engagements SMART conçus pour obtenir des résultats, qui feront l'objet d'un compte rendu cohérent et seront mis en œuvre par les signataires, permettront de mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes. Le Sommet N4G de 2020, qui sera organisé à Tokyo (Japon), sera l'occasion de répondre aux difficultés et aux possibilités présentées par les données du rapport de cette année et, pour la communauté internationale (les donateurs, les gouvernements nationaux et les entreprises), de renouveler ses engagements, de répondre de ses actes et d'accélérer les étapes indispensables pour éliminer la malnutrition sous toutes ses formes.



01

2011. Philippines.

Des riziculteurs récoltent de jeunes plants de riz prêts à être plantés.

© ILO/Joaquin Bobot Go

Introduction

Pourquoi la malnutrition est un sujet crucial

La malnutrition est un problème universel qui prend de nombreuses formes. Elle touche la majeure partie de la population mondiale à un moment ou un autre du cycle de la vie, entre les premiers mois et le troisième âge. Aucun pays n'est épargné. Quels que soient la zone géographique, la tranche d'âge, le niveau de richesse ou le sexe, tout le monde est concerné. C'est un problème résolument universel.

La malnutrition se manifeste de plusieurs manières, lesquelles sont distinctes (encadré 1.1), tout en s'imbriquant aux niveaux des pays, des communautés, des ménages et des individus. Si elle concerne potentiellement tout le monde, certaines personnes sont plus vulnérables, notamment les jeunes enfants, les adolescentes, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes âgées, les personnes malades ou immunodéprimées, les populations autochtones et les personnes vivant dans la pauvreté. Les groupes migrants ou déplacés en raison de conflits, de sécheresses, d'inondations et autres catastrophes naturelles, de famines ou encore de problèmes fonciers sont également particulièrement vulnérables et exposés aux risques de malnutrition.

Globalement, la malnutrition est la première cause de mauvaise santé ; il est impossible d'être en bonne santé sans une bonne nutrition. Toutes les formes de malnutrition sont liées à différents problèmes de santé et à des taux de mortalité plus élevés. La sous-alimentation cause environ 45 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans, principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire¹. On estime que les conséquences du surpoids et de l'obésité sur la santé sont, pour partie, à l'origine de 4 millions de décès (7,1 % de tous les décès) et représentent 120 millions d'années de vie en bonne santé perdues (années de vie corrigées du facteur invalidité, AVCI)² (4,9 % de toutes les AVCI des adultes) dans le monde³.

La malnutrition est aussi un problème socio-économique, qui retarde le développement dans le monde entier et dont les conséquences humaines sont inacceptables. Elle coûte des milliards de dollars par an et occasionne un coût considérable en termes de capital humain – direct et indirect – pour les individus, les familles et les nations. Selon des estimations, la malnutrition sous toutes ses formes pourrait coûter à la société jusqu'à 3 500 milliards de dollars US par an, dont 500 milliards de dollars US uniquement liés aux problèmes de surpoids et d'obésité⁴. Elle augmente les décès chez les enfants et le handicap une fois atteint l'âge adulte, y compris les maladies non transmissibles (MNT)⁵.

À l'inverse, comme décrit dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*, l'amélioration de la nutrition peut avoir un effet multiplicateur positif substantiel sur plusieurs aspects du développement, y compris la pauvreté, la protection de l'environnement, la paix et la stabilité. Pour reprendre les propos de l'ancien Secrétaire général des Nations Unies Kofi Annan en 2018, « la nutrition est l'un des meilleurs moteurs du développement : elle déclenche un cercle vertueux d'améliorations socio-économiques, telles que l'augmentation de l'accès à l'éducation et à l'emploi ». Si nous ne progressons pas suffisamment pour mettre un terme à la malnutrition sous toutes ses formes, les pays ne pourront tout simplement pas atteindre les objectifs de développement durable (ODD) définis en vue de transformer notre monde à l'horizon 2030.

La malnutrition a de nombreuses causes agissant à différents niveaux. L'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, les revenus, l'éducation et des services de santé de qualité sont tous importants. Mais une cause commune à toutes les formes de malnutrition repose sur un régime alimentaire inapproprié (y compris un allaitement maternel inadéquat pour les bébés). La mauvaise alimentation est le deuxième facteur de risque de décès et d'AVCI dans le monde ; elle est liée à 18,8 % de tous les décès, dont 50 % sont dus à des maladies cardiovasculaires⁶. Si l'amélioration des régimes alimentaires n'est pas nécessairement suffisante à elle seule pour éliminer la malnutrition, elle est quoi qu'il en soit indispensable pour réduire les handicaps et les décès causés par la malnutrition parmi tous les groupes d'âge et de revenu.

ENCADRÉ 1.1

Les multiples formes de malnutrition

Sous-alimentation – une nutrition inappropriée, due au manque de nourriture ou d'aliments contenant des substances indispensables à la croissance et à la santé, ou à d'autres causes directes et indirectes.

Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans – une forme de trouble de la croissance qui se développe sur une longue période chez les enfants de moins de 5 ans qui grandissent avec un accès limité à l'alimentation, à la santé et aux soins. On l'appelle aussi « sous-alimentation chronique », bien que celle-ci n'en soit que l'une des causes. Chez les enfants, il se mesure à l'aide de l'indice nutritionnel « taille-âge ». Le retard de croissance est fréquemment associé à des incapacités cognitives, telles qu'un développement moteur tardif, des fonctions cérébrales réduites et de mauvais résultats à l'école, car il est souvent à l'origine de ces conséquences néfastes.

Émaciation chez les enfants de moins de 5 ans – des enfants trop maigres par rapport à leur taille en raison de pénuries de nourriture graves ou de maladies. Également appelée « malnutrition aiguë », l'émaciation se caractérise par une détérioration rapide de l'état nutritionnel sur un court laps de temps chez les enfants de moins de 5 ans. Les enfants émaciés présentent un risque de mortalité plus élevé. Chez les enfants, l'émaciation se mesure à l'aide de l'indice nutritionnel « poids-taille » ou du périmètre brachial. Il existe différents niveaux de gravité de la malnutrition aiguë : la malnutrition aiguë modérée et la malnutrition aiguë sévère.

Carences en micronutriments – un état nutritionnel sous-optimal causé par l'apport, l'absorption ou la consommation insuffisants d'un ou de plusieurs minéraux ou vitamines. L'apport excessif de certains micronutriments peut aussi avoir des effets indésirables. La communauté internationale s'est concentrée sur plusieurs micronutriments qui restent sources de problèmes dans le monde, notamment le fer, le zinc, la vitamine A, l'acide folique et l'iode, car ces apports sont les plus difficiles à satisfaire en l'absence d'un régime varié. L'un des indicateurs généraux des carences en micronutriments est l'anémie, un syndrome causé par nombre de ces carences, et dont les effets sont exacerbés par plusieurs maladies.

Insuffisance pondérale ou maigreur modérée ou sévère chez l'adulte – un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 est le signe d'une insuffisance pondérale chez l'adulte tandis qu'un IMC inférieur à 17,0 indique une maigreur modérée ou sévère. Ce chiffre est lié à des augmentations nettes des maladies chez des adultes ayant fait l'objet d'études sur trois continents, et constitue donc une valeur raisonnable à choisir comme seuil de risque modéré. On sait qu'un IMC inférieur à 16,0 est associé à une hausse sensible du risque de mauvaise santé, de mauvaises performances physiques, de léthargie et même de mortalité ; ce seuil est donc une limite extrême valide.

Surpoids et obésité chez l'adulte – une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. L'IMC est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Le surpoids et l'obésité font partie des premières causes de nombreuses MNT, notamment le diabète de type 2 (non insulino-dépendant), les maladies cardiovasculaires, et les accidents vasculaires cérébraux. Ils augmentent également les risques de développer plusieurs types de cancer, des troubles de la vésicule biliaire, des troubles musculosquelettiques et des troubles respiratoires.

Source : UNICEF pour la sous-alimentation, Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour le surpoids, OMS pour la maigreur et le surpoids chez l'enfant, OMS pour l'anémie⁷.

Engagements et cibles pour le suivi des progrès dans l'élimination de la malnutrition

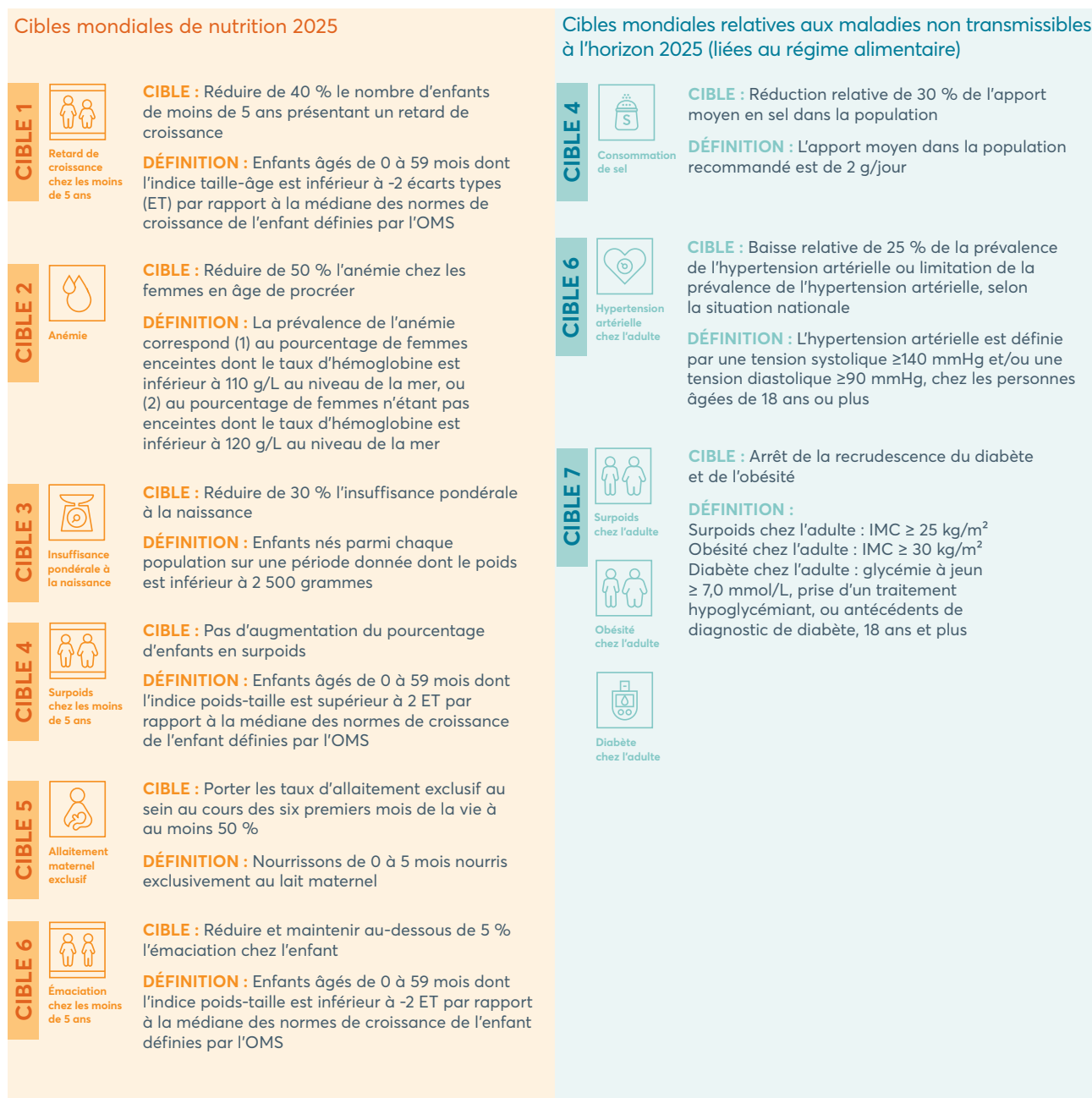
Conscients du grave problème que constitue la malnutrition pour la santé mondiale, les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont fixé en 2012 et 2013 une série de cibles visant à réduire considérablement le fardeau de nombre de ces formes de malnutrition d'ici à 2025 (figure 1.1). Adoptées par l'intermédiaire de deux résolutions distinctes lors de la réunion annuelle de l'OMS (l'Assemblée mondiale de la Santé), les cibles ont établi la nécessité de réduire différentes formes de malnutrition. En 2012, le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant a inclus des cibles sur le retard de croissance et l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, l'anémie chez les femmes en âge de procréer, et l'insuffisance pondérale à la naissance. Il prévoyait en outre de mettre fin à la hausse du surpoids chez les enfants et d'augmenter le taux d'allaitement exclusif au sein chez les nourrissons de moins de 6 mois.

L'année suivante, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Cadre mondial de suivi pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, qui définit des cibles « volontaires » pour suivre les progrès concernant les quatre MNT qui entraînent le plus grand nombre de décès, dont trois sont liées à des causes d'origine alimentaire (maladies cardiovasculaires, diabète, certains cancers), et leurs facteurs de risque. Quatre de ces cibles ont un rapport avec la nutrition : réduire l'apport moyen en sel et la prévalence de l'hypertension artérielle (qui y est corrélée) ; réduire la mortalité globale imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer et au diabète ; et mettre un terme à la recrudescence du diabète et de l'obésité.

Conscients de l'importance de la nutrition pour le développement, les États membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté en 2015 une cible ambitieuse dans le cadre des ODD : « mettre fin à toutes les formes de malnutrition » (cible 2.2) d'ici à 2030. Les ODD incluent également une cible visant à réduire d'un tiers le taux de mortalité due à des MNT (cible 3.4). Ces cibles recouvrent dans une large mesure les cibles à l'horizon 2025⁸, mais avec une portée plus large : mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes à toutes les étapes de la vie⁹. Cette dimension a été reprise par la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition 2016-2025, proclamée en 2015 par les Nations Unies pour accélérer la mise en œuvre des actions en faveur de la cible 2.2 des ODD et aider à concrétiser les engagements pris lors de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition en 2014.

FIGURE 1.1

Cibles de nutrition à l'horizon 2025



Source : Pour plus d'informations, voir : <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/fr/> et www.who.int/beat-ncds/take-action/targets/en

Le Rapport sur la nutrition mondiale – suivre les progrès réalisés par rapport aux engagements et aux actions

Le Rapport sur la nutrition mondiale a pour visée, depuis 2014, de suivre les avancées réalisées par rapport à ces cibles, ainsi que le financement, les engagements et les actions destinés à les atteindre. Sur la base des données recueillies à l'échelle internationale, l'image qui ressort des rapports des cinq dernières années (2014-2018) est sans équivoque : le fardeau de la malnutrition reste élevé, et les progrès visant à le réduire sont insuffisants. En suivant le financement, les engagements et les actions visant à éliminer la malnutrition sous toutes ses formes au cours des cinq dernières années, le Rapport sur la nutrition mondiale a, comme bien d'autres, montré une inadéquation dans la mise en œuvre des politiques, des programmes et des interventions – même ceux dont l'efficacité ou l'efficience sont prouvées – et un manque d'action dans d'autres secteurs pourtant essentiels à l'élimination de la malnutrition. De même, il a montré que seule une infime proportion des dépenses des gouvernements nationaux dans leurs propres pays et de celles des organisations de développement international est consacrée à l'amélioration de la nutrition. Le suivi des engagements à améliorer la nutrition, tels que ceux pris lors du sommet Nutrition pour la croissance en 2013, a révélé qu'ils n'étaient pas suffisamment conformes aux principes SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis) ; il s'avère donc difficile de déterminer quel impact ils ont pu avoir.

Malgré ces constatations décourageantes, nous observons aussi des progrès : nombre de parties prenantes sont fermement engagées, l'attention accordée à la nutrition est élevée partout dans le monde, la collecte et la synthèse des données ne cessent de s'améliorer, et nous percevons beaucoup mieux comment faire face au problème de manière plus efficace. Nous sommes à la croisée des chemins : la situation de la malnutrition est désastreuse, mais les possibilités de l'éliminer n'ont jamais été aussi étendues. À l'heure de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition 2016-2025 et des ODD, nous avons grandement amélioré notre compréhension du problème – grâce aux données disponibles et à leur analyse – et des solutions à mettre en place pour le résoudre. Il ne s'agit donc pas tant de se demander pourquoi la situation est aussi mauvaise, mais pourquoi elle ne s'améliore pas alors que notre champ de connaissances est beaucoup plus étendu qu'auparavant.

Le Rapport sur la nutrition mondiale 2018

L'objectif du Rapport sur la nutrition mondiale est de rassembler et de diffuser des données exhaustives, crédibles et de qualité sur la nutrition afin de suivre les progrès, de nous inciter à agir, de guider notre action, de garantir le financement et de prendre des engagements en faveur de l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes. Pour citer à nouveau l'ancien Secrétaire général des Nations Unies Kofi Annan, « les déficits de données nous empêchent de cibler les ressources, d'élaborer des politiques et de suivre la redevabilité. Sans données de qualité, nous avançons à l'aveugle. Et l'on ne peut résoudre ce que l'on ne voit pas »¹⁰.

Dans cette édition 2018, nous rassemblons de nouvelles sources de données pour cerner encore mieux la malnutrition et continuer à suivre les changements. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* est une mise à jour des données. Il met en lumière les domaines où des progrès ont été accomplis et ceux où des problèmes importants subsistent. Il présente de récentes innovations en matière de données ainsi que l'état du financement. Il braque les projecteurs sur les actions entreprises. Et il met en valeur des données qui peuvent nous aider à mieux comprendre la nature du fardeau de la malnutrition. En effet, si nous comptons mettre un terme à la malnutrition sous toutes ses formes, nous devons d'abord comprendre la nature du problème.

Cette année, nous approfondissons ce que le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* a qualifié de « nouvelle normalité » : le fait que les pays, les communautés et les individus sont confrontés à différentes formes de malnutrition et qu'il est essentiel de s'attaquer à chacune d'entre elles si nous voulons être fidèles à nos engagements et atteindre toutes les cibles de nutrition. Nous comprenons mieux que ces différentes formes se chevauchent et coexistent. Le nouveau site Internet interactif du Rapport sur la nutrition mondiale présente davantage de données ventilées par sexe, situation géographique et divisions socio-économiques, et met l'accent sur les populations vulnérables sur le plan nutritionnel, notamment les adolescentes, les femmes et les jeunes enfants. Nous nous penchons en outre plus en détail sur une cause commune fondamentale de la malnutrition sous toutes ses formes : la composition du régime alimentaire.

Si les données sur la malnutrition sont univoques, son fardeau élevé et les progrès d'une lenteur inacceptable, les conditions pour y mettre un terme semblent plus que jamais réunies. On observe des signes de progrès : les taux de retard de croissance diminuent, l'insuffisance pondérale chez les femmes est en légère baisse, et de nombreux pays sont en bonne voie pour atteindre au moins une cible mondiale de nutrition. Nous n'avons jamais eu autant de solutions à portée de main et la communauté internationale n'a jamais été aussi bien positionnée pour éliminer la malnutrition. Ces dernières années, de nombreuses avancées nous ont permis de mieux comprendre la nature du fardeau de la malnutrition sous toutes ses formes ainsi que ses causes ; elles incitent à agir, guident notre action et renforcent nos capacités à suivre les progrès. Nous avons plus de connaissances, des données de meilleure qualité et des modèles efficaces sur lesquels baser l'action collective, et sommes ainsi mieux en mesure d'identifier pleinement les domaines qu'il reste à améliorer. Nous avons donc une occasion sans précédent d'atteindre ces objectifs, mais aussi les moyens de mettre fin à la malnutrition.

Ce rapport accompagne le lecteur au cœur des données, en se penchant dans un premier temps en détail sur le fardeau de la malnutrition, en identifiant trois domaines cruciaux nécessitant d'urgence des recherches et une attention supplémentaires, en explicitant les données sur l'alimentation de la population et ses répercussions, et en examinant le financement et les avancées réalisées par rapport aux engagements pris. Il présente, pour finir, cinq étapes indispensables à suivre dès maintenant pour conduire le monde sur la bonne voie.





02

2008. Mexique.

Un homme prépare une *torta ahogada*, un sandwich typique de l'État mexicain de Jalisco, dans son camion-restaurant familial.

© heacphotos

Le fardeau de la malnutrition

POINTS CLÉS

- 1** Les avancées vers l'éradication de toutes les formes de malnutrition accusent une lenteur inacceptable. Des progrès ont été réalisés dans la réduction du retard de croissance chez l'enfant, qui diminue progressivement, mais 150,8 millions d'enfants souffrent encore d'un tel retard. De plus, 50,5 millions d'enfants sont émaciés, 38,3 millions sont en surpoids et 2,01 milliards d'adultes sont en surpoids ou obèses.
- 2** L'évaluation la plus récente montre qu'à peine moins de 50 % des pays sont en voie d'atteindre au moins une des neuf cibles mondiales de nutrition. Toutefois, aucun pays n'est en voie d'atteindre les neuf cibles faisant l'objet d'un suivi et seulement cinq pays sont bien partis pour en atteindre quatre. Aucun pays n'est en bonne voie pour atteindre la cible relative à l'obésité chez l'adulte. Ces données montrent que la plupart des pays sont sur la mauvaise voie.
- 3** Les pays sont aux prises avec de multiples formes de malnutrition. Sur les 141 pays étudiés, 88 % (124 pays) recensent plus d'une forme de malnutrition et 29 % (41 pays) d'entre eux sont lourdement touchés par les trois formes de malnutrition.
- 4** Les enfants peuvent être touchés par des formes multiples de malnutrition : à l'échelle mondiale, 3,62 % des enfants de moins de 5 ans (15,95 millions d'enfants) sont à la fois émaciés et en retard de croissance ; 1,87 % (8,23 millions d'enfants) souffrent simultanément d'un retard de croissance et de surpoids.
- 5** Les données géospatiales et ventilées permettent de mieux cerner les personnes souffrant de malnutrition et de définir où et comment mettre en œuvre des actions ciblées à l'échelle infranationale.

Introduction

Le présent chapitre offre une mise à jour de la situation de la malnutrition sous toutes ses formes à l'échelle mondiale, en s'intéressant aux personnes touchées, aux zones géographiques concernées et aux formes sous lesquelles la malnutrition se manifeste. L'amélioration de la collecte, de l'analyse et de l'utilisation des données en 2017 et 2018 nous a permis pour la première fois de réellement mettre en lumière la nature de la malnutrition. Les évolutions et les améliorations récentes en matière de collecte et d'analyse des données, ainsi que la ventilation plus efficace des données au niveau infranational commencent à guider toutes les parties prenantes quant aux lieux et modalités d'intervention. Ces données probantes contribuent à brosser un tableau précis des populations vulnérables sur le plan nutritionnel et des raisons expliquant cette vulnérabilité.

Le présent chapitre donne un aperçu des données d'importance, tandis qu'une présentation plus détaillée (et mise à jour) des données régionales et nationales et des données sur la malnutrition à l'échelle mondiale, ventilées par zones urbaines et rurales, par niveau de ressources et par genre, est disponible sur le site Internet du Rapport sur la nutrition mondiale¹.

Étudier les tendances mondiales et régionales de la malnutrition sous toutes ses formes

Tendances mondiales

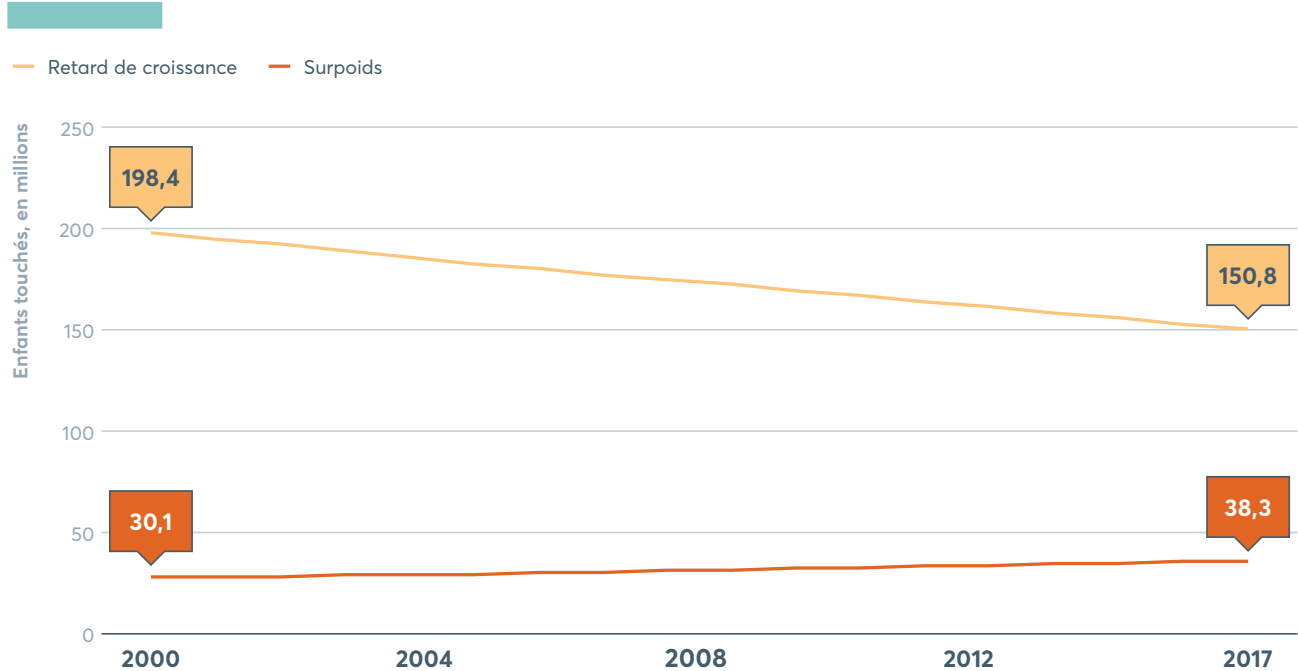
Comme dans ses éditions précédentes, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* constate une nouvelle fois que la malnutrition demeure un problème grave : le monde n'est pas en voie d'atteindre les cibles qu'il s'est lui-même fixées. Quelle que soit la région du monde, la malnutrition sous toutes ses formes se maintient à un niveau élevé inacceptable.

Malgré un recul du retard de croissance, 150,8 millions d'enfants (22,2 %) de moins de 5 ans en souffrent² ; 50,5 millions d'enfants de moins de 5 ans sont émaciés³, 20 millions de nouveau-nés présentent une insuffisance pondérale à la naissance⁴ et 38,3 millions d'enfants de moins de 5 ans sont en surpoids⁵. La figure 2.1 montre que concomitamment à la diminution du nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance depuis 2000, l'incidence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans a augmenté au fil du temps.

Malgré ce sombre tableau, des progrès ont été accomplis dans la réduction du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, combat qui est au cœur de l'engagement politique en matière de nutrition depuis quelques années. Les taux affichent un recul lent mais constant, avec une prévalence mondiale passant de 32,6 % en 2000 à 22,2 % en 2017⁶. Par exemple, depuis 2000, le taux de retard de croissance est passé de 57,1 % à 36 % au Népal et de 52,7 % à 33,4 % au Lesotho. À l'échelle régionale, ce même taux est passé de 38,1 % à 23,2 % en Asie, de 16,9 % à 9,6 % en Amérique latine et aux Caraïbes et de 38,3 % à 30,3 % en Afrique. Bien que la prévalence du retard de croissance ait décliné en Afrique, le nombre d'enfants souffrant de cette pathologie a augmenté de manière constante, passant de 50,6 millions en 2000 à 58,7 millions en 2017. L'Asie du Sud recense 38,9 % des enfants souffrant d'un retard de croissance à l'échelle mondiale, ce qui en fait la région la plus durement touchée.

FIGURE 2.1

Nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance et de surpoids, 2000-2017



Source : UNICEF/Organisation mondiale de la Santé (OMS)/Groupe de la Banque mondiale : *Joint child malnutrition estimates*.

L'émaciation et le retard de croissance sont associés à un taux de mortalité accru, en particulier chez les enfants qui présentent les deux pathologies⁷. En outre, il est de plus en plus évident que les enfants émaciés sont plus susceptibles de souffrir par la suite d'un retard de croissance et que les enfants souffrant d'un retard de croissance sont plus enclins à être émaciés⁸. Les enfants atteints d'une émaciation modérée ou grave présentent un risque de mortalité plus important^{9,10}. L'émaciation touche encore 50,5 millions d'enfants de moins de 5 ans à travers le monde¹¹, plus de la moitié d'entre eux, soit 26,9 millions, vivant en Asie du Sud.

Sur les 38,3 millions d'enfants en surpoids, 5,4 millions sont recensés en Asie du Sud et 4,8 millions en Asie de l'Est, soit 26,6 % du total mondial.

L'anémie¹², un problème touchant les adolescentes et les femmes, semble insurmontable¹³. La prévalence de l'anémie reste élevée chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans, le taux passant de 31,6 % en 2000 à 32,8 % aujourd'hui. On constate des différences importantes entre les femmes enceintes et celles qui ne le sont pas. Chez les femmes enceintes, la prévalence mondiale de l'anémie a légèrement baissé, passant de 41,6 % en 2000 à 40,1 % en

2016. Chez les autres femmes, ce taux a connu une légère augmentation sur la même période, passant de 31,1 % à 32,5 %¹⁴.

Les données sur la prévalence du surpoids chez les adultes (âgés de plus de 18 ans) révèlent une hausse, de 35,7 % en 2010 à 38,9 % en 2016¹⁵. La prévalence de l'obésité chez les adultes est également en augmentation : de 11,2 % en 2010 à 13,1 % en 2016 (figure 2.3). En chiffres absolus, 2,01 milliards d'adultes sont en surpoids (près d'un tiers des adultes de la planète), parmi lesquels 678 millions souffrent d'obésité¹⁶.

L'obésité est un facteur de risque modifiable des maladies non transmissibles. La charge des maladies non transmissibles est considérable : il est alarmant de constater que 422 millions de personnes souffrent de diabète¹⁷ et que 1,1 million de personnes présentent une élévation de la pression artérielle¹⁸. En 2016, les maladies non transmissibles étaient responsables de 41 millions des 57 millions de décès recensés (71 %) et le régime alimentaire comptait parmi l'un des quatre principaux facteurs de risque. Le fardeau des maladies non transmissibles est le plus accablant dans les pays à revenu faible et intermédiaire, qui recensent 78 % de l'ensemble des décès dus aux MNT et 85 % des décès prématurés dus à ces maladies¹⁹.

FIGURE 2.2

Nutrition mondiale : cibles, fardeau et prévalence

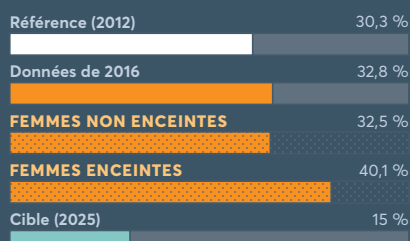
Cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

Anémie

EN MAUVAISE VOIE



Réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer



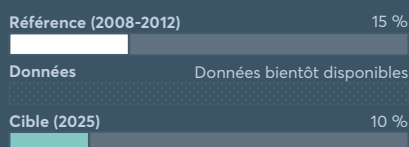
En 2016, 613,2 millions de femmes en âge de procréer souffraient d'anémie, dont 35,3 millions étaient enceintes. La proportion de référence pour 2012 a été révisée à 30,3 % en 2017. La prévalence actuelle affiche une hausse depuis cette date.

Insuffisance pondérale à la naissance

DONNÉES NON DISPONIBLES



Réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance



Selon les dernières estimations, environ 20 millions d'enfants seraient atteints d'une insuffisance pondérale à la naissance.

Remarques : de nouvelles estimations de l'UNICEF seront bientôt disponibles.

Allaitement maternel exclusif

QUELQUES PROGRÈS



Porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 %



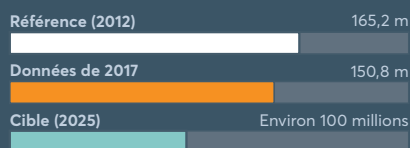
En 2017, 41 % des nourrissons de 0 à 5 mois étaient allaités exclusivement au sein. Une hausse de quatre points de pourcentage sur cinq ans témoigne de progrès limités.

Retard de croissance chez l'enfant

EN MAUVAISE VOIE



Réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance



En 2017, 150,8 millions d'enfants souffraient d'un retard de croissance. Le taux de réduction annuel moyen (TRAM) actuel (2,3 %) est inférieur au taux requis (3,9 %). Si cette tendance se poursuit, on comptera 30 millions d'enfants (souffrant d'un retard de croissance) de plus par rapport à la cible de 100 millions définie pour 2025.

Remarque : la situation de référence a été révisée entre le Rapport sur la nutrition mondiale de 2017²⁰ (162 millions d'enfants) et celui de cette année (165 millions d'enfants).

Surpoids chez l'enfant

EN MAUVAISE VOIE



Pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surpoids



En 2017, 38,3 millions d'enfants étaient en surpoids. Dans les estimations relatives à 2017, la proportion de référence pour 2012 a été révisée à 5,4 % ; la prévalence actuelle est de 5,6 %.

Émaciation chez l'enfant

EN MAUVAISE VOIE



Réduire et maintenir au-dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant



En 2017, 50,5 millions d'enfants étaient émaciés. La prévalence mondiale était de 7,5 % en 2017, contre 7,9 % en 2012, soit un progrès minime par rapport à la cible de 5 % à l'horizon 2025. Il faudra démultiplier les efforts si nous voulons rompre l'inertie mondiale s'agissant de l'émaciation et diminuer ce taux de façon à atteindre la cible fixée pour 2025.

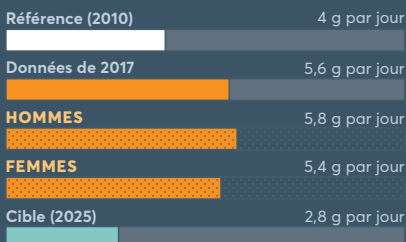
Cibles de lutte contre les MNT liées à la nutrition

Consommation de sel



EN MAUVAISE VOIE

Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel (chlorure de sodium) dans la population



En 2017, l'apport moyen en sel à l'échelle mondiale était de 5,6 g par jour, soit deux fois la cible mondiale.

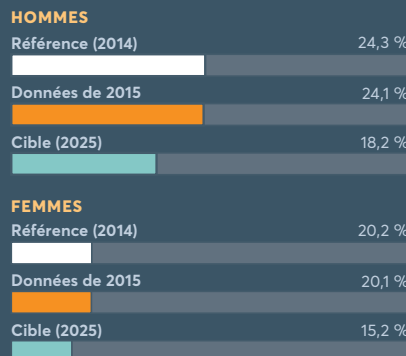
Remarques : les prévisions ne sont pas encore disponibles. Ces données s'appliquent aux adultes âgés de 25 ans ou plus. Sans la Chine, la moyenne mondiale s'élèverait à 4,0 g.

Hypertension artérielle



EN MAUVAISE VOIE

Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale



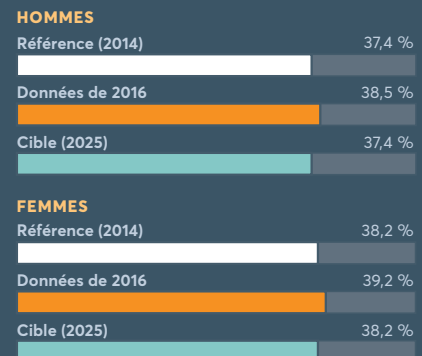
En 2015, 597,4 millions d'hommes et 529,2 millions de femmes présentaient une pression artérielle élevée, soit au total 1,13 milliard d'adultes. D'après les prévisions pour 2025, il est fort peu probable que la cible mondiale soit atteinte.

Surpoids chez l'adulte



EN MAUVAISE VOIE

Arrêt de la progression de la prévalence



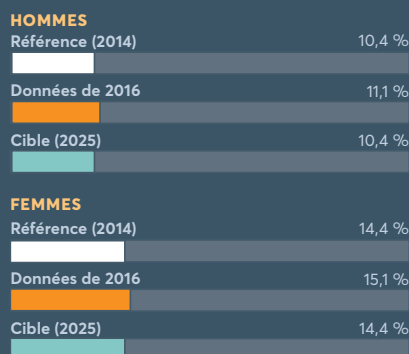
En 2016, 984,6 millions d'hommes et 1,02 milliard de femmes étaient en surpoids, soit au total 2,01 milliards d'adultes.

Obésité chez l'adulte



EN MAUVAISE VOIE

Arrêt de la progression de la prévalence



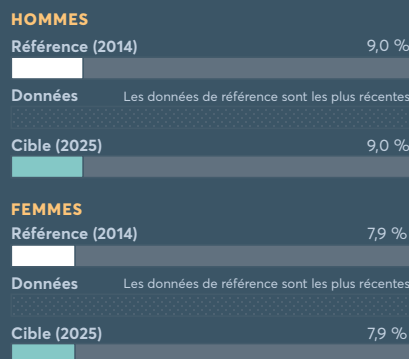
En 2016, 284,1 millions d'hommes et 393,5 millions de femmes étaient obèses, soit au total 677,6 millions d'adultes. D'après les prévisions pour 2025, il est fort peu probable que la cible mondiale soit atteinte.

Diabète chez l'adulte



EN MAUVAISE VOIE

Arrêt de la progression de la prévalence



En 2014, 217,8 millions d'hommes et 204,4 millions de femmes étaient diabétiques, soit au total 422,1 millions d'adultes. D'après les prévisions pour 2025, la probabilité d'atteindre la cible mondiale est faible (< 1 % chez les hommes, 1 % chez les femmes).

Insuffisance pondérale chez l'adulte



FEMMES



En 2016, 153,8 millions de femmes étaient touchées.

Insuffisance pondérale chez l'adolescent



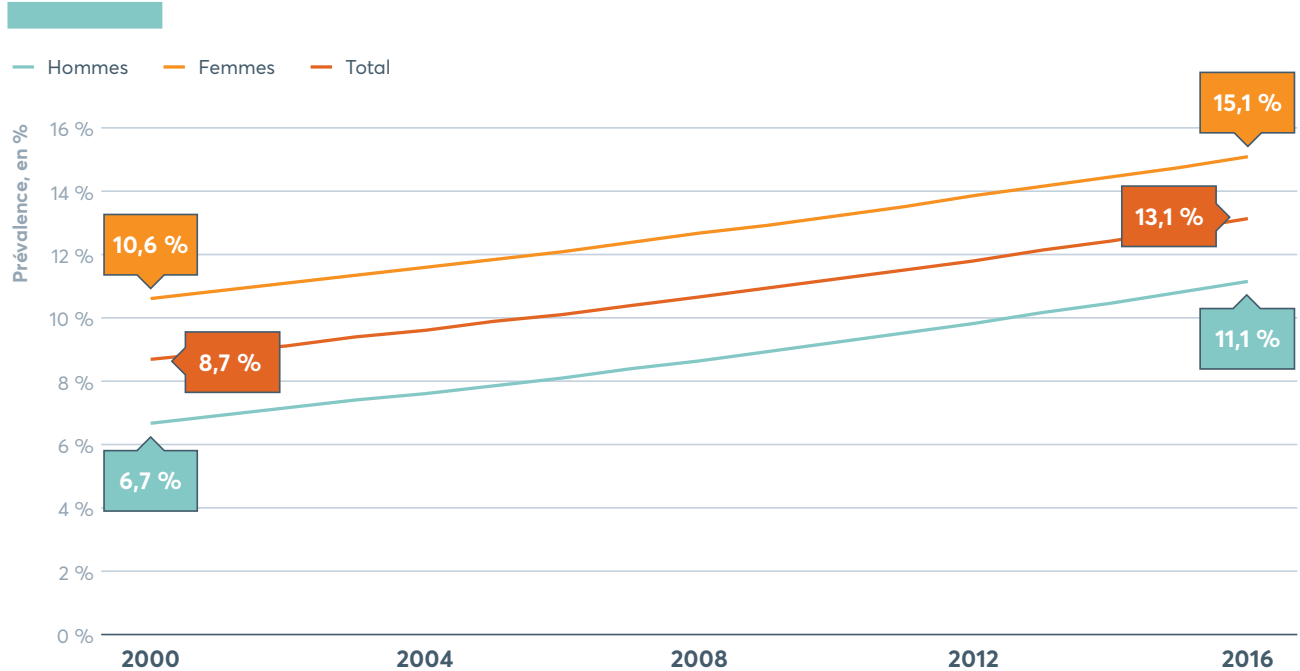
FILLES



En 2016, 16,2 millions de filles étaient touchées.

Remarques : femmes âgées de 20 à 49 ans dont l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m². Adolescentes âgées de 15 à 19 ans dont l'indice poids-âge est inférieur à -2 écarts types (ET) par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, UNICEF/OMS/Groupe de la Banque mondiale : *Joint child malnutrition estimates*, NCD Risk Factor Collaboration, Observatoire mondial de la santé de l'OMS et Global Burden of Disease (Charge mondiale de morbidité), Institute for Health Metrics and Evaluation²¹.

FIGURE 2.3Prévalence mondiale de l'obésité (IMC ≥ 30) chez les adultes de 18 ans et plus, 2000-2016

Source : NCD Risk Factor Collaboration.

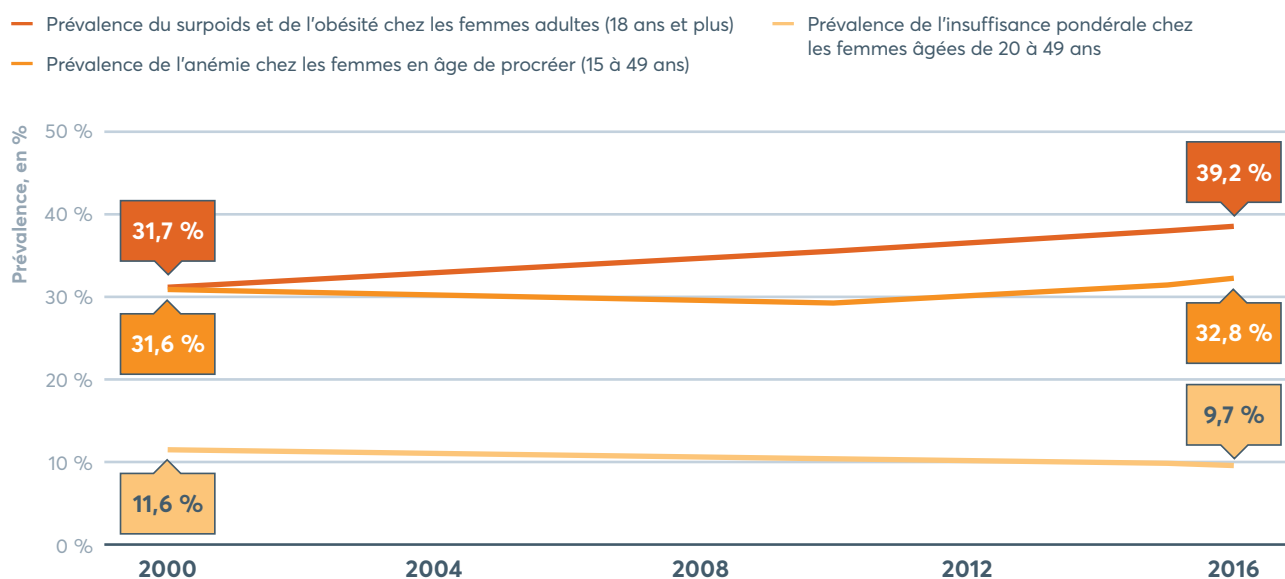
L'obésité, l'anémie et l'insuffisance pondérale ont toutes des répercussions majeures sur la santé des femmes, ainsi que sur les capacités et l'état nutritionnel et de santé de leurs enfants²². La figure 2.4 montre une hausse du taux d'anémie et de surpoids (y compris d'obésité) chez les femmes. Bien que l'insuffisance pondérale soit en léger recul, cette baisse n'est pas significative (9,7 % des femmes) et l'insuffisance pondérale chez les adolescentes a augmenté, passant de 5,5 % en 2000 à 5,7 % en 2016²³. À l'échelle mondiale, les femmes présentent une prévalence du surpoids et de l'obésité plus élevée que les hommes, et ce, chaque année depuis 2000.

Où trouve-t-on la malnutrition sous toutes ses formes ?

En regardant de plus près les statistiques ventilées, on s'aperçoit que la prévalence du retard de croissance est plus élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire (tranche inférieure) : 37,8 millions d'enfants présentant un retard de croissance vivent dans des pays à revenu faible où le revenu journalier moyen s'élève à moins de 2,80 \$ par personne²⁴, tandis que 101,1 millions d'autres vivent dans des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) où le revenu est de moins de 11 \$ par personne et par jour. Les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) recensent à la fois le plus grand nombre de personnes émaciées (37 millions) et le plus fort taux de prévalence de l'émaciation (11,5 %), tandis que les pays à revenu élevé enregistrent les chiffres les plus faibles (respectivement 0,5 million et 0,7 %).

FIGURE 2.4

Prévalence mondiale de l'anémie, du surpoids (dont l'obésité) et de l'insuffisance pondérale chez les femmes, 2000-2016



Source : NCD Risk Factor Collaboration, Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

Remarques : chez les adultes, l'insuffisance pondérale correspond à un IMC inférieur à 18,5, le surpoids à un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m², l'anémie chez les femmes enceintes à un taux d'hémoglobine inférieur à 100 g/L et l'anémie chez les femmes n'étant pas enceintes à un taux de 120 g/L.

On note une différence entre les pays affichant la plus forte prévalence du retard de croissance et les pays comptant le plus grand nombre de personnes souffrant d'un tel retard. Dans trois pays, le Burundi, l'Érythrée et Timor-Leste, plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance. Trois autres pays regroupent à eux seuls près de la moitié (47,2 %) de la prévalence totale du retard de croissance chez l'enfant. Il s'agit de l'Inde, du Nigéria et du Pakistan. Ce sont aussi eux qui recensent le plus grand nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance, avec 46,6 millions d'enfants affectés en Inde, 13,9 millions au Nigéria et 10,7 millions au Pakistan. Les trois pays comptant le plus grand nombre d'enfants émaciés sont quasiment les mêmes : l'Inde (25,5 millions), le Nigéria (3,4 millions) et l'Indonésie (3,3 millions).

La prévalence du retard de croissance est en moyenne de 19,2 % en zone urbaine et de 26,8 % en zone rurale²⁵. L'émaciation continue à toucher plus largement les enfants des zones rurales que les enfants des zones urbaines, bien que le contraste ait tendance à s'estomper (5,8 % en milieu urbain et 6,4 % en milieu rural)²⁶. Par ailleurs, les garçons sont davantage touchés que les filles par le retard de croissance et l'émaciation. En moyenne, 25,6 % des garçons et 22,6 % des filles présentent un retard de croissance²⁷ ; 6,8 % des garçons et 5,7 % des filles sont émaciés²⁸.

La prévalence du surpoids chez l'enfant est la plus élevée dans les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) et la plus faible dans les pays à faible revenu. Dans les zones urbaines, le taux de surpoids chez l'enfant est en moyenne de 7,1 % contre 6,2 % dans les zones rurales. En général, la prévalence du surpoids est légèrement plus marquée chez les garçons (6,9 %) que chez les filles (6,1%)²⁹.

Dans les quatre pays que sont l'Ukraine, l'Albanie, la Libye et le Monténégro, plus d'un cinquième de la population totale d'enfants est en surpoids. Un ensemble très diversifié de pays compte chacun plus d'un million d'enfants en surpoids : Chine, Indonésie, Inde, Égypte, États-Unis, Brésil et Pakistan.

Comme pour l'obésité, le surpoids chez les adultes est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (respectivement 39,2 % et 38,5 % en 2016). À l'inverse, les hommes sont davantage touchés par le diabète que les femmes (respectivement 9 % et 7,9 % en 2014). Ils sont également plus nombreux à souffrir de pression artérielle élevée que les femmes (respectivement 24,1 % et 20,1 % en 2015).

La Chine est un exemple de pays affichant différents niveaux de vulnérabilité au sein de sa population, suivant la forme de malnutrition étudiée. Le Gros plan 2.1 illustre le parcours de la Chine dans sa lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes et les efforts qu'elle a déployés pour mettre en œuvre une approche multisectorielle.

Les nouvelles politiques de la Chine en matière de nutrition

Kevin Chen et Zimei Wang

La réussite de la Chine sur le plan agricole et économique lui a permis de fournir suffisamment d'aliments nutritifs à sa vaste population et de réduire considérablement ses taux de retard de croissance et d'émaciation. Cependant, la Chine continue à afficher un taux élevé de sous-alimentation, et les régions pauvres ainsi que les groupes vulnérables, tels que les enfants, les femmes, les personnes âgées et les migrants, sont touchés de manière disproportionnée. En outre, les carences en micronutriments essentiels affectent des millions de Chinois et même si la sous-alimentation reste un problème, le surpoids et l'obésité dus à une consommation excessive de graisses saturées, de calories ou de sucres augmentent à une vitesse alarmante. Avec une urbanisation croissante, une population vieillissante et une tendance à l'industrialisation, les MNT liées au régime alimentaire, telles que le diabète, sont en augmentation.

Dans ce contexte, le gouvernement chinois a élaboré deux plans pouvant mettre fin à la malnutrition en Chine. Pour une Chine en bonne santé à l'horizon 2030 (2016) est le premier programme national du plan stratégique à long terme du secteur de la santé. Plus de 20 ministères ont participé à son élaboration en s'appuyant sur une approche claire, à savoir « la santé dans toutes les politiques ». Avec la participation directe du président chinois, le plan souligne la ferme volonté politique d'améliorer l'état de santé des citoyens chinois. L'un des cinq principaux piliers de la stratégie consiste à faire de la prévention grâce à la promotion d'un mode de vie plus sain, en utilisant le nombre de décès prématurés dus aux MNT comme indicateur de progrès.

Un an plus tard, le gouvernement chinois a lancé un nouveau Plan national de nutrition (2017-2030) comprenant une série de cibles liées à la malnutrition, et plus particulièrement au retard de croissance, à l'obésité, à l'anémie, à l'allaitement au sein et à la carence en acide folique, dans les groupes de population vulnérables. L'accent a été mis sur les actions et les programmes nationaux ciblant les populations vulnérables touchées de manière disproportionnée. Ce plan vient renforcer les programmes de nutrition existants au profit des nourrissons, des enfants, des élèves d'école primaire et secondaire de premier cycle et des femmes enceintes. Il propose également de nouvelles interventions pour les personnes plus âgées, malades ou vivant dans les régions défavorisées. Étant donné l'attention disproportionnée accordée aux populations rurales, en particulier aux nourrissons et aux enfants, un autre objectif du plan consiste à réduire les écarts de taille existant entre les élèves des zones urbaines et rurales.

Le plan prévoit un suivi nutritionnel, de nouveaux apports nutritionnels de référence, des programmes de dépistage, une campagne de promotion des modes de vie sains, une recommandation des quantités limites de sucre, de matières grasses et de sel dans les aliments sous emballage, un étiquetage nutritionnel dans les cafés et les restaurants, des normes sur les aliments enrichis et une sensibilisation aux régimes alimentaires sains. Il recommande un régime alimentaire équilibré associant céréales, viande, légumes, fruits, lait et soja, très éloigné de l'alimentation actuelle riche en glucides et en viande. Le plan s'appuie sur des programmes existants, tels que Ying Yong Bao, un programme national distribuant un complexe multivitaminé aux femmes et aux jeunes enfants des régions pauvres pour un coût total d'environ 15 milliards de yuans chinois (près de 2,5 milliards de dollars US) par an, assumé par le gouvernement.

Conformément à l'approche multisectorielle adoptée, des changements ont également été apportés à la politique d'offre. La Chine met de plus en plus l'accent sur la qualité plutôt que la quantité de la production alimentaire et s'assure d'établir un lien entre agriculture et nutrition afin de fournir des denrées alimentaires plus nutritives et plus variées. Le Plan de développement de l'alimentation et de la nutrition 2014-2020 accorde une importance égale à la qualité et la quantité, et met l'accent sur l'innovation et la coordination de la production et de la consommation. Entre temps, les politiques agricoles évoluent, certes lentement, pour encourager l'évaluation de la qualité et du caractère nutritionnel des produits agricoles et mener des recherches sur l'impact de la transformation, du stockage et du transport des aliments sur leur teneur en nutriments.

Un nouveau système de gouvernance de la nutrition gagne à être reconnu pour son engagement politique et administratif en faveur de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. La nutrition fait traditionnellement partie du mandat de la Commission nationale de la santé, avec le soutien technique du Centre chinois pour le contrôle et la prévention des maladies et de la Société chinoise de la nutrition. Toutefois, la coordination multisectorielle commence à porter ses fruits. En 1993, le ministère de l'Agriculture a créé le Comité consultatif national sur l'alimentation et la nutrition, puis l'Institut de développement de l'alimentation et de la nutrition comme organisme administratif et de recherche. Le Comité a été chargé d'améliorer la coordination et la planification nationales de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition en faisant appel à des experts de divers secteurs, tels que l'agriculture, l'alimentation, la nutrition, la santé, l'économie

et le commerce. Il s'engage à coordonner les politiques et interventions nationales relatives à la nutrition et à accélérer les progrès vers l'élimination des causes sous-jacentes de la malnutrition. Le Comité a participé à l'élaboration du Plan de développement de l'alimentation et de la nutrition, ainsi qu'à la mise en œuvre de plusieurs interventions en matière de nutrition à travers le pays. D'autres synergies ont vu le jour en 2017, lorsque la Commission nationale de la santé a créé – avec le soutien du ministère de l'Agriculture et de l'Administration générale des sports – le Comité directeur national de la nutrition et de la santé et le groupe de travail national sur la promotion de la nutrition pour mettre en œuvre le Plan national de nutrition.

L'importance accrue de la nutrition dans le discours des décideurs chinois montre les retombées positives que la coordination institutionnelle peut générer, mais met aussi en garde contre ses limites. De par son statut d'organe consultatif, le Comité consultatif national sur l'alimentation et la nutrition ne dispose pas des prérogatives nécessaires pour faciliter et contrôler les politiques et actions intersectorielles, sachant que le pouvoir décisionnaire continue à relever du ministère de l'Agriculture et de la Commission nationale de la santé. Des défaillances en matière de coordination persistent et les responsabilités des différentes parties restent floues. La faible cohérence verticale entre les autorités et les institutions des domaines de l'agriculture et de la nutrition aux niveaux central et régional demeure un problème, car la plupart des provinces ne disposent pas d'institutions dédiées à la recherche et à l'élaboration de politiques dans le domaine de la nutrition. Améliorer la nutrition n'a aucun impact sur la carrière politique des dirigeants locaux, ce qui crée un fossé entre les politiques de haut niveau et les pratiques sur le terrain. La Chine se trouve à un moment charnière de son parcours vers l'amélioration de l'autorité, la responsabilité et la réactivité de son système de gouvernance de la nutrition.

Avancées nationales vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition

Le Rapport sur la nutrition mondiale mesure les progrès nationaux vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition³⁰ présentées au chapitre 1, en s'appuyant sur les données disponibles les plus récentes. Toutefois, nous sommes conscients des limites inhérentes à cette méthode : évaluer et interpréter les avancées de chaque pays s'avère complexe, tout comme déterminer les raisons pour lesquelles la réalisation d'une cible est en bonne ou mauvaise voie. Les interventions du gouvernement et la croissance économique peuvent influencer sur les progrès. Chaque pays peut être en bonne voie pour atteindre certaines cibles, mais pas d'autres. Par ailleurs, la disponibilité et la qualité des données diffèrent pour chaque cible en raison des différentes approches de collecte et de modélisation choisies. La couverture des données relatives aux cibles liées à l'obésité et au diabète est bien plus étendue que celle des données relatives aux cibles liées aux enfants de moins de 5 ans, car ces données sont modélisées. L'annexe 1 aborde en détail les méthodes et les sources utilisées pour évaluer les progrès vers les cibles mondiales de nutrition.

En 2018, 194 pays étaient inclus dans l'analyse de suivi. De nouvelles données recueillies en

2018 ont fourni plus de 80 points de données supplémentaires portant sur 32 pays, permettant ainsi d'évaluer un plus grand nombre de cibles nationales.

Sur les 194 pays analysés, 38 étaient en bonne voie pour atteindre la cible relative au surpoids, 37 celle de l'émaciation, 31 celle de l'allaitement exclusif au sein, 26 celle du diabète chez la femme, 24 celle du retard de croissance chez l'enfant et 8 celle du diabète chez l'homme. Toutefois, aucun pays n'est en bonne voie pour atteindre la cible relative à l'obésité chez l'adulte, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. Et ce, malgré le fait que la cible relative à l'obésité vise à enrayer la hausse de la prévalence et pas nécessairement à inverser la tendance que l'on enregistre aujourd'hui. De même, aucun pays n'est sur la bonne voie pour atteindre la cible relative à l'anémie dont l'objectif est de réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Nous assistons d'ailleurs à la tendance inverse (figure 2.5).

Sur les neuf cibles, 94 pays sont en passe d'en atteindre au moins une. Parmi eux, 44 pays sont en bonne voie pour atteindre une seule cible, 35 pays pour en atteindre deux, dix pays pour en atteindre trois et seulement cinq pays sont en passe d'atteindre quatre cibles, le maximum de cibles en voie d'être atteintes par un pays (voir l'annexe 2 pour des informations plus détaillées sur chaque pays).

FIGURE 2.5

Pays en bonne voie pour réaliser les cibles mondiales de nutrition



Cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

Anémie



Allaitement maternel exclusif



Retard de croissance chez l'enfant



Surpoids chez l'enfant



Émaciation chez l'enfant



Cibles de lutte contre les MNT liées à la nutrition

Obésité, hommes



Obésité, femmes



Diabète, hommes



Diabète, femmes



Source : UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale. *Joint child malnutrition estimates*, bases de données mondiales de l'UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, NCD Risk Factor Collaboration, Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

Remarques : l'évaluation est basée sur 194 pays. Les méthodes de suivi utilisées diffèrent pour chaque cible. Les données sur les indicateurs des adultes s'appuient sur des estimations modélisées. L'annexe 1 aborde en détail les méthodes et les sources utilisées pour évaluer les progrès vers les cibles mondiales de nutrition.

Une analyse visant à évaluer les progrès vers la réalisation de l'objectif de développement durable 2 (ODD 2) a été conduite récemment par la Brookings Institution. Cette analyse est présentée dans le Gros plan 2.2. Elle illustre les progrès accomplis à l'échelle mondiale dans l'élimination du retard de croissance, de l'émaciation et de la sous-alimentation (indicateur défini par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture [FAO]³¹) d'ici à 2030, année marquant la fin de la période des ODD. Néanmoins, elle montre aussi que le rythme des avancées n'est pas suffisant pour mettre fin à ces formes de malnutrition d'ici à 2030. Les prévisions relatives au surpoids chez l'enfant sont extrêmement pessimistes. En effet, si la tendance actuelle se poursuit, le nombre d'enfants en surpoids ne fera qu'augmenter.

On note toutefois une avancée dans le fait que les pays ont élaboré des cibles nationales pour la nutrition et un ensemble plus complet de cibles nationales couvrant davantage de formes de malnutrition. Le Gros plan 2.3 met en évidence les étapes à mettre en œuvre pour définir des cibles nationales de nutrition. La Tanzanie est un exemple de pays ayant adopté un large éventail de cibles, ainsi qu'un plan multisectoriel pour les réaliser, et qui fait pourtant face à des difficultés de financement et de budgétisation des efforts nécessaires pour y parvenir (Gros plan 2.4).

Recenser le nombre de laissés pour compte d'ici à 2030

Homi Kharas, John W. McArthur et Krista Rasmussen

L'une des principales visées des ODD, approuvée par tous les États membres des Nations Unies en 2015, est d'accélérer les progrès dans les domaines économiques, sociaux et environnementaux prioritaires d'ici à 2030. La première étape vers la réalisation de cet objectif consiste à évaluer les tendances actuelles et à identifier les points sur lesquels le monde doit encore s'améliorer. La Brookings Institution a récemment publié une étude³² analysant les trajectoires de plus d'une vingtaine d'indicateurs des ODD axés sur la population, dont quatre indicateurs liés à l'objectif 2, à savoir le retard de croissance, l'émaciation et le surpoids chez l'enfant, ainsi que la sous-alimentation dans la population en général (en s'appuyant sur les statistiques de la FAO sur la faim dans le monde).

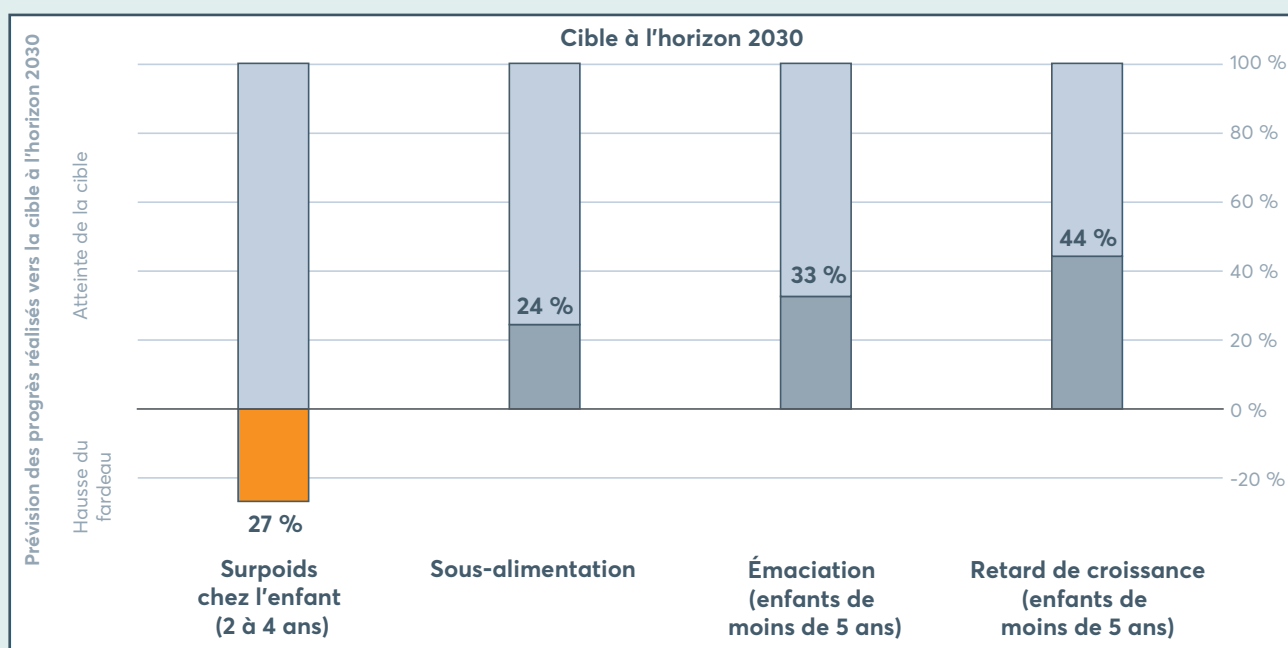
Conformément à l'ambition des ODD de ne laisser personne de côté, l'étude adopte une interprétation littérale des cibles visant à mettre un terme à la faim et à la malnutrition. Elle s'appuie sur les récents taux de progression nationaux jusqu'en 2030 pour démontrer des avancées dans de multiples domaines. Cependant, l'étude montre également que le monde est en mauvaise voie pour éliminer le retard de croissance, l'émaciation et la sous-alimentation dans le délai prévu et que moins de 50 % de l'objectif sera atteint d'ici à 2030.

La figure 2.6 illustre la part de l'écart mondial initial dans la réalisation des ODD qui sera comblée d'ici à 2030, si la tendance actuelle se poursuit. Cette part est calculée en comparant le nombre de personnes ayant atteint la cible et le nombre de personnes laissées pour compte. Le graphique montre par exemple que le fardeau mondial du retard de croissance n'aura été éliminé qu'à hauteur de 44 % d'ici à la date butoir. Il révèle également une augmentation du surpoids chez l'enfant dans une grande majorité de pays.

Ces lacunes ont des répercussions humaines considérables. Si la tendance actuelle se poursuit, plus de 660 millions de personnes (8 % de la population mondiale) seront sous-alimentées en 2030. Dans le même temps, plus de 100 millions d'enfants de moins de 5 ans (15 %) souffriront d'un retard de croissance, plus de 40 millions (6 %) seront émaciés et plus de 90 millions d'enfants de 2 à 4 ans (22 %) seront en surpoids. Nous devons nous remobiliser fortement si nous voulons concrétiser la vision des ODD consistant à ne laisser personne de côté en matière de faim et de malnutrition.

FIGURE 2.6

Part de l'écart mondial qui aura été comblée en matière d'ODD d'ici à 2030, si la tendance actuelle se poursuit



Source : Development Initiatives, d'après des données de Kharas, H., McArthur, J.W. et Rasmussen, K., 2018³³.

Les pays adoptent de plus en plus de cibles de nutrition

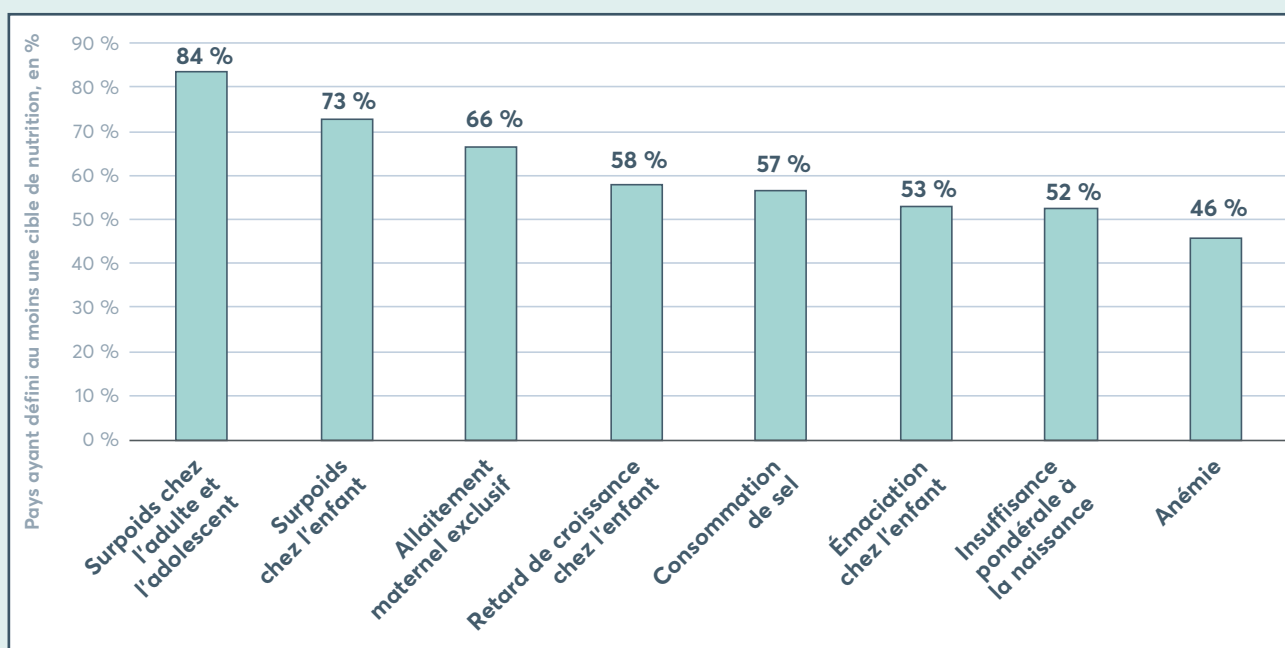
Kaia Engesveen, Krista Lang, Roger Shrimpton et Chizuru Nishida

Il est indispensable que les pays fixent des cibles nationales de nutrition afin de tenir leurs engagements et de définir l'objectif qu'ils souhaitent atteindre lors de l'élaboration de plans de nutrition nationaux³⁴.

La deuxième édition de la Revue mondiale des politiques nutritionnelles (GNPR), publiée par l'OMS en 2018³⁵ recense le nombre de pays ayant adopté des cibles et des politiques de nutrition. Dans les pays dotés de politiques de nutrition adéquates, on note une nette augmentation dans l'adoption de cibles nationales au cours de ces deux dernières années. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* avançait que sur les 122 plans de nutrition nationaux, seuls 49 % comprenaient des cibles nationales et à peine 36 % prévoyaient des cibles axées sur l'obésité. Alors qu'il est fort probable qu'une partie de cette augmentation soit due au nombre croissant de pays européens présentant des rapports à ce sujet et au nombre accru de plans de lutte contre l'obésité ou les MNT, la deuxième GNPR fait état d'une tout autre situation. Comme le montre la figure 2.7, la quasi-totalité des 191 pays (99 % ou 189 pays) figurant dans la Base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GINA) dispose d'au moins une cible de nutrition ; 84 % (160) de cibles liées à l'obésité des adultes et des adolescents ; 73 % (139) de cibles axées sur le surpoids chez l'enfant ; et 46 % (87) de cibles liées à l'anémie. En outre, le nombre de pays dotés d'un ensemble plus complet de cibles est en augmentation : 81 % (154) disposent de trois cibles ou plus, 42 % (81) de six à huit cibles, et 31 % (73) de trois à cinq cibles. Seuls 19 % (37) possèdent deux cibles ou moins (figure 2.7).

Il importe de garder à l'esprit que les pays doivent définir des cibles adaptées à leur contexte national s'ils veulent améliorer leur situation nutritionnelle. Une analyse approfondie réalisée par l'OMS et présentée dans la deuxième GNPR montre que 93 % des pays affichant une prévalence du retard de croissance de 20 % ou plus disposent de cibles adéquates. Un pourcentage plus faible, mais néanmoins significatif, de pays touchés par le fardeau du surpoids chez l'enfant (prévalence supérieure à la base de référence mondiale de 6 %) possède une cible adaptée (76 %). Quatre pays sur cinq (79 %) affichant un taux d'allaitement maternel exclusif inférieur à 50 % disposent d'une cible adéquate en la matière et 76 % des pays qui présentent une prévalence de l'émaciation de 5 % ou plus ont une cible liée à ce problème. Une fois de plus, l'anémie est reléguée, avec seulement 63 % des pays qui présentent une prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer de 20 % ou plus dotés d'une cible adéquate.

FIGURE 2.7
Pourcentage de pays possédant des cibles de nutrition spécifiques, 2018



Source : Base de données mondiale de l'OMS sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GINA), deuxième Revue mondiale OMS des politiques nutritionnelles.

Remarques : le pourcentage est établi sur la base des 191 États membres de l'OMS ayant répondu à l'enquête et disposant de données suffisantes (les Bahamas, Monaco et les Émirats arabes unis n'ont pas été comptabilisés).

Un autre changement notable concerne l'aspect de plus en plus multisectoriel des plans de nutrition. La base de données mondiale de l'OMS sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition révèle que 100 (61 %) des 164 pays qui se sont dotés d'un plan de nutrition national en 2000 ou postérieurement possèdent des plans multisectoriels impliquant deux secteurs gouvernementaux ou plus. Parmi eux, 46 impliquaient plus de trois secteurs dans leur politique, 27 impliquaient trois secteurs et 27 en impliquaient deux. Outre la santé, les secteurs les plus fréquemment sollicités étaient l'agriculture et l'éducation. Il est intéressant de constater que les pays qui possèdent une politique nutritionnelle impliquant deux secteurs ou plus ont défini en moyenne 5,6 cibles, par rapport à seulement 4,7 cibles pour les pays impliquant un seul secteur gouvernemental.

Malgré ces avancées, d'importantes lacunes persistent en matière de définition des cibles adaptées au contexte national et d'évaluation des coûts de mise en œuvre des plans nécessaires à la réalisation des cibles. À peine 39 % des pays étudiés dans la deuxième édition de la GNPR ont déclaré que leur politique nutritionnelle s'accompagnait de plans opérationnels chiffrés et seulement 23 % se trouvaient dans la région d'Afrique définie par l'OMS. Une autre lacune a été identifiée : même lorsque des plans chiffrés existent, ces derniers peuvent ne pas être financés intégralement, comme le montre le cas de la Tanzanie (Gros plan 2.4).

GROS PLAN 2.4

Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action relatif au double fardeau de la malnutrition en Tanzanie

Obey Assery

La Tanzanie figure parmi les pays ayant adopté un vaste ensemble de cibles de nutrition – sept au total³⁶. Ces cibles s'inscrivent dans le cadre du Plan d'action national multisectoriel pour la nutrition 2016-2021, un programme quinquennal ambitieux visant à alléger le fardeau multiforme de la malnutrition. Mis en place sous l'autorité directe du cabinet du premier ministre, ce plan adopte une approche de « double fardeau » couvrant toutes les formes de malnutrition associées à la fois aux carences et aux excès ou déséquilibres. Son objectif global est d'accroître les interventions à forte incidence auprès des populations les plus vulnérables, à savoir les nourrissons, les enfants âgés de moins de 5 ans, les adolescentes, les femmes enceintes ou allaitantes et l'ensemble des femmes en âge de procréer. Le plan se concentre sur six domaines : la nutrition des mères, des nourrissons, des jeunes enfants et des adolescents ; les carences en micronutriments ; la malnutrition aiguë et les MNT liées au régime alimentaire ; les interventions transsectorielles ; la gouvernance de la nutrition ; et les systèmes d'information sur la nutrition. Il appelle à agir dans de multiples secteurs, dont l'agriculture, les services de santé, la mobilisation des communautés, les plateformes de sensibilisation du grand public, la protection sociale, l'éducation, l'alimentation, ainsi que l'eau et l'assainissement. Le plan s'appuie sur le Plan d'action stratégique pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles en Tanzanie 2016-2020, et le complète.

Le financement des actions demeure toutefois un problème. Au cours de l'exercice comptable 2016/2017, seul un quart des coûts du programme a été financé, malgré la décision ultérieure du gouvernement de financer jusqu'à 40 % du programme dans l'espoir que les 60 % restants seraient couverts par les partenaires de développement. Pour l'année 2018, la part du déficit de financement qui sera comblée reste inconnue et des ressources supplémentaires doivent être mobilisées de toute urgence afin d'apporter aux groupes les plus vulnérables l'aide dont ils ont besoin. Des signes encourageants ont été observés, tels que la multiplication par deux des dépenses publiques en faveur des enfants de moins de 5 ans qui sont passées de 500 shillings tanzaniens (TZS) (0,25 dollar US par enfant) en 2016/2017 à 1 000 TZS (0,5 dollar US par enfant) en 2017/2018, mais la Tanzanie est encore loin des recommandations de la Banque mondiale de 10 dollars US par enfant et par an³⁷. Les parties du Plan consacrées à l'obésité et aux MNT ne sont notamment pas financées, tout comme les actions relatives à la gouvernance de la nutrition et aux systèmes d'information sur la nutrition, les exposant ainsi au risque de voir leur budget diminué ou éliminé totalement. La mobilisation des ressources incombe au cabinet du premier ministre et maintenant que le plan est chiffré, mais financé en partie uniquement, les parties prenantes doivent se réunir pour combler l'écart de financement, tout comme elles l'ont fait pour l'élaboration du plan.

Données sur les formes de malnutrition multiples et cumulées

Les formes de malnutrition multiples à l'échelle nationale

En 2014, le Rapport sur la nutrition mondiale inventait le terme de « nouvelle normalité » pour désigner le fait que la plupart des pays du monde étaient confrontés à une ou plusieurs formes de malnutrition, ce qui représentait un lourd fardeau. La difficulté actuelle consiste à définir les multiples formes de malnutrition et leur impact. De nombreux gouvernements montrent déjà l'exemple en tenant compte de ces multiples fardeaux dans l'élaboration des cibles de nutrition (Gros plan 2.3). Il est également essentiel de comprendre comment ces formes de malnutrition se chevauchent et coexistent afin d'adopter des politiques efficaces et d'allouer des ressources pour les combattre.

Le Rapport de cette année s'appuie sur les évaluations antérieures et met en lumière la nature de ces multiples formes de malnutrition en identifiant les pays qui font face à des taux élevés des trois types de malnutrition.

Les figures 2.8 et 2.9 montrent que 124 des 141 pays disposant de suffisamment de données sont confrontés à plus d'une forme de malnutrition, selon des seuils définis pour trois indicateurs³⁸ : retard de croissance chez l'enfant, anémie chez les femmes en âge de procréer, et surpoids chez les femmes adultes (pour une liste complète des pays, se reporter à l'annexe 3).

Les données montrent que la totalité des 141 pays connaît au moins une forme de malnutrition, avec seulement 17 pays n'en connaissant qu'une (figures 2.8 et 2.9). Parmi eux, 41 pays (29 %) sont lourdement touchés par les trois formes de malnutrition et 83 pays (59 %) par deux d'entre elles.

Sur les 41 pays touchés par les trois formes de malnutrition, 13 sont des pays à faible revenu et 19 des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure). L'Afrique est de loin la région la plus durement touchée par des formes cumulées de malnutrition. Sur les 41 pays qui présentent les trois formes de malnutrition, 30 se situent en Afrique.

Vivre avec des formes cumulées de malnutrition

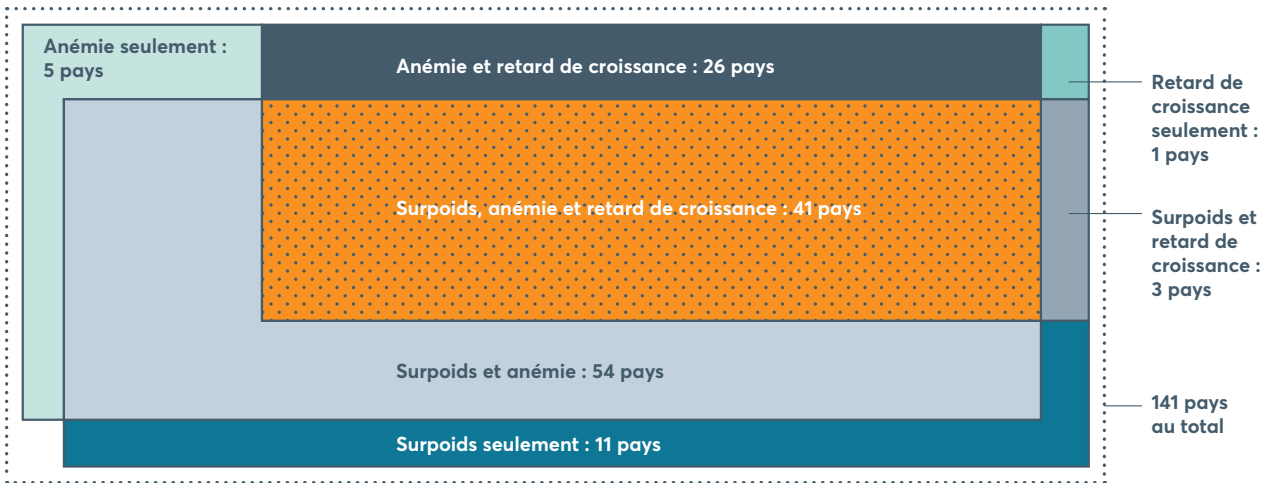
Il est reconnu depuis plusieurs années que la sous-alimentation coexiste avec le surpoids et l'obésité à l'échelle nationale. Ce double fardeau est également présent à l'échelle des communautés et des ménages, avec notamment des enfants souffrant d'un retard de croissance tandis que leur mère est en surpoids. Plusieurs études ont été menées afin de mieux comprendre ces écarts entre les mères et leurs enfants³⁹. Par ailleurs, des analyses récentes ont montré qu'une *même personne* pouvait présenter à la fois des signes de retard de croissance et de surpoids⁴⁰. Pire encore, des symptômes de carences, tels qu'une insuffisance pondérale à la naissance et une sous-alimentation pendant les premières années de vie, peuvent augmenter le risque de contracter des MNT par la suite⁴¹.

Une nouvelle analyse des données réalisée dans le cadre du Rapport sur la nutrition mondiale de cette année confirme le fait qu'une même personne peut porter ce double fardeau et fournir *dans le même temps* de nouveaux éléments sur les multiples formes de malnutrition chez le jeune enfant. Un ensemble de données de l'UNICEF⁴² sur la nutrition chez les enfants de moins de 5 ans, portant sur 106 pays, montre que 1,87 % des enfants de cette tranche d'âge à l'échelle mondiale, soit 8,23 millions d'enfants, souffrent à la fois d'un retard de croissance et de surpoids. L'Europe et l'Afrique affichent les taux de coexistence les plus élevés : respectivement 2,7 % et 2,3 % par rapport à 0,8 % sur le continent américain. Des efforts considérables doivent encore être déployés pour évaluer le pourcentage d'enfants, d'adolescents et d'adultes en surpoids qui souffrent également de carences en micronutriments.

Un autre point à aborder est la coexistence du surpoids ou de l'obésité et de l'insécurité alimentaire des ménages⁴³. Aux États-Unis, les femmes en état d'insécurité alimentaire, en particulier les femmes avec enfants, sont plus susceptibles de souffrir d'obésité et d'avoir un régime alimentaire déséquilibré⁴⁴. Les autres contextes ne présentent pas cette relation entre obésité et insécurité alimentaire constatée aux États-Unis⁴⁵. Cette dernière varie indubitablement d'un endroit à l'autre et des travaux plus approfondis doivent être entrepris pour comprendre les différentes dynamiques à l'œuvre, comme l'illustre le rapport *L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2018*⁴⁶.

FIGURE 2.8

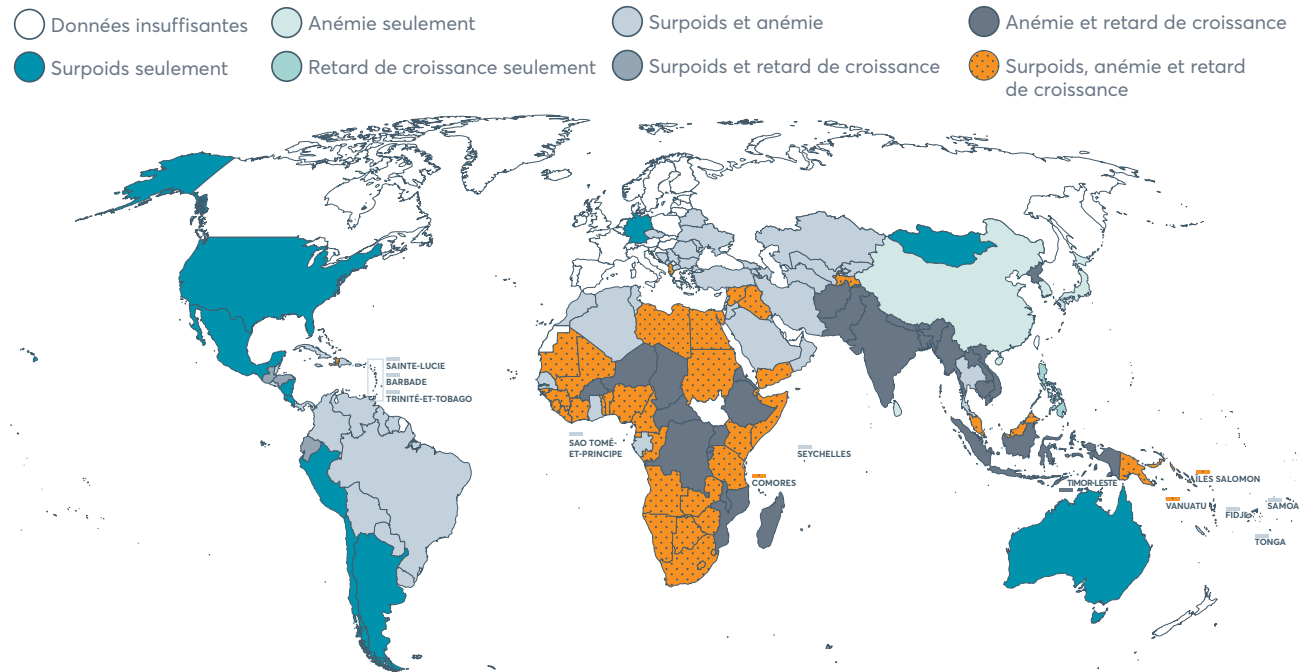
Nombre de pays touchés à la fois par le retard de croissance chez l'enfant et l'anémie et le surpoids chez les femmes adultes, 2017 et 2018



Source : UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale. *Joint child malnutrition estimates*, NCD Risk Factor Collaboration, Observatoire mondial de la santé de l'OMS.
Remarques : les seuils fixés pour déterminer si un pays souffre d'une forme de malnutrition sont les suivants : le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans $\geq 20\%$; l'anémie chez les femmes en âge de procréer $\geq 20\%$; le surpoids (indice de masse corporelle ≥ 25) chez les femmes adultes âgées de plus de 18 ans $\geq 35\%$. Basé sur les données de 141 pays.

FIGURE 2.9

Carte des pays touchés à la fois par le retard de croissance chez l'enfant et l'anémie et le surpoids chez les femmes adultes, 2017 et 2018



Source : UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale. *Joint child malnutrition estimates*, NCD Risk Factor Collaboration, Observatoire mondial de la santé de l'OMS.
Remarques : le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans $\geq 20\%$; l'anémie chez les femmes en âge de procréer $\geq 20\%$; le surpoids (indice de masse corporelle ≥ 25) chez les femmes adultes âgées de plus de 18 ans $\geq 35\%$. Basé sur les données de 141 pays.

En s'appuyant sur les récents efforts visant à mettre en évidence le lien entre retard de croissance et émaciation, comme le montre le Gros plan 2.5 dans un ensemble restreint de pays, le Rapport sur la nutrition mondiale a également analysé les données relatives à la nutrition des enfants de moins de 5 ans⁴⁷ afin de déterminer dans quelle mesure les enfants peuvent souffrir à la fois d'un retard de croissance et d'émaciation. Ces analyses ont révélé qu'à l'échelle mondiale, 3,62 % des enfants de moins de 5 ans, soit 15,95 millions d'enfants, étaient à la fois en retard de croissance et émaciés. L'Asie et l'Afrique affichent les taux de prévalence les plus hauts : respectivement 5,0 % et 2,9 % par rapport à 0,2 % en Europe. Bien que les mécanismes physiologiques sous-jacents restent flous, d'importants éléments de preuve indiquent que le risque de décès chez ces enfants est comparable à celui des enfants atteints d'émaciation sévère⁴⁸.

La prévalence mondiale des enfants souffrant à la fois d'émaciation et d'un retard de croissance est connue depuis peu, alors que les données nécessaires à son calcul étaient déjà disponibles. Cette lacune est importante, non seulement parce que les enfants souffrant de ce double fardeau présentent un risque de mortalité accru et ont donc besoin d'un appui nutritionnel, mais aussi car communiquer des données sur les déficits nutritionnels de manière cloisonnée sous-estime la charge de ces formes de malnutrition sur la totalité de la population infantile mondiale⁴⁹.

Au-delà des frontières nationales – un éclairage nouveau apporté par les données géospatiales et infranationales

Les données géospatiales ont la capacité de transformer le cours du développement. Dans le cas de la nutrition, elles fournissent de nouvelles informations sur l'évolution du fardeau de la malnutrition et du taux de variation de chaque pays. Les analyses de données spatiales ont permis d'identifier les zones les plus touchées par la malnutrition, ainsi que les inégalités en matière de retard de croissance⁵⁰. Deux nouvelles études réalisées en 2018 ont fourni une évaluation encore plus complète de la situation en Afrique et en Inde.

Le Gros plan 2.6 présente en détail une analyse géospatiale de la sous-alimentation dans 51 pays d'Afrique, réalisée par des chercheurs de l'Institute for Health Metrics and Evaluation. En privilégiant l'échelle infranationale, cette analyse a révélé une impressionnante hétérogénéité des niveaux et des tendances en la matière. Même lorsque les pays semblent en bonne voie pour réaliser les objectifs mondiaux, il en va différemment au niveau infranational. Les futurs travaux de l'équipe de chercheurs apporteront un éclairage sur les autres indicateurs nutritionnels d'importance, tels que le surpoids chez l'enfant, l'allaitement exclusif au sein durant les six premiers mois de vie et l'anémie chez les femmes en âge de procréer ; ils élargiront par ailleurs cette analyse à l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire. Les chercheurs étudient d'autre part la concomitance des fardeaux des troubles de la croissance et du surpoids chez l'enfant à cette même échelle infranationale.

Coexistence du retard de croissance et de l'émaciation à l'échelle nationale

Carmel Dolan et Tanya Khara

Un groupe d'experts, le Wasting-Stunting Technical Interest Group⁵¹, coordonné par l'Emergency Nutrition Network, a mis en évidence le lien entre l'émaciation et le retard de croissance. En 2017, il a utilisé une analyse innovante pour réaliser la première estimation multipays de la prévalence et du fardeau de la coexistence du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants de 6 mois à 5 ans⁵². En s'appuyant sur les données d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'enquêtes démographiques et de santé produites ces dix dernières années, cette analyse a permis de calculer la prévalence de ce double fardeau dans 84 pays, de regrouper les estimations de la prévalence et de la charge, tout en mettant en lumière les disparités selon l'âge, le sexe, la région et le contexte. Les résultats ont révélé que les pays classés comme fragiles et en conflit affichaient une prévalence nettement supérieure (3,6 %) à celle des pays considérés comme stables (2,2 %)⁵³.

L'espérance de vie réduite et le taux de mortalité accru induits par la coexistence du retard de croissance et de l'émaciation devraient faire de ce problème une priorité nécessitant une action urgente. Par ailleurs, le caractère transitoire de l'émaciation chez l'enfant (les enfants pouvant connaître plusieurs épisodes d'émaciation au cours de leurs premières années de vie) signifie que baser les estimations sur des données transversales⁵⁴ ne permet pas d'estimer à sa juste valeur le fardeau des enfants présentant ces deux troubles simultanément.

Deux éléments ressortent de cette analyse. Premièrement, le Rapport sur la nutrition mondiale tire ses données annuelles sur le retard de croissance, l'émaciation et le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans des enquêtes démographiques et des estimations conjointes annuelles mondiales de la malnutrition infantile. Ces dernières sont en mesure d'indiquer facilement et systématiquement la prévalence des enfants souffrant simultanément d'un retard de croissance et d'émaciation et, tout comme pour le taux de malnutrition aiguë sévère, de calculer le nombre probable d'enfants devant faire l'objet d'une attention particulière. Les données mentionnées précédemment ont déjà fait état de lacunes dans les estimations conjointes.

Deuxièmement, au vu du risque de mortalité élevé chez les enfants souffrant à la fois d'un retard de croissance et d'émaciation, il est important de mener une enquête plus approfondie pour savoir dans quelle mesure ces enfants sont dépistés et suffisamment soutenus par les services et les interventions de nutrition existants afin de les aider à sortir de ce groupe particulièrement vulnérable. De nouvelles données intéressantes montrent que le rapport poids-âge associé au périmètre brachial est la méthode la plus fiable pour dépister les enfants les plus vulnérables⁵⁵. De plus, elle permet de s'appuyer sur les points d'entrée de la communauté et des cliniques de santé qui assurent le suivi régulier de la croissance des enfants.

Notre analyse met clairement en évidence le besoin de se détacher de l'analyse cloisonnée qui oppose retard de croissance et émaciation, traitement et prévention, et émaciation sévère et émaciation modérée, typique de l'architecture internationale de la nutrition de cette dernière décennie. C'est sous leur forme combinée que l'émaciation et le retard de croissance génèrent le risque le plus élevé de mortalité et les enfants touchés par ces deux troubles sont plus à risque que ceux souffrant d'émaciation sévère. Ainsi, il est logique que les approches de prise en charge ou de prévention traitent conjointement l'émaciation et le retard de croissance dans les environnements où ils coexistent. Au vu de cette analyse, nous nous devons d'intensifier nos efforts pour combler ces lacunes.

Utiliser les données géospatiales pour suivre les progrès en matière de nutrition en Afrique

Aaron Osgood-Zimmerman, Anoushka I. Millea, Rebecca W. Stubbs, Chloe Shields, Brandon V. Pickering, Damaris K. Kinyoki, Nicholas J. Kassebaum et Simon I. Hay

Nous utilisons tous des données géospatiales, notamment pour obtenir les prévisions météorologiques, utiliser notre GPS ou publier des posts géolocalisés sur les réseaux sociaux. Toutefois ces données peuvent aussi aider les décideurs politiques, les concepteurs de programmes et les organisations œuvrant sur le terrain à réduire la sous-alimentation chez l'enfant. Les dernières estimations pour l'Afrique basées sur des données géospatiales constituent une nouvelle ressource révolutionnaire. Elles forment un outil détaillé de santé publique visant à focaliser les interventions sur les populations en ayant le plus besoin. Les données à résolution spatiale nous indiquent les progrès ou le manque de progrès enregistrés dans certaines localités.

En 2018, la revue *Nature* a publié les résultats⁵⁶ d'une analyse géospatiale exhaustive relative aux troubles de la croissance chez l'enfant, couvrant le retard de croissance, l'émaciation et l'insuffisance pondérale, réalisée dans 51 pays africains entre 2000 et 2015. En se basant sur plus de 200 enquêtes sur les ménages géoréférencés, représentant plus de 1,2 million d'enfants⁵⁷, pour estimer la prévalence des troubles de la croissance chez l'enfant sur un quadrillage de 5x5 km, cette analyse donne accès à des niveaux de détails encore jamais atteints. Elle fournit des informations extrêmement pertinentes sur les principaux indicateurs de nutrition, non seulement ventilées par pays, mais aussi par subdivisions administratives (provinces, districts et communautés, par exemple). Cette avancée est considérable, car les estimations nationales ont tendance à gommer les disparités présentes à l'échelle locale, justement là où la plupart des activités de planification et de mise en œuvre des politiques relatives à la santé et à la nutrition sont déployées.

Les résultats de cette analyse révèlent une situation contrastée, avec d'une part des progrès encourageants dans la lutte contre la sous-alimentation, en particulier dans les pays côtiers de l'Ouest, du Nord et du Sud, et d'autre part d'importants troubles de la croissance chez l'enfant, notamment au Sahel. Toutefois, le fait qu'un grand nombre de pays présentant des progrès moyens plus timides, tels que la République centrafricaine, le Tchad, la Somalie et bien d'autres pays du Sahel, aient reçu une aide internationale moins importante pour la santé des nouveau-nés et des enfants et aient traversé des périodes de conflits n'est pas une coïncidence. On constate aussi une forte correspondance entre les zones marquées par une prévalence élevée de l'émaciation en 2015 et les pays considérés comme présentant un risque imminent de famine par les Nations Unies. Si la tendance actuelle se poursuit, la majorité de l'Afrique n'atteindra pas la cible des ODD visant à éliminer toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030.

Les figures 2.10A à C illustrent l'évolution de la prévalence du retard de croissance modéré et sévère à une résolution de 5 km en 2000, 2005, 2010 et 2015. La figure 2.10B illustre la baisse annuelle du retard de croissance entre 2000 et 2015 par rapport aux taux de réduction nécessaires entre 2015 et 2025 pour atteindre la cible mondiale de nutrition de l'OMS de 40 % de réduction d'ici à 2025. En s'appuyant sur les résultats passés, les zones violettes ont déjà atteint la cible, les zones bleues affichent une progression plus rapide que celle nécessaire pour atteindre la cible, les zones vertes (à 100) sont en bonne voie et les zones jaunes et orange doivent accélérer le rythme. La figure 2.10A illustre la probabilité que la cible relative au retard de croissance ait été atteinte en 2015 dans chaque zone de 5 km². La probabilité que les zones en bleu foncé aient atteint la cible en 2015 est supérieure à 95 % tandis que celle des zones en rouge foncé est inférieure à 5 %. Ces cartes reflètent les frontières administratives, la couverture des sols, les lacs et l'implantation des populations ; les zones occupées par moins de 10 personnes par km² et celles considérées comme désertiques ou dont la végétation est clairsemée sont indiquées en gris.

Le retard de croissance est le trouble de la croissance le plus fréquent, quel que soit l'année ou le pays, mais là encore, les données indiquent de fortes disparités. Jusqu'en 2015, les progrès les plus importants ont été enregistrés dans les zones côtières de l'Afrique centrale, en particulier dans certaines régions du Ghana, du Gabon et de Guinée équatoriale. L'État d'Imo, au Nigéria, a enregistré une progression exemplaire en diminuant pratiquement de moitié la prévalence moyenne du retard de croissance entre 2005 et 2015. À l'inverse, la province septentrionale de la Zambie, le nord du Nigéria et le sud du Niger ont enregistré la progression la plus faible sur cette même période.

Dans l'ensemble, les résultats offrent une sombre perspective. Si la tendance actuelle se poursuit, aucun pays d'Afrique n'est susceptible d'atteindre toutes les cibles mondiales de nutrition de l'OMS dans l'ensemble de ses territoires, soulignant ainsi le besoin de mettre en œuvre des programmes de santé publique ciblés et fondés sur des preuves pour suivre et accélérer les progrès. Une mesure régulière et actualisée des troubles de la croissance chez l'enfant est nécessaire pour étayer ces programmes. À ces fins, nous devons continuer à combler le manque d'informations ventilées par zone géographique et améliorer la collecte de données.

FIGURE 2.10A

Probabilité que la cible de l'OMS relative au retard de croissance modéré et sévère ait été atteinte en 2015 (dans chaque zone de 5 km²)

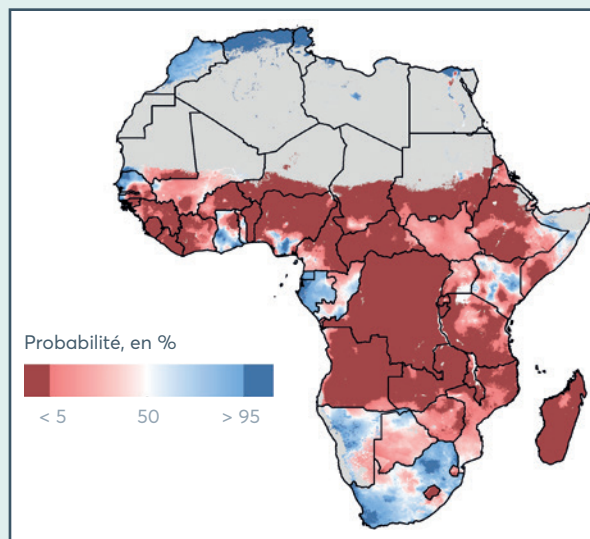


FIGURE 2.10B

Baisse annuelle relative du retard de croissance modéré et sévère, 2000-2015

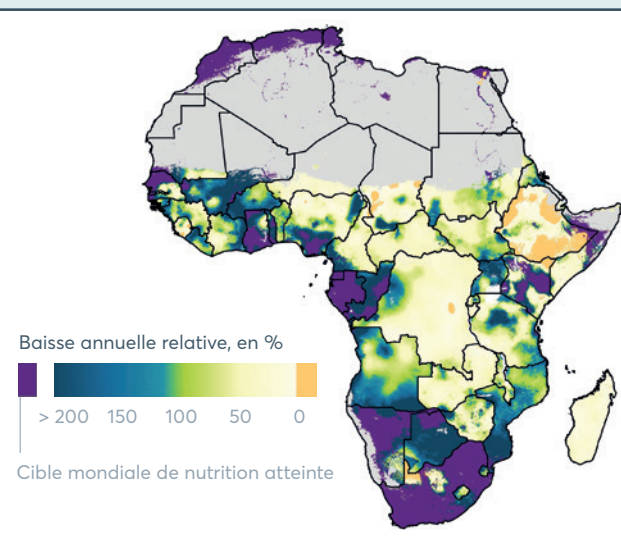
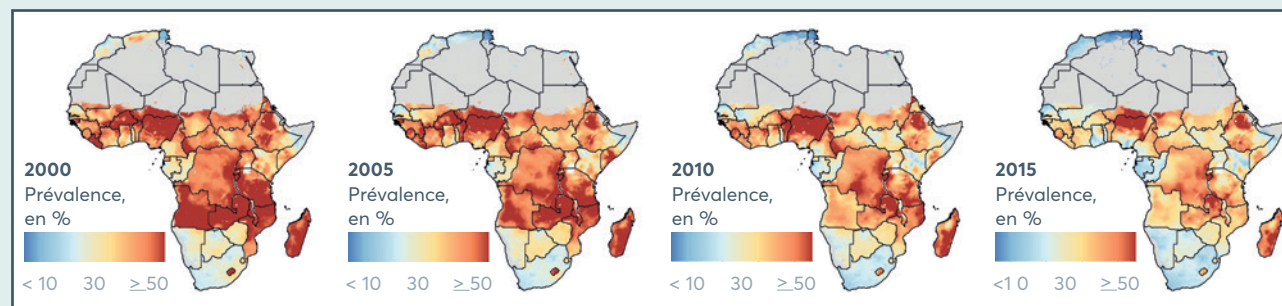


FIGURE 2.10c

Prévalence du retard de croissance modéré et sévère, 2000-2015



Source : Osgood-Zimmerman A., Millelari A.I., Stubbs R.W. et al., 2018⁵⁸.

Les données géospatiales peuvent aussi servir à étudier les causes profondes de la malnutrition sous toutes ses formes et c'est précisément ce qu'une étude a fait⁵⁹. L'International Food Policy Research Institute (IFPRI) s'est appuyé sur les données agrégées de district de l'Enquête nationale de santé familiale 2015-2016 couvrant 601 509 ménages de 604 districts de l'Inde pour comprendre les causes des variations géographiques. L'Inde porte près d'un tiers (31 %) du fardeau mondial du retard de croissance et, au vu de ses différences entre États, il est important de comprendre comment et pourquoi la prévalence du retard de croissance varie d'un État à l'autre. Les chercheurs ont utilisé les méthodes de cartographie et d'analyses descriptives pour comprendre les différences géographiques dans la répartition du retard de croissance. La cartographie montre que le retard de croissance varie considérablement d'un district à l'autre (de 12,4 % à 65,1 %), avec 239 districts sur 604 affichant un taux de retard de croissance supérieur à 40 % (figure 2.11).

En appliquant une méthode de décomposition par régression, l'étude a comparé les districts affichant une faible charge (moins de 20 %) du retard de croissance à ceux affichant une charge élevée (plus de 40 %) et a pu justifier plus de 70 % des différences entre les deux groupes. Cette étude a également montré que certains facteurs, tels qu'un IMC faible chez les femmes, étaient responsables de 19 % des différences entre les districts à faible charge et à charge élevée. Parmi les autres facteurs d'influence liés au genre figurent l'éducation de la mère (responsable de 12 % des différences), l'âge du mariage (7 %) et les soins prénatals (6 %). Le régime alimentaire des enfants (9 %), les biens (7 %), la défécation à l'air libre (7 %) et la taille du ménage (5 %) jouent également un rôle. Cette étude est importante car elle renforce la nature multisectorielle du retard de croissance en mettant en évidence le fait que les différences entre les districts s'expliquent par de nombreux facteurs liés au genre, à l'éducation, au statut économique, à la santé, à l'hygiène et à d'autres facteurs démographiques. La stratégie nationale de l'Inde pour la nutrition, qui se concentre sur les facteurs spécifiques à chaque district, se base sur des analyses telles que celle susmentionnée et sur des profils nutritionnels propres à chaque district pour pouvoir mener des travaux d'analyse et mettre en place des actions politiques dans le but de réduire les inégalités et le retard de croissance chez l'enfant.

Dans un monde où les données nationales sur l'obésité sont décourageantes, les données locales peuvent être utilisées pour identifier les progrès éventuels et leur localisation. La réalisation de cette analyse à l'échelle locale dans les pays à revenu élevé montre d'autres différences de niveaux et de rythmes d'évolution de l'obésité chez l'enfant. Par exemple, au Royaume-Uni, le *National Child Measurement Programme* mesure l'IMC de tous les enfants de 4-5 ans et de 10-11 ans, de sorte que les autorités locales puissent définir les zones à forte prévalence d'obésité et les facteurs qui y sont liés. La dernière analyse de données publiée en 2018 montre que l'excédent de poids, l'obésité, le surpoids et l'obésité sévère sont plus fréquents dans les zones les plus démunies^{60,61}. La ville d'Amsterdam, aux Pays-Bas, suit l'obésité chez l'enfant dans ses différents districts. Sur la base de ces données, elle a pu identifier les quartiers cibles de son programme de réduction de l'obésité chez les enfants les plus défavorisés de la ville, baptisé *Healthy Weight Programme*. Le Gros plan 2.7 présente la réussite de ce programme dans la réduction de l'obésité chez l'enfant. Aux États-Unis, les données locales montrent que l'obésité est en léger recul dans 35 localités. Ces données ont permis d'identifier les facteurs de ces améliorations. Le Gros plan 2.8 expose les principales conclusions du projet *Childhood Obesity Declines Project*.

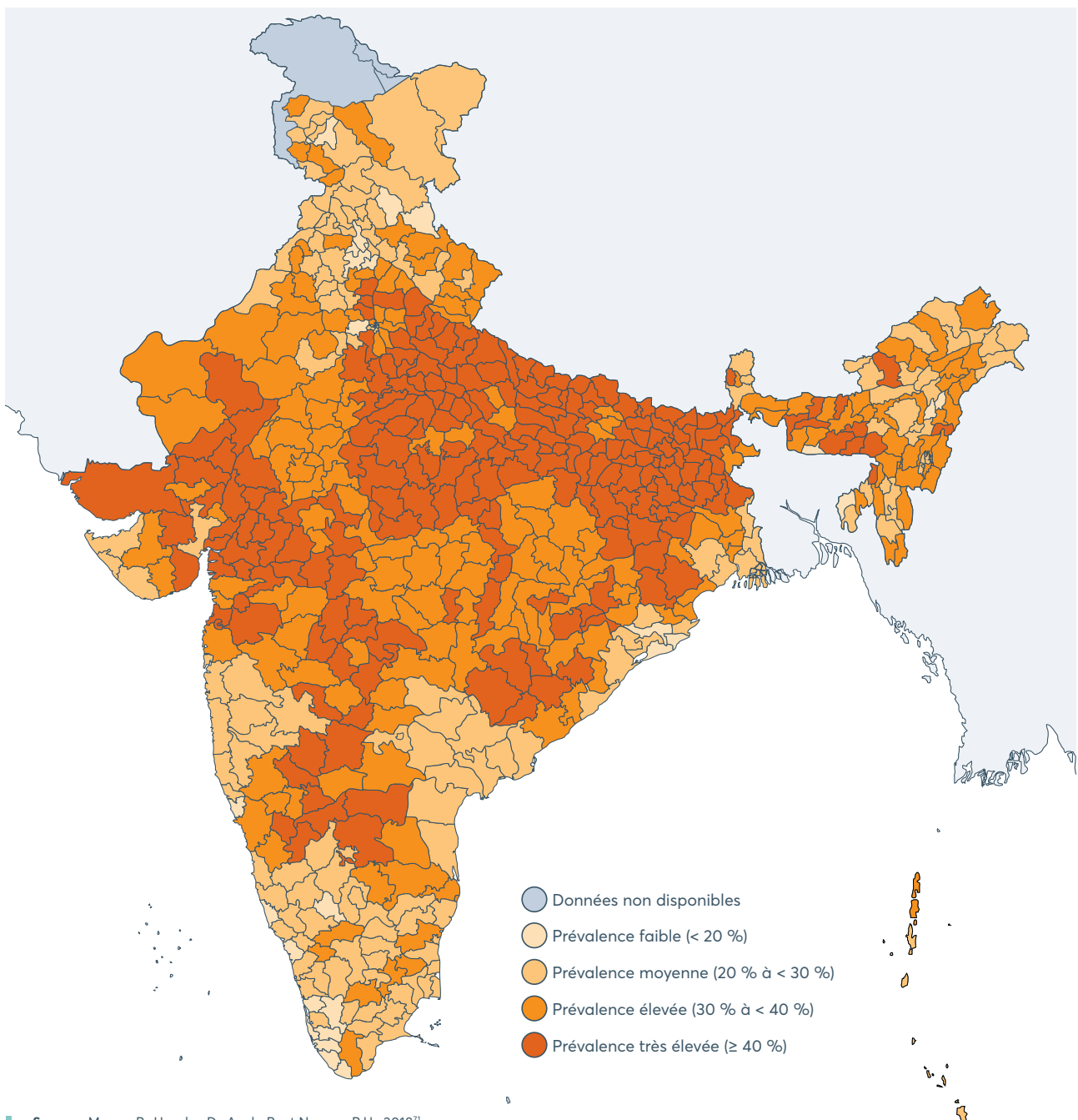
Ces changements reflètent une multiplication des actions locales de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes dans les villes du monde entier, y compris à l'échelle municipale, comme le montre l'exemple d'Amsterdam. De nouvelles initiatives municipales à plusieurs niveaux sont élaborées actuellement pour combattre l'obésité, telles que le programme *Pilas con las Vitaminas* de la ville de Quito (Équateur)⁶² et la nouvelle équipe spéciale *Child Obesity Taskforce* mise en place par le maire de Londres, qui élabore un plan d'action pour lutter contre l'obésité dans la ville. Ailleurs, des réseaux interurbains voient le jour dans le but de combattre ces problèmes et de partager les apprentissages. Le *Partnership for Healthy Cities*, par exemple, a été lancé en 2016 en vue d'encourager plus de 50 villes du monde entier à s'engager dans la mise en œuvre de politiques efficaces, visant notamment à promouvoir un régime alimentaire sain et à lutter contre l'obésité⁶³. *Cities Changing Diabetes* est un autre programme déployé dans plusieurs villes du monde entier. Partant du principe que les deux tiers des personnes atteintes de diabète vivent en ville, ce programme étudie les causes du diabète, puis élabore et met en œuvre des interventions pour le réduire⁶⁴. Le réseau interurbain C40 sur le changement climatique comprend également un réseau de systèmes alimentaires qui rassemble des villes prenant des mesures dans le domaine de l'alimentaire en vue d'améliorer à la fois le régime alimentaire de leurs habitants et la protection de l'environnement⁶⁵.

Un grand nombre d'autres villes du monde entier ont également mis sur pied des politiques alimentaires urbaines pour combattre différents problèmes liés à l'alimentation qui ne sont pas nécessairement en lien direct avec la malnutrition, mais qui pourraient agir comme levier pour lutter contre cette problématique⁶⁶. À l'heure actuelle, 179 villes ont rejoint le Milan Urban Policy Pact (2015)⁶⁷ et, de Dakar à Toronto, beaucoup de villes des pays à revenu faible, intermédiaire et élevé se sont dotées

de programmes visant à lutter contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Par exemple, les programmes d'agriculture urbaine mis en place dans des villes comme Antananarivo⁶⁸ (Madagascar) ou Rosario (Argentine) fournissent les terres et le soutien nécessaires pour introduire l'agriculture en ville. Les enseignements tirés de ces politiques et programmes offrent des perspectives prometteuses en matière de politiques alimentaires urbaines, qui pourraient améliorer la nutrition en général^{69,70}.

FIGURE 2.11

Carte de la prévalence du retard de croissance dans les districts d'Inde, 2015-2016.



Source : Menon P., Headey D., Avula R. et Nguyen P.H., 2018⁷¹.

Combattre l'obésité chez l'enfant à Amsterdam grâce au *Healthy Weight Programme*

Corinna Hawkes

En 2012, la municipalité d'Amsterdam s'est rendu compte qu'elle faisait face à une crise de l'obésité chez les jeunes, avec des taux nettement supérieurs à la moyenne nationale des Pays-Bas. Les données montraient clairement que certaines zones de la ville étaient davantage touchées, en particulier celles recensant une population plus importante d'enfants de ménages à faible revenu issus de l'immigration ou de minorités ethniques. L'adjoint au maire de l'époque, responsable de la santé publique, des soins de santé et des sports, a rapidement saisi la gravité de la situation et a inscrit la question de l'obésité chez l'enfant parmi les priorités du programme de la ville. Grâce à son action de promotion de la lutte contre l'obésité chez l'enfant, le conseil municipal adoptait fin 2012 une nouvelle approche formelle de lutte contre l'obésité chez l'enfant.

Pressées d'agir, les autorités d'Amsterdam ont mis au point le *Healthy Weight Programme*. La vision au cœur du programme était claire : s'assurer que chaque enfant d'Amsterdam atteigne un poids sain d'ici à 2033⁷². Pour cela, la ville s'est fixé deux objectifs intermédiaires : la « mission de 5 000 mètres » dont l'objectif est que tous les enfants de 0 à 5 ans atteignent un poids sain à l'horizon 2018 et la « mission du semi-marathon » visant à ce que tous les enfants de 0 à 10 ans atteignent un poids sain d'ici à 2023.

Dès le début, la direction du programme a été confiée au Département du développement social afin que la question de l'obésité ne soit pas réduite uniquement à sa dimension sanitaire. L'obésité a également été abordée comme un problème à long terme, comportant de multiples causes à différents niveaux et impliquant le partage des responsabilités entre les différents partenaires. En utilisant une échelle des déterminants pour la santé, les responsables ont imaginé une approche holistique permettant d'introduire des solutions dans les nombreux secteurs de la vie des enfants.

Les interventions sont réparties en trois catégories, à savoir la prévention, la prise en charge et la promotion. La prévention se concentre sur les 1 000 premiers jours de la vie des enfants, les établissements préscolaires et primaires, les quartiers, l'aménagement urbain favorable à la santé, l'alimentation, les adolescents et les enfants ayant des besoins spéciaux. La prise en charge consiste à aider les enfants déjà en surpoids ou obèses à retrouver un poids sain. La promotion est axée sur l'apprentissage et la recherche, les outils numériques et la communication auprès des professionnels. De multiples activités ont été déployées au cours de la première phase du programme comprise entre 2012 et 2017, dont l'installation de bornes-fontaines publiques, la restriction de la publicité pour les produits alimentaires dans les stades et les piscines, la dispense de conseils relatifs aux encas sains à l'école, la nomination d'ambassadeurs de la santé, la prise en charge des enfants souffrant d'obésité sévère, l'installation d'aires de jeu saines, la collaboration avec les entreprises du secteur alimentaire et l'organisation de consultations avec les parents autour de l'alimentation saine⁷³.

Grâce à la disponibilité de données locales sur l'obésité chez l'enfant, le programme a pu définir les zones les plus touchées par le problème et ainsi se concentrer sur cinq quartiers. Chaque quartier prioritaire s'est vu assigner un responsable communautaire et un programme adaptés à ses besoins. Les organisations sociales, la société civile, les organisations représentatives des minorités ethniques et les commerces locaux se sont regroupés pour promouvoir des modes de vie sains. Des efforts communs ont été déployés pour surmonter ensemble les difficultés. Par exemple, les responsables de la planification et de la santé publique ont dû travailler main dans la main, mais ils ne savaient pas, du moins au début, quel était l'impact mutuel de leur intervention. Peu à peu, les départements de la planification et de la santé ont collaboré sur des activités à petite échelle, puis ont créé ensemble des espaces publics sains. L'activité physique a également joué un rôle important dans les interventions. Un partenariat entre différentes disciplines a aussi été nécessaire lors de l'intégration de l'aménagement urbain favorable à la santé dans le programme.

Aucune évaluation n'établit clairement un lien entre les changements apportés par le *Healthy Weight Programme* d'Amsterdam et une évolution de l'obésité. Toutefois, la prévalence du surpoids et de l'obésité se stabilise, avec une baisse constatée du pourcentage d'enfants obèses ou en surpoids sur l'ensemble des groupes d'âge entre 2012 et 2015, passant de 21 % à 18,5 %. La baisse est plus importante dans les groupes affichant un statut social et économique faible que dans ceux au statut social et économique très élevé⁷⁴.

Les enseignements tirés des réussites du programme peuvent s'appliquer dans d'autres villes. Ces enseignements comprennent les éléments suivants : une forte volonté politique ; l'élaboration d'un programme basé sur le principe selon lequel, d'une part, l'obésité est un problème complexe et, d'autre part, le changement surviendra grâce à l'apprentissage par la pratique et grâce à l'action par l'apprentissage ; la collaboration et l'engagement entre les différents départements ; l'acceptation du postulat selon lequel le changement n'arrivera pas du jour au lendemain ; l'association des principales interventions publiques verticales aux changements opérés à l'échelle de la communauté ; la concentration des efforts sur les quartiers les plus défavorisés ; et la collecte de données permettant un suivi et une évaluation solides⁷⁵.

Tout en ayant conscience que la responsabilité de la réduction de l'obésité doit être partagée, la ville d'Amsterdam poursuit son programme de travail jusqu'en 2021⁷⁶.

Quels sont les facteurs de la baisse de l'obésité chez l'enfant dans quatre localités des États-Unis ?

Laura Kettel Khan

L'obésité chez l'enfant est un problème de taille aux États-Unis. Les données collectées dans le cadre de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) montrent que les taux ont plus que triplé depuis les années 1970 et qu'aujourd'hui, près d'un enfant scolarisé sur cinq est obèse⁷⁷. Pourtant, les données de la NHANES recueillies entre 2003 et 2014 laissent penser que le taux d'obésité chez l'enfant s'est stabilisé à l'échelle nationale et que des signes encourageants ont été constatés au cours de ces cinq dernières années avec plus de 35 juridictions américaines (locales ou étatiques) enregistrant un faible recul de l'obésité dans certains segments de leur population, y compris chez les jeunes enfants de familles à faible revenu⁷⁸.

Fort de ces données, le *National Collaborative on Childhood Obesity Research* a lancé le *Child Obesity Declines Project* en 2013 pour étudier et collecter des données sur les facteurs de cette diminution. Le projet a examiné les stratégies communautaires de prévention de l'obésité de quatre communautés ayant enregistré une baisse, certes minime, mais statistiquement significative, ainsi que comment, quand et où elles avaient été mises en place dans les localités suivantes : Anchorage, AK ; comté de Granville, NC ; New York, NY ; et Philadelphie, PA. L'objectif des chercheurs consistait à trouver les raisons pour lesquelles le taux d'obésité chez l'enfant était en baisse dans ces communautés et, plus important encore, à identifier ce qui avait permis cette diminution à l'échelle locale et qui pourrait éventuellement être reproduit ailleurs.

À l'aide d'une méthode unique d'identification et d'évaluation systématique, les chercheurs ont pu recenser plusieurs interventions mises en place dans ces contextes, ayant trait notamment à l'enseignement scolaire et à l'éducation de la petite enfance, aux politiques nationales, étatiques, locales et institutionnelles et aux stratégies communautaires et de santé au sens large. Par exemple, l'interdiction des boissons sucrées dans les écoles de Philadelphie, l'offre de fruits et légumes frais au déjeuner dans les écoles de New York, l'augmentation de 50 % du nombre de cours d'éducation physique à Anchorage, et l'introduction d'une heure d'activité physique obligatoire dans les centres de garde d'enfants du comté de Granville. Certaines stratégies mises en œuvre visaient directement les enfants des écoles et des centres de garde d'enfants, tandis que d'autres avaient pour objectif d'aider les enfants des ménages à faible revenu et leur famille à adopter des comportements plus sains dans leur quartier et leur communauté. Les stratégies respectaient un modèle sociologique – un cadre permettant de comprendre les différents impacts des facteurs personnels et environnementaux qui déterminent les comportements. Les actions étaient classées dans une catégorie différente, selon qu'elles agissaient sur l'obésité au niveau individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire ou politique⁷⁹.

Bien que les données ne permettent pas d'en déterminer la cause, elles mettent toutefois en évidence des modèles de réussite dans différents secteurs de ces communautés. Toutes les stratégies étudiées respectaient le même schéma et abordaient les quatre quadrants du modèle socioécologique, traduisant des stratégies multidimensionnelles et plus ambitieuses ; toutes les stratégies ciblaient directement les jeunes enfants dans les endroits où ils passent une grande partie de leur journée, tels que l'école et les établissements d'éducation de la petite enfance ; toutes les politiques avaient mis en place des « stratégies habilitantes » qui ne visaient pas directement les enfants, mais qui multipliaient les possibilités pour les enfants de ménages à faible revenu d'adopter des comportements sains.



03

2014. Niger.

Des mères examinent leurs enfants afin de détecter les premiers signes de la malnutrition.

© EC/ECHO/Anouk Delafortrie

Trois problèmes à traiter d'urgence

POINTS CLÉS

- 1** Les carences en micronutriments concerneraient un grand nombre de personnes à travers le monde, mais les données sur l'état micronutritionnel et les carences en micronutriments restent largement insuffisantes. Davantage d'informations essentielles doivent être collectées et une meilleure surveillance doit être mise en place pour espérer réaliser des progrès tangibles au niveau des cibles mondiales.
- 2** La fragilité, les conflits et la violence pèsent lourdement sur la santé, les moyens de subsistance, la sécurité alimentaire et la nutrition des populations. Le chevauchement des multiples formes de malnutrition appelle des réponses qui transcendent le cloisonnement traditionnel existant dans ce domaine et ciblent l'ensemble des formes de malnutrition. Les communautés humanitaires et du développement doivent créer des plateformes communes et élaborer des cadres et des mécanismes de financement conjoints si elles veulent répondre aux besoins nutritionnels de manière efficace et durable.
- 3** La collecte de données supplémentaires a révélé l'importance d'investir dans la nutrition des adolescents, en particulier des filles et des jeunes femmes. L'attention accordée aux adolescents, considérés comme une population vulnérable sur le plan nutritionnel et ayant des besoins uniques en la matière, s'est accrue ; pourtant les adolescents sont encore souvent négligés. De nouvelles recherches, ainsi que des programmes et politiques innovants ont montré qu'il était possible de mieux comprendre comment développer des habitudes alimentaires saines et durables au cours de l'adolescence, notamment en faisant entendre la voix des jeunes touchés par la malnutrition.

Introduction

Le présent chapitre met en lumière trois domaines qui se sont avérés déterminants ces dernières années dans la prise en charge du fardeau de la malnutrition, à savoir l'amélioration des données sur la prévalence des carences en micronutriments, l'instauration d'une nouvelle approche de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes en temps de crise et le renforcement de l'attention nouvellement accordée à la malnutrition chez les adolescents. Ce chapitre fait un état des lieux et identifie certains points qui peuvent être améliorés à l'avenir.

Des données plus nombreuses et de meilleure qualité sont nécessaires concernant les carences en micronutriments¹

Un déficit de données important sur les carences en micronutriments

Malgré les avancées présentées au chapitre 2, des lacunes importantes persistent quant à la disponibilité des données qui nous permettent de mieux comprendre la nature et l'étendue de la malnutrition sous toutes ses formes. De nombreux pays ne recueillent pas encore les données nécessaires pour bien comprendre la nature du fardeau de la malnutrition, les régimes alimentaires ou les indicateurs de progrès. Nous avons besoin de données infranationales plus complètes pour identifier les zones géographiques accablées par ce fardeau, ainsi que les causes directes et sous-jacentes de la malnutrition dans ces zones, afin de pouvoir mieux cibler les programmes et les interventions. Le manque de données nous empêche de comprendre les diverses causes de la malnutrition.

L'un des domaines qui affichent le retard le plus important est la collecte, l'analyse et l'utilisation des données relatives aux carences en micronutriments. Bien que d'anciennes estimations suggèrent qu'au moins un tiers de la population mondiale souffre de carences en micronutriments essentiels², on constate un manque cruel de données quant au nombre de personnes concernées et aux populations touchées à

l'heure actuelle par des carences multiples en micronutriments à l'échelle mondiale. Les différentes carences observées sont notamment l'anémie ferriprive et le déficit d'iode, de zinc et de vitamine A.

L'affirmation suivante est souvent citée par les acteurs de la nutrition : « Plus de deux milliards de personnes dans le monde souffrent d'une carence chronique en micronutriments, désignée sous le terme de faim insoupçonnée »³. Pourtant, ce chiffre est-il fiable et comment pouvons-nous utiliser ces données ? Quel est le niveau de carences en micronutriments des populations vulnérables sur le plan nutritionnel, telles que les enfants de moins de 5 ans, les femmes et les adolescentes ? Il est essentiel de répondre à ces questions si nous voulons augmenter la redevabilité, améliorer la prise de décisions dans le cadre des programmes et suivre et évaluer les progrès vers la réalisation de l'objectif visant à éliminer les principales carences en micronutriments. La nécessité d'une révolution des données, expliquée dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*, reste indéniablement valable aujourd'hui et le besoin de données sur les carences en micronutriments permettant de surveiller la situation n'a jamais été aussi pressant.

Des progrès louables ont été enregistrés dans la collecte de données sur les micronutriments, notamment grâce au Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux (VMNIS) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il s'agit du seul système de surveillance de la prévalence mondiale des carences en vitamines et minéraux au sein des populations⁴. Ce système fournit des informations utiles sur les carences en micronutriments de plus de 150 pays en s'appuyant sur les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) des pays, ainsi que sur d'autres enquêtes représentatives à l'échelle nationale. La base de données intègre aujourd'hui 40 indicateurs de la situation de 17 maladies liées directement ou indirectement à un déséquilibre en micronutriments, qu'il s'agisse d'une carence ou d'un excès⁵. Pourtant, elle se concentre presque exclusivement sur les données liées à la vitamine A, à l'iode et à l'anémie et une quantité suffisante de données sur la prévalence des carences en d'autres micronutriments doit être collectée pour de nombreux pays.

Malgré des efforts louables visant à combler les lacunes en matière de données, à l'image de la récente enquête du Ghana sur les micronutriments⁶, la collecte de données fiables reste un défi. Les données incomplètes, peu fidèles et de mauvaise qualité sont légion et les pays manquent souvent des ressources nécessaires pour mettre à jour les chiffres sur la prévalence et suivre les tendances de couverture⁷.

Les enquêtes démographiques et de santé ne permettent pas de recueillir un ensemble complet de données sur l'état micronutritionnel et la collecte de données varie d'une enquête nationale à l'autre. La plupart des pays recueillent des données par ménages sur l'anémie, la consommation de vitamine A et d'aliments riches en fer, la supplémentation en micronutriments (vitamine A et fer/acide folique) et la présence de sel iodé⁸.

Une autre préoccupation est liée au fait que l'évaluation de nombreux micronutriments n'obéit à aucun protocole normalisé, ce qui peut facilement donner lieu à une falsification des données. Les variables utilisées pour évaluer la faim insoupçonnée sont souvent inadaptées. Ceci se vérifie tout particulièrement pour ce qui est de l'évaluation du statut en fer des populations. La prévalence de la carence en fer est généralement calculée à partir de l'anémie caractérisée par une faible concentration d'hémoglobine dans le sang⁹. Cependant, une estimation récente montre que seuls 25 % et 37 % de tous les cas d'anémie recensés respectivement chez les enfants d'âge préscolaire et les femmes en âge de procréer qui ne sont pas enceintes sont liés à une carence en fer¹⁰. Une telle hypothèse altère donc notre compréhension du rôle de la carence en fer dans l'anémie et présume à tort que toute personne atteinte d'anémie présente une

carence en fer (car les tests d'anémie mesurent les niveaux d'hémoglobine), sans tenir compte des autres causes possibles de l'anémie (p. ex., les infections, le paludisme, les vers parasites, les hémoglobinopathies et des carences en d'autres micronutriments). Cette lacune compromet notre capacité à choisir les interventions adaptées et à identifier les bons indicateurs pour évaluer leur impact¹¹. De même, la prévalence de la carence en zinc est calculée d'après la prévision des risques nationaux encourus par l'apport insuffisant en zinc, basé sur l'approvisionnement alimentaire national, qui indique le risque d'un apport insuffisant en zinc – plutôt que les conséquences biologiques d'une carence en zinc¹². La concentration sérique en zinc n'est pas non plus un indicateur optimal de la carence en zinc sachant qu'il est fiable à l'échelle d'une population, mais pas des individus.

L'importance de collecter des données fiables sur les micronutriments

Il est essentiel de collecter des données précises pour étayer et suivre l'impact des objectifs politiques et programmatiques visant à réduire les carences en micronutriments. Les interventions de planification qui cherchent à réduire les

TABLEAU 3.1

Couverture des programmes de supplémentation en micronutriments et de l'iodation du sel

COUVERTURE/INDICATEUR DE LA PRATIQUE	NOMBRE DE PAYS DISPOSANT DE DONNÉES	% MINIMUM	% MAXIMUM	% MOYEN	% MÉDIAN DES PAYS DISPOSANT DE DONNÉES
Enfants de 0 à 59 mois souffrant de diarrhée et bénéficiant d'un traitement au zinc	46	0,1	50,2	8,6	2,8
Enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de suppléments de vitamine A	58	4,5	86,4	57,0	60,9
Enfants de 6 à 59 mois ayant reçu des suppléments de fer au cours des sept derniers jours	56	1,3	45,4	14,6	11,6
Femmes ayant donné naissance ces cinq dernières années et bénéficié d'une supplémentation en fer et en acide folique au cours de leur dernière grossesse	62	22,6	96,6	74,6	81,0
Ménages consommant du sel suffisamment iodé	52	18,0	99,8	82,7	90,9

Source : Kothari M. et Huestis, A., d'après le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* et les bases de données mondiales de l'UNICEF, 2018.

Remarques : les données sont compilées à l'aide de STATcompiler à partir des enquêtes démographiques et de santé des pays pour 2005-2017.

carences en micronutriments doivent élaborer des méthodes d'évaluation et de surveillance efficaces pour identifier les populations à risque et suivre les progrès au fil du temps¹³. De nombreux pays collectent par exemple des données sur l'anémie, la consommation de vitamine A et d'aliments riches en fer, la supplémentation en micronutriments (vitamine A et fer/acide folique) et la présence de sel iodé dans les ménages. Cela leur permet ainsi d'assurer le suivi de base de la couverture des programmes clés. Le tableau 3.1 illustre le pourcentage de femmes ou d'enfants ayant besoin d'une supplémentation en micronutriments et y ayant accès, ainsi que la consommation de sel iodé des ménages (Gros plan 3.2).

Il convient d'investir dans la collecte régulière de données sur les micronutriments qui soient de qualité et représentatives à l'échelle nationale¹⁴ et d'adopter des indicateurs indépendants de l'état des maladies et qui tiennent compte des facteurs environnementaux et d'utilisation, ainsi que de nouveaux biomarqueurs de l'état et de la fonction. Les nouvelles approches basées sur des technologies « -omiques », telles que la génomique, la métabolomique et la protéomique¹⁵, se montrent prometteuses, notamment à l'échelle des cliniques.

Toutes les enquêtes démographiques et de santé doivent évaluer l'apport et le statut de plusieurs micronutriments. En outre, les enquêtes nationales sur la nutrition doivent être réalisées plus fréquemment et inclure des données sur les jeunes enfants et les femmes en âge de procréer, dont les adolescentes. L'élaboration de politiques efficaces passe également par la collecte de données ventilées par revenus et par principales tranches d'âge. Dans l'attente de données de meilleure qualité, le Gros plan 3.1 met en lumière une nouvelle base de données mondiale sur les nutriments qui fournit une estimation des nutriments disponibles par pays. Bien que cette dernière ne comble pas les nombreuses lacunes en matière de données sur les micronutriments, elle constitue une étape supplémentaire vers une information de meilleure qualité sur les nutriments contenus dans l'alimentation.

Les mesures mises en œuvre par les politiques et les programmes ont elles aussi la capacité de réduire les carences en micronutriments, notamment en améliorant la diversité alimentaire (chapitre 4)¹⁶. Le Gros plan 3.2 présente une autre approche, celle de l'enrichissement des aliments à grande échelle, qui a enregistré des avancées, mais fait toujours face à des obstacles de taille dans sa mise en œuvre efficace.

Une base de données mondiale sur les nutriments

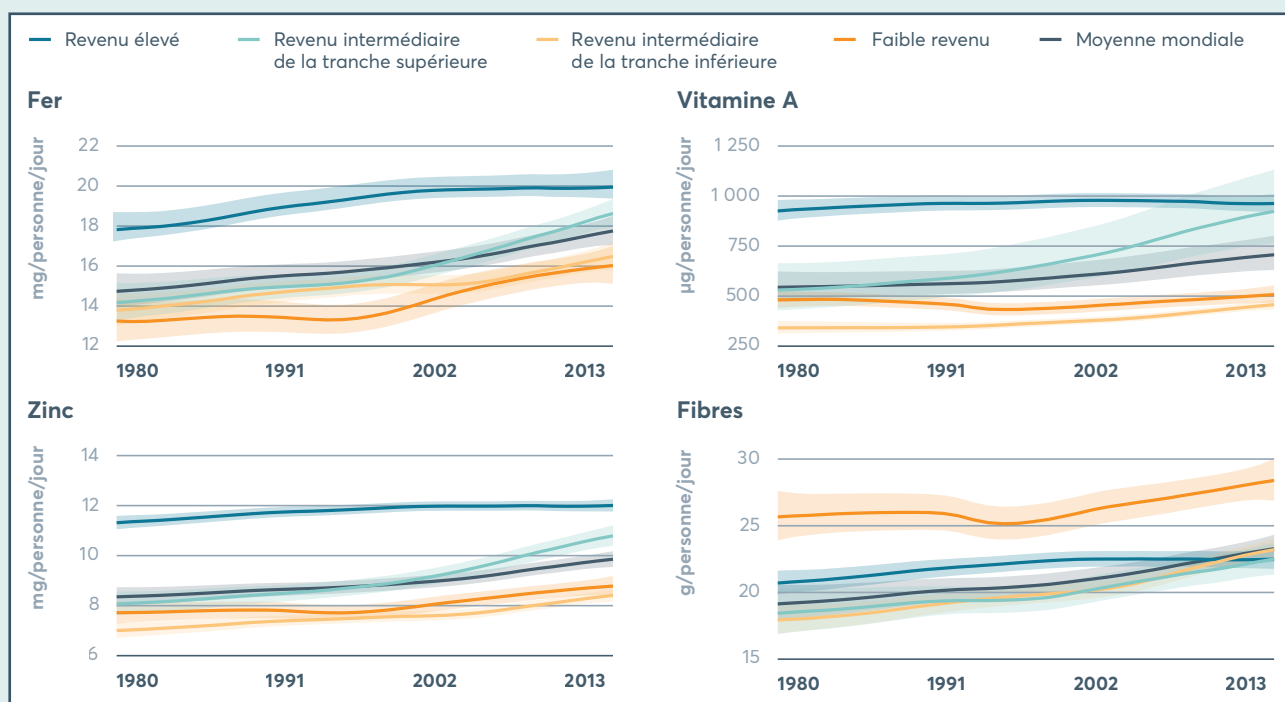
Ashkan Afshin et Josef Schmidhuber¹⁷

L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), en collaboration avec l'Institute for Health Metrics and Evaluation, a créé une base de données mondiales sur les nutriments, la Global Nutrient Database, en vue de combler le manque de données sur les micronutriments. Cette base de données fournit des estimations sur la disponibilité nationale de 156 nutriments entre 1980 et 2013. Pour la créer, des données sur la disponibilité de près de 400 aliments et denrées agricoles tirées des Comptes des ressources et des emplois de la FAO ont dû être comparées aux données sur les aliments de la base de données sur les aliments et les nutriments du Département américain de l'agriculture (*Food and Nutrient Database*). Puis, après un ajustement pour tenir compte des portions non comestibles de chaque aliment, la disponibilité nationale de chaque nutriment a été calculée en additionnant la contribution de toutes les denrées à la disponibilité totale du nutriment en question.

Les estimations fournies par cette base de données montrent que la disponibilité de la plupart des micronutriments s'est accrue dans une large majorité de pays, parallèlement à l'augmentation de la disponibilité énergétique alimentaire mondiale. La figure 3.1 montre la disponibilité des principaux nutriments, dont le fer, le zinc et la vitamine A, ainsi que des fibres, en grammes par personne et par jour au cours des dernières décennies. À l'échelle mondiale et à travers les pays, et ce, quel que soit leur revenu, on constate aujourd'hui une meilleure disponibilité de ces nutriments. Néanmoins, le taux d'augmentation de la disponibilité varie selon les pays et un écart important apparaît entre les pays au développement socioéconomique différent.

FIGURE 3.1

Disponibilité des fibres, du fer, du zinc et de la vitamine A à l'échelle mondiale et selon la catégorie de revenu, entre 1980 et 2013



Source : base de données mondiale sur les nutriments, 2018

L'un des atouts de cette base de données réside dans le fait que ses estimations ont été validées en les comparant aux données sur la consommation issues des enquêtes sur la nutrition représentatives à l'échelle nationale. Elle permet de caractériser de manière plus précise les carences nutritionnelles à l'échelle nationale et d'identifier les sources alimentaires de chaque nutriment par pays, permettant ainsi d'étayer les interventions contribuant à la nutrition afin de combler ces carences. Bien qu'il soit important de souligner que la disponibilité des aliments ou des nutriments diffère de leur consommation réelle, ces données constituent une précieuse source d'information pour identifier les déficits ou les surplus en matière d'apport énergétique ou nutritionnel d'un pays. Les pays, les organismes internationaux, les donateurs et les chercheurs peuvent utiliser ces données comme outil essentiel de plaidoyer en vue d'améliorer l'élaboration de politiques alimentaires et nutritionnelles.

L'enrichissement des aliments à grande échelle pour combler les carences en micronutriments

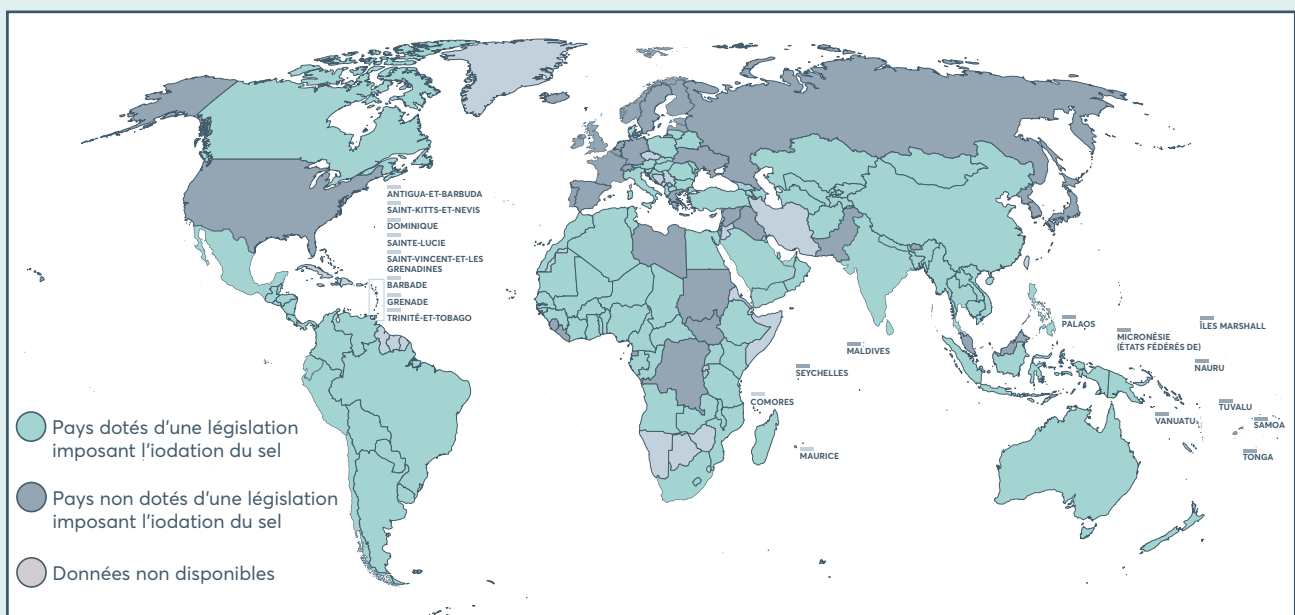
Greg S. Garrett, Jonathan Gorstein, Roland Kupka et Homero Martinez

L'enrichissement des aliments à grande échelle a pour but d'accroître l'apport en nutriments d'une denrée devant subir une certaine forme de transformation avant d'être commercialisée, en y ajoutant des vitamines et minéraux essentiels¹⁸. Cette technique a cours depuis près d'un siècle. Elle a débuté dans les années 1920 avec l'enrichissement volontaire du sel en iode en Suisse et aux États-Unis. Le Royaume-Uni et le Canada ont été les premiers pays à légiférer sur l'enrichissement obligatoire de la farine de blé et du sel, respectivement en 1940 et 1949. Ces dernières années, des progrès considérables ont été enregistrés dans ce domaine : aujourd'hui 86 pays exigent qu'au moins une variété de céréales soit enrichie en fer ou en acide folique (13 lois votées entre 2014 et 2017) et 29 pays disposent de programmes nationaux d'enrichissement des huiles alimentaires en vitamine A (12 lois proposées au cours de cette période).

Un examen systématique de 41 rapports et 76 documents de recherche a fourni de nombreux éléments attestant des avantages pour la santé de l'enrichissement des aliments dans les pays à revenu faible et intermédiaire, à condition que cette technique soit appliquée et que sa couverture soit suffisante¹⁹. Les progrès les plus importants ont été constatés dans le domaine de l'iodation du sel. Le tableau 3.1 montre que dans les 52 pays pour lesquels des données sont disponibles, le pourcentage moyen de ménages consommant du sel iodé s'élève à 83 %. Le nombre de pays ayant imposé l'iodation du sel a augmenté progressivement au fil du temps pour atteindre un total de 108 à l'heure actuelle (figure 3.2). Entre 2014 et 2017, par exemple, six pays ont adopté une nouvelle loi sur l'iodation du sel²⁰. D'après les informations disponibles sur l'utilisation du sel iodé, l'Iodine Global Network et l'UNICEF estiment que plus de 6 milliards de personnes consomment du sel iodé à l'échelle mondiale²¹. À ce jour, l'iodation du sel incarne l'exemple le plus important d'enrichissement des aliments à grande échelle²². Seuls 19 pays présentent encore une consommation d'iode insuffisante, soit un renversement spectaculaire par rapport aux 110 pays recensés en 1993²³ (ce calcul s'appuie sur la définition de l'apport suffisant en iode telle que proposée par l'OMS, c'est-à-dire la proportion d'adultes présentant une concentration urinaire en iode médiane $\geq 100 \mu\text{g/l}$).

On estime que l'iodation du sel a permis d'éviter 750 millions de cas de goitre ces 25 dernières années²⁴. L'Éthiopie est un exemple de progrès en la matière : en 2005, la couverture nationale du sel iodé était de 4,2 %²⁵. À la fin de l'année 2014, 95 % des ménages avaient accès à du sel iodé (dont la quantité d'iode pouvait varier)

FIGURE 3.2
Législations nationales en matière d'iodation du sel



Source : Global Fortification Data Exchange 2018.

et 42,7 % des ménages avaient accès à du sel suffisamment iodé²⁶. Cette progression est le résultat d'efforts multisectoriels assidus déployés à plusieurs niveaux et impliquant des partenariats publics-privés qui se sont attelés à remplir les missions suivantes : améliorer les chaînes d'approvisionnement, impliquer le secteur privé, formuler de nouveaux engagements publics pour l'application de la législation sur l'iodation du sel et mobiliser l'assistance technique fournie par les organismes internationaux.

Un récent examen des programmes nationaux d'enrichissement des aliments à grande échelle a mis en lumière plusieurs ingrédients indispensables à leur réussite²⁷.

- Ils doivent tenir compte du nombre de personnes souffrant de malnutrition, de l'endroit où ces personnes vivent et de la nourriture qu'elles consomment. Leur réussite dépend du type d'aliments enrichis et de la proportion qui a subi une transformation industrielle.
- Ils doivent intégrer l'enrichissement des aliments dans les stratégies nationales pour la nutrition au sens large.
- Les gouvernements nationaux doivent s'engager à déployer les capacités et les ressources nécessaires à un contrôle de qualité efficace, ainsi qu'à maintenir leurs engagements en la matière sur le long terme.
- Les programmes doivent réaliser des examens périodiques pour vérifier les hypothèses relatives au modèle alimentaire.
- Ils rendent l'enrichissement des aliments obligatoire afin de répondre à un besoin ou un risque de santé publique important.

Toutefois, un certain nombre d'obstacles empêchent l'enrichissement des aliments à grande échelle de produire pleinement les effets escomptés. Premièrement, plusieurs pays souffrant d'un niveau élevé de faim insoupçonnée n'ont pas encore lancé de programme d'enrichissement des aliments. Par exemple, 62 pays à revenu faible ou intermédiaire ne se sont pas encore dotés de programmes d'enrichissement du blé, du maïs ou du riz, alors qu'ils respectent les critères généraux²⁸ pour mettre en œuvre une telle intervention²⁹. De même, une sélection appropriée de vecteurs alimentaires – ceux régulièrement consommés par une large proportion de la population, en particulier les plus vulnérables – associée à des mécanismes d'application efficaces induiront une hausse substantielle de l'impact potentiel des programmes d'enrichissement³⁰.

Deuxièmement, la qualité et la conformité des produits alimentaires enrichis doivent être renforcées et prises en compte par les systèmes de contrôle alimentaire de routine. L'examen des activités externes d'assurance qualité des programmes d'enrichissement des aliments mis en place dans 25 pays a montré que le pourcentage d'aliments conformes aux normes nationales se situait en moyenne entre 45 et 50 %³¹. De même, des enquêtes menées entre 2014 et 2017 dans neuf localités réparties dans sept pays à revenu faible et intermédiaire ont révélé un taux de couverture relativement faible³². En moyenne, 35 % de la farine de blé consommée dans ces neuf localités pourrait être enrichie (transformée de manière industrielle) et pourtant seuls 18,5 % de la quantité totale de farine de blé disponible est enrichie. Près de trois quarts des personnes (72 %) consomment de l'huile alimentaire qui pourrait être enrichie, mais seulement 42 % de la quantité totale d'huile consommée est effectivement enrichie. Pour ce qui est de la farine de maïs, 48 % des personnes consomment de la farine de maïs qui pourrait être enrichie, mais seulement 29 % de la quantité totale consommée est enrichie³³.

Cette faible couverture associée à un manque de respect des normes nationales est incontestablement le problème le plus sérieux auquel font face les pays ayant déjà mis en place des programmes obligatoires d'enrichissement des aliments à grande échelle, car il empêche ces derniers d'atteindre les résultats visés en matière de santé.

Troisièmement, la plupart des programmes d'enrichissement des aliments ont été considérés comme des interventions verticales, avec un alignement ou une harmonisation limité(e). Bien que les acteurs et les parties prenantes impliqués dans l'enrichissement des différents vecteurs alimentaires soient en grande partie les mêmes, aucun lien n'a été établi entre les programmes dans le but d'identifier les possibles synergies et les possibilités d'améliorer l'efficacité de la conception, de la mise en œuvre et du suivi.

Enfin, peu d'évaluations des programmes nationaux ont mesuré l'impact de l'enrichissement d'un point de vue biologique (p. ex., sur l'anémie ferriprive) et fonctionnel (p. ex., sur le développement de l'enfant)³⁴.

Il est urgent d'adopter une nouvelle approche de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes en temps de crise

Comprendre la crise et la fragilité

Selon les estimations de la Banque mondiale, près de 2 milliards de personnes vivent actuellement dans des pays touchés par la fragilité, le conflit et la violence³⁵ et 36 pays ou territoires sont considérés comme étant en situation de fragilité³⁶. Les crises revêtent plusieurs formes, telles que la détérioration de la gouvernance, les crises politiques prolongées, la transition après un conflit et les processus fragiles de réforme, souvent sur fond de pénurie des ressources naturelles et de changement climatique. La Banque mondiale estime également que la proportion de personnes extrêmement pauvres vivant dans des zones en proie à des conflits atteindra 50 % d'ici à 2030³⁷.

Les crises entraînent des déplacements massifs de populations, que ce soit à l'intérieur d'un pays (40 millions de personnes déplacées selon les estimations) ou vers les pays voisins (25,4 millions de réfugiés)³⁸. Ces flux sont inédits dans l'histoire contemporaine et on estime à environ 201 millions le nombre de personnes à travers le monde ayant besoin de l'aide humanitaire³⁹. Plus de deux tiers de tous les réfugiés viennent de seulement cinq pays (Soudan du Sud, Somalie, Afghanistan, Myanmar et Syrie) et plus de la moitié de la population de réfugiés est âgée de moins de 18 ans⁴⁰. Les déplacements massifs de populations s'accompagnent d'un risque accru de malnutrition, d'insécurité alimentaire et sociale, de maladies, de perte des moyens de subsistance et des perspectives économiques, et de décès⁴¹.

L'un des principaux messages du *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* se résume ainsi : la paix et la stabilité (ODD 16) sont essentielles à la bonne nutrition. Or, un nombre croissant de pays sont touchés par la guerre, l'instabilité et les catastrophes climatiques. Ces perturbations contribuent largement à la grave insécurité alimentaire dont sont victimes 124 millions de personnes réparties dans 51 pays⁴². Selon le *Rapport mondial sur les crises alimentaires*, ce chiffre aurait augmenté de 11 millions depuis 2016, soit une hausse de 11 %. Par ailleurs, le rapport indique que cette hausse est due à l'émergence de nouveaux conflits ou à l'intensification des conflits existants au Yémen, au (nord du) Nigéria, en République démocratique du Congo, au Soudan du Sud et au Myanmar. La sécheresse persistante a également joué un rôle majeur dans des pays comme le Kenya, la Somalie et l'Ouganda, ainsi qu'en Afrique australe.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* a aussi souligné le fait que l'état de famine avait été déclaré cette année au Soudan du Sud et qu'un risque élevé de famine avait été enregistré au (nord du) Nigéria, en Somalie et au Yémen. Les crises touchant ces quatre pays ont contraint quelque 10 millions de personnes à quitter leur domicile et conduit 31,6 millions à vivre en situation de crise⁴³. Face à ces crises, le budget de financement des interventions humanitaires dans lesdits pays a plus que doublé, passant de 2,9 milliards de dollars US en 2013 à plus de 6,5 milliards en 2017. Il s'élèverait actuellement à 7,27 milliards de dollars US pour 2018⁴⁴.

Les formes cumulées de la malnutrition en situations de crise

Les efforts visant à lutter contre la malnutrition en situations de crise ont toujours eu comme but premier de sauver des vies en dépistant et en prenant en charge l'émaciation mais aussi en protégeant et promouvant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Ces efforts sont indispensables dans les zones où le taux d'émaciation est élevé, a augmenté ou est susceptible d'augmenter, comme c'est le cas dans les pays vulnérables à la famine, tels que la Somalie, le Yémen, le Soudan du Sud et le (nord du) Nigéria.

Néanmoins, la réalité concernant le fardeau de la malnutrition est aujourd'hui beaucoup plus complexe. La plupart des enfants émaciés à l'échelle mondiale ne vivent pas dans un contexte humanitaire. D'autre part, en situation de crise, ils ne sont pas confrontés uniquement au problème de l'émaciation. De plus en plus de données montrent que la fragilité, les conflits et la violence ont un impact sur toutes les formes de malnutrition. L'émaciation et le retard de croissance apparaissent aussi bien en temps de crise qu'en situation de stabilité et on note des effets cumulatifs et des relations de cause à effet entre ces deux formes de malnutrition⁴⁵. La coexistence de l'émaciation et du retard de croissance fait peser un plus lourd fardeau sur les jeunes enfants (voir Gros plan 2.5, chapitre 2) et les femmes enceintes en proie aux conflits donnent naissance à des enfants en insuffisance pondérale, transmettant ainsi les effets néfastes des conflits de génération en génération⁴⁶.

Bien que le risque accru d'émaciation dans ces contextes de crise est bien connu, de plus en plus de preuves montrent également un niveau élevé de retard de croissance, susceptible d'augmenter en cas de crise prolongée. Les données nationales sur le retard de croissance établissent un parallèle intéressant : la prévalence du retard de croissance est considérablement plus élevée dans les pays touchés par des conflits (figure 3.3). Selon d'autres estimations, entre 45 et 75 %^{47, 48}

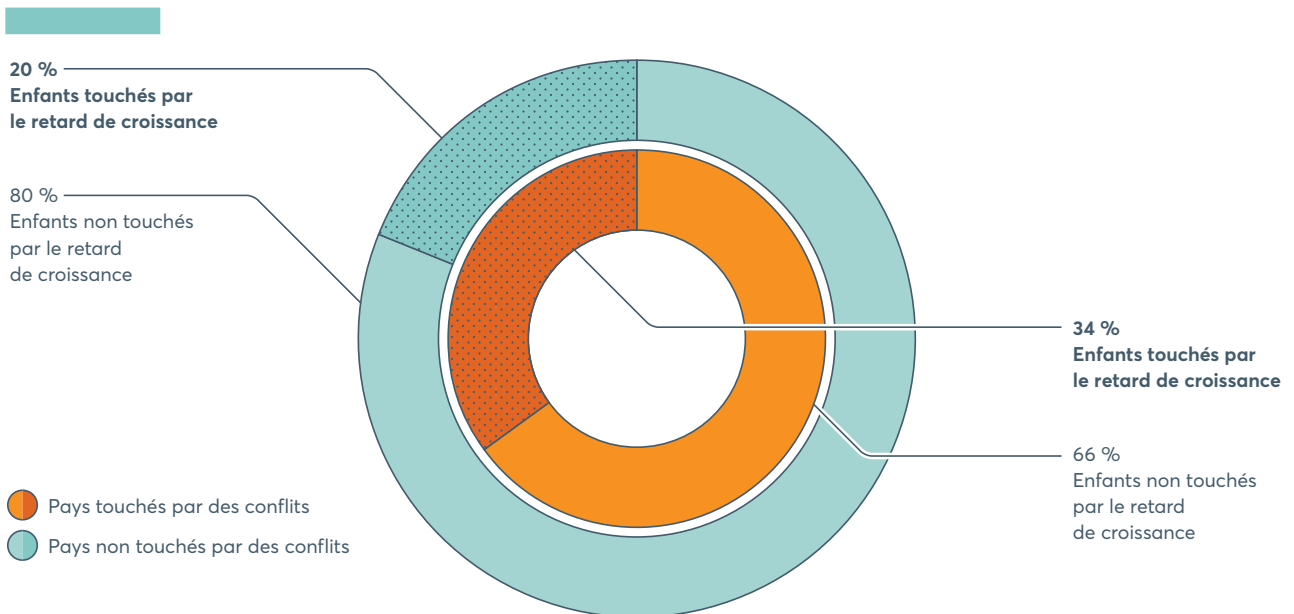
de la charge mondiale du retard de croissance se concentre dans les États fragiles. Toutefois, cette fourchette est large et des données et analyses supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces estimations⁴⁹.

Par ailleurs, jusqu'à récemment, les carences en micronutriments (à l'exception d'un foyer de scorbut et de carences en vitamines B chez les réfugiés dans les années 1980 et au début des années 1990) et les maladies non transmissibles (MNT) ou l'obésité n'ont que rarement attiré l'attention des personnes chargées d'intervenir en cas de crise. On note aujourd'hui un changement et une reconnaissance croissante de la charge élevée que représentent les multiples formes de malnutrition dans les contextes de crise complexe et prolongée⁵⁰.

La vaste population de réfugiés au Moyen-Orient est un exemple de la concomitance des fardeaux de l'émaciation, du retard de croissance, des carences en micronutriments et de l'obésité. Le Gros plan 3.3 décrit les actions qui ont été mises en place pour lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes au sein des populations de réfugiés touchées par les crises au Liban.

FIGURE 3.3

Prévalence du retard de croissance dans les pays en situation de conflit par rapport aux pays en paix



Source : initiatives de développement basées sur l'Indice de gestion des risques INFORM et les données des estimations conjointes sur la malnutrition⁵¹

Remarques : la prévalence est pondérée en fonction de la taille de la population, sur la base des données disponibles pour 148 pays. Un pays est considéré comme touché par des conflits s'il obtient un résultat de 7 ou plus sur l'indicateur INFORM de l'intensité actuelle des conflits.

Mesures de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes parmi les réfugiés au Liban

Hala Ghattas, Zeina Jamaluddine et Chaza Akik

On estime aujourd'hui qu'une personne sur cinq vivant au Liban est réfugiée. Le Liban, ce petit pays méditerranéen au revenu intermédiaire, a accueilli officiellement 992 127 réfugiés syriens depuis 2011⁵², environ 260 000 à 280 000 réfugiés palestiniens⁵³ depuis 1948, ainsi que 32 274 réfugiés palestiniens supplémentaires en provenance de Syrie⁵³. Au Liban, un pays déjà confronté à ses propres défis en matière de nutrition qui connaissent une évolution rapide, ces réfugiés de longue date sont victimes de la concomitance des fardeaux de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire, de la mauvaise alimentation, de l'incidence croissante du surpoids et de l'obésité, et des taux élevés de MNT.

La plupart des réfugiés palestiniens vivent dans des conditions déplorable au sein de campements et regroupements urbains et dépendent des services déjà sursollicités de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) pour l'éducation, les soins de santé et l'aide sociale. Sur l'ensemble des ménages de réfugiés, 62 % sont victimes d'insécurité alimentaire et 47 % des personnes âgées de 25 à 59 ans déclarent souffrir d'une maladie chronique, l'hypertension et le diabète étant les plus courantes⁵⁵.

À ce jour, le conflit syrien aurait fait 6,2 millions de personnes déplacées et 5,1 millions de réfugiés contraints de rejoindre les pays voisins, à savoir la Jordanie, le Liban et la Turquie⁵⁶. Depuis 2011, les réfugiés venus de Syrie se sont répartis sur l'ensemble du territoire libanais et vivent dans des communautés d'accueil ou des campements informels. Leur niveau de sécurité alimentaire s'aggrave chaque année, avec une hausse de la consommation alimentaire des ménages mauvaise ou médiocre qui est passée de 13 % en 2014 à 38 % en 2017^{57, 58}. Leur régime alimentaire est particulièrement pauvre en viande, en fruits et en légumes riches en micronutriments^{59, 60}. De plus, l'alimentation des enfants est peu variée, avec seulement 9 % des enfants âgés de 6 à 23 mois bénéficiant de la diversité alimentaire minimum requise⁶¹. En 2016, la prévalence globale de la malnutrition aiguë et du retard de croissance chez les enfants âgés de 0 à 59 mois était respectivement de 2 % et 15 %⁶². Dans le même temps, 34 % et 29 % des adultes âgés de 18 à 69 ans étaient respectivement en surpoids et obèses, et 49 % présentaient une élévation du taux de cholestérol total⁶³. Enfin, plus de la moitié des ménages de réfugiés syriens comptaient un membre atteint d'une des cinq MNT⁶⁴.

Face à ces problèmes, les organisations humanitaires ont élaboré des programmes pour répondre à la fois aux besoins fondamentaux et urgents des populations réfugiées et à leurs besoins sur le long terme en matière de soins de santé. Parmi les exemples de programmes figurent :

L'offre de repas scolaires et d'une éducation nutritionnelle

Le Programme alimentaire mondial (PAM) pilote un programme de distribution de repas scolaires dans 38 écoles publiques du Liban qui répond aux besoins des enfants libanais et des réfugiés syriens⁶⁵. Plutôt que de se concentrer sur l'augmentation de l'apport en calories, le PAM a adapté son programme aux besoins contextuels, en améliorant la diversité alimentaire grâce à la distribution de fruits frais et de lait à l'école et en dispensant une éducation nutritionnelle.

Deux écoles primaires de l'UNRWA ont lancé un programme pilote Healthy Kitchens qui consiste à distribuer tous les jours, avec l'aide de femmes réfugiées formées aux questions de sécurité alimentaire et d'hygiène, des encas sains aux réfugiés palestiniens scolarisés. Ces programmes ont permis d'améliorer la sécurité alimentaire, le soutien social et la santé mentale des femmes, de renforcer la diversité alimentaire des enfants et de réduire leur consommation de desserts et de boissons sucrées^{66, 67}.

Les programmes de distribution alimentaire et d'assistance pécuniaire

Différents bons alimentaires électroniques et programmes d'allocation en espèces multi-usage ont été instaurés au fil des années dans le but de fournir des denrées et d'autres produits de base aux sous-populations vulnérables de réfugiés, dont les Syriens et les Palestiniens. Les évaluations d'impact ont montré que les programmes d'allocation en espèces multi-usage augmentaient les dépenses alimentaires, mais n'amélioraient pas l'accès aux services de santé. Les bons alimentaires électroniques et les allocations en espèces ont tous deux contribué à améliorer la diversité alimentaire et d'autres

indicateurs de la sécurité alimentaire, avec des améliorations plus marquées chez les personnes recevant des allocations en espèces non affectées à un usage spécifique que chez les personnes bénéficiant de bons alimentaires électroniques.

Le renforcement des systèmes de soins de santé locaux

En collaboration avec le ministère libanais de la Santé publique, le HCR a répondu aux besoins fondamentaux en matière de soins de santé et à la charge élevée des MNT qui pèse sur les réfugiés syriens en soutenant le système de soins de santé primaires grâce aux soins subventionnés et en instaurant un système d'orientation vers les soins secondaires et tertiaires. Les traitements pris en charge sont subventionnés aux trois quarts (75 %) et jusqu'à 100 % pour les sous-groupes vulnérables. L'UNRWA gère également un système de soins de santé primaires complet offrant une couverture totale aux réfugiés palestiniens. Il comprend notamment des programmes de dépistage ciblés des MNT, ainsi qu'un système d'orientation couvrant 90 % des soins secondaires et tertiaires. Un projet pilote innovant lancé dans les centres de soins de santé primaires publics et de l'UNRWA a mis à l'essai une application de santé en ligne visant à améliorer le dépistage et l'orientation des cas de MNT.

Dans ce contexte, le prochain défi à relever consiste à assurer la pérennité de ces programmes afin de promouvoir une alimentation saine pour les enfants et d'améliorer au fil du temps la sécurité alimentaire et l'accès aux services de santé de ces populations vulnérables, en particulier lorsque les organismes humanitaires sont de plus en plus menacés par les coupes budgétaires.

Renforcer la résilience nutritionnelle en resserrant les liens entre les acteurs humanitaires et du développement⁶⁸

L'un des nouveaux enjeux de taille consiste à renforcer la résilience à la malnutrition dans les contextes de fragilité et d'instabilité croissantes, et d'identifier les différentes formes de malnutrition qui touchent les populations. L'intérêt croissant pour la résilience est motivé par la constatation qu'environ 86 % de l'aide humanitaire internationale est destinée aux pays touchés par des crises à moyen et long terme⁶⁹. Pourtant, l'aide est principalement apportée sous forme de programmes à court terme qui ne permettent pas le renforcement de la résilience nécessaire pour éviter que l'état nutritionnel des populations touchées par les crises ne se dégrade.

De plus en plus d'enseignements sont tirés quant aux ingrédients nécessaires au renforcement de la résilience nutritionnelle, y compris planifier des interventions, mettre en place des systèmes d'alerte précoce et de capacités de secours pour déployer les systèmes à plus grande échelle, renforcer les capacités humaines et financières et impliquer un plus grand nombre de secteurs^{70,71}. Un ingrédient essentiel de ce processus de renforcement de la résilience est le rapprochement des communautés humanitaires et du développement⁷² qui contribuera, en particulier dans les contextes de crise prolongée, à penser et élaborer des politiques et cadres communs, à adopter des mécanismes de crédits et de financement prévisibles et à garantir l'équilibre de l'ensemble des interventions nutritionnelles à fort impact et des autres programmes sectoriels, tels que les programmes de protection sociale.

Le manque de reconnaissance de la malnutrition en dehors des cas d'émaciation dans les contextes de crise peut s'expliquer par le fait que l'émaciation et le retard de croissance ont toujours été traités de manière cloisonnée entre les secteurs de l'humanitaire et du développement, l'émaciation étant largement considérée comme un problème « humanitaire » et le retard de croissance comme un problème « de développement »⁷³. Les discussions relatives aux modalités de rassemblement des deux communautés se sont intensifiées au cours du Sommet mondial sur l'action humanitaire 2016, avec des participants appelant au renforcement des liens entre les programmes humanitaires et de développement⁷⁴. L'un des principaux engagements pris lors du sommet consiste à « dépasser le clivage humanitaire-développement »⁷⁵ en « resserrant les liens entre les acteurs humanitaires et les acteurs du développement ». Depuis lors, le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) a élaboré le cadre « Une nouvelle façon de travailler » qui appelle au renforcement de l'analyse, de la planification, de la coordination et du financement conjoint des secteurs de l'humanitaire et du développement afin d'encourager les résultats collectifs.

Les organisations, telles que le PAM, qui se prévalent de décennies d'expérience dans l'aide humanitaire passent actuellement de mécanismes d'intervention d'urgence à court terme à un financement sur une période de trois à cinq ans et intègrent des objectifs clairs de réduction du retard de croissance dans les stratégies nationales. Le Groupe de la nutrition du Comité permanent interorganisations⁷⁶, qui soutient la coordination des interventions nutritionnelles en situations de crise, axe de plus en plus ses efforts sur des ensembles intégrés d'interventions de prévention de la famine qui comprennent des mesures liées à la nutrition, à la sécurité alimentaire, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et à la santé. De tels programmes ont été mis en œuvre pour la première fois au nord du Nigéria, au Soudan du Sud, en Somalie et au Yémen en 2017. Certains pays reconnaissent également le besoin de renforcer la résilience grâce à une approche davantage axée sur le développement, dans un domaine longtemps considéré comme relevant de l'humanitaire. L'approche du gouvernement du Kenya offre un exemple d'approche de renforcement de la résilience dirigée par un pays. Elle démontre qu'une approche davantage tournée vers le développement peut permettre de réduire la charge qui pèse sur les interventions humanitaires traditionnelles, tout en profitant aux populations exposées aux crises.

Un obstacle au rapprochement des communautés humanitaire et de développement réside dans le manque de données agrégées et ventilées indiquant la portée et les schémas des multiples formes de malnutrition, ainsi que les liens qu'elles entretiennent. Des données plus complètes sont nécessaires pour défendre efficacement le type de réforme institutionnelle qui permettra de répondre de manière adaptée à ces multiples charges avant, pendant et après les crises. L'association simultanée d'un plus grand nombre de données décrivant les charges multiples et d'une meilleure efficacité des interventions de lutte contre les multiples formes de malnutrition devrait permettre d'accélérer les réformes institutionnelles. Ces dernières soutiendront l'adoption d'un ensemble plus complet d'interventions humanitaires et de développement.

Le financement constitue également un problème majeur. Parmi les contextes extrêmement fragiles et touchés par les conflits, figurent le Soudan du Sud, où plus de la moitié de l'aide reçue est humanitaire⁷⁷, et la Somalie, pays bénéficiaire d'une aide humanitaire continue depuis environ trois décennies et dans lequel plus de la moitié (56 %) de l'aide est destinée à l'humanitaire⁷⁸. Dans de tels contextes, les gouvernements pourraient faire preuve d'une plus grande transparence et de se montrer plus responsables dans leurs processus d'aide et de financement. Par ailleurs, les donateurs pourraient être moins réticents à la prise de risques et envisager des financements étendus sur plusieurs années, ainsi qu'un regroupement des ressources et un appui budgétaire direct avec pour but éventuel d'instaurer des services financés et contrôlés par le gouvernement. Les partenaires de mise en œuvre pourraient aussi mener une réflexion plus stratégique sur la manière de renforcer les services du gouvernement et d'autres organismes locaux en élaborant des programmes durables et évolutifs dans ces environnements complexes. La communauté humanitaire ne parviendra pas à renforcer la résilience nutritionnelle à elle seule, sans l'engagement effectif des acteurs du développement et sans s'interroger sur la façon d'utiliser le financement de l'aide humanitaire de manière plus flexible et davantage tournée vers la résilience et le développement. À l'heure actuelle, le financement est imprévisible et à court terme. En outre, la planification des activités consiste à répéter des cycles de projet d'un an qui permettent, certes, de sauver des vies, mais n'empêchent pas la malnutrition en tout premier lieu.

Le Gros plan 3.4 décrit une approche pouvant être mise en œuvre pour permettre aux systèmes de santé de gérer efficacement toute hausse soudaine de l'émaciation, tout en collaborant avec divers secteurs pour empêcher, au travers des interventions de réponse à la crise, l'émaciation et le retard de croissance.

L'approche de renforcement de la résilience du Kenya

Jeremy Shoham et Carmel Dolan

L'économie du Kenya est en pleine croissance et s'est fixé des objectifs de développement ambitieux pour 2030. Pour atteindre ces objectifs, l'architecture humanitaire du pays a été largement repensée et remplacée par une plus grande proportion d'investissements gouvernementaux en faveur d'une meilleure résilience et de la mise en place de programmes de protection sociale et de systèmes d'intervention rapide.

En matière de nutrition, l'un des changements clés consiste à intégrer la prise en charge de l'émaciation dans le système de santé et à adopter un système de secours qui permette une prise en charge rapide dans les zones arides et semi-arides les plus vulnérables aux crises. Ces dernières années, le gouvernement du Kenya a élaboré des programmes de protection sociale dans ces zones (financés à 65 % par le gouvernement) et un programme de transfert en espèces concernant jusqu'à un demi-million de personnes. Des programmes de protection sociale financés par le gouvernement ont également été mis en œuvre au profit des personnes âgées, des personnes lourdement handicapées, des orphelins et des enfants vulnérables, ainsi qu'un programme de transfert en espèces créateur d'actifs déployé par le PAM.

Les programmes pour la résilience sont devenus un élément central du Plan de développement national à moyen terme du Kenya et un pilier du cadre *Ending Drought Emergencies* (EDE). Ce cadre entend avant tout renforcer les systèmes qui facilitent une réponse plus rapide face aux menaces de sorte à empêcher la survenue d'une crise généralisée, notamment en diversifiant les moyens de subsistance et en anticipant les risques. Ces systèmes ont largement remplacé les systèmes d'intervention humanitaire traditionnels au Kenya. L'autorité nationale de gestion des sécheresses, qui a déployé l'EDE, élabore des programmes à la fois humanitaires et de développement et œuvre dans les 23 comtés les plus vulnérables. La nutrition est une question transversale et le retard de croissance incarne l'un des principaux indicateurs de progrès de l'EDE.

En 2011, la réponse à la grave sécheresse qui a touché la Corne de l'Afrique et notamment une grande partie du Kenya a été tardive et mal coordonnée, a bénéficié de maigres investissements et d'une faible impulsion de la part du gouvernement, a accordé peu d'attention au renforcement de la résilience à la sécheresse et a enregistré des niveaux élevés d'émaciation et de décès chez les enfants. À l'inverse, la réponse à la sécheresse de 2016-2017 a été déclenchée plus tôt et malgré le taux d'émaciation encore élevé dans de nombreux pays touchés, le nombre de décès avait diminué. De manière générale, la réponse à la sécheresse de 2016-2017 a prouvé que les systèmes du Kenya étaient désormais axés sur la réduction des risques et le déploiement d'une réponse plus rapide et plus efficace face aux crises. Plusieurs facteurs ont favorisé cette mutation et ont contribué conjointement à renforcer considérablement les liens entre les acteurs humanitaires et les acteurs du développement. Parmi eux figurent les leviers suivants :

1. La croissance économique nationale : le Kenya appartient désormais à la catégorie des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure).
2. La direction de la réponse à la crise assumée en grande partie par le gouvernement, avec les partenaires humanitaires apportant une aide complémentaire plutôt qu'une intervention de première ligne et les partenaires de développement assurant des investissements alignés sur les priorités nationales de réduction des risques.
3. La décentralisation du pouvoir depuis 2012 qui a laissé aux autorités locales la liberté de gérer directement les budgets, de définir les priorités à l'échelle des districts et de répondre rapidement aux crises émergentes.
4. L'élaboration et la mise en œuvre initiale du cadre EDE pour établir des liens plus étroits entre le secteur et le système de l'humanitaire et du développement.
5. Le renforcement des systèmes de santé et l'adoption d'un système de secours pour prendre en charge l'émaciation suffisamment tôt.
6. L'instauration de systèmes de protection sociale évolutifs pour les populations les plus vulnérables.

Comblent l'écart entre les secteurs de l'humanitaire et du développement

Anushree Rao

En 2013, à l'occasion du premier sommet Nutrition pour la croissance (N4G), *Concern Worldwide* s'est engagé à verser 116,7 millions de dollars US en faveur des programmes de nutrition, principalement au profit des États fragiles. Cet engagement financier a été honoré plus rapidement que prévu et une nouvelle promesse de 100 millions de dollars US a été formulée pour la période 2018-2020.

Ce financement est utilisé pour tester et mettre en œuvre des solutions flexibles dans certaines des régions et des communautés les plus difficiles à atteindre, y compris des programmes conçus pour prendre en charge la malnutrition aiguë et renforcer la résilience face à cet état pathologique.

Les fonds versés par *Concern Worldwide* visaient notamment à renforcer le système de secours permettant la gestion communautaire de la malnutrition aiguë. Ce dernier permet aux systèmes de santé des contextes fragiles de gérer efficacement la malnutrition aiguë de routine, tout en fixant un seuil au-delà duquel une réponse humanitaire « de secours » est déclenchée. Il a été mis en œuvre au Kenya, en Ouganda, au Niger et, dans une certaine mesure au Tchad. Le programme pilote déployé dans le district de Marsabit au Kenya a montré que les alertes précoces et les interventions rapides en parallèle des programmes de nutrition à plus long terme pouvaient contribuer à combler l'écart entre les secteurs de l'humanitaire et du développement. Une évaluation est parvenue à la conclusion que le système de santé était mieux équipé pour faire face à l'augmentation des cas de malnutrition aiguë lors des crises prévisibles, sans pour autant entraver les efforts à long terme en matière de santé et de nutrition. Le gouvernement du Kenya a désormais pour objectif d'intégrer la gestion d'urgence de la malnutrition aiguë à l'échelle communautaire dans les établissements de santé desservant d'autres zones en proie aux sécheresses.

Concern Worldwide a également financé des programmes conçus pour renforcer la résilience à la malnutrition aiguë, notamment un programme de résilience communautaire face à la malnutrition aiguë (*Community resilience to acute malnutrition [CRAM]*) au Tchad dont le but est d'améliorer la nutrition des jeunes enfants et de renforcer la résilience communautaire aux crises et aux chocs ayant des répercussions néfastes sur la santé et la nutrition. Le programme a permis d'atteindre 4 000 foyers grâce à un ensemble de services de nutrition et de santé intégrés, de services WASH et de méthodes de gestion de l'agriculture et du bétail respectueuses du climat. Une évaluation d'impact du CRAM⁷⁹ a démontré que le programme avait empêché la hausse de l'émaciation et du retard de croissance, augmenté le taux d'allaitement exclusif au sein des enfants de moins de six mois, amélioré l'accès aux puits et aux latrines et leur utilisation, et renforcé la sensibilisation à l'importance du lavage des mains (mais non la pratique). Le taux d'émaciation dans les populations ayant bénéficié du programme CRAM s'est stabilisé, à l'inverse de celui des groupes témoins qui a augmenté. De même, la prévalence du retard de croissance chez l'enfant dans les populations du CRAM était inférieure de 7 % à celle des groupes témoins. Le programme CRAM a montré que l'intégration de multiples secteurs, tels que l'agriculture, WASH, les moyens de subsistance, le genre et la santé, pouvait réduire considérablement la malnutrition chez l'enfant. Toutefois, l'impact du CRAM sur l'insécurité alimentaire reste flou.

Le fardeau de la malnutrition chez les adolescents

On constate une prise de conscience croissante de l'importance de la santé et de la nutrition chez l'adolescent et il est de plus en plus reconnu qu'investir en faveur de cette période cruciale de la vie est indispensable pour atteindre les cibles et objectifs mondiaux⁸⁰. En 2017 et 2018, deux appels à l'action ont été lancés concernant la nutrition des adolescents. Le premier, le programme *Agenda for Action to Close the Gap on Women's and Girls' Nutrition*, a été lancé en 2017, dans le cadre du sommet mondial sur la nutrition de Milan qui a appelé les acteurs de la nutrition à adopter une approche axée sur le cycle de vie et qui donne la priorité aux adolescents⁸¹. Le second appel à l'action, intitulé *Better Data Now to Drive Better Policies and Programs in the Future*, a été lancé en 2018. Ce dernier a été publié à la suite d'une consultation des parties prenantes en octobre 2017 sur le thème « Nutrition des adolescentes : preuves, orientations et lacunes » organisée conjointement par le projet *Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally project (SPRING)* d'USAID et de l'Organisation panaméricaine de la santé. Plus de 100 organisations sont aujourd'hui signataires de l'appel, témoignant ainsi de leur engagement envers ce groupe de population capital. L'appel a défini sept actions prioritaires relatives au manque de données, aux politiques, aux indicateurs et à la surveillance.

Sept actions prioritaires pour améliorer la nutrition des adolescentes⁸²

1. Impliquer les adolescentes dans l'élaboration et la mise en œuvre des recherches, politiques, programmes, réglementations et directives et collaborer avec elles en reconnaissant les succès de cette approche dans d'autres secteurs et en s'en inspirant.
2. Évaluer dans quelle mesure les politiques et réglementations en matière de nutrition façonnent l'environnement alimentaire, la nutrition et la qualité du régime alimentaire des adolescentes.
3. Développer et utiliser des indicateurs normalisés pour évaluer la santé, la nutrition et le bien-être social et émotionnel des adolescentes.
4. Veiller à ce que les adolescentes soient prises en compte dans la surveillance nationale de la nutrition, qu'elles soient représentées de manière appropriée dans les enquêtes de population et que des données ventilées spécifiques aux adolescentes soient générées lors du suivi de routine du programme.
5. Réaliser des recherches quantitatives et qualitatives pour mesurer, analyser et traiter les causes sous-jacentes de la malnutrition et les facteurs contextuels influençant les choix alimentaires des adolescentes, leurs pratiques nutritionnelles et alimentaires, leur activité physique et leur bien-être social et émotionnel.
6. Étudier la mise en œuvre afin d'améliorer l'exécution, l'utilisation, la rentabilité et la portée des programmes, tout en analysant l'utilisation des programmes et plateformes existants le cas échéant.
7. Effectuer une évaluation rigoureuse des interventions pour évaluer leur impact et définir l'association et le dosage parfaits de macronutriments et de micronutriments, ainsi que l'âge optimal à laquelle des interventions peuvent être menées auprès des adolescentes, et leur durée, en vue d'accroître les résultats de croissance et de développement.

Cet appel a été lancé sachant que l'adolescence est une étape cruciale de la vie qui conditionne la bonne nutrition et le bien-être des futurs adultes, aussi bien des femmes que des hommes. L'adolescence⁸³ (de 10 à 19 ans) est une période marquée non seulement par la maturation sexuelle, mais aussi par la plus forte croissance de la vie d'un individu, juste derrière sa première année de vie, ainsi que d'importants changements sur le plan anatomique, physiologique et social. De plus en plus de données internationales suggèrent non seulement que l'adolescence peut permettre de rattraper un éventuel léger retard de croissance (taille), mais aussi qu'une croissance optimale pendant cette période peut influencer positivement d'autres principaux résultats, en améliorant les fonctions cognitives et en atténuant les risques de MNT⁸⁴. L'adolescence présente donc une « deuxième fenêtre d'opportunités », non seulement pour ce qui est de l'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel des adolescents, mais aussi pour rompre le cycle intergénérationnel de la malnutrition et de la maladie.

Les adolescentes sont souvent mariées. Cette constatation a son importance, car sur l'ensemble des adolescentes de moins de 18 ans donnant naissance dans les pays en développement, 9 sur 10 sont mariées⁸⁵. Le mariage précoce (entre l'âge de la puberté et le début de l'âge adulte) se pratique dans de nombreux pays. Au Niger par exemple, 76 % des femmes sont mariées avant leurs 18 ans⁸⁶. Les grossesses adolescentes entraînent de plus grands risques en raison de l'immaturité des filles, notamment un risque de mortalité plus élevé et des répercussions néfastes pour la mère et le bébé⁸⁷. On estime que 95 % des accouchements d'adolescentes surviennent dans les pays en développement et que 19 % des jeunes femmes vivant dans ces pays tombent enceintes avant l'âge de 18 ans⁸⁸. Les données montrent qu'un poids maternel pré-grossesse trop faible ou trop élevé entraîne des risques accrus aussi bien pour la mère que pour le bébé. L'insuffisance pondérale pré-grossesse est étroitement liée aux naissances prématurées, au faible poids des bébés pour leur âge gestationnel et à l'insuffisance pondérale à la naissance. De même, le surpoids et l'obésité pré-grossesse sont associés à un risque accru de problèmes d'hypertension, de pré-éclampsie et de diabète gestationnel⁸⁹.

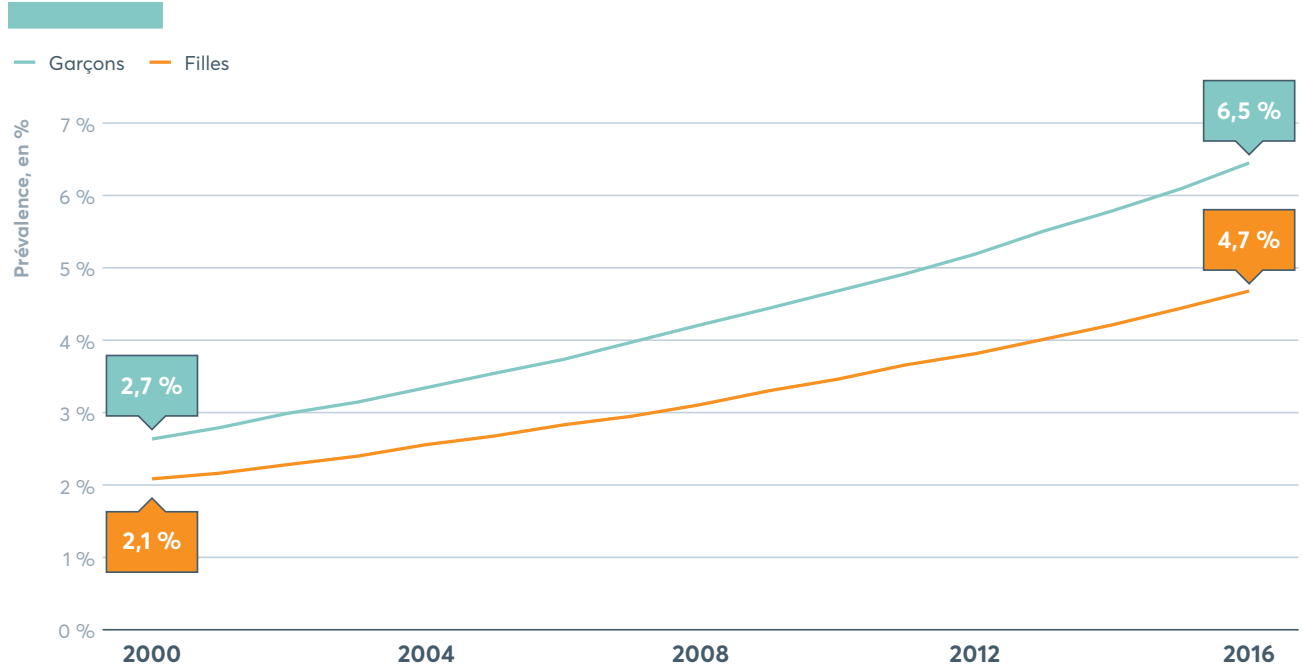
La fragilité biologique, sociale et culturelle de l'adolescence en fait une période singulière de la vie. L'adolescence est considérée comme une période d'ouverture à de nouvelles idées, ce qui en fait un moment idéal pour cibler et améliorer les comportements alimentaires à l'école, à la maison et via les nouvelles technologies, telles que les réseaux sociaux⁹⁰, qui ont une influence sur l'état nutritionnel à l'âge adulte.

L'adolescence est aussi la période durant laquelle des comportements potentiellement néfastes peuvent s'installer. Les données actuelles montrent que les habitudes alimentaires néfastes chez les adolescents empirent (voir le chapitre 4). Alors que l'accent a été mis sur l'insuffisance pondérale chez les adolescents, les données indiquent une hausse significative du surpoids et de l'obésité dans cette tranche d'âge (figure 3.4). Des données collectées dans 200 pays montrent que le taux d'obésité chez l'adolescent et l'adolescente (de 10 à 19 ans) augmente chaque année, pour atteindre respectivement 6,5 % et 4,7 % en 2016. Il est intéressant de constater que les garçons sont plus lourdement touchés par l'obésité et que l'écart entre les garçons et les filles se creuse un peu plus chaque année, comme le montre la figure 3.4. Cependant, davantage de clarté s'impose sur les mécanismes de cette tendance. En Afrique, on note toutefois une plus forte prévalence de l'obésité chez l'adolescente que chez l'adolescent (figure 3.5).

L'élaboration de nouvelles recherches, de nouveaux programmes et de nouvelles politiques atteste au moins de l'intérêt grandissant qui est porté à cette période cruciale de la vie. Certains de ces programmes sont présentés dans le Gros plan 3.5 et montrent que des approches innovantes sont mises en œuvre pour faire entendre la voix des adolescents.

FIGURE 3.4

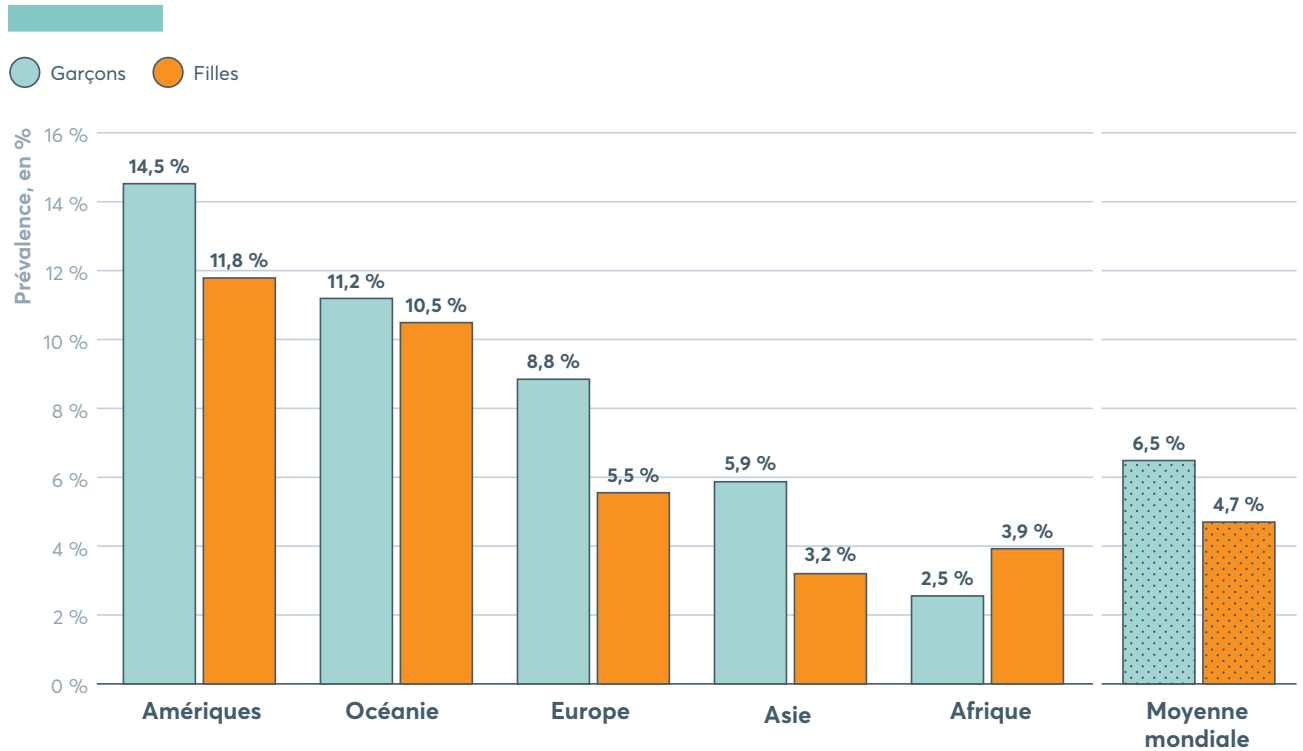
Tendance de l'obésité chez l'adolescent, de 10 à 19 ans, 2000-2016



Source : NCD Risk Factor Collaboration.

FIGURE 3.5

Obésité chez l'adolescent âgé de 10 à 19 ans, ventilée par région, 2016



Source : NCD Risk Factor Collaboration

Remarques : les chiffres de chaque région sont basés sur les données de 195 pays.

Faire entendre la voix des adolescents : de nouvelles recherches, des programmes novateurs et des politiques innovantes pour lutter contre la malnutrition chez l'adolescent

Juliet Bedford, Sarah Parkinson, Ashish Kumar Deo, Siddharth Kanoria, Justin Stokes, Caroline Fall, Sabiha Sultana, Rudaba Khondker, Mary Penny et Knut-Inge Klepp

Des études récentes ont mis en lumière l'importance de la nutrition au moment de l'adolescence, cette période de vie charnière sur laquelle des interventions peuvent avoir de multiples effets positifs. C'est notamment le cas de *Young Lives*, une étude internationale sur la pauvreté des enfants qui suit le développement de 12 000 enfants en Éthiopie, en Inde (dans les États d'Andhra Pradesh et Telangana), au Pérou et au Viet Nam depuis plus de 15 ans. Cette étude de cohorte multinationale contribue à collecter de plus en plus de données prouvant qu'il est possible, dans des conditions favorables (y compris l'existence de programmes tels que les transferts en espèces sous certaines conditions), de rattraper un retard de croissance au cours de l'enfance ou de l'adolescence et d'améliorer ainsi les fonctions cognitives de l'individu⁹¹.

Aujourd'hui, de nouveaux programmes de recherche sont lancés pour examiner de plus près les interventions efficaces en la matière. Par exemple, *Transforming Adolescent Lives through Nutrition* (TALENT) regroupe un consortium de chercheurs du Royaume-Uni, d'Inde, d'Éthiopie, de Côte d'Ivoire, du Kenya, de Gambie et d'Afrique du Sud qui s'attèle à comprendre ce que les adolescents mangent, ce qui influence leur régime alimentaire, tout en proposant des pistes pour rendre leur alimentation plus saine. Créé en février 2018, TALENT est financé par le Conseil de recherche médicale du Royaume-Uni. La première étape de ce projet a consisté à former neuf équipes travaillant dans des centres en Inde et en Afrique à la collecte de données qualitatives sur les jeunes adolescents (de 10 à 12 ans) et les adolescents plus âgés (de 15 à 17 ans). Le but de cette étape est de comprendre ce qui influence les choix et comportements alimentaires des adolescents et comment ces facteurs évoluent tout au long de l'adolescence. TALENT utilisera ces nouvelles connaissances pour développer et évaluer les interventions contextuelles et adaptées à chaque âge qui visent à améliorer la nutrition des adolescents. Le projet s'appuiera sur des méthodes innovantes d'élaboration conjointe des interventions avec les adolescents, leurs communautés et les décideurs politiques en vue d'améliorer la santé des adolescents, aujourd'hui et à l'avenir.

Un autre programme de recherche, baptisé Co-CREATE, a été lancé en 2018⁹². Ce projet financé par l'UE est basé sur la création d'un consortium d'universités, d'organismes nationaux de santé publique et d'organisations de la société civile, et sera opérationnel jusqu'en 2023. Son objectif est de lutter contre le surpoids et l'obésité chez les adolescents européens en promouvant des régimes alimentaires plus sains et une plus grande activité physique. L'aspect novateur de ce projet réside dans les points suivants : 1) il intègre et implique les adolescents dans toutes ses activités et a notamment choisi l'organisation de la jeunesse *Press* (l'organisation de la jeunesse de Save the Children Norvège) comme partenaire officiel du consortium ; 2) il se concentre sur les politiques et adopte une approche systémique de l'analyse des politiques (plutôt que de se concentrer sur une seule méthode de mesure des politiques ou des interventions, à l'image de la plupart des recherches dans ce secteur) ; 3) il accorde une grande attention aux inégalités sociales, en examinant les impacts potentiels distincts qu'une politique ou une intervention a ou pourrait avoir sur les différents groupes sociaux.

Entre 2016 et 2018, un autre projet a utilisé un portefeuille d'outils innovants pour encourager la participation des adolescents et enregistrer leurs priorités et leurs expériences vécues, et ce, dans leurs propres termes. Ce projet, réalisé par *Anthrologica* et le PAM, a impliqué plus de 1 300 adolescentes et adolescents du Cambodge, du Kenya, du Guatemala et de l'Ouganda. Dans le cadre de ce projet, les adolescents ont participé à des ateliers et ont utilisé des outils tels qu'un appareil Polaroid pour souligner les problèmes liés à l'alimentation, à l'agriculture alimentaire et aux aspirations des jeunes en matière d'alimentation. Les participants ont choisi les autoportraits et les graffitis muraux pour illustrer leurs propres expériences et ont créé une carte de leur réseau social pour montrer leurs relations avec leurs amis, leur famille, l'ensemble de leur communauté, les principales personnes d'influence et leurs moyens de communication préférés. L'une des principales conclusions de la recherche consistait en une recommandation exprimée par les adolescents tout au long de l'étude, à savoir que les équipes de projet parlent leur langage et viennent à leur rencontre.

L'étude *Adolescent Motivations Study* menée au début de l'année 2018 par l'Alliance mondiale pour une meilleure nutrition et *Quantum Consumer Solutions* au Bangladesh a elle aussi adopté une approche innovante pour mieux comprendre les perspectives des adolescents. En s'appuyant sur des travaux précédents qui démontraient que la nutrition et la santé figuraient rarement parmi les principaux facteurs de décision, cette étude a adopté des méthodes ethnographiques et qualitatives pour saisir certains aspects oubliés, irrationnels et déterminants de la vie des adolescents et étudier ainsi de plus près leurs motivations. Son but était d'utiliser les motivations identifiées pour élaborer des messages nutritionnels qui améliorent à la fois la qualité du régime alimentaire des adolescents et répondent à leurs désirs et leurs objectifs futurs.

En outre, le gouvernement du Bangladesh redouble d'efforts pour accorder une plus grande attention aux adolescents. Depuis 2010, les politiques nationales du Bangladesh liées à l'éducation, aux enfants, à la santé, à la nutrition et à la population intègrent toutes des mesures sur le développement des adolescents, et des adolescentes en particulier. En 2017, le ministère de la Santé et du Bien-être de la famille a rassemblé ces différents volets dans la stratégie nationale pour la santé des adolescents 2017-2030. Cette stratégie est la seule à avoir impliqué les adolescents dans sa conception et à avoir abordé la question de la santé de façon générale et holistique afin de répondre à l'ensemble des besoins nutritionnels et de santé des adolescents. Elle traite également des questions de la violence à l'égard des adolescents, de la santé mentale des adolescents et des questions transversales de la communication sur les changements sociaux et comportementaux, des adolescents vulnérables et des adolescents en situation difficile.



04

2017. Éthiopie.
Une mère allaitant son fils de 4 mois.
© UNICEF Éthiopie/2017/Demissew Bizuwerk

L'alimentation de la population et ses répercussions

POINTS CLÉS

- 1** Les régimes alimentaires inadaptés constituent une cause courante de malnutrition sous toutes ses formes et contribuent à l'apparition de maladies. L'alimentation est un enjeu important en matière de nutrition et de santé à tous les âges de la vie.
- 2** En raison de la disponibilité et de la qualité défailtantes des données, il est difficile de dresser un panorama complet de l'alimentation des populations à travers le monde, mais des progrès ont été réalisés dans la collecte, le regroupement et l'analyse des données ; nous comprenons donc de mieux en mieux les problématiques liées aux régimes alimentaires.
- 3** Les régimes alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants – s'agissant notamment des niveaux d'allaitement maternel et de diversité alimentaire – ne garantissent toujours pas une bonne nutrition. Des analyses récentes mettent en évidence des différences entre les pays, les catégories de revenu et les environnements (urbains ou ruraux) ; des améliorations sont nécessaires pour garantir aux jeunes enfants un accès à des régimes alimentaires nutritifs dans tous les pays.
- 4** Indépendamment de leur niveau de richesse, les enfants en âge d'être scolarisés, les adolescents et les adultes mangent trop de céréales raffinées et d'aliments ou boissons sucrés, et trop peu d'aliments bénéfiques à la santé comme les fruits, les légumes et les céréales complètes. Une grande part des aliments sous emballage ne remplissent pas les critères d'une alimentation contribuant à une bonne santé.
- 5** Les faits montrent que les interventions visant à améliorer les régimes alimentaires, telles que les mesures budgétaires et les reformulations, peuvent avoir des résultats positifs. Toutes les parties prenantes, y compris les gouvernements et les entreprises, doivent agir de manière plus concertée pour améliorer les régimes alimentaires.

Introduction

Dans ce chapitre, nous mettons en évidence le rôle que joue l'alimentation en tant que cause du fardeau mondial de la malnutrition, mais aussi en tant que solution pour y remédier. Pour ce faire, nous étudions les nouvelles données disponibles sur l'état des régimes alimentaires dans le monde.

Dans le contexte des objectifs de développement durable, garantir pour tous l'accessibilité et la consommation d'une quantité suffisante de nourriture culturellement acceptable, abordable, nutritive et saine représente un défi de taille. Les modèles alimentaires actuels – y compris le niveau d'allaitement maternel des bébés – sont une cause courante de malnutrition sous toutes ses formes (encadré 4.1).

Des déficits de données importants subsistent quant à la nourriture et aux boissons consommées par les habitants de nombreux pays^{1,2}. Par le passé, il a été extrêmement difficile d'obtenir des données adéquates sur les régimes alimentaires pour trois raisons³. Premièrement, bien que quelques pays recueillent régulièrement des données sur la consommation alimentaire depuis plusieurs années, les informations fiables sont obsolètes ou indisponibles dans la grande majorité des pays. Les conclusions sur l'alimentation de la population et l'évolution des modèles alimentaires reposent donc sur des estimations de l'approvisionnement alimentaire national (ce qui est produit, importé et exporté dans un pays), plutôt que sur des mesures directes de la consommation de la population. Il existe de nombreuses études, mais beaucoup se limitent à un champ restreint et utilisent des indicateurs différents ; les données produites ne sont donc pas d'une grande utilité pour comprendre l'impact du régime alimentaire en dehors d'un contexte spécifique.

Deuxièmement, il n'existe aucun consensus parmi les chercheurs quant à une méthode normalisée de mesure des régimes alimentaires qui prenne en compte tous leurs aspects : quantité, diversité, qualité et sécurité adéquates et modérées (encadré 4.1). Les indicateurs existants élaborés pour mesurer l'accès des ménages à la nourriture et leur apport en micronutriments, tels que les scores de diversité alimentaire, ne reflètent pas d'autres aspects de l'alimentation, tels que le risque d'obésité et de maladie non transmissible (MNT) liée à l'alimentation, et n'ont de toute façon pas été prévus à cet effet. Des indicateurs complets ont été élaborés dans les pays à revenu élevé, tels que l'Alternative Healthy Eating Index et divers scores relatifs à des régimes alimentaires méditerranéens, mais ils incluent

des modèles d'alimentation culturels qui ne s'appliquent pas nécessairement dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Troisièmement, le travail nécessaire pour combler le manque de données peut s'avérer coûteux et intensif pour les personnes recueillant les données comme pour celles qui les fournissent.

Du fait de ces problèmes, les appels à améliorer la qualité et la disponibilité des données se sont multipliés⁴. Ce chapitre passe en revue les mesures prises pour améliorer la collecte, la consolidation et l'analyse des données. Il met en évidence des avancées dans des domaines cruciaux : progression de la consolidation et de l'analyse des bases de données mondiales, intensification des efforts visant à favoriser la collecte de données à l'avenir, multiplication des analyses ventilées, et approfondissement des analyses des sources de données relatives aux substituts du lait maternel et aux produits alimentaires sous emballage. Les conclusions tirées des données existantes relatives aux régimes alimentaires des nourrissons, des jeunes enfants, des adolescents et des adultes sont présentées, lorsque le contexte le permet.

L'émergence de données de meilleure qualité sur les régimes alimentaires mondiaux – à savoir les facteurs influant sur l'état nutritionnel et la nourriture consommée – aide à identifier les problèmes fondamentaux et les mesures pouvant être prises par les gouvernements, les entreprises et la société civile. Par exemple, de nouvelles données sur les facteurs influençant la variabilité du coût et de la disponibilité des fruits, des légumes, des fruits à coque, des légumineuses, des aliments d'origine animale, des huiles et des graisses dans différents contextes et à différentes périodes sont utilisées pour mettre sur pied des stratégies d'amélioration de la nutrition plus ciblées.

Régimes alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants

Une nutrition optimale est essentielle dès les premiers mois et premières années de vie. La bonne santé, la croissance et le développement des enfants exigent une alimentation et des pratiques alimentaires adéquates, afin qu'ils réalisent pleinement leur potentiel. Nous comprenons mieux aujourd'hui les variations dans les régimes alimentaires des nourrissons d'un pays à l'autre, au sein d'un même pays et entre les groupes de richesse. L'UNICEF rassemble des données pour huit indicateurs de base de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) : quatre portant sur l'allaitement maternel et quatre portant sur l'alimentation complémentaire (tableau 4.1). Une étude réalisée

en 2016⁵ a analysé des données comparables sur l'allaitement maternel dans les pays à revenu élevé d'une part et les pays à revenu faible et intermédiaire d'autre part, et a mis en évidence des périodes d'allaitement maternel plus courtes dans les premiers que dans les seconds.

Les données mondiales montrent que moins de la moitié (42,4 %) des nouveau-nés sont mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance (« mise au sein précoce ») et que 40,7 % seulement des bébés sont allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 6 mois. Moins de la moitié (45,1 %) des enfants âgés de 20 à 23 mois sont nourris au lait maternel⁶. Une nouvelle initiative lancée en 2017 pour galvaniser l'action internationale en vue de remédier à ce phénomène, le Collectif mondial pour l'allaitement maternel, a par ailleurs observé que les interventions visant à protéger et à promouvoir l'allaitement maternel ne progressent que très lentement (Gros plan 4.1).

ENCADRÉ 4.1

Un régime alimentaire sain

On qualifie de sain un régime alimentaire dont la quantité, la qualité et la sécurité sont suffisantes et équilibrées :

- **Quantité** : le régime alimentaire fournit une énergie alimentaire suffisante pour maintenir le corps en vie, permettre l'activité physique et conserver un poids sain, et suffisamment de macronutriments et de micronutriments pour répondre aux besoins nutritionnels et liés à la santé sans consommation excessive d'énergie alimentaire.
- **Qualité** : le régime alimentaire comporte différents aliments riches en nutriments, issus des groupes d'aliments de base dont les légumes, les fruits, les céréales complètes, les produits laitiers et les aliments riches en protéines d'origine animale et végétale, tout en limitant l'apport en aliments et boissons riches en acides gras saturés et trans, en sel et en sucres ajoutés.
- **Sécurité** : le régime alimentaire est constitué d'aliments ne contenant aucun contaminant biologique, chimique ou physique pouvant entraîner des maladies transmises par la nourriture.

S'appuyant sur les preuves scientifiques disponibles concernant le lien entre alimentation, malnutrition et maladies, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁷ recommande le régime alimentaire suivant pour prévenir la malnutrition sous toutes ses formes ainsi que les MNT :

- Proportion élevée de fruits, légumes, légumineuses (p. ex., lentilles, haricots), fruits à coque et céréales complètes (p. ex., maïs, millet, avoine, riz brun non transformés)
- Consommation modérée d'aliments d'origine animale (p. ex., produits laitiers, viande, œufs, poisson et fruits de mer), consommation limitée de viandes transformées
- Faible apport en sucres raffinés ajoutés aux aliments ou aux boissons par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur, et en sucres concentrés présents naturellement dans le miel, les sirops, les boissons fruitées et les jus de fruits concentrés
- Consommation de graisses ou d'huiles végétales insaturées (que l'on trouve par exemple dans les poissons, les avocats, les fruits à coque, et les huiles de tournesol, de canola et d'olive) de préférence aux graisses saturées (présentes par exemple dans les viandes grasses, le beurre, les huiles de palme et de coco, la crème, le ghee et le lard). Les graisses trans industrielles, ou huiles partiellement hydrogénées (présentes dans les aliments transformés, les produits de la restauration rapide, les snacks, les aliments frits, les aliments cuits au four, les margarines et les pâtes à tartiner) ne font pas partie d'un régime alimentaire sain.

Résultats du Tableau d'évaluation de l'allaitement maternel dans le monde (Global Breastfeeding Scorecard) 2017

Laurence Grummer-Strawn

Une initiative importante a contribué en 2017 à galvaniser le soutien politique et financier en faveur d'une augmentation de l'allaitement maternel dans le monde : le lancement par l'UNICEF et l'OMS du Collectif mondial pour l'allaitement maternel⁸. Ce réseau rassemblant 22 organisations internationales a publié un appel à l'action, a défini sept priorités visant à améliorer le soutien national en faveur de l'allaitement maternel et a mis en place un nouveau Tableau d'évaluation de l'allaitement maternel dans le monde afin d'assurer le suivi de ces priorités. Les résultats publiés en 2018 montrent toute l'ampleur du travail qu'il reste à accomplir^{9,10}. En voici un résumé :

- **Financement** : seuls sept pays dans le monde reçoivent au moins 5 dollars US par naissance pour soutenir les programmes d'allaitement maternel.
- **Réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel** : 35 pays seulement sur 194 disposent de lois couvrant toutes les catégories de lait infantile du commerce, et 96 n'en disposent que pour certaines catégories. Les comptes rendus indiquent que le suivi et la mise en application sont limités.
- **Congé de maternité indemnisé** : sur les 178 pays étudiés, seuls 21 remplissent le critère d'au moins 18 semaines de congé de maternité indemnisé à hauteur du salaire intégral par l'assurance sociale ou des fonds publics.
- **Hôpitaux « amis des bébés »** : si la grande majorité des pays ont mis en œuvre l'initiative Hôpitaux « amis des bébés », 64 d'entre eux n'ont évalué ou réévalué aucune installation au cours des cinq dernières années, ce qui laisse supposer que l'initiative n'est plus aussi active.
- **Conseil en allaitement** : la majorité des pays fournissant des données pour cet indicateur ont intégré le conseil sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans au moins 75 % de leurs établissements de soins de santé primaires. Les données n'indiquent toutefois pas le nombre de femmes bénéficiant effectivement de ces conseils.
- **Programmes de soutien communautaire** : parmi les 93 pays ayant fourni des données, un peu plus de la moitié a indiqué que ces programmes existaient dans plus de 75 % des districts, mais aucune information n'a été donnée sur le nombre de femmes ayant bénéficié de ces programmes ou sur la qualité des services assurés.
- **Évaluations nationales** : 83 pays seulement ont réalisé l'évaluation des politiques et programmes relatifs à l'allaitement maternel et des taux d'allaitement au cours des cinq dernières années, prévue par l'Initiative mondiale de suivi des évolutions de l'allaitement. Ce faisant, 54 pays, pour la plupart à revenu élevé, ne disposent d'aucune donnée comparable sur l'allaitement maternel exclusif.

Le tableau est encore plus sombre en ce qui concerne les aliments solides. Moins d'un enfant sur cinq (15,6 %) âgé de 6 à 24 mois est nourri selon les critères d'une alimentation minimale acceptable. Les deux tiers seulement (68,5 %) des nourrissons âgés de 6 à 8 mois consomment des aliments solides et plus de la moitié (51,2 %) des enfants de 6 à 24 mois ne bénéficient pas du nombre minimal recommandé de repas¹¹ (tableau 4.1).

De nouvelles analyses des données relatives aux ventes montrent qu'un changement considérable (et probablement sans précédent) de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants est en train de se produire à l'échelle mondiale. Les ventes de lait infantile (0-6 mois) sont ainsi passées de 7,1 kg par nourrisson en 2005 à 11,0 kg par nourrisson en 2017, soit une hausse de 54,9 % (3,9 kg). Cette augmentation concerne toutes les régions sauf l'Amérique du Nord, où les ventes sont en légère baisse (figure 4.1). Le changement absolu le plus significatif est observé en Asie, où la Chine compte la deuxième population de nourrissons et de jeunes enfants la plus importante au monde¹².

La hausse des ventes ne se limite pas au lait infantile premier âge standard (destiné aux nourrissons de 0 à 6 mois), mais touche également les laits deuxième âge (7 à 12 mois) et de croissance (13 à 36 mois), qui peuvent être amenés à se substituer à la pratique de l'allaitement au sein s'ils sont commercialisés et consommés de manière inappropriée. En effet, les produits de ces deux dernières catégories sont souvent désignés, emballés et étiquetés de manière similaire au lait infantile premier âge ; leur commercialisation peut ainsi indirectement encourager l'utilisation de ce dernier qui serait alors introduit à tort dans l'alimentation au cours des six premiers mois de vie¹³. L'OMS souligne depuis longtemps que ces laits ne sont pas nécessaires et viennent supplanter l'allaitement maternel¹⁴.

Malgré ces tristes constatations, il existe des exemples d'amélioration rapide des régimes alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants occasionnée par les politiques nationales et les interventions à l'échelle communautaire. Le Gros plan 4.2 met en lumière deux de ces exemples, dans lesquels une action concertée et ciblée a eu des effets positifs.

TABLEAU 4.1

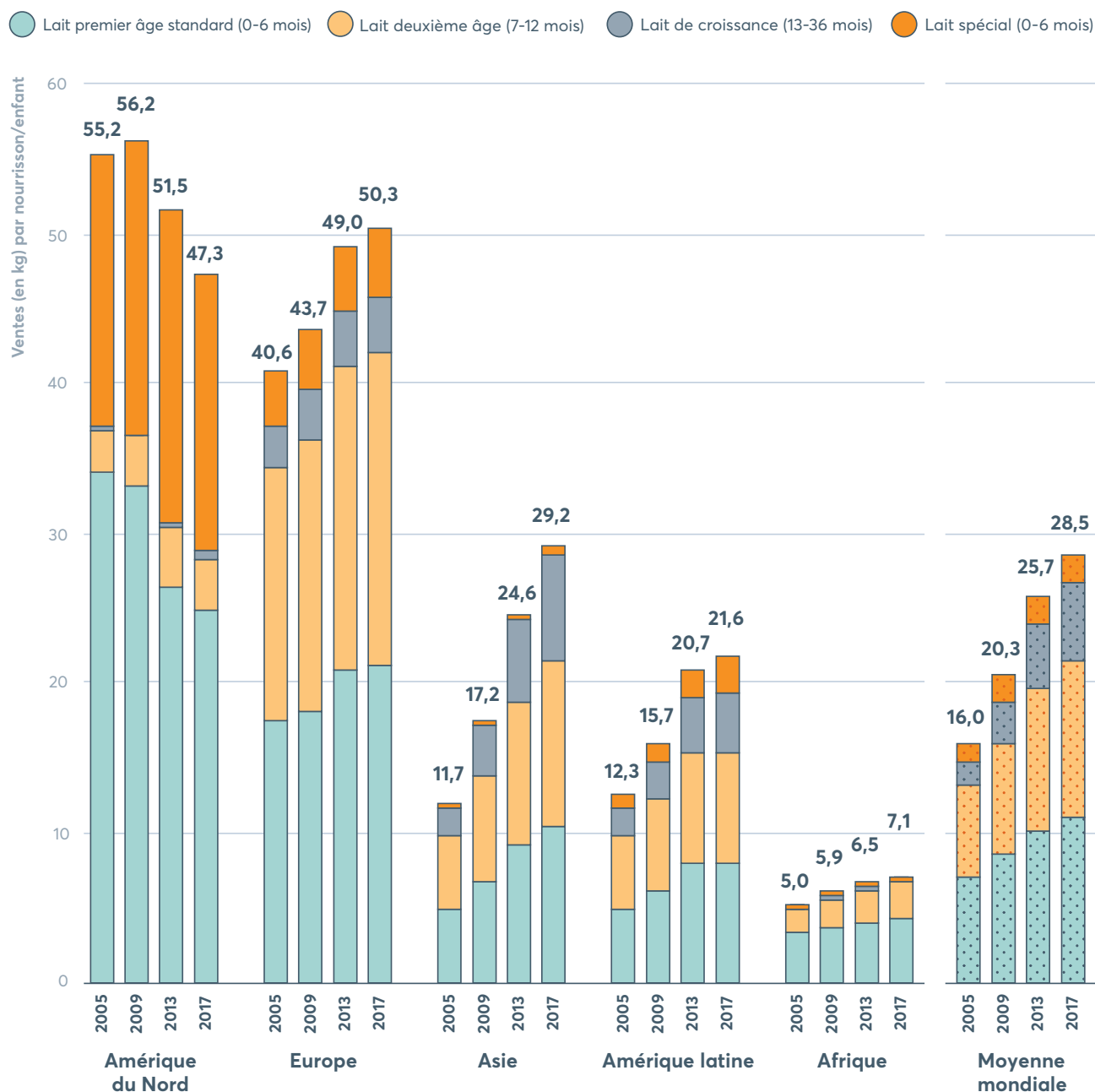
Indicateurs relatifs aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

INDICATEURS	DONNÉES MESURÉES	PRÉVALENCE MONDIALE (DERNIÈRES DONNÉES DISPONIBLES ENTRE 2013 ET 2018)
Première mise au sein précoce	Proportion d'enfants nés dans les 24 derniers mois, qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance	42,4 %
Allaitement exclusif au sein avant l'âge de 6 mois	Proportion de nourrissons de 0 à 5 mois nourris exclusivement au lait maternel	40,7 %
Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 1 an	Proportion d'enfants âgés de 12 à 15 mois nourris au lait maternel	71,1 %
Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 2 ans	Proportion d'enfants âgés de 20 à 23 mois qui sont nourris au sein	45,1 %
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous	Proportion de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont consommé des aliments solides, semi-solides ou mous	68,5 %
Diversité alimentaire minimale	Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé la veille de la nourriture appartenant à au moins cinq groupes d'aliments	25,4 %
Fréquence minimale des repas	Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois nourris au sein ou non, qui ont consommé des aliments solides, semi-solides ou mous le nombre de fois minimal ou plus souvent (mais en tenant compte aussi des repas lactés dans le cas des enfants non nourris au sein)	51,2 %
Minimum alimentaire acceptable	Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui bénéficient d'un minimum alimentaire acceptable Indicateur composite combinant la diversité alimentaire minimale et la fréquence minimale des repas	15,6 %

Source : Définitions : OMS¹⁵. Données : UNICEF, Division des données, de la recherche et des politiques (2018), bases de données mondiales de l'UNICEF : alimentation du nourrisson et du jeune enfant, New York, mai 2018.

FIGURE 4.1

Tendances et constantes observées dans les ventes de substituts du lait maternel du commerce par région*, 2005-2017



Source : base de données sur les marchés d'Euromonitor International¹⁶.

Remarques : lait infantile premier âge standard = laits infantiles en poudre ou sous forme liquide prête à boire, donnés aux nourrissons généralement de la naissance à 6 mois (tranche d'âge définie pour chaque pays dans la mesure du possible). Poids sec en kilogrammes. Lait infantile deuxième âge = laits infantiles en poudre ou sous forme liquide prête à boire, donnés aux bébés de 7 à 12 mois. Poids sec en kilogrammes. Lait infantile de croissance = laits infantiles en poudre ou sous forme liquide prête à boire, donnés aux bébés/jeunes enfants à partir de 13 mois. Poids sec en kilogrammes. Laits infantiles spéciaux = laits infantiles donnés aux bébés pour prévenir ou traiter les allergies aux laits infantiles standard (p. ex., laits infantiles à base de soja). Poids sec en kilogrammes.

*Les données pour l'Océanie ne sont pas incluses en raison des quantités importantes de lait infantile achetées en Australie et en Nouvelle-Zélande en vue de leur exportation vers la Chine par le biais d'un « marché gris » informel. Les îles des Caraïbes sont également exclues.

Il est possible d'améliorer rapidement le régime alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants

Joy Miller Del Rosso, Kathleen Pellechia, Silvia Alayon, Karin Lapping et Laurence Grummer-Strawn

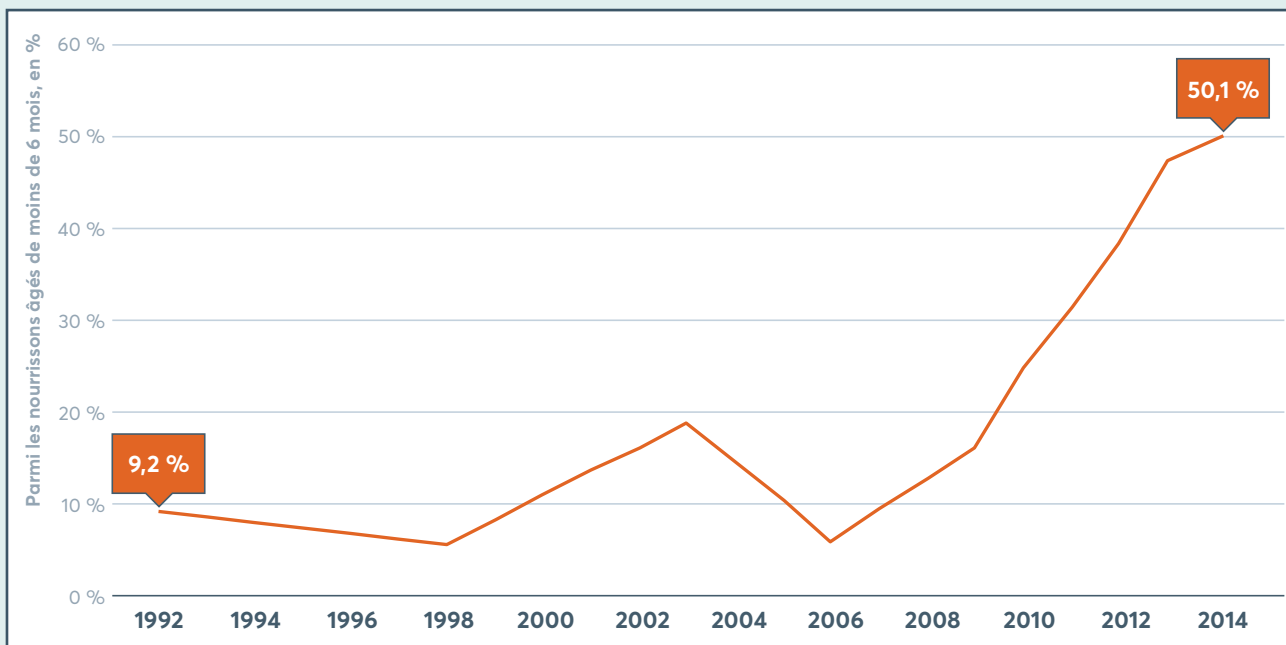
Il est évident que les régimes alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants ne garantissent pas une bonne nutrition. Néanmoins, des signes encourageants montrent que des avancées rapides sont possibles à l'échelle nationale et communautaire. Par exemple, au Burkina Faso¹⁷, moins d'un nourrisson de moins de 6 mois sur dix était exclusivement allaité au sein dans les années 1990 et au début des années 2000. Or, les données les plus récentes datant de 2014 montrent que ce taux a grimpé en flèche et est maintenant supérieur à 50 % (figure 4.2).

Le gouvernement s'est fortement engagé et impliqué tout au long du processus. Le Code du travail 2008 du Burkina Faso est maintenant totalement conforme à la Convention sur la protection de la maternité de l'Organisation mondiale du Travail, et la législation impose d'accorder aux femmes 14 semaines de congé de maternité entièrement indemnisé par l'État. Les lois sur la commercialisation des substituts du lait maternel interdisent la publicité sur le lait infantile, le lait deuxième âge, les biberons et les tétines, ainsi que la distribution d'échantillons et de cadeaux aux mères et de cadeaux aux agents de santé.

Tous les établissements de soins de santé primaires fournissent désormais des conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et 70 % des districts ont mis en place des programmes communautaires en faveur de l'allaitement maternel. Une approche participative a été adoptée pour l'élaboration du plan national pour l'ANJE, assurant ainsi l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes et permettant un déploiement rapide ; les groupes de soutien aux mères ont constitué une plateforme communautaire de poids pour les interventions d'ANJE.

FIGURE 4.2

Taux d'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso, 1992-2014



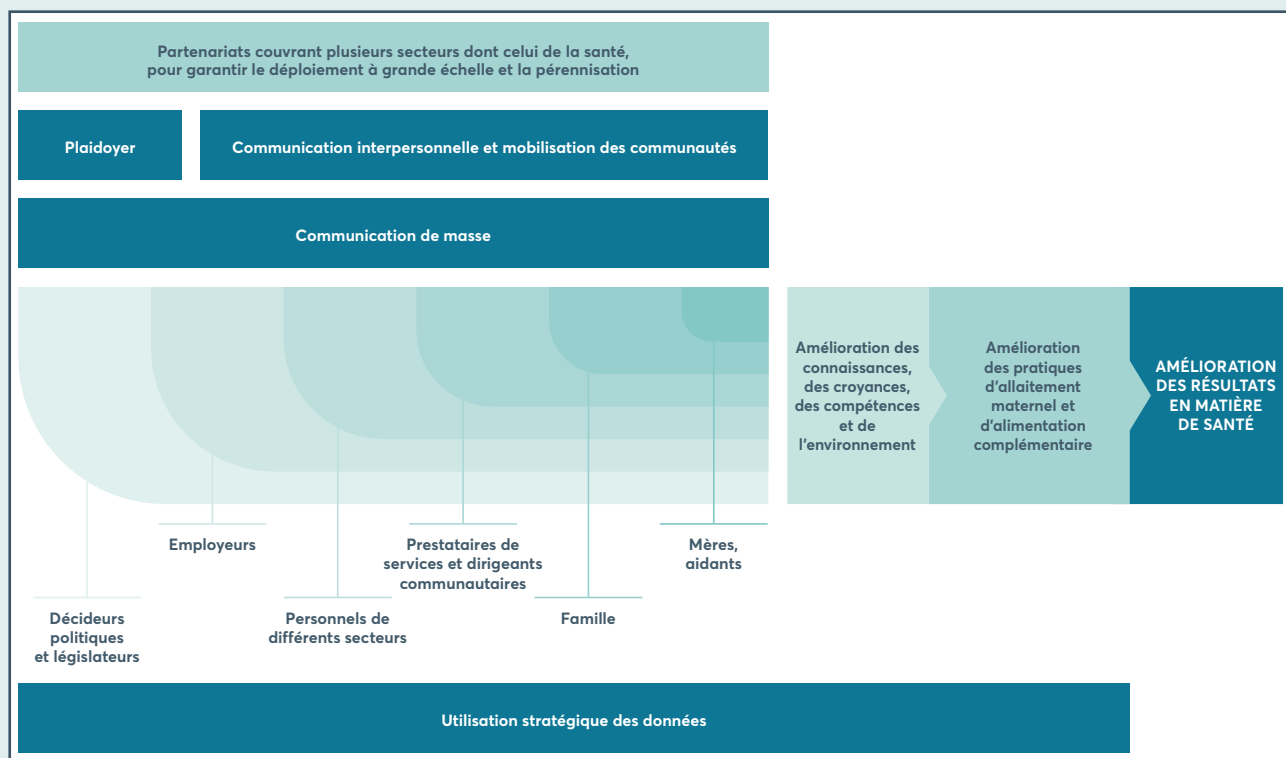
Source : UNICEF, Division des données, de la recherche et des politiques (2018). Bases de données mondiales de l'UNICEF : alimentation du nourrisson et du jeune enfant, New York, mai 2018.

Remarques : voir le tableau 4.1 pour la définition des termes.

Un exemple d'initiative communautaire ayant également affiché une très grande réussite est l'initiative Alive & Thrive (A&T), qui s'efforce depuis 12 ans de stimuler l'innovation, l'apprentissage et l'impact nutritionnel à grande échelle. Financée à l'origine par la Fondation Bill & Melinda Gates, et travaillant avec des partenaires et des financements supplémentaires des gouvernements du Canada et d'Irlande, elle s'appuie sur un cadre clairement défini (figure 4.3). Lancée au Bangladesh, en Éthiopie et au Viet Nam, A&T a étendu son action à d'autres pays, tels que le Burkina Faso, l'Inde et le Nigéria, et a instauré des mécanismes régionaux de mise en œuvre en Asie du Sud-Est et en Afrique de l'Ouest, des interventions en faveur de la nutrition pour les mères et les adolescents, et des canaux de mise en œuvre par l'intermédiaire de programmes consacrés à l'agriculture et à la protection sociale.

FIGURE 4.3

Cadre de mise en œuvre à grande échelle des programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant



Source : Alive & Thrive, 2016.

Grâce à son travail précoce, A&T a atteint des millions de mères d'enfants de moins de 2 ans grâce à la communication interpersonnelle et de masse et à la mobilisation des communautés autour de l'ANJE. Des milliers d'agents de première ligne formés se sont rendus auprès des mères, à leur domicile, afin de les aider à adopter les nouveaux comportements. Les médias de masse ont été utilisés pour stimuler la demande de services et renforcer les messages. Au Bangladesh, des spots radio et télévisés sur l'ANJE ont été diffusés pendant plus de trois ans, et au Viet Nam, une campagne télévisée primée a remis en question les idées fausses sur l'adéquation du lait maternel et le besoin en eau. A&T a collaboré avec la BRAC University pour la mise en œuvre d'interventions au Bangladesh. En Éthiopie et au Viet Nam, l'initiative a permis, par le biais des systèmes de santé publique, de mettre en place le tout premier modèle de franchise sociale en faveur de l'ANJE dans les établissements de santé vietnamiens.

Les mesures, l'apprentissage et l'évaluation systématiques ont joué un rôle essentiel. Les données ont alimenté le plaidoyer et motivé les décideurs. Les informations tirées de diverses sources de données ainsi que le suivi et l'évaluation méthodiques opérés ont permis de tirer des enseignements et d'ajuster la mise en œuvre. Le plaidoyer relatif aux politiques a reposé sur un processus itératif en quatre étapes : mettre en place des partenariats et les entretenir, définir la base factuelle, élaborer des messages et des supports, et créer un consensus autour des différentes questions.

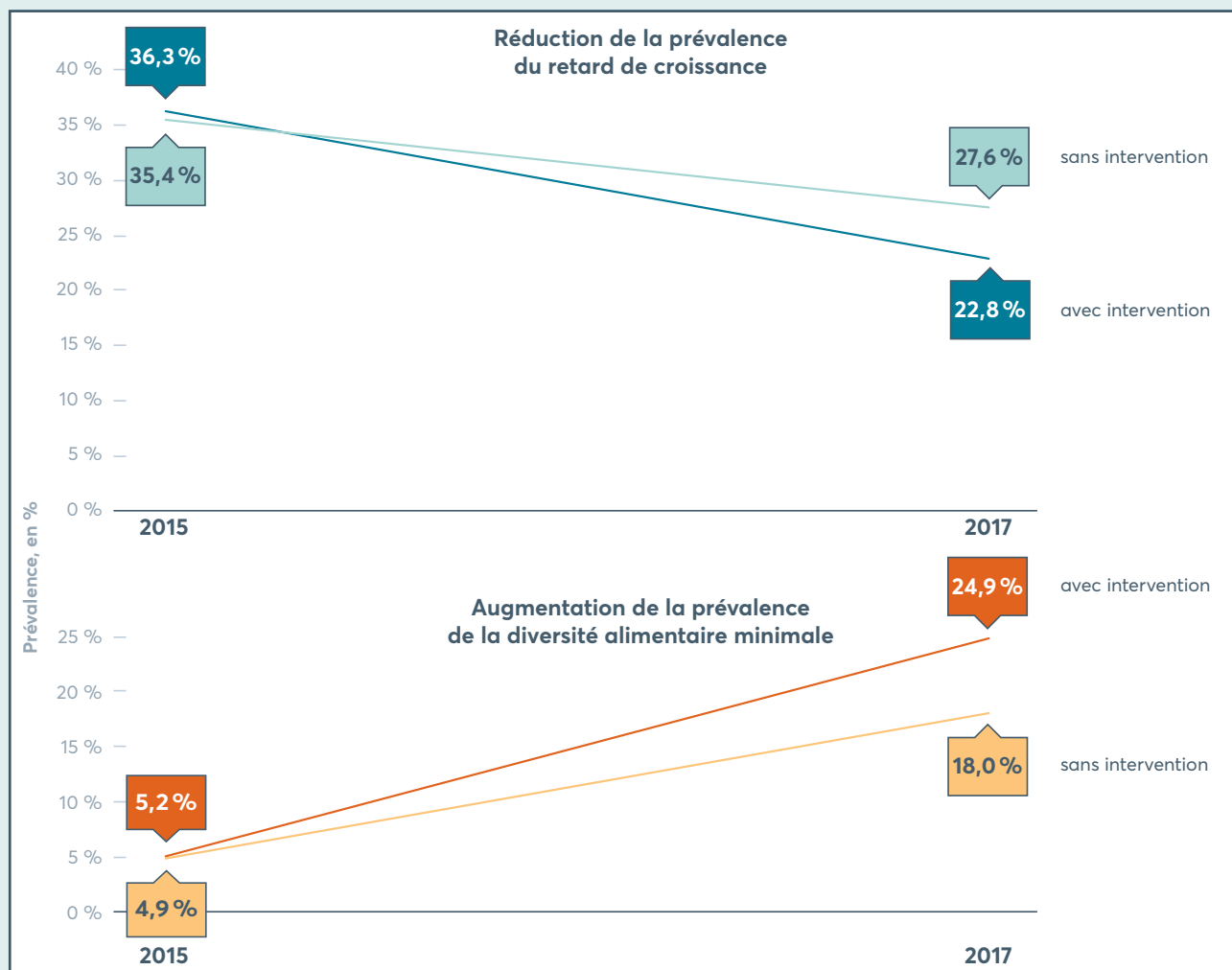
A&T atteint son objectif visant à améliorer la nutrition à grande échelle. Les évaluations d'impact réalisées au Bangladesh, au Burkina Faso, en Éthiopie et au Viet Nam ont mis en évidence des changements significatifs dans les comportements en matière d'ANJE¹⁸⁻²¹. En Éthiopie, une stratégie adaptée faisant appel à des agents de vulgarisation agricole et à des chefs religieux a augmenté la diversité alimentaire des enfants et contribué à réduire le retard de croissance (figure 4.4).

En 2016, A&T a commandé des études en vue d'évaluer dans quelle mesure les interventions d'origine étaient mises en œuvre correctement et les changements de comportement étaient maintenus deux ans après le transfert de la responsabilité de tous les aspects du programme (y compris le financement) aux partenaires présents au Bangladesh et au Viet Nam. La mise en œuvre des programmes s'est poursuivie, mais a évolué (fait non surprenant), en particulier les visites à domicile des agents de première ligne et la fréquence des contacts. Les pratiques en matière d'ANJE restent toutefois meilleures qu'avant le début de l'initiative²².

A&T a publié plus de 80 documents consignants son approche et son impact. Des outils programmatiques sont mis à la disposition d'autres organisations, qui peuvent les adapter et les utiliser²³. La plupart des enseignements tirés par A&T reposent sur l'expérience : prévoir dès le début de la planification le déploiement à plus grande échelle et la pérennisation ; créer des alliances qui tirent parti des compétences uniques de chaque partie prenante, et les entretenir ; se concentrer sur un ensemble restreint de résultats mesurables, en assurant le suivi et les évoquer publiquement de manière régulière ; chercher à comprendre les réalités de la situation des mères et des communautés et adapter les stratégies de changement social et comportemental en conséquence ; baser les innovations sur les expériences des personnes et organisations responsables des programmes et des résultats en matière de nutrition ; enfin, et surtout, toujours utiliser les données de manière stratégique.

FIGURE 4.4

Amélioration de la diversité alimentaire des enfants et réduction du retard de croissance en Éthiopie, 2015-2017

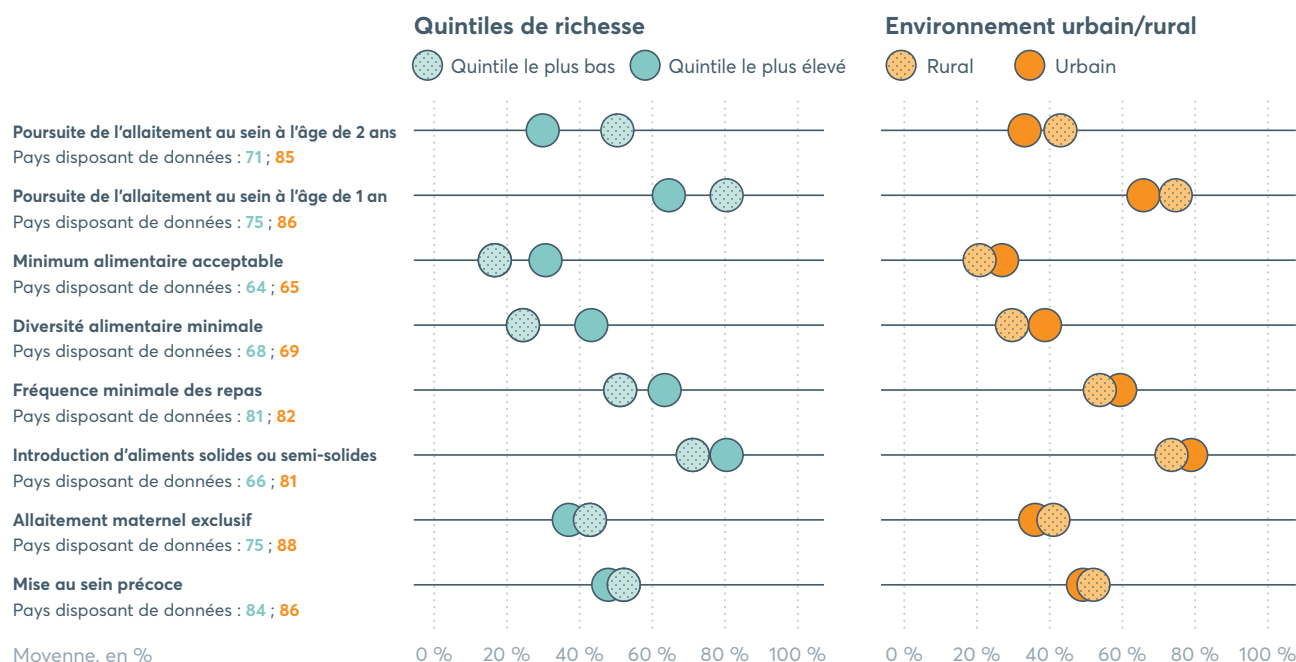


Source : Alive & Thrive, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, 2018.

En 2017, l'UNICEF a procédé à une ventilation supplémentaire des indicateurs de base, en fonction du sexe, de l'environnement (urbain ou rural), du quintile de richesse, du niveau d'éducation de la mère et de la région du pays. Celle-ci a révélé des différences entre milieu urbain et rural et entre les quintiles de richesse²⁴. Les zones rurales présentent des taux de poursuite de l'allaitement au sein (à l'âge de 1 an et de 2 ans), d'allaitement exclusif au sein et de mise au sein précoce meilleurs que les zones urbaines (figure 4.5). Toutefois, les zones urbaines affichent de meilleurs résultats concernant le minimum alimentaire acceptable, la diversité alimentaire minimale, la fréquence minimale des repas et l'introduction d'aliments solides ou semi-solides. Les écarts dans la prévalence des pratiques les plus marqués sont observés au niveau de la poursuite de l'allaitement (9,8 points à l'âge de 2 ans et 8,7 points à l'âge de 1 an) et la diversité alimentaire minimale (les taux sont supérieurs de 9,1 points en zone urbaine).

En ce qui concerne les différences au niveau du quintile de richesse (à l'échelle nationale) dans les pratiques d'alimentation complémentaire (figure 4.5), les taux relatifs au minimum alimentaire acceptable affichent un écart de 14,1 points entre le quintile de richesse le plus bas et le plus élevé. La prévalence dans le quintile le plus bas est presque deux fois inférieure à celle du quintile le plus élevé. Le taux de fréquence minimale des repas est de 51,4 % chez les enfants du quintile de richesse le plus bas et de 63,6 % pour le quintile le plus élevé. Le même constat s'applique à la diversité alimentaire minimale : le taux est de 43,3 % chez les enfants du quintile le plus élevé et de 24,4 % pour le quintile le plus bas. La différence la plus faible observée entre les quintiles concerne la prévalence de la mise au sein précoce : elle est de 4,3 points entre le quintile de richesse le plus bas et le plus élevé.

FIGURE 4.5
Différences dans les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant selon le quintile de richesse et l'environnement (urbain ou rural)



Source : UNICEF, Division des données, de la recherche et des politiques (2018), bases de données mondiales de l'UNICEF : alimentation du nourrisson et du jeune enfant, New York, mai 2018.

Remarques : basé sur les dernières moyennes non pondérées disponibles depuis 2011. Seuls sont inclus les pays disposant de données comparables pour chaque indicateur.

Du fait des méthodes de collecte employées, ces données ne mesurent pas l'étendue de la consommation d'aliments transformés sous emballage, aujourd'hui abondamment présents sur le marché (figure 4.11), dont beaucoup sont riches en matières grasses, en sucres et en sel. Des études indépendantes indiquent que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les bébés et les jeunes enfants consomment régulièrement des aliments sous emballage tels que les sodas, jus de fruits/boissons fruitées, snacks salés, biscuits sucrés, gâteaux et bonbons, bien que les taux varient considérablement d'un endroit à un autre^{25, 26}.

Régimes alimentaires des adolescents

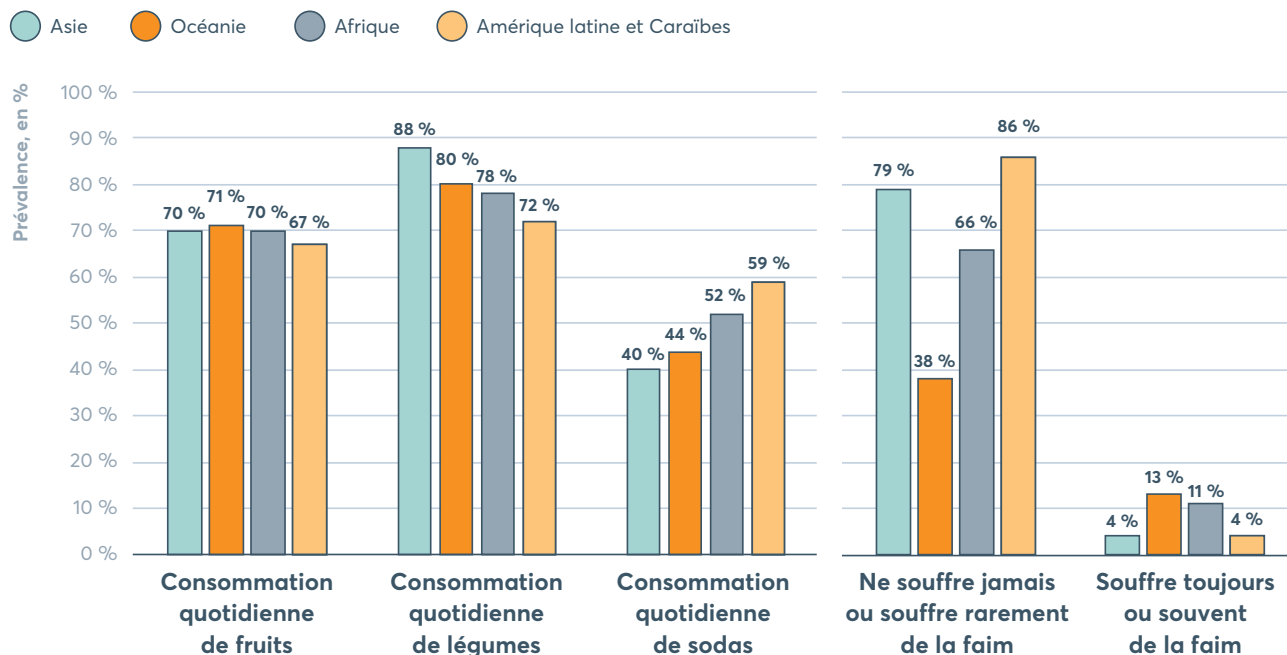
L'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves est une enquête portant sur les enfants en âge d'être scolarisés et les adolescents (13-17 ans) élaborée par l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention, qui a été lancée en 2003²⁷. Les ensembles de données générés compilent les résultats de l'enquête dans 103 économies (92 pays et 11 territoires) couvrant tous les groupes de revenu : 14 pays à faible

revenu, 30 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, 34 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et 19 pays à revenu élevé (six territoires n'ont été classés dans aucun groupe de revenu par la Banque mondiale). Les données de l'enquête sont ventilées en fonction du sexe et de l'environnement (urbain ou rural). Les questions liées au régime alimentaire sont les suivantes : combien de fois par jour as-tu mangé un fruit ou un légume ou bu un soda au cours des 30 derniers jours ? Combien de fois as-tu souffert de la faim ?

De nouvelles analyses de cet ensemble de données permettent d'y voir plus clair quant aux régimes alimentaires des jeunes. Comme l'indique la figure 4.6, en moyenne 63,3 % des adolescents en âge d'être scolarisés (13-17 ans) de 83 économies²⁸ ont indiqué manger des fruits et légumes tous les jours. Un tiers environ (30,3 %) des jeunes ne mangent quotidiennement aucun fruit, 13,9 % aucun légume et 7,5 % ni fruit ni légume. La consommation de fruits est la plus élevée en Océanie et celle de légumes en Asie. Les enfants d'Amérique latine sont ceux qui consomment le plus de sodas tous les jours (59,3 %, contre 40,0 % en Asie), 43,7 % des enfants indiquant consommer des sodas au moins une fois par jour. Environ un enfant sur 20 a indiqué souffrir de la faim, la proportion étant la plus élevée en Afrique et en Océanie.

FIGURE 4.6

Prévalence de la consommation quotidienne de fruits, de légumes et de sodas chez les enfants en âge d'être scolarisés et les adolescents



Source : Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves. Données consultées le 4 mai 2018.

Remarques : basé sur les résultats de 83 économies disposant de données (sur les enfants et les adolescents âgés de 13 à 17 ans). L'Europe n'a pas été incluse en raison de données insuffisantes.

Régimes alimentaires des adultes

Un des éléments améliorant notre compréhension de l'alimentation dans le monde réside dans la constitution de bases de données mondiales qui rassemblent des enquêtes nationales et infranationales et produisent des estimations à partir de données relatives aux régimes alimentaires. Ces bases de données peuvent aider les décideurs à mieux comprendre ce que les populations mangent, et comment façonner et financer les politiques nationales relatives à la santé publique et à l'alimentation²⁹. On compte parmi ces bases de données la Global Dietary Database, la Charge mondiale de morbidité (« Global Burden of Disease database » ou GBD), et l'outil de données sur la consommation alimentaire individuelle mondiale (Global Individual Food Consumption Data Tool, GIFT) de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et de l'OMS.

Global Dietary Database et base de données de l'étude Charge mondiale de morbidité

Deux de ces nouvelles plateformes de données sont la Global Dietary Database de la Tufts University (États-Unis) et la base de données de l'étude GBD de l'Université de Washington (États-Unis)³⁰.

Elles fournissent des informations sur les modèles et facteurs de risques alimentaires afin d'appuyer la recherche en santé publique et les politiques de santé publique. La collecte systématique de données mondiales sur les apports alimentaires est importante pour quantifier la charge de morbidité due aux régimes alimentaires inappropriés et pour déterminer les groupes d'aliments ou les nutriments pouvant avoir un effet bénéfique ou néfaste. Elle permet en outre de ventiler les données relatives aux régimes alimentaires en fonction de l'âge, du sexe et de l'époque, et encourage les gouvernements à améliorer les données ventilées locales et nationales sur les régimes alimentaires, qui leur permettront de définir des interventions pour les programmes de nutrition et les initiatives visant à réduire la charge de morbidité des MNT liées au régime alimentaire³¹.

Le Rapport sur la nutrition mondiale présente les données de la GBD publiée en 2016, laquelle évalue comment certains facteurs alimentaires peuvent constituer des facteurs de risque et contribuer à la charge de morbidité³². Les facteurs de risque

associés à l'alimentation inclus dans l'étude GBD sont les suivants : *régime alimentaire pauvre* en fruits, en légumes, en légumineuses, en céréales complètes, en fruits à coque et graines, en fibres, en acides gras oméga-3 issus des produits de la mer, en acides gras polyinsaturés, en calcium et en lait ; et *régime alimentaire riche* en viande rouge, en viandes transformées, en boissons sucrées, en acides gras trans et en sel.

Sources des données de l'étude GBD

Pour estimer la consommation moyenne de chaque élément d'un régime alimentaire, l'étude GBD utilise les données d'enquêtes sur la nutrition et sur les budgets des ménages représentatives à l'échelle nationale et infranationale. Elle s'appuie également sur les données d'Euromonitor International concernant les ventes de fruits, de légumes, de légumineuses, de fruits à coque et de graines, de viande rouge, de viande transformée, de lait et de boissons sucrées, ainsi que sur les données relatives à la disponibilité de ces aliments (hormis la viande transformée et les boissons sucrées) extraites des bilans alimentaires de la FAO. En ce qui concerne les nutriments, elle estime leur disponibilité à l'échelle nationale à partir des données des bilans disponibilités/utilisation de la FAO et de la National Nutrient Database for Standard Reference du département de l'Agriculture américain. Pour chaque facteur alimentaire, elle estime les tendances de la consommation selon l'âge à partir des enquêtes sur la nutrition (méthode du rappel des 24 heures) et les applique aux données de la FAO et relatives aux ventes. Les données issues des rappels des 24 heures sont considérées comme une référence absolue et celles issues d'autres sources sont ajustées en conséquence.

Limites des données de l'étude GBD

Il convient de noter que les données de l'étude GBD présentent certaines limites. Nombre de pays et de régions du monde ne disposent pas de systèmes de collecte et d'analyse de données primaires relatives aux régimes alimentaires individuels³³. L'étude GBD s'appuie donc sur diverses enquêtes et données modélisées, et procède à des analyses de données secondaires pour comprendre comment certains indicateurs alimentaires clés sont liés à la sous-alimentation et aux MNT. Les données relatives aux régimes alimentaires proviennent de diverses sources et ne sont pas disponibles pour tous les pays ; les données issues des rappels des 24 heures représentatifs à l'échelle nationale réalisés dans les pays en développement sont

particulièrement limitées. Les rappels des 24 heures sont considérés comme une référence absolue en ce qui concerne l'évaluation de l'alimentation, mais des données probantes issues d'études de validation laissent à penser qu'elles manquent de fiabilité, car les aliments consommés ne seraient pas toujours signalés dans leur totalité. En l'absence de tables de composition des aliments nationales, de nombreux pays s'appuient sur les données d'autres États (p. ex., les tables de composition des aliments du département américain de l'Agriculture) pour estimer l'apport en nutriments, qui peut alors se trouver sous-estimé ou surestimé.

Déterminer le risque associé aux facteurs alimentaires

L'étude GBD a identifié quatre types d'exposition : risque minimal théorique, risque minimal plausible, risque minimal possible et risque minimal rentable³⁴. En ce qui concerne les données relatives aux régimes alimentaires, l'étude GBD utilise le « niveau d'exposition théorique minimale au risque » (TMREL). Par définition, le TMREL est le niveau d'exposition (soit le niveau de consommation d'un aliment ou d'un nutriment) réduisant au minimum le risque de décès engendré par toutes les causes liées à un facteur de risque unique. L'objectif était d'estimer l'apport optimal pour chaque facteur alimentaire à l'aide d'une approche objective, plutôt que d'adopter l'approche conventionnelle subjective basée sur les « avis d'experts ». À cet effet, la GBD a examiné de nombreuses études pour évaluer le lien entre chaque risque alimentaire et indicateur de maladie, et calculer le niveau d'apport associé au risque le plus faible de mortalité liée à cet indicateur. On parvient ainsi à un niveau d'apport optimal spécifique à la maladie. L'étude a ensuite calculé le TMREL comme étant la moyenne pondérée de ces chiffres, en utilisant comme pondération le nombre mondial de décès dus à chaque maladie.

L'étude GBD a déterminé l'exposition minimale au risque (TMREL) pour 15 facteurs alimentaires (tableau 4.2).

Ce que les données de l'étude GBD indiquent sur le lien entre statut socio-économique et régimes alimentaires des adultes

La ventilation des données en fonction du niveau de richesse met en lumière le lien entre le statut socio-économique d'un pays et la consommation

de certains aliments et nutriments. Dans la figure 4.7, les pays de la base de données de la GBD ont été ventilés selon les quatre groupes de revenu (des pays à revenu faible aux pays à revenu élevé), et la consommation moyenne de groupes d'aliments clés et de nutriments a été examinée. La ligne verticale figurant au milieu indique le risque minimal de mortalité pour les aliments et nutriments en question. Si le groupe de revenu se situe à gauche de la ligne, il est en dessous du seuil de risque minimal ; s'il se trouve à droite, il est au-dessus.

Une fois les données ventilées selon le revenu du pays (figure 4.7), on observe que tous les groupes de revenu atteignent ou dépassent le risque minimal de décès (en s'appuyant sur la mesure du TMREL figurant dans le tableau 4.2) lié à l'apport quotidien en boissons sucrées et en sel. Un niveau de richesse élevé n'est pas non plus la garantie d'un régime alimentaire sain : les données relatives aux pays à revenu élevé montrent que leur population consomme trop peu de légumineuses, de légumes, de graisses polyinsaturées, de céréales complètes, de fruits, de calcium, de lait, de fruits à coque et de graines, qui permettraient de réduire les risques de décès. Les pays de ce groupe dépassent également le TMREL des boissons sucrées, du sel, de la viande transformée, de la viande rouge, des graisses saturées, des graisses trans et des acides gras oméga-3. La consommation de légumineuses des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure dépasse celle des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé ; les premiers sont donc exposés à un risque de mortalité (associé à ce groupe d'aliments) moins élevé. Les données indiquent pour toutes les catégories de revenu une consommation insuffisante de fruits et de légumes, lesquels sont pourtant une importante source de micronutriments, comme évoqué au chapitre 3.

Les conséquences de nos régimes alimentaires

Ce que les données de la GBD indiquent sur le lien entre régimes alimentaires et maladie

L'étude de la GBD a également établi un lien entre les maladies et ces groupes d'aliments et composants alimentaires au moyen des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI ; une AVCI correspond à une année en parfaite santé perdue) (figure 4.8)³⁵. Les données

montrent que les régimes alimentaires pauvres en fruits, en céréales complètes et en fruits à coque et graines contribuent le plus à la charge de morbidité et, parmi les maladies, aux cardiopathies ischémiques. Les données montrent également que les apports élevés en sel sont un facteur de risque contribuant à des AVC liés

aux cardiopathies ischémiques, aux accidents vasculaires cérébraux et aux hémorragies cérébrales. Les AVC les plus couramment attribuables aux risques alimentaires sont celles dues aux cardiopathies ischémiques et au diabète.

TABLEAU 4.2

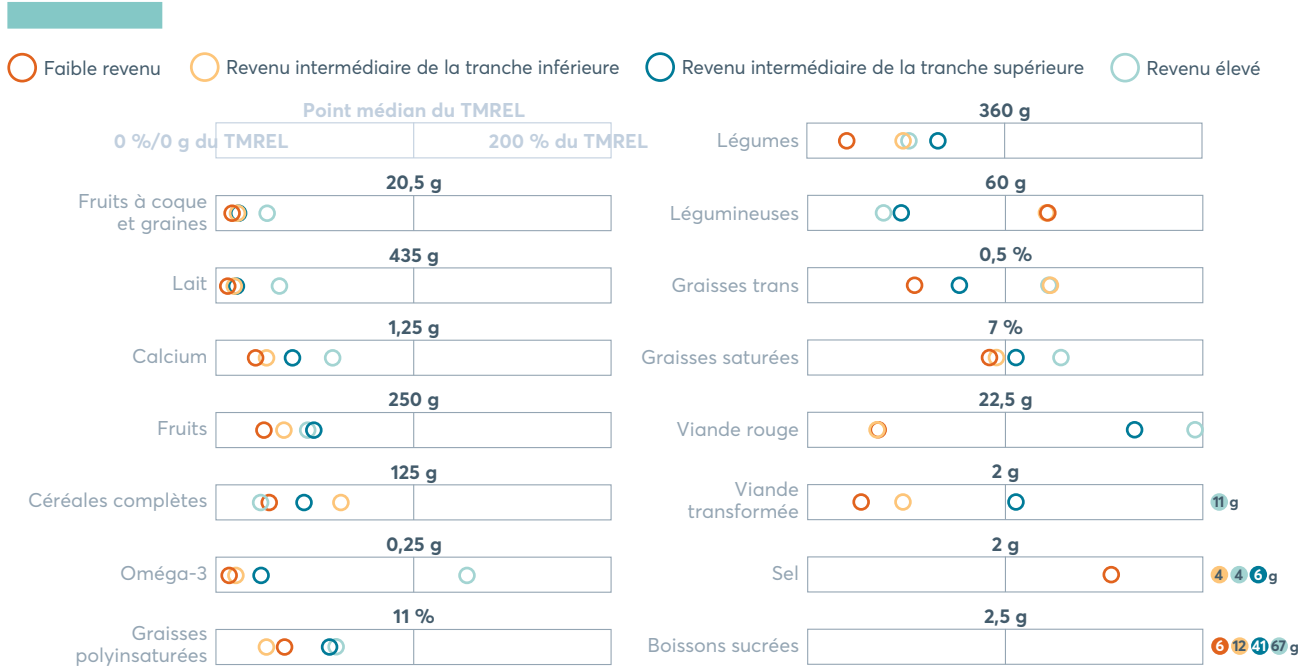
Niveau d'exposition minimale au risque (TMREL) de 15 facteurs alimentaires

« RISQUES » ALIMENTAIRES	DÉFINITION DE L'EXPOSITION	EXPOSITION THÉORIQUE MINIMALE AU RISQUE
Régime alimentaire pauvre en fruits	Consommation quotidienne moyenne de fruits (frais, congelés, cuits, en conserve ou secs, hors jus de fruits et fruits salés ou au vinaigre)	200-300 grammes par jour
Régime alimentaire pauvre en légumes	Consommation quotidienne moyenne de légumes (frais, congelés, cuits, en conserve ou secs, hors légumineuses, légumes salés ou au vinaigre, jus, fruits à coque, graines, et légumes riches en féculents tels que les pommes de terre ou le maïs)	290-430 grammes par jour
Régime alimentaire pauvre en légumineuses	Consommation quotidienne moyenne de légumineuses (fraîches, congelées, cuites, en conserve ou sèches)	50-70 grammes par jour
Régime alimentaire pauvre en céréales complètes	Consommation quotidienne moyenne de céréales complètes (son, germe et endosperme dans leurs proportions d'origine) issues des céréales de petit-déjeuner, du pain, du riz, des pâtes, des biscuits, des muffins, des galettes de maïs, des crêpes et autres	100-150 grammes par jour
Régime alimentaire pauvre en fruits à coque et graines	Consommation quotidienne moyenne de fruits à coque et de graines	16-25 grammes par jour
Régime alimentaire pauvre en lait	Consommation quotidienne moyenne de lait, y compris le lait écrémé, demi-écrémé et entier, hors boissons au soja et autres boissons végétales	350-520 grammes par jour
Régime alimentaire riche en viande rouge	Consommation quotidienne moyenne de viande rouge (bœuf, porc, agneau et chèvre, hors volaille, poisson, œufs et toutes les viandes transformées)	18-27 grammes par jour
Régime alimentaire riche en viandes transformées	Consommation quotidienne moyenne de viande ayant subi un procédé de conservation par fumage, salaison, salage ou ajout de conservateurs chimiques	0-4 grammes par jour
Régime alimentaire riche en boissons sucrées	Consommation quotidienne moyenne de boissons contenant ≥ 50 kcal par portion de 226,8 grammes, dont les boissons pétillantes, sodas, boissons énergétiques et boissons fruitées, hors purs jus de fruits et de légumes	0-5 grammes par jour
Régime alimentaire pauvre en fibres	Apport quotidien moyen en fibres issues de toutes les sources, dont les fruits, les légumes, les céréales et les légumineuses	19-28 grammes par jour
Régime alimentaire pauvre en calcium	Apport quotidien moyen en calcium issu de toutes les sources, dont le lait, le yaourt et le fromage	1,00-1,50 grammes par jour
Régime alimentaire pauvre en acides gras oméga-3 issus des produits de la mer	Apport quotidien moyen en acides eicosapentaénoïque et docosahexaénoïque	200-300 milligrammes par jour
Régime alimentaire pauvre en acides gras polyinsaturés	Apport quotidien moyen en acides gras oméga-6 issus de toutes les sources, principalement les huiles végétales, y compris l'huile de soja, l'huile de maïs et l'huile de carthame	9 à 13 % de l'apport énergétique journalier total
Régime alimentaire riche en acides gras trans	Apport quotidien moyen d'acides gras trans issus de toutes les sources, principalement les huiles végétales partiellement hydrogénées et les produits issus des ruminants	0 à 1 % de l'apport énergétique journalier total
Régime alimentaire riche en sel	Quantité de sel dans les urines mesurée sur 24 h, en grammes par jour	0-4 grammes par jour

■ Source : Global Burden of Disease, the Institute for Health Metrics and Evaluation.

FIGURE 4.7

Consommation des différents groupes d'aliments et composants alimentaires par groupe de revenu, 2016

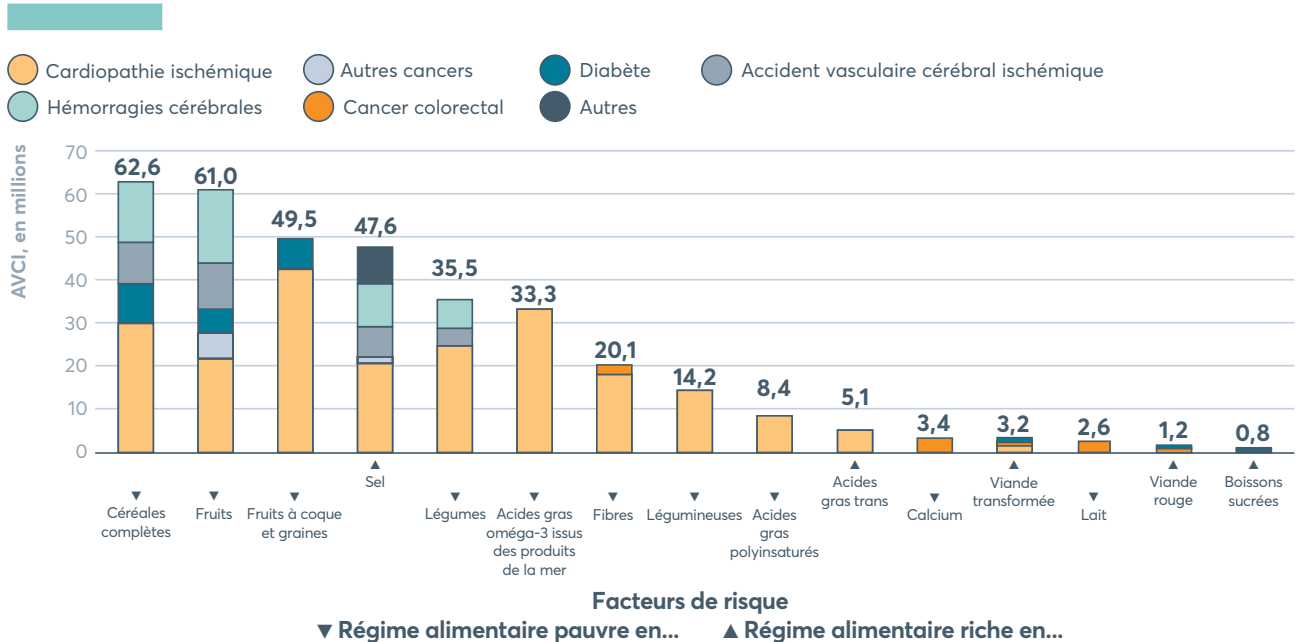


Source : Global Burden of Disease, the Institute for Health Metrics and Evaluation.

Remarques : hommes et femmes de 25 ans et plus. Graphique classé en fonction de la moyenne. TMREL : exposition théorique minimale au risque.

FIGURE 4.8

AVCI liées à chaque facteur de risque alimentaire



Source : Global Burden of Disease, the Institute for Health Metrics and Evaluation.

Remarques : une année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) correspond à une année en parfaite santé perdue. Le nombre total d'AVCI liées au régime alimentaire est inférieur à la somme des AVCI attribuables à chaque composant pour les raisons suivantes : 1) le risque n'est pas cumulatif ; et 2) les effets des aliments sur la santé sont influencés par les nutriments. Autres cancers = leucémie aiguë lymphoblastique, leucémie aiguë myéloblastique, cancer du sein, leucémie lymphoïde chronique, leucémie myéloïde chronique, cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires, cancer du rein, cancer du foie dû à la consommation d'alcool, cancer du foie dû à l'hépatite B, cancer du foie dû à l'hépatite C, cancer du foie dû à d'autres causes, myélome multiple, lymphome non hodgkinien, cancer de l'œsophage, autres leucémies, cancer des ovaires, cancer du pancréas, cancer de la thyroïde, cancer de l'utérus. Autres = maladie d'Alzheimer et autres types de démences, asthme, fibrillation et flutter auriculaires, cataracte, maladie hépatique chronique due au diabète/à la glomérulonéphrite/à l'hypertension/à d'autres causes, maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires, goutte, cardiopathie hypertensive, lombalgie, arthrose.

Ouvrir l'accès aux données nationales sur la consommation alimentaire³⁶

Des actions sont en cours pour rassembler des ensembles de données portant sur toutes les formes de malnutrition et les rendre accessibles à tous par l'intermédiaire d'une plateforme en accès libre. Cette démarche est essentielle pour permettre aux décideurs et aux responsables de la mise en œuvre de faire face aux multiples enjeux liés à la malnutrition auxquels sont confrontés la plupart des pays.

L'outil GIFT de la FAO et de l'OMS regroupe les ensembles de données infranationaux et nationaux existants en vue de mettre en place une plateforme en accès libre permettant à tout un chacun d'accéder à des données quantitatives individuelles sur la consommation alimentaire issues de tous les pays³⁷. L'outil rassemble des données mondiales ventilées selon l'âge et le sexe, recueillies au moyen d'enregistrements alimentaires ou de rappels des 24 heures (outils décrivant tous les aliments et toutes les boissons consommés par un individu). Les ensembles de données sont harmonisés et partagés sur la plateforme GIFT sous forme de microdonnées et d'indicateurs prêts à l'emploi axés sur l'alimentation, portant sur trois domaines : consommation alimentaire, nutrition et sécurité alimentaire. Cinq ensembles de données sont déjà disponibles ; 11 sont prêts à être partagés et 50 autres doivent l'être dans les quatre prochaines années. L'inventaire GIFT contient des informations sur 114 enquêtes menées dans 42 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Son objectif est de créer à terme un effet d'entraînement et d'inciter autant de groupes que possible à partager leurs données. D'autres initiatives sont également en cours en vue d'améliorer et de faciliter à l'avenir la collecte de données relatives aux régimes alimentaires, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire, comme l'illustre le Gros plan 4.3.

Avancées dans la collecte des données relatives aux régimes alimentaires

Mary Arimond, Anna Herforth et Jennifer Coates

Ces dernières années, différentes initiatives ont vu le jour avec pour but de faciliter la collecte de données sur les régimes alimentaires. Le projet Gallup Diet Quality Worldwide est une de ces entreprises prometteuses. Il s'agit d'un module de l'enquête Gallup World Poll destiné à fournir des informations mondiales comparables sur les régimes alimentaires des adultes – un projet jamais entrepris jusqu'à ce jour. Réalisable en cinq minutes, l'enquête couvre la diversité alimentaire minimale chez les femmes, un indicateur indirect de l'adéquation des micronutriments chez les femmes en âge de procréer, un score de diversité alimentaire pour tous les adultes et un indicateur des modèles alimentaires qui protègent contre les MNT liées à l'alimentation. Le module fait l'objet d'une expérimentation au Brésil en 2018, et doit ventiler, suivre et comparer les tendances selon l'âge, le sexe et d'autres catégories. Si l'essai est concluant, l'objectif est de déployer le programme dans plus de 140 pays d'ici à 2021.

L'International Dietary Data Expansion (INDDEx) Project³⁸ élabore actuellement la plateforme intégrée d'évaluation de l'alimentation INDDEx24 en vue d'améliorer la collecte des données. INDDEx24 est composée d'un référentiel sur le cloud servant à enregistrer, gérer et consulter les informations d'enquêtes mondiales sur l'alimentation, telles que les données sur la composition des aliments, et d'une application mobile pour la réalisation de rappels des 24 heures par les enquêteurs au moyen d'une tablette. Les deux éléments étant reliés, le processus d'acquisition de données exploitables sur les régimes alimentaires peut ainsi être accéléré, normalisé et plus intuitif. La plateforme devrait être accessible au public en 2019.

Intake est une nouvelle initiative lancée en 2017 par le Center for Dietary Assessment de FHI 360³⁹, qui vise à soutenir la collecte et l'utilisation de données relatives aux régimes alimentaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Elle offre une assistance technique flexible et axée sur la demande pour faire face aux difficultés inhérentes aux enquêtes sur l'alimentation, à la définition de l'échantillon, à la planification, à la mise en œuvre, à l'analyse et à l'utilisation des données. Intake élabore des indicateurs multidimensionnels innovants de la qualité des régimes alimentaires des femmes en âge de procréer dans les pays à revenu faible et intermédiaire, qui ne requièrent pas de données sur la composition des aliments en vue de créer des tables, ce qui les rend plus simples que nombre de mesures portant sur l'ensemble du régime alimentaire élaborées précédemment pour les pays à revenu élevé.

Comprendre le coût des régimes alimentaires

Figurent également parmi les avancées les nouvelles méthodes d'analyse des données qui dressent un tableau plus précis du coût des régimes alimentaires⁴⁰ et de leur accessibilité financière⁴¹. Par exemple, le projet Indicators of Affordability of Nutritious Diets in Africa élabore des indicateurs s'appuyant sur les données existantes issues des systèmes de suivi des prix des aliments, et est actuellement mis à l'essai au Ghana et en Tanzanie.

Parmi les innovations, citons l'outil Fill the Nutrient Gap, décrit dans le Gros plan 4.4, qui constitue une nouvelle méthode permettant de cerner les ressources économiques qu'une population peut consacrer à l'alimentation et les effets potentiels de l'accessibilité financière des régimes alimentaires sur la satisfaction des besoins nutritionnels.

Étudier les données et les tendances relatives aux produits alimentaires transformés sous emballage

Données sur les ventes

Les aliments transformés sous emballage, tels que les aliments cuits au four, les produits laitiers, les boissons sucrées, les viandes transformées, les chips, les préparations pour gâteau, les tartes et tourtes, les pâtisseries et les bonbons, constituent aujourd'hui une part importante de nombreux régimes alimentaires dans le monde, mais les données sur leur rôle dans l'alimentation restent limitées. De nouvelles analyses des données existantes relatives aux ventes et de nouvelles données sur la composition nutritionnelle des produits alimentaires sous emballage sont éclairantes quant au comportement des consommateurs en matière d'achat de ces produits et à la qualité nutritionnelle de ces derniers.

Fill the Nutrient Gap

Saskia de Pee, Janosch Klemm et Giulia Baldi

Fill the Nutrient Gap (FNG) est un nouveau processus d'analyse de situation et de prise de décision⁴² qui soutient la prise de décision multisectorielle en identifiant les obstacles à un régime alimentaire nutritif propres à chaque contexte. Il a été élaboré par le Programme alimentaire mondial, avec la contribution de l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, l'Université de Californie (campus de Davis), l'Université d'Harvard (Epicenter), la Mahidol University, l'UNICEF et Save the Children. FNG identifie la probabilité que des déficits en nutriments existent parmi les groupes cibles et les catégories de ménages (selon le niveau de richesse ou la situation géographique, par exemple) ainsi que les possibilités de combler ces écarts et les obstacles qui s'y opposent.

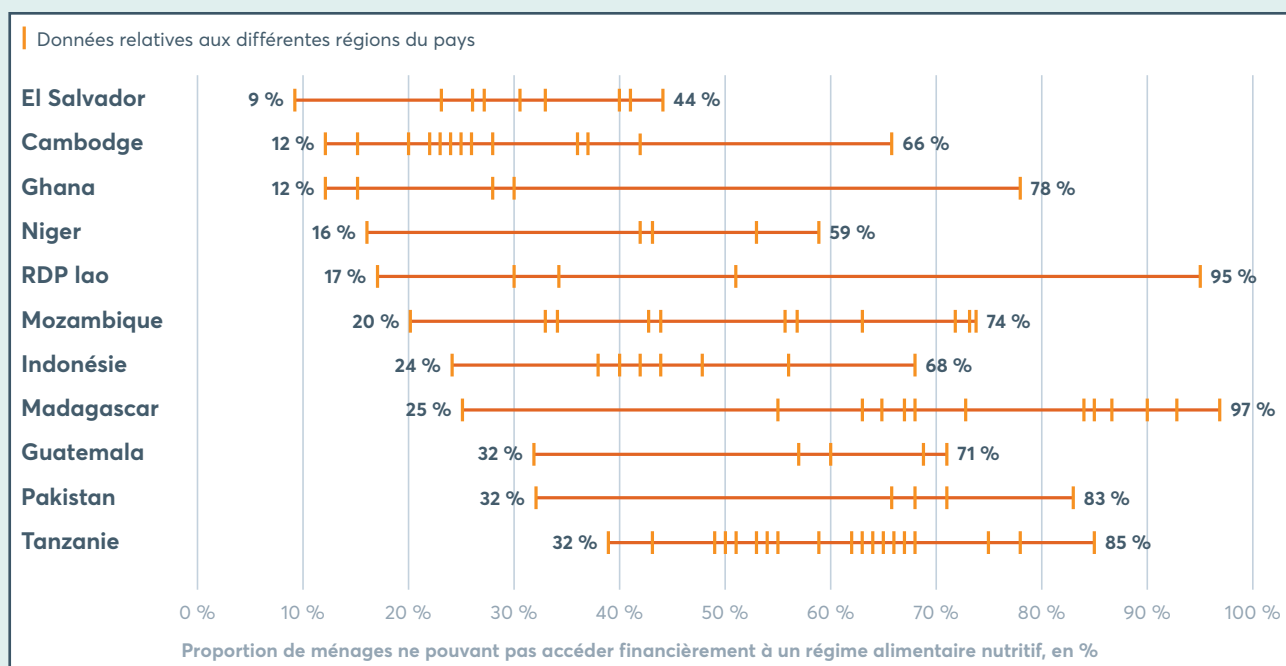
L'analyse FNG comporte deux composantes. Premièrement, un examen de 100 à 200 sources d'information secondaires, dont des ensembles de données, des rapports et des publications sur : les caractéristiques et les tendances de la malnutrition ; la disponibilité et l'accessibilité physique et économique d'aliments nutritifs et les initiatives existantes destinées à les améliorer ; les choix et préférences en matière d'aliments ; et l'environnement propice à la bonne nutrition. Deuxièmement, une analyse basée sur la programmation linéaire du coût de l'alimentation, qui s'appuie sur le prix des aliments disponibles localement pour estimer le coût le plus bas d'un régime alimentaire nutritif pour différents groupes cibles et un ménage composé de membres particuliers. En comparant ce coût aux données secondaires sur les dépenses alimentaires des ménages, il est ainsi possible d'estimer la proportion de ménages qui ne peuvent accéder financièrement à un régime alimentaire nutritif. Le coût de l'alimentation est également utilisé pour modéliser les effets potentiels de différentes interventions visant à améliorer la disponibilité ou l'accessibilité des aliments nutritifs et des revenus.

La figure 4.9 représente l'inaccessibilité financière des régimes alimentaires nutritifs dans 11 pays ayant fait l'objet de l'analyse FNG. Les données illustrent une plage d'inaccessibilité financière selon les régions de chaque pays. Par exemple, selon les régions d'El Salvador, de 9 % à 44 % des ménages ne peuvent accéder financièrement à un régime alimentaire nutritif, tandis qu'en République démocratique populaire lao, cette plage est beaucoup plus large (de 17 % à 95 %).

D'autres données de FNG indiquent que le régime alimentaire nutritif le plus coûteux d'un ménage est souvent celui des adolescentes, car leurs besoins nutritionnels, notamment en micronutriments, sont plus élevés lorsqu'elles grandissent et se développent rapidement. Les adolescentes ont besoin d'aliments riches en nutriments (avec une teneur élevée en vitamines ou en minéraux pour 100 calories), tels que les produits d'origine animale, les légumes, les fruits à coque, les fruits et les légumineuses, qui sont souvent plus coûteux. Cela signifie qu'une adolescente dont la famille a déjà des difficultés à accéder financièrement à un régime alimentaire nutritif présente un risque élevé de souffrir de carences en micronutriments.

FIGURE 4.9

Plage d'inaccessibilité financière d'un régime alimentaire nutritif selon les régions de différents pays⁴³



Source : résumés de *Fill the Nutrient Gap*⁴⁴.

Remarques : un régime alimentaire nutritif inclut, par personne, les besoins énergétiques moyens et l'apport recommandé en protéines, graisses, ainsi que quatre minéraux et neuf vitamines. La taille et la composition d'un ménage modélisé varient selon les pays, mais incluent généralement un nourrisson de 12 à 23 mois nourri au sein, un enfant en âge d'être scolarisé (6-7 ans), une adolescente (14-15 ans), une femme allaitante et un homme adulte. Chaque point de donnée représente une zone du pays. RDP lao : République démocratique populaire lao.

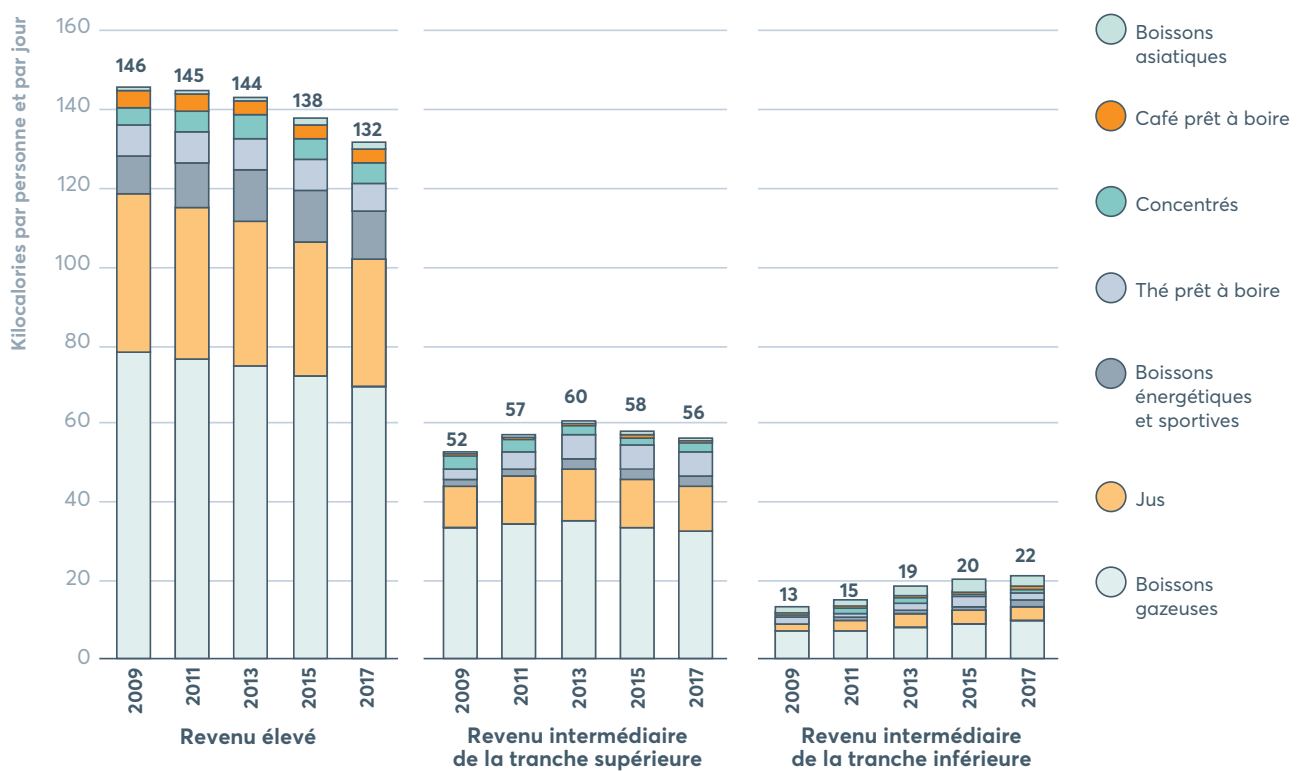
En se concentrant sur la capacité à répondre aux besoins nutritionnels (condition sine qua non pour réduire la malnutrition) et en modélisant les résultats de diverses interventions réalisables à l'échelle locale, il est possible d'évaluer et de comprendre l'impact potentiel que peuvent avoir les contributions complémentaires de différents secteurs. Citons par exemple la réduction des prix des aliments nutritifs disponibles localement, l'augmentation de la disponibilité des aliments nutritifs dans certaines régions du pays, l'introduction de cultures biofortifiées, l'enrichissement de certains aliments de base, la distribution de repas scolaires produits localement, la distribution aux femmes enceintes et allaitantes de suppléments de micronutriments multiples, l'introduction d'aliments complémentaires fortifiés pour les jeunes enfants, et la modification des filets de sécurité sociaux.

Les données sur les ventes d'Euromonitor International mettent en évidence certaines tendances dans les comportements d'achat mondiaux. Par exemple, le nombre de kilocalories issues des boissons sucrées est le plus élevé dans les pays à revenu élevé, mais nombre d'entre eux ont connu une baisse modérée ces dernières années, tandis que les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure font état d'une légère hausse (figure 4.10) sur la même période. La figure 4.11 montre les tendances et structures observées dans les ventes par habitant de différentes catégories de produits alimentaires sous emballage selon les

régions. L'Europe, l'Amérique du Nord et l'Océanie achètent le volume le plus élevé d'aliments sous emballage, bien que l'on constate une stagnation ou une diminution des ventes (hors Océanie). À l'inverse, les régions comptabilisant la majorité de la population mondiale, à savoir l'Afrique et l'Asie, connaissent une hausse importante – même si le point de référence est inférieur. À l'échelle mondiale, les ventes totales d'aliments sous emballage par habitant sont passées de 67,7 kg en 2005 à 76,9 kg en 2017.

FIGURE 4.10

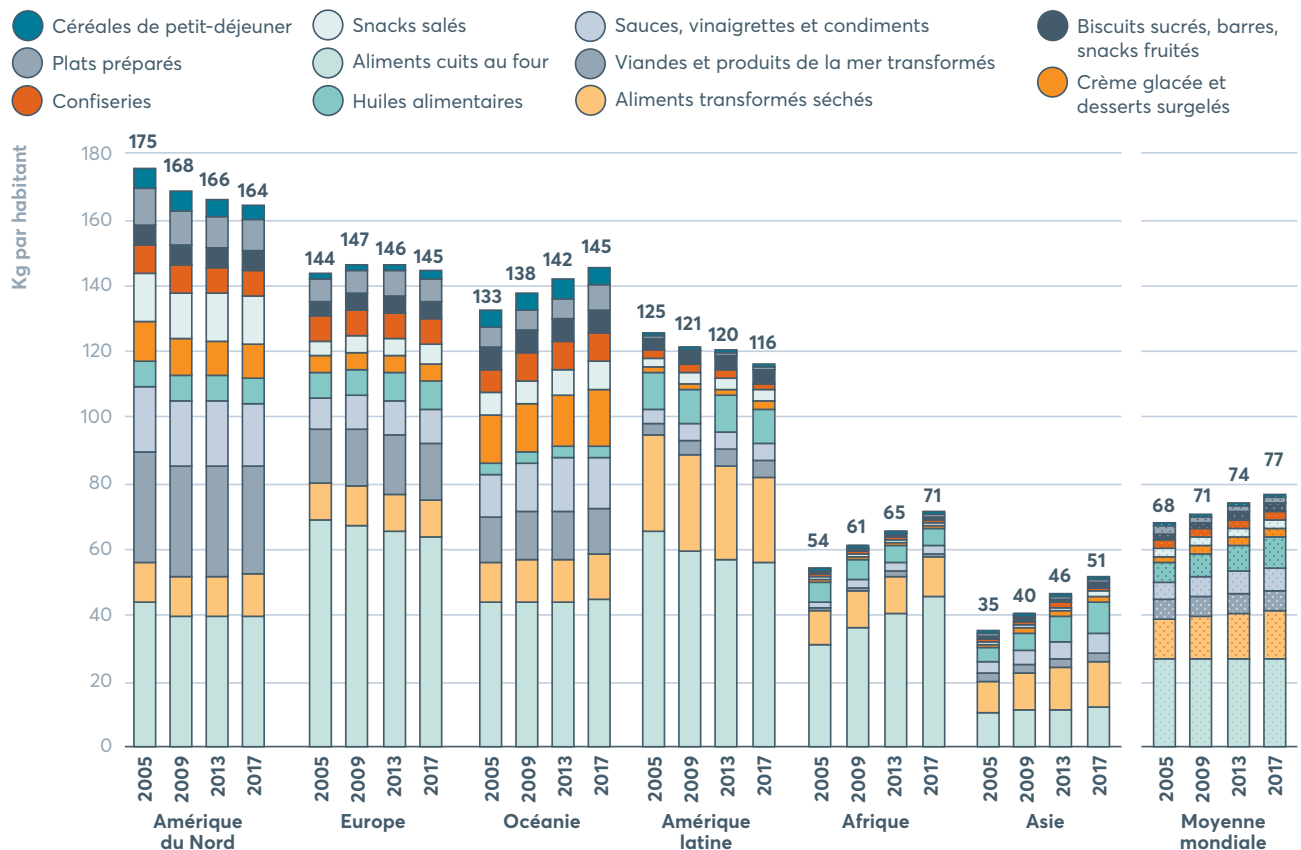
Tendances de l'apport énergétique issu de différentes catégories de boissons sucrées, en fonction du niveau de revenu national



Source : Données issues de la base de données sur les marchés d'Euromonitor International⁴⁵

FIGURE 4.11

Tendances et constantes des ventes par habitant de différentes catégories de produits alimentaires sous emballage par région, 2005-2017



Source : base de données sur les marchés d'Euromonitor International⁴⁶.

Qualité nutritionnelle des aliments sous emballage

Si les tendances en matière de ventes des aliments sous emballage sont relativement claires, la question reste entière quant à leur contribution à une mauvaise alimentation, notamment en ce qui concerne la qualité nutritionnelle et l'impact sur la santé de ces aliments, transformés selon un processus industriel à partir de multiples ingrédients. Ainsi, certaines études⁴⁷ concluent qu'ils augmentent la teneur de l'alimentation en sucres ajoutés ou libres, en graisses saturées et trans et en sel ainsi que la valeur énergétique, tout en réduisant l'apport en protéines, en fibres alimentaires, en potassium, en fer, en zinc, en magnésium, et autres micronutriments⁴⁸. D'autres soulignent un lien entre leur consommation et l'obésité⁴⁹, la dyslipidémie⁵⁰, l'hypertension⁵¹, les troubles gastro-intestinaux⁵² et les cancers, dont le cancer du sein⁵³.

De nouvelles données à grande échelle viennent alimenter la discussion en fournissant des informations sur la teneur en nutriments des aliments sous emballage. Depuis 2015, The George Institute for Global Health, associé à d'autres partenaires, a mis sur pied des bases de données étendues sur la teneur en nutriments des aliments sous emballage, recueillies avec l'aide de technologies mobiles propriétaires sur huit marchés : l'Afrique du Sud, l'Australie, la Chine, les États-Unis, Hong Kong, l'Inde, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. L'Institut de santé publique du Mexique a compilé une base de données similaire.

En 2017, la Fondation Access to Nutrition⁵⁴, en partenariat avec The George Institute for Global Health, a utilisé ces bases de données pour analyser la qualité nutritionnelle de 23 013 produits vendus sur ces neuf marchés par 21 des principaux producteurs mondiaux du secteur de l'agroalimentaire et de la boisson. Ce « profil de produit » est un nouvel élément important du Global Access to Nutrition Index de 2018 (publié en mai 2018)⁵⁵. Il vise à déterminer le rôle joué par les produits de ces fabricants dans les régimes alimentaires des consommateurs et à établir une référence à partir de laquelle mesurer les éventuelles améliorations que les entreprises apportent à la qualité nutritionnelle de leurs produits sur la durée.

L'analyse inclut jusqu'à cinq des catégories affichant les meilleures ventes pour chaque entreprise dans chaque pays, sur la base des données d'Euromonitor International pour l'année 2016. Certaines catégories ne pouvaient être incluses, telles que les produits alimentaires pour bébés et les produits ayant subi une transformation minimale ne nécessitant

généralement pas d'étiquetage nutritionnel sur l'emballage (voir le rapport du George Institute for Global Health pour la liste complète et l'ensemble de la méthodologie⁵⁶). La qualité nutritionnelle de chaque produit a été déterminée en appliquant le système Health Star Rating (élaboré et utilisé en Australie, mais applicable à n'importe quel marché). Les produits peuvent recevoir de 0,5 étoile (le moins sain) à 5 étoiles (le plus sain) ; ceux obtenant un score supérieur ou égal à 3,5 étoiles sont considérés comme sains. Le système Health Star Rating évalue les nutriments à risque (apport énergétique total, sel, teneur totale en sucres, teneur en graisses saturées) et les nutriments bénéfiques (ceux contenus dans les fruits et légumes, protéines, fibres et, dans certains cas, calcium) et note les produits sur la base de la composition nutritionnelle pour 100 grammes ou 100 millilitres.

Si l'ensemble du profil de produit inclut une analyse par entreprise⁵⁷, catégorie et pays, seule l'analyse par pays est présentée ici, soit le pourcentage total de produits notés comme sains dans chacun des neuf pays.

La figure 4.12 présente la proportion de produits alimentaires sous emballage ayant obtenu un score Health Star Rating de 3,5 ou plus. Les chiffres vont de 37 % des produits évalués en Nouvelle-Zélande, 34 % aux États-Unis et en Australie, 31 % au Royaume-Uni, à moins d'un quart en Afrique du Sud, au Mexique, en Inde et en Chine. Ces résultats laissent apparaître l'existence de disparités entre les marchés développés et émergents. En moyenne, sur les neuf marchés, 31 % ont obtenu un score Health Star Rating supérieur ou égal à 3,5, ce qui signifie que 69 % des produits n'ont pas atteint le seuil requis pour des aliments sains, et présentent donc une qualité nutritionnelle relativement faible.

En 2018, la Fondation Access to Nutrition a également publié le 2018 Global Access to Nutrition Index, qui assure le suivi des politiques, des systèmes de gestion et de la transparence des entreprises dans sept catégories clés liées à la nutrition, dont l'amélioration de leur portefeuille de produits, les politiques de commercialisation et d'étiquetage responsables, et l'accessibilité, y compris financière, des produits sains⁵⁸. Parmi les principales conclusions, on peut retenir que nombre d'entreprises agroalimentaires produisant des aliments sous emballage ont intensifié leurs efforts visant à améliorer l'alimentation au cours des deux années passées depuis la dernière publication de l'index, comme le montre la hausse du score moyen, passé de 2,5 à 3,3 sur 10. La démarche des entreprises consistant à produire et à commercialiser des aliments sous emballage plus sains fait de plus en plus partie de leur stratégie commerciale, plutôt que de leurs initiatives en matière de responsabilité sociale,

comme c'était souvent le cas par le passé. La demande en produits garantissant une bonne alimentation devient un facteur de croissance majeur des entreprises. Toutefois, le faible score moyen de l'index montre que la plupart des entreprises ont encore d'importants progrès à faire.

Les gouvernements prennent eux aussi des mesures pour encourager et aider la population à consommer moins d'aliments transformés sous emballage, riches en sucres, en matières grasses et en sel. La capacité à assurer le suivi des mesures prises au niveau des politiques a été facilitée ces dernières années par l'élaboration de deux bases de données.

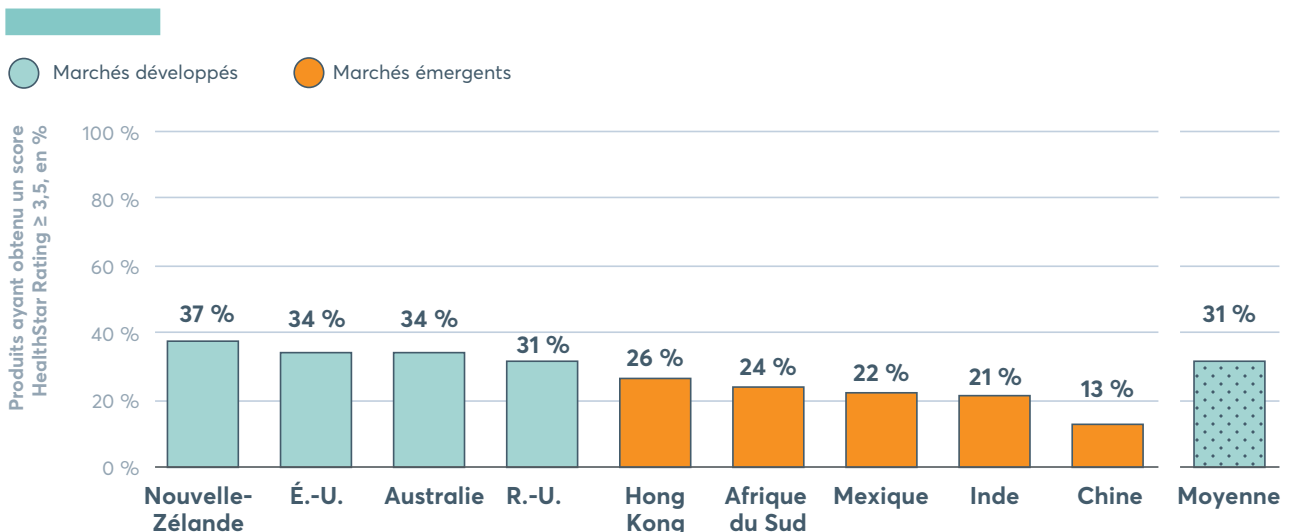
- La Base de données mondiale de l'OMS sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GINA)⁵⁹, qui inclut plus d'un millier de politiques nationales de 191 pays et divers programmes d'intervention mis en œuvre dans les pays pour promouvoir des régimes alimentaires sains et lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes, y compris l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire. Lors de la deuxième Revue mondiale OMS des politiques nutritionnelles en 2016 et 2017, 163 pays ont rendu compte de leurs mesures de promotion de régimes alimentaires sains, y compris l'élaboration de recommandations nutritionnelles, l'étiquetage nutritionnel, la reformulation, l'interdiction des graisses trans, la réglementation du marketing ciblant les enfants, les politiques budgétaires, le contrôle de la taille des portions, les campagnes médiatiques et le conseil en nutrition.

- La base de données NOURISHING du World Cancer Research Fund, qui suit la mise en œuvre de dix politiques conçues pour améliorer les régimes alimentaires associés à l'obésité et aux MNT liées au régime alimentaire. Le compte rendu sur les mesures porte sur trois domaines liés aux systèmes alimentaires : environnement alimentaire, chaîne d'approvisionnement alimentaire, et communication pour le changement de comportement, dont l'étiquetage sur le devant des emballages, les restrictions du marketing, les mesures budgétaires, les reformulations des produits alimentaires et les campagnes de sensibilisation à destination du grand public. En septembre 2018, 475 interventions mises en œuvre dans plus de 100 pays avaient été consignées⁶⁰.

Le Gros plan 4.5 illustre certaines mesures prises par les gouvernements, en s'appuyant sur une analyse des politiques faisant l'objet d'un suivi dans ces bases de données. Une autre initiative importante méritant d'être citée est INFORMAS : International Network for Food and Obesity/NCDs Research, Monitoring and Action Support. Il s'agit d'un réseau mondial d'organisations d'intérêt public et de groupes de recherche œuvrant à améliorer les connaissances sur les actions menées par les gouvernements et les entreprises en vue d'améliorer l'alimentation. INFORMAS surveille et mesure les efforts menés pour créer des environnements alimentaires sains et attribue une note aux politiques et actions des secteurs public et privé visant à réduire l'obésité et les MNT, en prenant comme référence les bonnes pratiques⁶¹.

FIGURE 4.12

Proportion par pays des produits alimentaires sous emballage atteignant le score Health Star Rating de 3,5 ou plus (seuil des aliments considérés comme sains)



Source : 2018 Global Access to Nutrition Index, Fondation Access to Nutrition, mai 2018.

Actions des gouvernements concernant les aliments et boissons gras, sucrés et salés sous emballage

Philip Baker, Kathryn Backholer, Oliver Huse, Jacqui Webster, Lorena Allemandi, Kaia Engesveen et Chizuru Nishida

Les gouvernements ont recours à une série de mesures concernant les aliments et boissons sous emballage riches en matières grasses, en sucre et en sel, notamment l'étiquetage obligatoire sur les emballages, les restrictions du marketing, les taxes sur les boissons sucrées et les stratégies de reformulation des produits.

Par exemple, un nombre plus élevé de gouvernements imposent un étiquetage sur le devant du paquet, ou ont produit des recommandations basées sur le volontariat en la matière, en complément des informations nutritionnelles de base (généralement situées à l'arrière du paquet). Le Chili, le Pérou et l'Uruguay exigent que les aliments sucrés, salés, gras ou caloriques présentent un avertissement sur le devant du paquet. Le Brésil, Israël et le Canada envisagent des mesures similaires. Certains pays, dont l'Équateur, ont adopté un système d'étiquetage à « feux tricolores », qui fait office d'indicateur quant à la quantité de sucres, de matières grasses et de sel dans les aliments, tandis que d'autres ont opté pour des « scores » donnant une indication de la qualité nutritionnelle, tels que le dispositif Nutri-Score déployé en France et en Belgique.

Depuis que l'OMS a mis à jour ses recommandations sur la consommation de sucres chez les adultes et les enfants en 2015 (limiter l'apport en sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total ; le réduire à moins de 5 % pourrait encore augmenter les effets bénéfiques pour la santé)⁶², davantage de gouvernements ont pris des mesures pour réduire l'accessibilité financière et l'attractivité des aliments et boissons sucrés. L'un des domaines ayant connu une hausse significative du nombre de politiques mises en œuvre est l'application de taxes sur les boissons sucrées^{63,64}. Selon l'OMS, 59 pays ont, à ce jour, mis en place ce type de taxes⁶⁵. Elles ne semblent pas toutes avoir des objectifs liés à la santé, mais on observe ces dernières années une forte augmentation de l'adoption dans le cadre des efforts menés à l'échelle nationale pour lutter contre l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire, par exemple en Équateur, aux Philippines et en Afrique du Sud. Certains pays ont adopté des modèles de taxation progressifs (c'est-à-dire avec des taux plus élevés pour les boissons dont la teneur en sucres par unité de volume est supérieure), avec pour objectif d'inciter les consommateurs à opter pour les offres moins sucrées et les fabricants à reformuler leurs produits. Citons à titre d'exemples le Chili, l'Équateur, la France, le Mexique, le Pérou, le Portugal et le Royaume-Uni. À ce jour, seuls quelques pays taxent à hauteur de 100 % les jus de fruits et les boissons lactées sucrées ou aromatisées, riches en sucres libres.

Des études d'observation montrent que les taxes sur les boissons sucrées atteignent leur objectif. Une évaluation en situation réelle, sur une période de deux ans, de la taxe sur les boissons sucrées introduite en 2014 au Mexique a révélé que les ventes des boissons concernées avaient diminué de 5,5 % un an après la mise en œuvre et de 9,7 % l'année suivante, soit une baisse moyenne de 7,6 %⁶⁶. La diminution la plus marquée a été observée chez les ménages se trouvant en bas de l'échelle socio-économique (17 %). Cette évaluation sur deux années a révélé que la réponse des consommateurs s'était maintenue⁶⁷. Depuis cette expérimentation au Mexique, trois évaluations de taxes de ce type ont été réalisées au Chili⁶⁸, à Berkeley (États-Unis)⁶⁹ et à Philadelphie (États-Unis)⁷⁰. Celles-ci ont également eu l'effet désiré, à savoir réduire les ventes ou la consommation de boissons sucrées.

Des mesures doivent désormais être prises dans les pays affichant des taux élevés d'apport en sucres issu de boissons sucrées mais n'appliquant pas de taxes (p. ex., l'Allemagne, l'Argentine, l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas), et dans les pays à revenu intermédiaire à population élevée (plus de 100 millions d'habitants) tels que ceux où les niveaux d'apport en sucres sont faibles mais en rapide augmentation (p. ex., l'Indonésie et le Viet Nam).

Des efforts considérables ont également été menés pour réduire la consommation de sel issue des aliments transformés sous emballage, et font suite à la définition par l'OMS en 2013 d'une cible mondiale relative au sel (réduire de 30 % l'apport en sel dans la population mondiale d'ici à 2025, figure 1.1) dans le cadre des cibles relatives aux MNT. Parmi les 163 pays ayant rendu compte de leurs actions destinées à promouvoir des régimes alimentaires sains dans le cadre de la deuxième Revue mondiale OMS des politiques nutritionnelles, 77 ont fourni des informations détaillées sur les stratégies mises en œuvre pour réduire la consommation de sel, y compris la déclaration nutritionnelle obligatoire, la mise en place de systèmes d'étiquetage nutritionnel sur le devant du paquet précisant la teneur en sel, la reformulation obligatoire ou volontaire des produits alimentaires et les campagnes médiatiques. La plupart des pays ont mis en œuvre deux ou trois de ces stratégies simultanément. Ces stratégies dirigées par les gouvernements et couvrant l'ensemble de la population sont rentables⁷¹ et présentent déjà des effets positifs⁷². Bien qu'elles soient pour la majeure partie aux premiers stades de la mise en œuvre, une étude de la Cochrane Review réalisée en 2016 a mis en lumière cinq pays (Chine, Finlande, France, République d'Irlande et Angleterre) ayant déjà atteint une baisse notable de l'apport en sel depuis le lancement des stratégies⁷³. Quatre pays supplémentaires (Argentine, Belgique, Italie et Portugal) ont depuis signalé des réductions de l'apport en sel. S'ils sont mis en œuvre de manière efficace, ces programmes de réduction de l'apport en sel ont ensemble le potentiel de prévenir plus de 1,5 million de décès évitables actuellement attribués à un apport en sel élevé dans ces pays⁷⁴.

Les acides gras trans générés par les procédés industriels et présents dans les aliments sous emballage font également l'objet de certaines initiatives qui se sont avérées probantes. En 2018, l'OMS a élaboré l'ensemble de mesures REPLACE, un outil aidant les pays à éliminer les acides gras trans⁷⁵. Il s'appuie sur les éléments probants indiquant qu'un certain nombre de pays ont pour ainsi dire éliminé les acides gras trans de l'approvisionnement alimentaire en mettant en œuvre des politiques systématiques et des programmes de surveillance⁷⁶. Depuis que le Danemark a été en 2004 le premier pays à éliminer de son approvisionnement alimentaire les acides gras trans issus des procédés industriels, le Canada, les États-Unis et de nombreux pays d'Europe ont emprunté cette voie.

Les progrès sont beaucoup plus limités dans les autres domaines, notamment en ce qui concerne les restrictions du marketing ciblant les enfants, et ce malgré les preuves attestant la forte exposition de ces derniers au marketing portant sur les aliments sous emballage sucrés, salés et gras. Ainsi, de nombreuses études menées en Amérique latine (p. ex., en Argentine, au Chili, au Mexique et au Pérou) montrent que les catégories d'aliments faisant le plus souvent l'objet de campagnes publicitaires destinées aux enfants sont les boissons sucrées, les desserts, les produits laitiers et les snacks salés. En Argentine par exemple, on estime que les enfants sont exposés à 61 publicités pour des aliments salés, sucrés et gras par semaine⁷⁷. Des études menées en Uruguay⁷⁸, au Chili⁷⁹ ou encore au Guatemala⁸⁰ autour des approches marketing employées sur les emballages alimentaires ont montré que les stratégies axées sur la santé et ciblant les enfants concernaient plus souvent les produits alimentaires sucrés et caloriques.

Pourtant, le Chili est jusqu'à présent le seul pays de la région à avoir mis en œuvre des restrictions contraignantes en matière de marketing ; seulement neuf pays dans le monde ont mis en place des restrictions contraignantes partielles⁸¹. Une avancée positive toutefois observée réside dans l'établissement par l'OMS de profils nutritionnels pouvant être utilisés et adaptés par les pays lorsqu'ils élaborent des politiques tendant à restreindre les visées marketing à destination des enfants. Cinq des six régions de l'OMS disposent désormais d'un modèle et celui de la sixième (Afrique) est en cours de préparation. Ces profils nutritionnels font également l'objet d'une adaptation par certains pays dans l'optique de réglementer la promotion et la vente d'aliments et de boissons gras, sucrés et salés dans les écoles et à proximité.



05

2016. Népal.

Une petite exploitante agricole a commencé à remplacer sa production de céréales par celle de légumes d'une grande valeur nutritive, en bénéficiant de l'appui d'un programme conjoint d'autonomisation économique des femmes en milieu rural.

© ONU-Femmes/Narendra Shrestha

La lutte contre la malnutrition – engagements et financement

POINTS CLÉS

- 1** Les dépenses publiques consacrées à la nutrition ont augmenté dans certains pays en développement, l'engagement financier de 19,6 milliards de dollars US du Sommet de la nutrition pour la croissance (Nutrition for Growth ou N4G) a été tenu et des initiatives susceptibles de permettre un financement à grande échelle ont été créées. Cependant, le faible niveau de l'aide publique au développement (APD) destinée à éliminer toutes les formes de malnutrition reste inacceptable. Un changement radical du niveau de financement s'impose pour relever le défi de la malnutrition mondiale sous toutes ses formes et mettre en œuvre les plans nationaux relatifs à la nutrition.
- 2** Les dépenses spécifiques à la nutrition sont particulièrement faibles. Les donateurs investissent bien plus dans les approches et les programmes contribuant à la nutrition, et moins dans les interventions spécifiques à la nutrition. Leur priorité doit donc être d'investir de manière égale dans les deux types de programmes. Quelques légers progrès ont été accomplis concernant les engagements financiers des donateurs consacrés à l'obésité et aux maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire.
- 3** Les dépenses nationales restent opaques et difficiles à suivre, et les niveaux de financement varient considérablement d'un pays à l'autre. Les budgets nationaux doivent être associés à des cibles claires, reflétant la charge de morbidité propre à chaque pays, et il convient d'aider les gouvernements à accroître les dépenses par rapport aux cibles afin d'accélérer les progrès.
- 4** De nouveaux moyens de suivre les flux financiers sont en cours de mise en œuvre. Il est essentiel que les donateurs adoptent et utilisent de manière constante dans leurs déclarations les codes et les marqueurs élaborés en vue d'améliorer le suivi ultérieur du financement de la nutrition, dans le cadre d'une action concertée.
- 5** Les estimations du déficit de financement varient, mais des fonds affectés à la nutrition doivent être dégagés à grande échelle afin de relever les défis. Des mécanismes innovants et des investissements d'entreprises sont nécessaires pour compléter le financement public. L'initiative The Power of Nutrition est un exemple encourageant qui vise à débloquer de nouveaux financements d'une valeur de 1 milliard de dollars US consacrés à la lutte contre la sous-alimentation d'ici à 2022, tandis que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé un nouveau cadre d'investissement relatif aux MNT.
- 6** Des engagements pris au niveau mondial ont créé une puissante dynamique en matière de lutte contre la malnutrition : les objectifs de développement durable (ODD), la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) et le Sommet mondial sur la nutrition de Milan en 2017. Pourtant, les progrès accomplis en matière de compte rendu par rapport aux engagements du Sommet N4G de 2013 s'essouffent, et il ne reste que deux ans pour atteindre les objectifs. Il est urgent d'agir pour redresser le cap en vue du Sommet N4G de 2020, qui se tiendra au Japon.

Introduction

Dans le présent chapitre, nous suivons les dépenses du secteur public (aux niveaux à la fois international et national) consacrées à la nutrition et évaluons si elles répondent à la nécessité d'éliminer la malnutrition sous toutes ses formes d'ici à 2030. Ce chapitre met en lumière quelques avancées en matière de financement des actions en faveur de la nutrition, en particulier de la part des gouvernements et des institutions multilatérales, ainsi que de nouveaux engagements de donateurs et des améliorations techniques concernant les modalités de suivi du financement par le biais de l'APD. Nous évaluons l'évolution du montant des dépenses, l'adoption de deux nouveaux processus de suivi, les progrès accomplis par rapport aux engagements N4G, et les nouvelles perspectives en matière d'engagements. À lui seul, le financement public ne suffira pas à relever le défi de la nutrition. Le Rapport sur la nutrition mondiale reconnaît qu'il est nécessaire de prendre en compte les investissements et les plans non publics afin d'approfondir la portée analytique à l'avenir.

Le financement de l'action en matière de nutrition est sans conteste un immense défi. Dans son cadre d'investissement novateur¹ publié en 2017, la Banque mondiale a estimé à 7 milliards de dollars US par an la somme nécessaire pour fournir des services de nutrition qui contribueront à atteindre les cibles mondiales relatives au retard de croissance, à l'anémie et à l'allaitement maternel d'ici à 2025, et pour déployer à grande échelle le traitement de l'émaciation. D'autres efforts visant à comprendre les besoins mondiaux en matière de lutte contre la malnutrition laissent penser que cette somme est bien plus élevée, en tenant compte des actions de plus grande envergure en matière de lutte contre la sous-alimentation afin de mener à bien un éventail d'objectifs mondiaux élargi, notamment l'ODD 2².

Par ailleurs, où sont les fonds nécessaires pour éliminer l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire, qui alourdissent encore le fardeau ? Pour répondre à cette question, l'OMS a publié en 2018 un nouveau cadre d'investissement pour les MNT³ et a mené un dialogue mondial concernant le financement de la prévention et de la maîtrise des MNT⁴. Si l'on inclut les investissements nécessaires en vue de mettre fin à l'obésité et aux MNT liées au régime alimentaire, le coût de l'élimination de toutes les formes de malnutrition sera bien plus élevé, selon les informations données par le groupe de travail sur les MNT et l'économie de la revue *The Lancet* en 2018⁵. L'impact économique mondial de l'obésité a été estimé à 2 000 milliards

de dollars US, soit 2,8 % du PIB mondial⁶.

La pandémie mondiale d'obésité pèse également sur la croissance économique, en raison des journées de travail perdues, de la plus faible productivité au travail, des handicaps et des décès qui en découlent⁷.

Dépenses publiques nationales consacrées à la nutrition

Suivre les dépenses nationales

À ce jour, 47 des 60 pays du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (Scaling up Nutrition, SUN) ont analysé le niveau des dépenses consacrées à la nutrition dans leurs budgets nationaux⁸, ce qui donne un aperçu des sommes budgétisées au titre des investissements spécifiques et contribuant à la nutrition dans l'ensemble des secteurs concernés (voir l'encadré 5.1). Des orientations méthodologiques détaillées ont été fournies par le Mouvement SUN⁹ concernant la façon dont les deux types d'investissements sont différenciés.

ENCADRÉ 5.1

Que sont les investissements spécifiques à la nutrition et contribuant à la nutrition¹⁰ ?

Les investissements spécifiques à la nutrition sont considérés comme des interventions nutritionnelles à fort impact qui agissent sur les facteurs déterminants immédiats de la malnutrition. La série de 2013 de la revue *The Lancet* sur la nutrition de la mère et de l'enfant recommande dix interventions directes telles que la supplémentation ou l'enrichissement en micronutriments, le traitement de la malnutrition aiguë, l'allaitement maternel exclusif, et l'alimentation complémentaire du jeune enfant.

Les investissements contribuant à la nutrition traitent les causes sous-jacentes de la sous-alimentation. Ils incluent les mesures liées à un large éventail de secteurs, notamment : la santé, les systèmes agro-alimentaires, l'eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène (WASH), l'éducation et la protection sociale. Ils peuvent consister à améliorer le pouvoir d'achat des femmes et l'accès à la nourriture, diversifier l'agriculture, encourager le bioenrichissement, promouvoir des régimes alimentaires sains, soutenir l'allaitement maternel et renforcer l'accès aux services WASH.

À l'heure actuelle, 25 pays ont analysé au moins deux fois les dépenses consacrées à la nutrition dans leurs budgets ; le Bénin, le Burundi, le Guatemala, la Mauritanie, le Pakistan, la République démocratique du Congo, le Tadjikistan, le Viet Nam et le Yémen l'ont fait au moins trois fois depuis 2015. Les données relatives à ces 25 pays montrent une augmentation globale des enveloppes affectées à la nutrition sur les deux derniers exercices budgétaires¹¹. Cette hausse est due à une augmentation de 24 % des ressources contribuant à la nutrition, qui représentaient 94 % des dépenses. Les ressources spécifiques à la nutrition, elles, ont augmenté de 8 %¹² (figure 5.1).

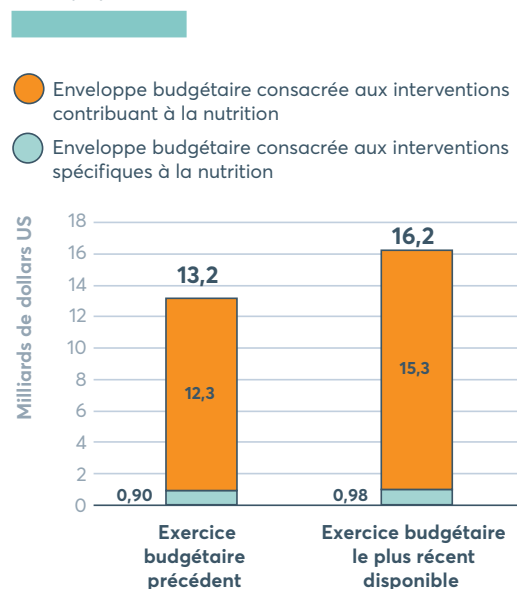
Ce portrait consolidé cache des différences considérables entre les pays. Pour ce qui est des dépenses totales consacrées à la nutrition – les enveloppes totales affectées aux investissements en faveur de la nutrition de manière générale – 13 pays¹³ les ont diminuées tandis que 12¹⁴ les ont augmentées. Les ressources contribuant à la nutrition suivent une tendance similaire, un nombre égal de pays ayant baissé ou augmenté leurs dépenses tandis qu'un pays (le Kirghizistan) ne montre aucun changement. Seuls neuf pays¹⁵ ont augmenté leurs ressources spécifiques à la nutrition, et quatre d'entre eux les ont multipliées par deux (Madagascar, la Mauritanie, le Népal et le Viet Nam). Les enveloppes spécifiques à la nutrition sont en baisse dans 12 pays, et quatre pays n'ont pas recensé de telles ressources dans leur analyse budgétaire (la Gambie, le Ghana, le Libéria et le Soudan du Sud), probablement parce que les budgets n'étaient pas suffisamment ventilés pour permettre un suivi.

De nouvelles données tirées de 12 pays, portant sur les investissements spécifiques et contribuant à la nutrition, montrent que 96 % de ces ressources sont consacrées à des interventions contribuant à la nutrition (figure 5.2). Certains pays investissent dans l'agriculture (République démocratique du Congo), la protection sociale (Pakistan, Mauritanie), l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) (Bénin), tandis que d'autres investissent de façon substantielle dans la santé (Tadjikistan) et l'éducation (Sierra Leone).

Les Gros plans 5.1 et 5.2 mettent en lumière la situation au Bangladesh, en Tanzanie et en Éthiopie ainsi que leurs modalités de suivi des financements nationaux consacrés à la nutrition au niveau national.

FIGURE 5.1

Dépenses nationales : évolution des dépenses totales spécifiques et contribuant à la nutrition au cours des deux derniers exercices budgétaires de 25 pays

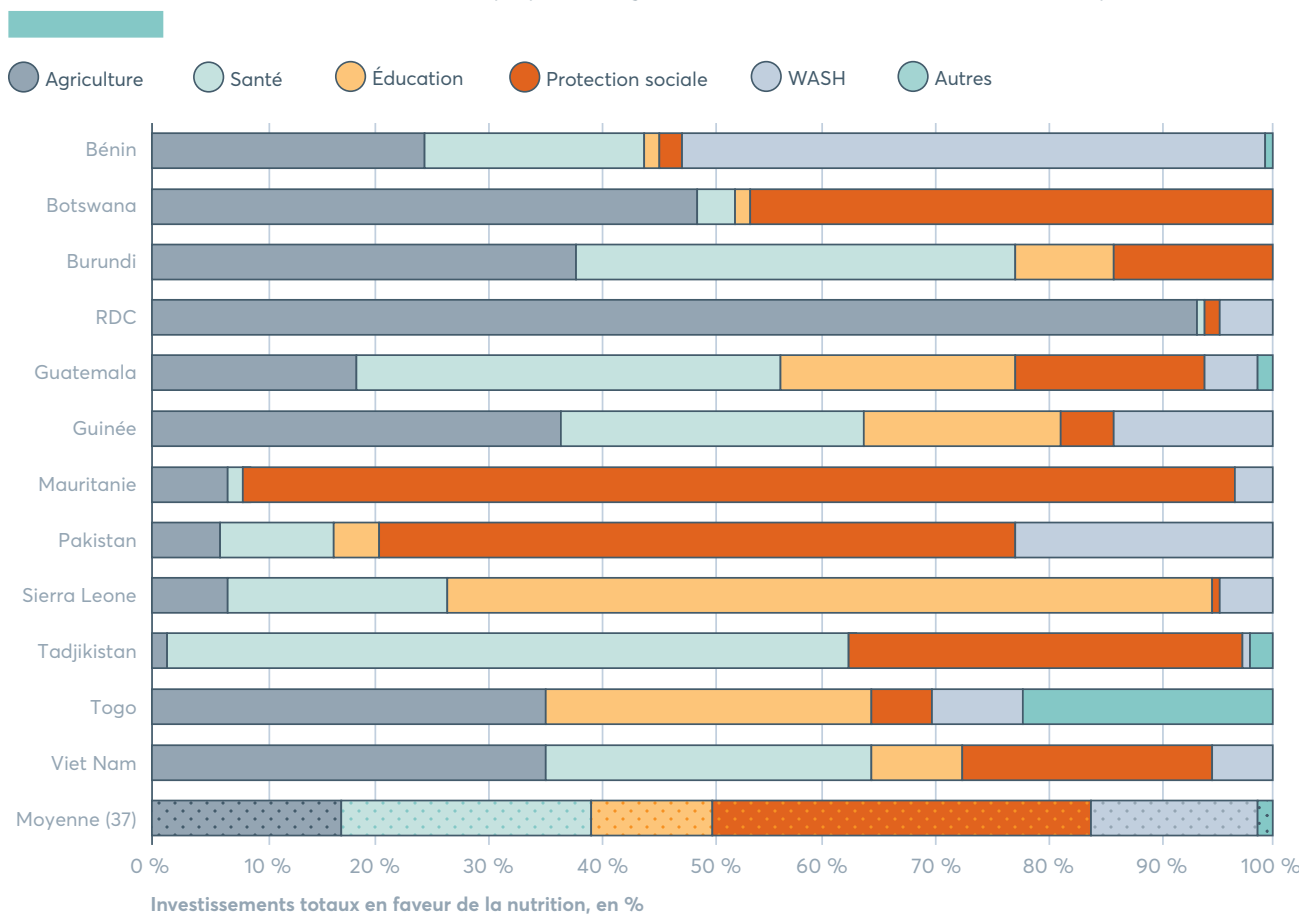


Source : exercice d'analyse budgétaire, 2018, Secrétariat du Mouvement SUN.

Remarques : d'après les budgets nationaux de 25 pays (application de déflateurs du PIB pour les corriger de l'inflation et exprimer les évolutions en termes réels).

FIGURE 5.2

Investissements en faveur de la nutrition en tant que pourcentage des investissements totaux dans la nutrition, par secteur



Source : exercice d'analyse budgétaire, Secrétariat du Mouvement SUN, 2018.

Remarques : d'après les données disponibles de 12 pays à compter de 2018. Les points de données vont de 2015 à 2018. RDC : République démocratique du Congo ; WASH : eau, assainissement et hygiène.

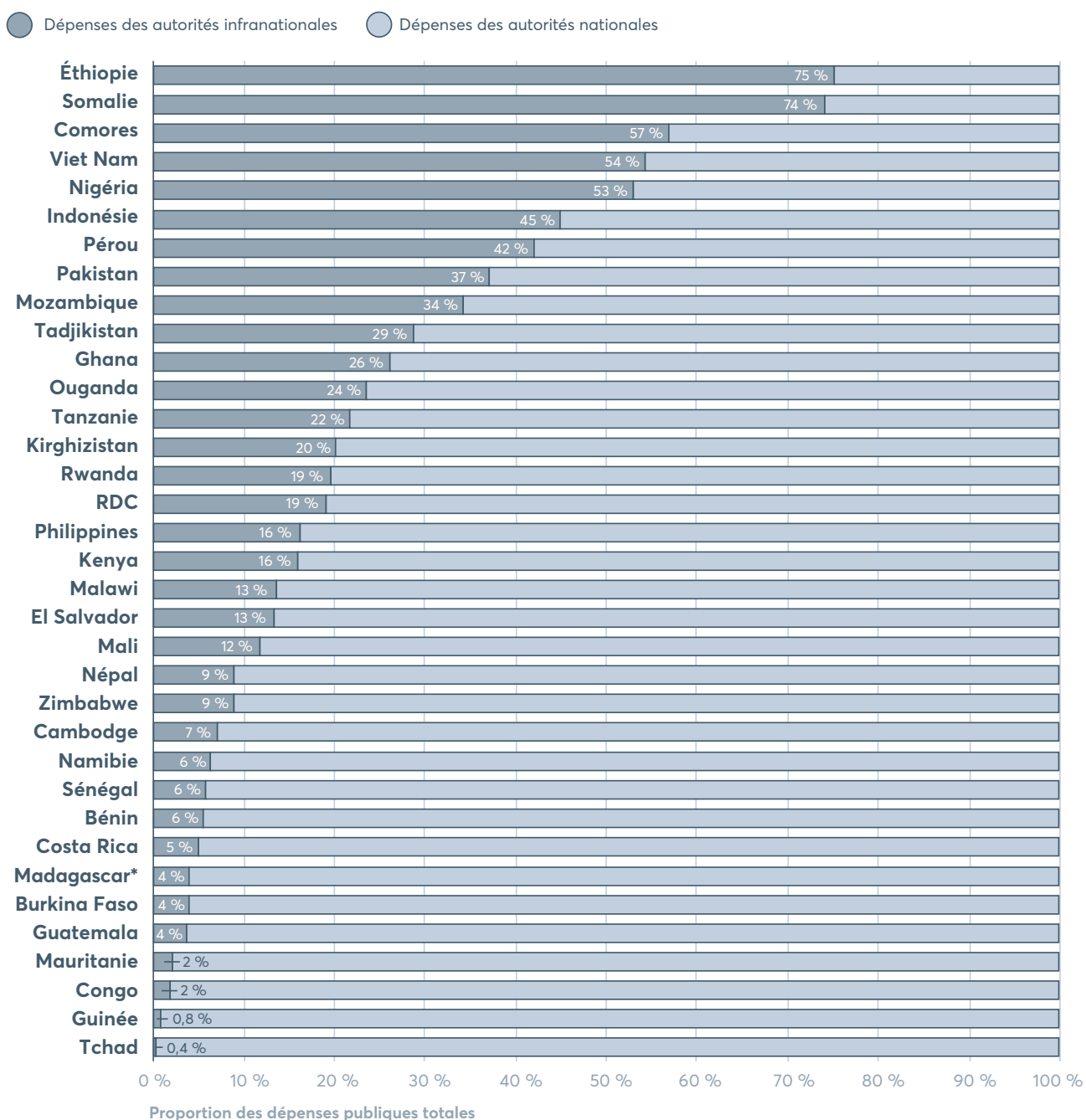
Porter une attention particulière aux dépenses infranationales

L'importance de suivre les investissements en faveur de la nutrition au niveau aussi bien infranational que national est de plus en plus reconnue. Les structures gouvernementales d'un certain nombre de pays du Mouvement SUN sont décentralisées, et les autorités locales peuvent être responsables d'une part importante des dépenses totales ainsi que de la fourniture de services essentiels liés à la nutrition (comme les soins de santé primaires, l'éducation de la petite enfance, ou encore l'eau et l'assainissement). Par conséquent, ces autorités pourraient investir de façon substantielle dans la nutrition.

La figure 5.3 en donne un aperçu dans les pays du Mouvement SUN, en montrant 18 pays où les dépenses publiques infranationales représentent plus de 15 % des dépenses publiques totales. Comme le montre cette figure, l'échelle du financement infranational par rapport au financement national varie d'un pays à l'autre, allant de moins de 10 % pour certains jusqu'à 75 % pour d'autres comme l'Éthiopie et la Somalie. Dans des pays comme le Kenya, où les dépenses publiques infranationales représentent 16 % des dépenses publiques totales, dont une part disproportionnée est allouée aux soins de santé, les dépenses en matière de santé sont plus élevées au niveau infranational que national¹⁶. L'importance du financement infranational de la nutrition ira probablement grandissante, étant donné que des processus de décentralisation sont en cours dans l'ensemble des pays du Mouvement SUN (comme le Ghana, le Népal et la République démocratique du Congo), et de meilleures données sur les dépenses nationales sont essentielles en vue d'améliorer le suivi et l'impact de ce financement.

FIGURE 5.3

Aperçu du financement infranational dans 35 pays du Mouvement SUN



Source : Secrétariat du Mouvement SUN/Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition (MQSUN)+ (Development initiatives/PATH), 2018, d'après l'OCDE, le Fonds monétaire international, la Banque mondiale, le Forum des administrations locales du Commonwealth et des documents financiers gouvernementaux.

Remarques : les points de données vont de 2011 à 2017. *Les données relatives à Madagascar datent de 2004. RDC : République démocratique du Congo.

GROS PLAN 5.1

Suivre les dépenses publiques au Bangladesh et en Tanzanie

Stephanie Allan, Clara Picanyol et Mehroosh Tak

Au **Bangladesh**, le gouvernement a approuvé le deuxième plan national d'action pour la nutrition pour 2016-2025. Cependant, le plan n'est pas encore pleinement pris en compte dans le budget, ce qui fait obstacle à sa mise en œuvre et à la réalisation des ambitions initiales. Conscient de ces difficultés, le gouvernement du Bangladesh entend suivre les dépenses consacrées à la nutrition afin de les aligner plus étroitement sur les priorités du plan et de se rapprocher des objectifs en matière de nutrition. En 2018, en partenariat avec l'UNICEF et avec l'assistance technique d'Oxford Policy Management, le gouvernement a procédé à un examen des dépenses publiques des programmes relatifs à la nutrition. Le niveau, la composition et la gestion des enveloppes budgétaires et des dépenses réelles de 2014/15 à 2017/18 ont été analysés. Les résultats préliminaires montrent que, au Bangladesh, les dépenses consacrées à la nutrition sont principalement le fait de quatre ministères (les ministères de l'Alimentation, de la Santé et du Bien-être familial, de l'Éducation primaire et de masse, et des Femmes et des Enfants) et que 20 projets représentent 80 % des dépenses en matière de nutrition dans le pays. La plupart des dépenses contribuent à la nutrition (98 %), seuls 2 % étant spécifiques à la nutrition. L'examen a également identifié des investissements importants financés par des donateurs qui ne font pas l'objet d'un suivi complet et systématique.

En partenariat avec l'UNICEF et avec l'assistance technique d'Oxford Policy Management, **le gouvernement de la Tanzanie** a procédé à un examen des dépenses publiques liées à la nutrition. Il s'agissait du deuxième exercice de ce type dans le pays. Les efforts les plus récents s'appuient sur l'expérience de l'examen de 2014 pour fournir une évaluation plus complète des dépenses consacrées à la nutrition en couvrant la plupart des 163 autorités locales de la Tanzanie ainsi que la région semi-autonome de Zanzibar. L'examen des dépenses publiques a permis d'analyser directement les données budgétaires d'un échantillon de 22 autorités locales, ministères nationaux, départements, agences et entités du gouvernement révolutionnaire de Zanzibar, afin de déterminer les postes budgétaires liés à la nutrition tels que définis par le cadre politique du pays – le plan national d'action multisectoriel relatif à la nutrition. Dans les faits, une équipe de chercheurs a évalué manuellement un ensemble de données comportant plus de 90 000 postes budgétaires, ce qui a pris plusieurs mois. Les résultats ont ensuite servi à produire une estimation des dépenses publiques consacrées à la nutrition à l'échelle nationale, avec pour référence la part moyenne des dépenses des autorités locales liées à la nutrition.

L'importance du rôle joué par les autorités locales dans le financement de la nutrition a entraîné la création de nouvelles initiatives dans ce domaine. Par exemple, le gouvernement du Kenya a commencé à évaluer le financement infranational au niveau départemental, et des projets similaires sont en cours en Ouganda, au Népal, dans l'État indien du Rajasthan, dans les districts de l'Indonésie et dans la province du Balochistan au Pakistan. Dans tous ces cas, des conclusions instructives ont été tirées, non seulement sur l'échelle du financement de la nutrition parmi ces autorités infranationales, mais aussi sur l'efficacité et l'efficience des dépenses par rapport aux plans annoncés, et sur le niveau de coordination avec les autorités nationales. Par exemple, dans le cas de l'État indien du Rajasthan, le financement a été jugé insuffisant dans des domaines clés, notamment l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la supplémentation en micronutriments, et un meilleur ciblage des ressources concernant des groupes spécifiques a été suggéré pour l'avenir¹⁷. Dans la province du Balochistan au Pakistan, un manque de cohérence entre les départements a été mis en avant. À ce titre, de nouveaux processus de planification et de budgétisation ont été proposés dans le rapport afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des investissements liés à la nutrition¹⁸.

Suivre le financement en faveur de la nutrition dans l'ensemble des secteurs en Éthiopie

Birara Melese Yalew, Dr Ferew Lemma, Jack Clift, Kavya Ghai et Mary D'Alimonte

L'engagement pris par le gouvernement éthiopien de mettre fin à la sous-alimentation des enfants d'ici à 2030 s'est concrétisé par des progrès considérables grâce à la politique nationale relative à l'alimentation et à la nutrition récemment élaborée. Ce cadre juridique et responsabilisant souligne le droit des enfants à une nutrition adéquate et à une croissance normale et renforce les actions prévues dans le programme national relatif à la nutrition. Il vise à améliorer la nutrition des femmes, des adolescentes et de tous les enfants jusqu'à l'âge de 10 ans ; à développer les services de nutrition pour les maladies transmissibles, non transmissibles et liées au mode de vie ; à renforcer la mise en œuvre des interventions contribuant à la nutrition ; et à améliorer la coordination et le renforcement des capacités en matière de nutrition dans l'ensemble des secteurs.

Des signes de progrès encourageants ont été observés ; par exemple, entre 2000 et 2016, le taux de retard de croissance chez l'enfant a chuté d'un tiers. Il reste cependant beaucoup à faire car la prévalence du retard de croissance, de l'émaciation et de l'anémie reste élevée.

Le suivi des ressources montre les actions qui sont financées et celles qui ne le sont pas. L'analyse du suivi fait état d'une hausse constante du financement de la nutrition aussi bien de la part du gouvernement que des partenaires de développement, passant de 181 millions à 455 millions de dollars US entre 2013/14 et 2015/16. Cette hausse est due à des investissements dans des programmes multisectoriels à grande échelle, tels que le programme de filet de sécurité productif et le programme national ONE WASH. À l'inverse, le financement destiné à des interventions axées uniquement sur la nutrition, comme le renforcement des capacités en matière de nutrition, la communication pour le changement de comportement, la promotion de l'allaitement maternel, la prise en charge de la malnutrition aiguë et les programmes relatifs aux micronutriments, est relativement faible. Les interventions relatives à l'obésité ou aux MNT, elles, ne bénéficient d'aucun financement.

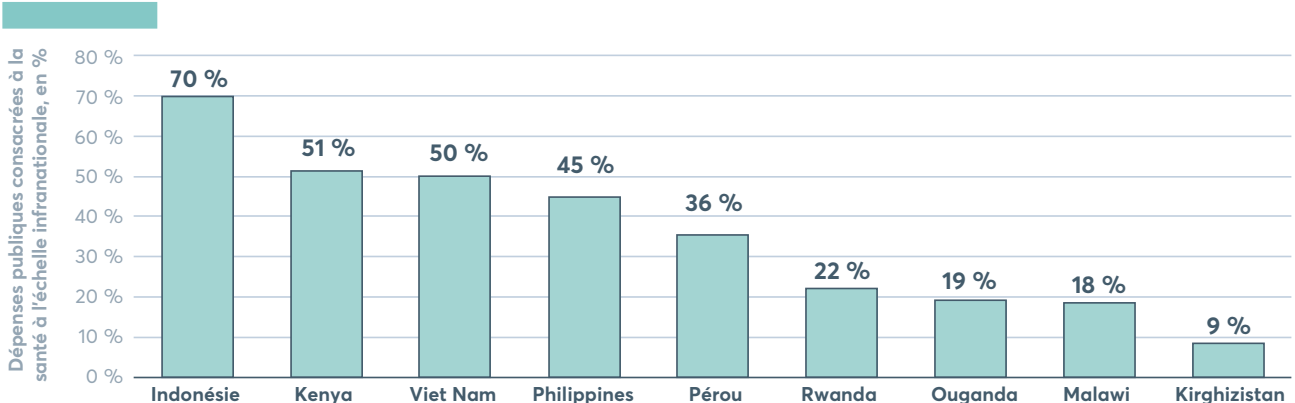
Le ministère de la Santé a lancé un exercice annuel multisectoriel de cartographie des ressources affectées à la nutrition dans les systèmes de routine afin de fournir de meilleures données en vue du cycle de planification. Cette approche a été élaborée afin d'intégrer les enseignements tirés qui pourraient être utiles à d'autres pays envisageant un exercice de cartographie des ressources. Les enseignements clés tirés à ce jour sur l'approche à adopter sont notamment les suivants :

- préciser comment et quand les données seront utilisées ;
- intégrer la cartographie des ressources affectées à la nutrition au sein des systèmes d'informations sanitaires existants ou d'autres systèmes d'information afin d'accroître l'efficacité, d'éviter les doublons et de renforcer la pérennité ;
- renforcer les capacités du secteur public, d'autres participants et partenaires d'exécution ;
- obtenir l'adhésion du gouvernement et des partenaires de développement concernant les données à collecter et la façon de les recueillir (ce point aide également à renforcer l'appropriation) ;
- recenser et suivre les composantes spécifiques à la nutrition au sein des programmes multisectoriels ;
- consulter tous les secteurs concernés afin de s'assurer que les données leur sont utiles.

Le ministère espère que ces lignes directrices aideront d'autres gouvernements à surmonter le défi majeur de la rationalisation de la collecte des données, en utilisant des informations opportunes en vue de la planification annuelle et du compte rendu aux partenaires de développement.

FIGURE 5.4

Pourcentage des dépenses totales consacrées à la santé par les autorités infranationales dans neuf pays du Mouvement SUN, 2018



Source : Secrétariat du Mouvement SUN/MQSUN+ (Development initiatives/PATH), 2018, d'après divers documents financiers gouvernementaux et documents du secteur de la santé, les statistiques du Fonds monétaire international relatives aux finances publiques et les examens de politique de santé de l'OMS.

Financement international en faveur de la nutrition¹⁹

Suivre les financements des donateurs destinés à des interventions spécifiques à la nutrition

Le code-objet « nutrition de base » du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du Comité d'aide au développement (CAD)²⁰ est conçu pour mesurer les dépenses déclarées concernant les programmes pour l'alimentation directe, l'alimentation maternelle, l'allaitement et les aliments de sevrage, l'alimentation de l'enfant, l'alimentation à l'école (jusqu'en 2016), les interventions liées aux micronutriments comme la fourniture de vitamine A, d'iode, de fer, etc., la surveillance de l'état nutritionnel, l'enseignement de la nutrition et de l'hygiène alimentaire, et l'alimentation domestique²¹. Dans les faits, ce code-objet s'est révélé une mesure indirecte imparfaite des interventions essentiellement spécifiques à la nutrition. Il constitue cependant un outil important pour suivre les dépenses pertinentes (voir le Gros plan 5.3).

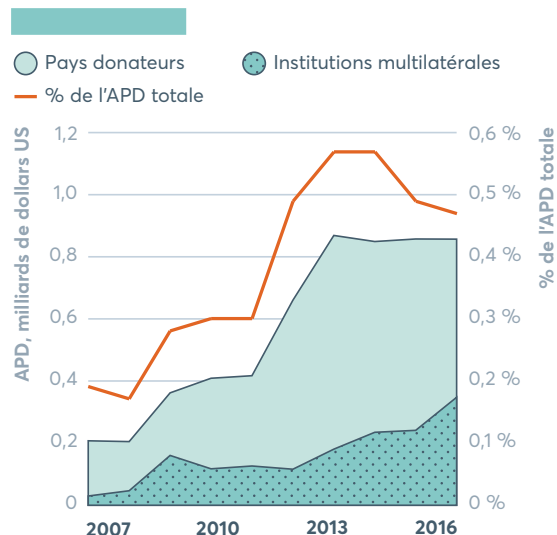
L'aide consacrée à la nutrition de base déclarée par les donateurs et les institutions multilatérales s'élevait à 856 millions de dollars US en 2016, soit près de 0,5 % de l'APD totale. D'autres estimations des dépenses spécifiques à la nutrition sont plus élevées, atteignant 1,12 milliard de dollars US²². Mais même ainsi, ce chiffre représente moins de 1 % de l'APD globale.

La figure 5.5 montre les enveloppes budgétaires consacrées à la nutrition de base par les donateurs d'APD de 2007 à 2016 (année la plus récente pour

laquelle des données sont disponibles). Après avoir été multipliées par quatre de 2007 à 2013, les dépenses sont restées stationnaires. En tant que pourcentage de l'APD totale, l'APD destinée à la nutrition de base baisse quant à elle d'année en année depuis le pic atteint en 2013. Elle représente désormais *moins de la moitié de 1 %* de l'APD totale, soit une part relativement restreinte de toute l'aide au développement par rapport à d'autres secteurs : en 2016, 6,8 % de l'APD étaient consacrés à l'éducation, 4,1 % à l'agriculture et 1,0 % à la lutte contre le paludisme²³.

FIGURE 5.5

Décasseiments d'APD consacrée à la nutrition de base, 2007–2016



Source : Development Initiatives, à partir du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE. Données téléchargées le 11 mai 2018.

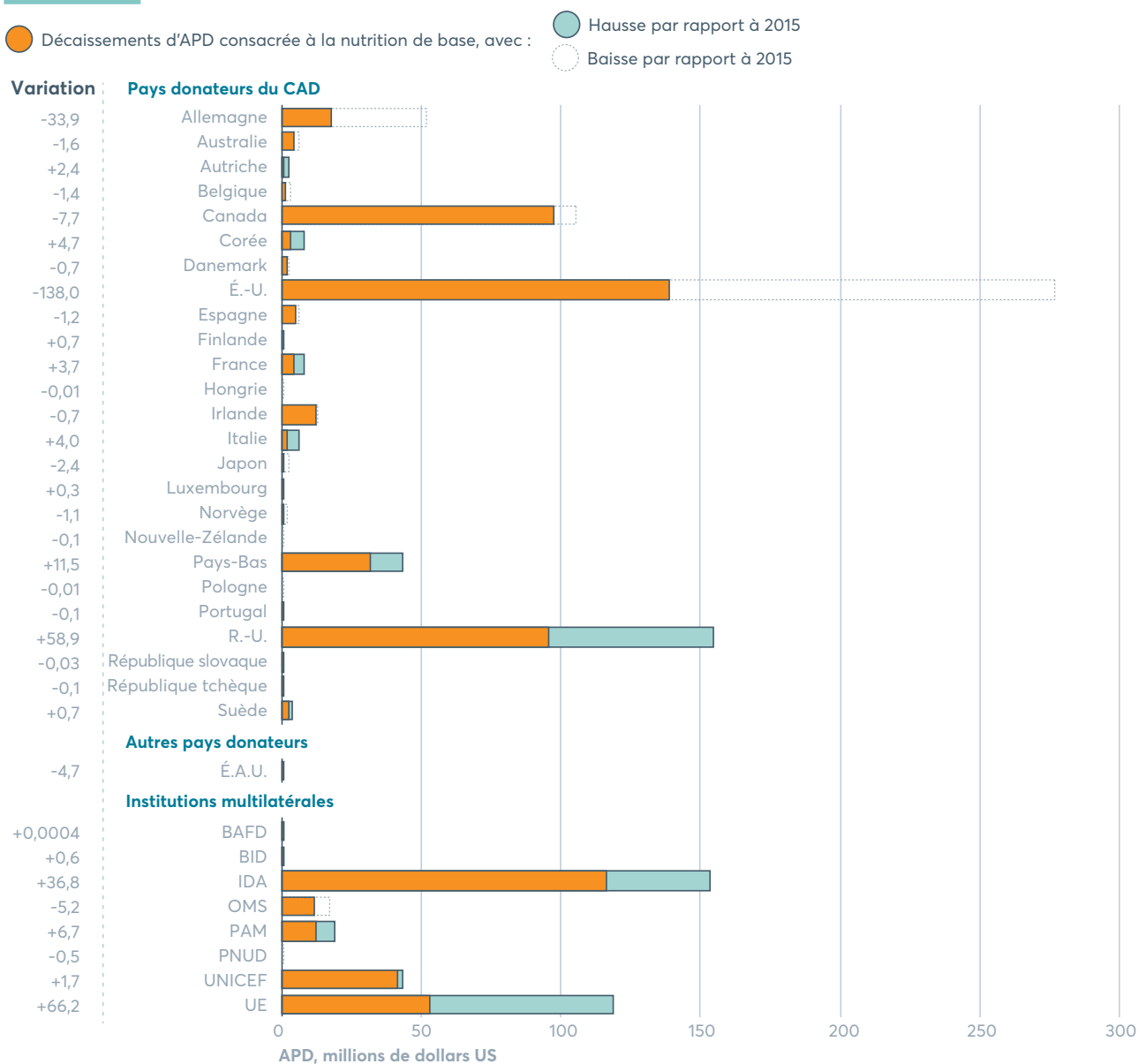
Remarques : les montants se fondent sur les décaissements bruts d'APD exprimés en prix constants de 2016. Les chiffres incluent les dons et les prêts d'APD, mais excluent d'autres flux publics et dons privés signalés au SNPC du CAD de l'OCDE. Les pays donateurs englobent des pays membres du CAD et d'autres pays (Koweït et Émirats arabes unis). Les institutions multilatérales incluent toutes les organisations multilatérales déclarant leur APD au SNPC du CAD de l'OCDE.

Entre 2015 et 2016, 17 pays donateurs ont déclaré des contributions inférieures et seuls neuf pays ont augmenté leurs dépenses (figure 5.6). Par conséquent, l'aide bilatérale à la nutrition de base a chuté de 107 millions de dollars US, pour s'établir à 509 millions de dollars US. Il convient cependant de noter que ces baisses apparentes pourraient découler des récents ajustements apportés au code-objet « nutrition de base », les activités d'alimentation à l'école ayant été retirées (voir le gros plan 5.3). Ce retrait aurait dû entrer en vigueur en 2016, mais dans les faits, les

donateurs pourraient avoir répondu et adhéré à la nouvelle définition de manière incohérente. Il est donc difficile d'imputer spécifiquement les changements observés en matière de dépenses à cet ajustement du code.

En parallèle, les dépenses globales des institutions multilatérales ont augmenté de 106 millions de dollars US. Au final, il n'y a donc pas eu de réel changement concernant le montant total déclaré par le biais du code « nutrition de base ».

FIGURE 5.6
Évolution des décaissements d'APD consacrée à la nutrition de base, par donateur, 2015–2016



Source : Development Initiatives, à partir du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du CAD de l'OCDE.

Remarques : les montants se fondent sur les décaissements bruts d'APD exprimés en prix constants de 2016. BAfD : Banque africaine de développement ; IDA : Association internationale de développement ; BID : Banque interaméricaine de développement ; UAE : Émirats arabes unis ; PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement ; PAM : Programme alimentaire mondial ; OMS : Organisation mondiale de la Santé. Données téléchargées le 11 mai 2018.

Nouvelles méthodes de suivi des dépenses des donateurs

Nawal Chahid, Aurore Gary et Mary D'Alimonte

Nouveau code-objet relatif à la nutrition : tous les donateurs déclarent leur APD au CAD de l'OCDE conformément à un ensemble commun de normes et de définitions approuvées. Il existe deux niveaux de classement de l'APD : les secteurs – comme la santé ou l'agriculture –, puis un sous-ensemble de « codes-objet ». Le code-objet « nutrition de base » du secteur de la santé mesure certaines dépenses spécifiques à la nutrition.

Le Rapport sur la nutrition mondiale et d'autres ont déterminé que le code « nutrition de base » était un moyen imparfait de suivre les dépenses spécifiques à la nutrition et, en 2017, un code révisé a été adopté avec quelques améliorations, telles que le retrait de l'alimentation à l'école, afin de permettre un suivi plus précis.

Bien que ce code tienne compte des programmes dont l'objectif principal consiste à améliorer la nutrition, il peut passer à côté des investissements en faveur de la nutrition intégrés à des programmes plus larges mis en œuvre dans plusieurs secteurs (par exemple, des programmes de santé de la mère et de l'enfant qui incluent une supplémentation ; ou des programmes agricoles qui incluent l'enrichissement). Une part importante des dépenses spécifiques à la nutrition est répartie entre plusieurs codes du CAD, en raison tout simplement de la nature intégrée de la programmation en matière de nutrition, ce qui passe inaperçu lorsqu'on ne s'intéresse qu'au code « nutrition de base ». De même, le code ne mesure pas les dépenses contribuant à la nutrition (suivies dans le tableau 5.1) ou les dépenses consacrées à l'obésité ou aux MNT liées au régime alimentaire (figure 5.8).

Un nouveau marqueur politique relatif à la nutrition

Une étape importante a été franchie en matière de suivi de l'aide nutritionnelle du fait de l'adoption d'un marqueur politique relatif à la nutrition en juillet 2018, grâce à une étroite collaboration entre le Réseau des donateurs du Mouvement SUN, la France et Action contre la faim. Avant l'adoption de ce marqueur, le SNPC n'avait aucun moyen de suivre les investissements en matière de nutrition dans l'ensemble des secteurs, ce qui limitait considérablement le suivi de l'aide nutritionnelle multisectorielle au moyen des données publiquement disponibles (l'une des raisons pour lesquelles le Réseau des donateurs du Mouvement SUN a élaboré sa propre méthode). Désormais, le marqueur politique relatif à la nutrition – semblable à celui adopté pour l'égalité entre les hommes et les femmes – permettra un meilleur suivi des progrès vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition, en incluant à la fois les investissements spécifiques à la nutrition et ceux qui y contribuent dans l'ensemble des secteurs. Tous les donateurs devront utiliser ce marqueur d'ici à 2020.

Mode d'emploi : tous les projets de donateurs seront évalués quant à leur pertinence pour la nutrition et recevront une note selon la place occupée par la nutrition dans l'investissement, sur une échelle à trois points. Ce système permet d'identifier les investissements dans l'ensemble des secteurs et des codes-objet qui intègrent des activités, des objectifs et des résultats relatifs à la nutrition.

Ce nouveau marqueur renforcera la redevabilité et la transparence car les données seront à la libre disposition des donateurs, des chercheurs et de la société civile. Les donateurs pourront enfin suivre systématiquement l'intégration de leurs financements destinés à la nutrition – spécifiques à celle-ci ou y contribuant – dans l'ensemble des portefeuilles sectoriels. Le marqueur rationalisera le suivi des investissements multisectoriels en faveur de la nutrition par tous les donateurs et les aidera à cibler plus efficacement leurs interventions et stratégies au profit des pays qui en ont le plus besoin. Il permettra également aux donateurs d'en savoir plus sur le niveau d'intégration de la nutrition dans l'ensemble de leur portefeuille de programmes.

Maintenant que le marqueur est en place, l'étape suivante consiste à établir des lignes directrices en vue d'aider les donateurs à l'appliquer (un processus semblable à celui du marqueur relatif à l'égalité entre les hommes et les femmes mentionné plus haut). Le Réseau des donateurs du Mouvement SUN et Action contre la faim continueront de s'impliquer pour assurer une mise en œuvre effective.

La nouvelle version du code du SNPC et le marqueur sont d'excellents exemples de collaboration entre des donateurs, la société civile et l'OCDE. Ils sont le signe d'un changement à long terme dans la direction, la gouvernance et la responsabilité mutuelle en matière de lutte contre le fléau mondial de la malnutrition, qui profitera aux pays bénéficiaires, aux donateurs, aux chercheurs et à la société civile.

La figure 5.7 montre les décaissements destinés à la nutrition de base par donateur, et inclut les dons privés déclarés par la Fondation Bill & Melinda Gates. Le Royaume-Uni, les États-Unis, l'UE et le Canada sont restés en tête de la liste des donateurs du CAD en 2016, représentant 60 % de l'APD mondiale consacrée à la nutrition de base. Voir le Gros plan 5.5 sur le financement public des États-Unis.

En 2016, certains donateurs ont déclaré des dépenses bien inférieures à celles de 2015 concernant l'APD destinée à la nutrition de base. Par exemple, les États-Unis ont réduit de 50 % leurs dépenses signalées par le biais du code « nutrition de base ». Cette réduction atteint 65 % dans le cas de l'Allemagne, et 89 % dans celui du Japon (figure 5.6).

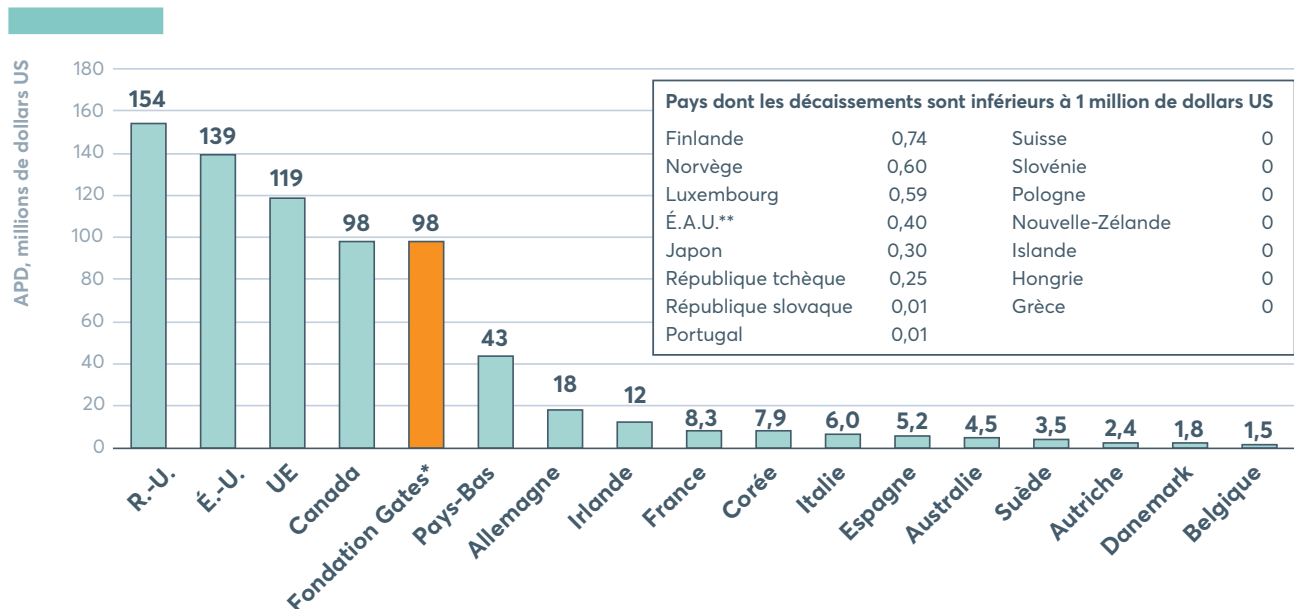
Comme indiqué précédemment, certaines de ces baisses pourraient être en partie dues aux récents ajustements apportés au code-objet « nutrition de base » (voir le Gros plan 5.3). Certaines seraient imputables à une augmentation des dépenses contribuant à la nutrition (voir le tableau 5.1 et le Gros plan 5.5 dans le cas des États-Unis).

La Nouvelle-Zélande, la Pologne et la Hongrie ont rejoint la Grèce, l'Islande, la Slovaquie et la Suisse sur la liste des pays qui ont déclaré des dépenses nulles par le biais du code « nutrition de base ».

À l'inverse, le Royaume-Uni (62 %), les Pays-Bas (36 %) et la Corée (142 %) ont considérablement augmenté leurs dépenses signalées par le biais du code « nutrition de base », et l'Autriche et l'Italie ont plus que doublé leur APD destinée à la nutrition de base. Six des huit institutions multilatérales déclarant leur APD consacrée à la nutrition de base ont augmenté leurs dépenses. L'UE est désormais l'un des principaux contributeurs multilatéraux, suivie de l'UNICEF et du Programme alimentaire mondial.

Comme mentionné dans le Gros plan 5.3, le code-objet « nutrition de base » est une mesure indirecte imparfaite des dépenses spécifiques à la nutrition, car il ne tient compte que d'un sous-ensemble d'investissements spécifiques à la nutrition. C'est ce que souligne une analyse détaillée de Results for Development (R4D), de même que l'impossibilité d'identifier les dépenses alignées sur les cibles à l'horizon 2025 avec ce seul code. Cette analyse, qui dépasse le cadre du code-objet, montre que l'essentiel des dépenses spécifiques à la nutrition sont alignées sur les cibles relatives au retard de croissance et à l'émaciation²⁴. Elle suit les dépenses des donateurs affectées aux interventions spécifiques à la nutrition par rapport aux cibles de nutrition à l'horizon 2025²⁵, en vue de suivre les dépenses par rapport aux ressources mondiales nécessaires pour atteindre les cibles²⁶. Une somme estimée

FIGURE 5.7
Décaissements d'APD consacrée à la nutrition de base, par donateur, 2016



Source : Development Initiatives, à partir du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du CAD de l'OCDE.

Remarques : les montants se fondent sur les décaissements bruts exprimés en prix constants de 2016. *Les dépenses de la Fondation Bill & Melinda Gates font référence à des dons privés déclarés au SNPC du CAD de l'OCDE. **EAU : les Émirats arabes unis sont le seul donateur non membre du CAD ayant déclaré de l'APD consacrée à la nutrition de base en 2016. Données téléchargées le 11 mai 2018.

à 1,12 milliard de dollars US a été consacré aux interventions spécifiques à la nutrition à l'appui des cibles mondiales de nutrition en 2015²⁷. L'essentiel de ces fonds ont été affectés à la réduction du retard de croissance (495 millions de dollars US) et à l'émaciation (224 millions de dollars US), en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. La majorité du financement était consacrée à la supplémentation en micronutriments, au traitement de la malnutrition aiguë, aux conseils et à la recherche en matière de nutrition.

Le financement international destiné aux investissements spécifiques à la nutrition est manifestement disproportionné par rapport aux besoins pour améliorer de façon tangible et significative la nutrition dans une optique de bénéfices à long terme, s'agissant notamment du bien-être individuel et des progrès économiques et sociaux. Les dépenses doivent être appréhendées à la lumière des besoins au niveau national afin de mieux évaluer, d'une part, la proportionnalité du financement alloué par rapport à ces besoins, et, d'autre part, les bénéficiaires de ces fonds. Si les besoins et le financement ne sont pas mis en adéquation, et si nous ne cibons pas mieux les investissements, certaines personnes continueront d'être laissées pour compte. À l'avenir, le Rapport sur la nutrition mondiale entend fournir une analyse portant sur les tendances des ressources allouées par pays bénéficiaire et par besoin²⁸.

Au vu de ces déficits de financement, l'initiative The Power of Nutrition illustre bien comment de nouveaux modes de financement innovants peuvent mobiliser plusieurs partenaires et intensifier le financement en faveur de la nutrition (Gros plan 5.4).

Suivre les financements des donateurs destinés à des interventions contribuant à la nutrition

Comme mentionné dans le Gros plan 5.3, le SNPC du CAD de l'OCDE ne permet pas aux donateurs de déclarer leurs investissements contribuant à la nutrition. C'est pourquoi le Rapport sur la nutrition mondiale fait appel à des données communiquées par les donateurs eux-mêmes dans le cadre du processus N4G afin de brosser un tableau plus complet de l'aide destinée aux activités contribuant à la nutrition.

La déclaration volontaire a ses limites, et les méthodes utilisées pour identifier les dépenses pertinentes varient d'un donateur à l'autre. La méthodologie du Réseau des donateurs du Mouvement SUN a contribué à mettre en

place une approche consensuelle en la matière, mais tous les donateurs déclarants ne l'ont pas adoptée ou ne l'appliquent pas de manière cohérente, ce qui rend les résultats incomparables. L'adoption du nouveau marqueur politique du CAD de l'OCDE est une occasion importante de normaliser les déclarations financières par rapport aux engagements en matière de nutrition, et de s'assurer que les données sont comparables et donc pertinentes. À l'instar de la méthodologie SUN, le marqueur politique est sujet à des erreurs humaines et tributaire de la qualité et du caractère détaillé des documents de projet des donateurs. Les remarques jointes au tableau 5.1 montrent certaines de ces différences et incohérences.

Il est important de suivre ces investissements mais, contrairement aux interventions spécifiques à la nutrition, les informations relatives aux financements nécessaires et au coût de la nutrition sont plus limitées. Bien que de nombreux pays disposent de cadres d'investissement au service de la nutrition, il convient de porter une attention particulière aux exercices de chiffrage afin d'établir des évaluations réalistes des besoins de financement spécifiques à la nutrition. En l'absence d'un chiffrage adéquat, il est difficile de recenser les lacunes, de hiérarchiser les investissements et de suivre les progrès.

Les enveloppes allouées par les donateurs sont guidées par des approches et des priorités qui leur sont propres. Les Gros plans 5.5, 5.6 et 5.7 fournissent plus de détails sur les investissements et les engagements des États-Unis, de la Commission européenne et du Fonds international de développement agricole (FIDA) concernant les approches contribuant à la nutrition qu'ils appliquent dans le cadre de leur travail.

Le tableau 5.1 montre que, ces dernières années, les États-Unis étaient de loin le plus gros donateur en matière d'approches contribuant à la nutrition ; l'UE, le Canada et le Royaume-Uni étaient également des contributeurs de premier plan. En 2016, les dépenses contribuant à la nutrition s'élevaient à 6,08 millions de dollars US, contre 5,48 millions de dollars US en 2015.

Financement innovant en faveur de la nutrition : l'initiative The Power of Nutrition

Mavis Owusu-Gyamfi et Tatum Summers

L'ampleur de la sous-alimentation mondiale va de pair avec l'immense déficit de financement qu'il conviendrait de combler pour y mettre un terme. C'est à cette fin que l'initiative The Power of Nutrition a été créée en 2015 par le ministère britannique du Développement international, la Children's Investment Fund Foundation (CIFF), la Fondation UBS Optimus, l'UNICEF et la Banque mondiale. Cette plateforme lève des fonds destinés à des interventions spécifiques à la nutrition en vue de lutter contre la sous-alimentation en mobilisant des financements et des partenariats entre le secteur privé, les gouvernements, les donateurs et les partenaires d'exécution, afin de déployer à grande échelle des programmes nationaux pérennes de nutrition. En vertu de ce modèle, chaque dollar investi dans l'initiative est multiplié par deux par la plateforme, puis à nouveau doublé par le partenaire d'exécution du programme ; le financement initial est donc multiplié par quatre. Ce système a déjà changé la donne dans six pays de l'Afrique subsaharienne et vise à débloquer de nouveaux financements d'une valeur de 1 milliard de dollars US au profit de programmes de nutrition d'ici à 2022.

Intensifier le financement en faveur de la nutrition en Côte d'Ivoire

Le modèle de financement a été utilisé à bon escient en Côte d'Ivoire, où l'initiative The Power of Nutrition a facilité un partenariat visant à soutenir le Projet multisectoriel de nutrition et de développement de la petite enfance (PMNDPE) du gouvernement. Les acteurs engagés dans le partenariat sont les suivants : Transforming Education in Cocoa Communities (TRECC) – un consortium du secteur privé créé en vue d'améliorer les conditions de vie des enfants et des jeunes grâce à une meilleure éducation, notamment des formations en matière de parentalité et de petite enfance –, la Fondation Bill & Melinda Gates et la Banque mondiale.

En tant qu'investisseur clé en Côte d'Ivoire, il a été demandé à TRECC s'il était disposé à co-investir dans le PMNDPE avec l'initiative The Power of Nutrition et la Banque mondiale. TRECC était prêt à investir 5 millions de dollars US, à condition que les autres partenaires (la Banque mondiale, le gouvernement et les financeurs de la plateforme The Power of Nutrition) étendent le programme à certaines régions cacaoyères et que le contenu inclue l'apprentissage de la parentalité et la stimulation de l'enfant. Après de longues négociations, les partenaires ont accepté d'étendre la couverture du programme et de mettre à l'essai une approche « parentalité et stimulation de l'enfant » qui, en cas de succès, serait déployée à plus grande échelle.

En parallèle, l'initiative The Power of Nutrition était en pourparlers avec la Fondation Bill & Melinda Gates concernant le soutien aux programmes nationaux de trois pays africains. L'approbation par la Fondation Gates de la demande de la Côte d'Ivoire visant à intégrer la liste finale des pays bénéficiaires a permis à l'initiative The Power of Nutrition d'ajouter 1 million de dollars US dans le cadre de son engagement global envers le PMNDPE.

L'initiative The Power of Nutrition et ses donateurs ont investi 10,4 millions de dollars US au total, auxquels se sont ajoutés 50 millions de dollars US de la part de l'Association internationale de développement (un prêt de la Banque mondiale au gouvernement de la Côte d'Ivoire), portant l'enveloppe programmatique à un total de 60,4 millions de dollars US sur cinq ans – soit dix fois l'investissement initial de 6 millions de dollars US de TRECC et de la Fondation Gates.

Ce programme a amené un groupe de partenaires divers à collaborer et à financer un même programme de nutrition en Côte d'Ivoire par le biais de la plateforme The Power of Nutrition. En outre, il a obtenu des fonds auprès de donateurs qui n'avaient encore jamais financé d'initiatives autour de la nutrition. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire dispose désormais de son premier programme national à grande échelle axé sur l'amélioration de la nutrition et le développement de la petite enfance.

L'initiative The Power of Nutrition vise à mettre en place un portefeuille de programmes de nutrition dans toute l'Afrique subsaharienne et l'Asie qui permettra à 17 millions d'enfants et 18 millions de femmes supplémentaires d'accéder à des services de nutrition, contribuera à éviter 600 000 cas de retard de croissance et 1,5 million de cas d'anémie maternelle, et préviendra 60 000 décès d'enfants de moins de 5 ans²⁹. À ce jour, l'initiative a débloqué 58 millions de dollars US auprès de donateurs tels que TRECC, la Fondation Gates et d'autres parties prenantes. Ce financement a été multiplié par deux par les financeurs de la plateforme comme le ministère britannique du Développement international et la CIFF, dont les engagements dépassent à ce jour tout juste 150 millions de dollars US. Ce modèle a contribué à lever l'équivalent de 360 millions de dollars US de programmation en Afrique subsaharienne. Les deux premiers programmes ont pour l'heure permis à plus de 8 millions d'enfants et plus de 3 millions de femmes d'accéder à des services de nutrition.

Échelle, réforme systémique et pérennité

L'initiative The Power of Nutrition doit s'assurer que les financements mobilisés sont aussi efficaces que possible ; elle exerce un devoir de diligence envers tous les partenaires d'exécution. Les résultats font l'objet d'un suivi et d'une évaluation afin d'orienter les futurs programmes. L'initiative s'attache à multiplier les effets sur le terrain afin d'assurer la plus grande efficacité possible des engagements financiers collectifs, en se concentrant sur trois éléments :

- **L'échelle** : Les investissements sont réalisés dans des pays où la prévalence du retard de croissance est supérieure à 30 % et où le nombre d'enfants qui en sont atteints dépasse 250 000. Le budget minimal est de 10 millions de dollars US afin de garantir des résultats à grande échelle.
- **Réforme systémique** : Les gouvernements sont accompagnés dans leurs politiques de renforcement des capacités et de mise en place des systèmes afin de soutenir l'application des programmes nationaux de nutrition. Par exemple, au Libéria, une partie du programme mis en œuvre avec l'UNICEF finance la rémunération d'une personne chargée du déploiement de nouveaux systèmes d'informations nutritionnelles.
- **Pérennité** : L'initiative vise des gains à long terme qui perdureront même après l'arrêt d'un programme. Le programme mis en œuvre avec la Banque mondiale en Tanzanie aide le gouvernement à fournir des services de nutrition par le biais du système national de santé en utilisant ses propres ressources. Les versements ne sont effectués que lorsque le gouvernement atteint certaines cibles prédéfinies.

TABLEAU 5.1

 Enveloppe budgétaire consacrée à la nutrition signalée dans le cadre des *Rapports sur la nutrition mondiale 2014-2018*, pour la période 2010-2016

EN MILLIERS DE DOLLARS US	FONDS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION					
	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Australie ⁺⁺⁺	6 672	16 516	PR	20 857	S.O.	15 639
Canada*	98 846	205 463	169 350	159 300	108 600	97 628
UE ^{**}	50 889	8	54 352	44 680	48 270	29 721
France ^{***}	2 895	3 852	2 606	6 005	4 660	8 572
Allemagne	2 987	2 719	35 666	50 572	51 399	18 047
Irlande	7 691	7 565	10 776	19 154	13 079	12 391
Pays-Bas	2 661	4 007	20 216	25 025	31 604	46 331
Suisse [§]	0	0	0	0	0	0
R.-U. ^{****}	39 860	63 127	105 000	87 000	92 400	156 000
États-Unis ⁺	82 613	229 353	288 649	263 241	382 891	296 974
Fondation Gates	50 060	80 610	83 534	61 700	96 500	96 616
CIFF	980	5 481	37 482	26 750	53 607	32 784
Banque mondiale ⁺⁺	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Total des 13 donateurs	346 154	618 701	807 631	764 284	878 350	810 703

EN MILLIERS DE DOLLARS US	FONDS CONTRIBUANT À LA NUTRITION					
	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Australie ⁺⁺⁺	49 903	114 553	PR	87 598	S.O.	128 706
Canada*	80 179	90 171	PR	998 674	1 271 986	1 309 732
UE ^{**}	392 563	309 209	315 419	570 890	423 704	496 672
France	23 003	27 141	33 599	PR	23 781	16 446
Allemagne	18 856	29 139	20 642	51 547	84 174	186 780
Irlande	34 806	45 412	48 326	56 154	54 217	54 248
Pays-Bas	2 484	20 160	21 616	18 274	28 422	56 510
Suisse	21 099	28 800	29 160	26 501	43 656	42 190
R.-U. ^{****}	302 215	412 737	734 700	780 500	928 300	693 000
États-Unis ⁺	2 005 880	1 968 759	2 449 706	2 656 269	2 555 332	3 011 605
Fondation Gates	12 320	34 860	43 500	29 200	42 000	62 619
CIFF	0	0	854	154	20 725	21 595
Banque mondiale ⁺⁺	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Total des 13 donateurs	2 943 308	3 080 941	3 697 522	5 275 761	5 476 297	6 080 103

EN MILLIERS DE DOLLARS US	TOTAL					
	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Australie ⁺⁺⁺	56 575	131 069	PR	108 455	S.O.	144 345
Canada*	179 025	295 634	S.O.	1 157 974	1 380 586	1 407 360
UE ^{**}	443 452	309 217	369 771	615 570	471 974	526 393
France	25 898	30 993	36 205	S.O.	28 441	25 018
Allemagne	21 843	31 858	56 308	102 119	135 573	204 827
Irlande	42 497	52 977	59 102	75 308	67 295	66 640
Pays-Bas	5 145	24 167	41 832	43 299	60 027	102 841
Suisse	21 099	28 800	29 160	26 501	43 656	42 190
R.-U. ^{****}	342 075	475 864	839 700	867 500	1 020 700	849 000
États-Unis ⁺	2 088 493	2 198 112	2 738 356	2 919 510	2 938 223	3 308 578
Fondation Gates	62 380	115 470	127 034	90 900	138 500	159 235
CIFF	980	5 481	38 336	26 904	74 332	54 379
Banque mondiale ⁺⁺	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Total des 13 donateurs	3 289 462	3 699 642	4 335 804	6 034 040	6 359 307	6 890 806

Source : auteurs, à partir des données fournies par les donateurs.

Remarques : les données sont exprimées en prix courants. La plupart des donateurs déclarent leurs dépenses en dollars US, et, dans le cas contraire, nous utilisons la moyenne annuelle du taux de change du marché de l'OCDE ou de l'Internal Revenue Service des États-Unis. CIFF : Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance ; Fondation Gates : Fondation Bill & Melinda Gates ; PR : pas de réponse à notre demande de données ; S.O. : sans objet (impossible de calculer des totaux significatifs en raison d'un manque de données ou de données fournies au moyen d'une méthodologie autre que celle du Réseau des donateurs du Mouvement SUN). Les montants calculés et déclarés sont souvent différents d'un pays et d'un donateur à l'autre, comme l'indiquent les symboles (*+§) et l'explique la note 30³⁰.

Avancées en matière de dépenses publiques consacrées à la nutrition par les États-Unis

Erin Milner, Anne Peniston, Kate Consavage, Katherine Owens et Amy Fowler

Introduction

Le gouvernement des États-Unis, par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), a pris des engagements substantiels en vue d'améliorer la nutrition grâce à la programmation dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant, de l'aide d'urgence et alimentaire, de l'agriculture et de la sécurité alimentaire. Le plan mondial de coordination de la nutrition (2016-2021) du gouvernement des États-Unis a été élaboré en vue de renforcer l'impact des divers investissements publics en faveur de la nutrition, en maximisant le soutien aux programmes dirigés par les pays et en accélérant les progrès vers la réalisation des cibles de nutrition de l'Assemblée mondiale de la Santé. Par l'intermédiaire de sa stratégie mondiale relative à la sécurité alimentaire (2017-2021), le gouvernement des États-Unis accorde une place plus importante à la nutrition dans les activités liées à la sécurité alimentaire et à l'agriculture. La programmation, les impacts et les enseignements tirés concernant l'utilisation des fonds publics américains sont décrits ci-dessous afin de montrer dans quelle mesure le gouvernement des États-Unis améliore la nutrition.

Financement et programmation

Le suivi interne des dépenses publiques montre que, alors que les investissements spécifiques à la nutrition ont diminué, les engagements totaux en faveur de la nutrition ont augmenté tous les ans depuis 2013, passant de 2,7 à 3,31 milliards de dollars US en 2016, avec une augmentation des montants affectés à la programmation contribuant à la nutrition (tableau 5.1). USAID soutient le plus grand nombre de programmes mondiaux de nutrition financés par le gouvernement des États-Unis, qui représentent la proportion la plus élevée des dépenses totales en matière de nutrition.

La programmation d'USAID cible les causes directes et sous-jacentes de la malnutrition, en mettant l'accent sur la phase critique des 1 000 premiers jours, et s'attache à corréliser l'aide humanitaire à la programmation relative au développement afin de renforcer la résilience des communautés vulnérables face aux chocs. Les objectifs stratégiques d'USAID en vue d'améliorer la nutrition au niveau mondial reposent sur la stratégie multisectorielle de l'agence en matière de nutrition (2014-2025) et sont mis en œuvre par le biais d'interventions notamment destinées à fournir des services de qualité, développer les capacités, renforcer la coordination multisectorielle et améliorer le leadership mondial en matière de nutrition. Les programmes, qui incluent le renforcement des capacités et l'élaboration de politiques nationales, soulignent l'importance d'impliquer un éventail de secteurs variés comme la santé, l'agriculture, la protection des moyens de subsistance, les services WASH, l'éducation, la planification familiale et le développement de la petite enfance afin d'améliorer les résultats en matière de nutrition. USAID finance des activités nutritionnelles multisectorielles dans 28 pays : 18 en Afrique, 7 en Asie, et 3 en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le Népal et le Malawi constituent d'excellents exemples quant au type d'investissements réalisés.

- Au **Népal**, USAID finance des interventions transversales et contextualisées au niveau des communautés, des établissements et du pays. Le programme de nutrition intégré d'USAID, Suaahara II (nutrition appropriée), est à l'œuvre dans 42 des 77 districts du Népal en vue d'améliorer l'état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes et des enfants. En 2017, ce programme innovant a permis à 1,6 million d'enfants de moins de 5 ans et à leurs tuteurs de bénéficier d'interventions essentielles en matière de nutrition et d'hygiène, notamment de formations relatives à l'allaitement maternel et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et d'autres services visant à prévenir et prendre en charge la malnutrition aiguë. Les activités nutritionnelles de Suaahara II sont intégrées à d'autres activités liées à la santé, aux services WASH, à la planification familiale et à l'agriculture. Grâce à ces actions, l'allaitement maternel exclusif est passé de 46 % en 2012 à 70 % en 2016 dans les districts cibles, et la prévalence nationale des enfants âgés de 6 à 23 mois bénéficiant d'un minimum alimentaire acceptable a augmenté de 11 %.

- Au **Malawi**, plus de 2,9 millions d'enfants de moins de 5 ans ont bénéficié d'interventions spécifiques à la nutrition financées par USAID en 2017. USAID a soutenu les acteurs suivants : le ministère de la Santé en vue de fournir une supplémentation en vitamine A et un déparasitage ; des hôpitaux en vue d'atteindre le statut « ami des bébés » dans le cadre de l'Initiative « hôpitaux amis des bébés » ; les services de vulgarisation agricole en vue de renforcer la production d'aliments nutritifs ; et les programmes de nutrition en vue de cibler les populations touchées par le VIH. USAID a également élaboré et mis en œuvre un programme de formation à la nutrition destiné au personnel infirmier et aux sages-femmes, ainsi qu'un programme en matière de diététique afin de renforcer les capacités techniques nutritionnelles du Malawi, ayant permis à plus de 100 000 personnes de suivre une formation professionnelle liée à la nutrition en 2017.

Impact

Dans les 20 pays jugés prioritaires par USAID sur le plan de la nutrition maternelle et infantile, la prévalence des taux cumulés de retard de croissance et d'anémie maternelle au niveau national a baissé et les taux d'allaitement maternel exclusif ont augmenté depuis 2009. En 2016, plus de 27 millions d'enfants de moins de 5 ans ont bénéficié d'interventions spécifiques à la nutrition par le biais de programmes soutenus par le gouvernement des États-Unis. En 2016, USAID a permis à plus de 950 000 femmes enceintes de bénéficier d'interventions nutritionnelles et plus de 3 millions de femmes ont été sensibilisées à l'allaitement maternel exclusif. Les financements d'USAID renforcent également les capacités et l'appropriation nationale des politiques et des programmes de nutrition, et ont permis à plus d'un million de personnes de suivre une formation professionnelle liée à la nutrition en 2016.

Enseignements tirés

Depuis le début de sa programmation nutritionnelle il y a près de 60 ans, USAID n'a eu de cesse d'adapter ses activités afin de prendre en compte les enseignements tirés des projets, l'évolution des contextes nationaux et les données probantes émergentes, mais des difficultés subsistent. Coordonner la programmation nutritionnelle dans plusieurs secteurs n'est pas chose aisée, mais USAID suit sans relâche les programmes nationaux et en tire des enseignements, tout en utilisant ces informations afin d'adapter ses activités en vue d'une meilleure collaboration multisectorielle en matière de nutrition. USAID s'est engagé à soutenir les pays dans leur quête d'autosuffisance, ce qui impose aux pays d'accroître leur engagement et leur capacité à répondre à leurs propres besoins en matière de développement. Il est nécessaire de renforcer la gouvernance et la redevabilité au niveau national afin de maintenir un environnement favorable coordonné et multisectoriel en vue d'une programmation nutritionnelle efficace.

L'investissement de la Commission européenne en faveur de la nutrition

Madeleine Onclin

Lors du Sommet N4G de 2013, la Commission européenne a promis de consacrer 3,5 milliards d'euros à la nutrition entre 2014 et 2020. Cet engagement audacieux était conforme à son cadre politique nutritionnel de 2013 visant à lutter contre la sous-alimentation. La somme était destinée dans sa quasi-intégralité – 3,1 milliards d'euros – à des programmes contribuant à la nutrition, au motif qu'elle aurait un impact plus large en traitant les causes sous-jacentes du problème. Afin de mettre cet engagement en œuvre, la DEVCO (la direction générale de la Commission responsable de la coopération et du développement internationaux) a élaboré un plan d'action pour la nutrition dans l'optique d'aider les pays partenaires à réduire le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance de 7 millions d'ici à 2025. Le financement a permis de soutenir toute une gamme de programmes innovants visant à réduire le retard de croissance, notamment :

- **Un projet contribuant à la nutrition dirigé par CARE** visant à renforcer l'égalité des sexes et à autonomiser les femmes en Éthiopie. Ce projet permet aux populations et aux communautés d'examiner, de remettre en cause et de rompre avec l'inégalité entre les sexes. Les premiers signes sont encourageants : davantage de filles et de jeunes femmes commencent à gagner un revenu et à économiser de l'argent ; elles sont mieux informées concernant la santé sexuelle et reproductive ; et la violence sexiste a nettement diminué.
- **Un fonds fiduciaire relatif aux moyens de subsistance et à la sécurité alimentaire au Myanmar.** Cette initiative soutenue par plusieurs donateurs compte la nutrition parmi ses objectifs stratégiques. Depuis 2014, les mères et les enfants de trois régions reçoivent de l'argent pour acheter des aliments nutritifs et accéder aux services de santé. En parallèle, les femmes enceintes et les mères sont sensibilisées aux moyens d'améliorer le régime alimentaire de leur famille. Les bénéfices cumulés de ces deux interventions sont manifestes – les mères ayant reçu à la fois de l'argent et une formation ont eu moins de bébés souffrant d'une insuffisance pondérale à la naissance, les taux d'allaitement maternel exclusif ont doublé, et les taux de retard de croissance ont chuté de cinq points de pourcentage.
- **Le projet Agri-Connect en Tanzanie** est entré en vigueur début 2018. Il vise à créer davantage de richesse grâce à l'agriculture en mettant les petits exploitants agricoles en relation avec les chaînes de valeur et les marchés. En parallèle, il entend améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle en aidant certaines communautés à accéder aux aliments et à les consommer dans de meilleures conditions. Il s'agit de faire en sorte que les communautés produisant du thé, du café et des fleurs jouissent d'un revenu plus élevé et d'une meilleure nutrition en cultivant des aliments plus variés.

À l'origine, la redevabilité au titre de l'engagement de financement N4G de la Commission était considérée comme une difficulté, car aucune méthode de suivi des financements contribuant à la nutrition n'avait alors été adoptée. En réponse, l'UE a œuvré avec le Réseau des donateurs du Mouvement SUN en vue de définir une approche commune de suivi et de déclaration des fonds affectés à la nutrition. Afin d'améliorer encore la transparence, la Commission a choisi de publier des rapports annuels sur les progrès accomplis, détaillant et analysant la façon dont les financements ont été alloués et décaissés.

Ces rapports ont à leur tour éclairé les diverses décisions de financement de la Commission. Les résultats, particulièrement révélateurs, ont permis de remettre les pendules à l'heure. À titre d'exemple, le premier rapport a montré que les dépenses de la Commission consacrées à la nutrition, en tant que proportion de son financement total de 2010 à 2014, étaient deux à trois fois supérieures aux dépenses moyennes consacrées à la nutrition par les donateurs en tant que proportion de leur APD en 2012.

Au moment de la publication du premier rapport, une stratégie avait déjà été mise en place afin de s'assurer que la Commission disposait d'une assistance technique et de conseils nutritionnels de qualité en vue de renforcer ses politiques et ses programmes, aux niveaux national, régional et mondial. Les résultats ont été confirmés par le biais du suivi N4G dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*, faisant état de progrès considérables. Le troisième rapport de la Commission, qui paraîtra prochainement, présentera l'analyse la plus récente, laquelle montre qu'environ 90 % des 2,5 milliards d'euros alloués jusqu'à présent étaient destinés à des projets contribuant à la nutrition. L'investissement de la Commission est en voie d'atteindre l'engagement de 3,5 milliards d'euros promis d'ici à 2020.

L'approche du Fonds international de développement agricole (FIDA) en matière d'investissement dans l'agriculture contribuant à la nutrition

Juliane Friedrich

Progrès par rapport aux engagements N4G

« Améliorer le niveau nutritionnel des populations les plus pauvres des pays en développement » est l'un des principaux objectifs fixés par l'accord portant création du FIDA. Le travail du FIDA est donc centré sur l'amélioration de la nutrition moyennant des systèmes optimisés de production alimentaire contribuant à la nutrition.

Dans le cadre de son engagement N4G, le FIDA s'est engagé en 2013 à faire en sorte que 20 % de tous les nouveaux projets de l'organisation et 30 % de tous les nouveaux programmes d'options stratégiques pour les pays (COSOP) du FIDA contribuent à la nutrition. Un projet contribuant à la nutrition est défini comme un projet intégrant des objectifs, des indicateurs et des activités liés à la nutrition dans sa conception et sa mise en œuvre. Un COSOP contribuant à la nutrition inclut une évaluation nutritionnelle, décrivant la situation nutritionnelle dans le pays et précisant en quoi les objectifs stratégiques du programme sont liés à l'amélioration de la nutrition.

Trois ans plus tard, l'engagement fixé dans le cadre de la stratégie du FIDA pour 2016-2018 s'est renforcé. Aujourd'hui, 33 % des projets et 100 % des COSOP doivent contribuer à la nutrition. En 2019-2021, 50 % des projets et 100 % des COSOP devront contribuer à la nutrition. À compter de 2017, 47 % des nouveaux projets et 100 % des COSOP contribuaient à la nutrition.

La nutrition est désormais solidement intégrée dans les stratégies institutionnelles et les engagements du FIDA. Outre son rôle central dans le cadre stratégique du FIDA, la nutrition a également été intégrée au cadre de gestion des résultats et à la matrice des engagements du FIDA, et figure de plus en plus régulièrement dans le *Rapport sur l'efficacité du FIDA en matière de développement*. Cette plus grande attention institutionnelle a également conduit à faire de la nutrition l'un des thèmes du portefeuille Stocktake 2017.

La clé de la réussite

Des fonds supplémentaires alloués par les gouvernements du Canada et de l'Allemagne ont joué un rôle essentiel en vue d'atteindre les objectifs du plan d'action pour la nutrition (2016-2019) et changer la façon dont la nutrition est perçue et prise en compte au FIDA. Le gouvernement de l'Allemagne a également financé des recherches de pointe afin d'élaborer des orientations fondées sur des données probantes concernant la conception de projets de chaîne de valeur contribuant à la nutrition, qui permettront de mobiliser le potentiel des chaînes de valeur (l'un des principaux domaines d'investissement du FIDA) au service de la nutrition. Le FIDA a mobilisé des contributions complémentaires non affectées auprès des gouvernements de la Russie et du Luxembourg. Celles-ci ont facilité le renforcement des capacités nécessaire afin de comprendre et d'adopter la nutrition au siège du FIDA et dans les bureaux de pays.

Principales difficultés

L'un des principaux obstacles à l'intégration de la nutrition dans les activités du FIDA était lié à la perception selon laquelle l'augmentation de la production agricole et des revenus se traduisait automatiquement par une meilleure nutrition. L'inclusion d'une expertise nutritionnelle dans les missions de conception, l'organisation de séances de sensibilisation dans les divisions régionales et thématiques aussi bien au siège que sur le terrain, et l'intégration de la nutrition à l'examen du portefeuille du FIDA ont favorisé une meilleure compréhension de la nutrition, des systèmes alimentaires et des régimes alimentaires sains. En parallèle, l'intégration de la nutrition a été largement plébiscitée par le personnel, notamment par des directeurs régionaux, des chargés des programmes de pays, des agents nationaux et des experts techniques exerçant dans d'autres domaines. Elle reste cependant difficile, car les modalités d'intégration et de mise en œuvre des activités contribuant à la nutrition au sein des investissements et des subventions du FIDA ne sont pas bien maîtrisées.

Faire avancer la nutrition

La poursuite de l'intégration significative de la nutrition dans le travail du FIDA nécessite de renforcer les capacités et les compétences en matière de nutrition à tous les niveaux, en particulier au niveau national. La stratégie de décentralisation du FIDA joue un rôle essentiel. Grâce à l'expertise technique disponible au niveau national, le FIDA pourra identifier et renforcer les compétences dans le pays en matière d'agriculture contribuant à la nutrition.

La nutrition fait désormais partie des principaux portefeuilles de travail du FIDA, qui incluent l'environnement, le climat, le genre et l'inclusion sociale, la jeunesse et les populations autochtones. Cet accomplissement ouvre la voie à l'intégration globale et horizontale de thèmes transversaux, la nutrition étant au cœur de la transformation rurale.

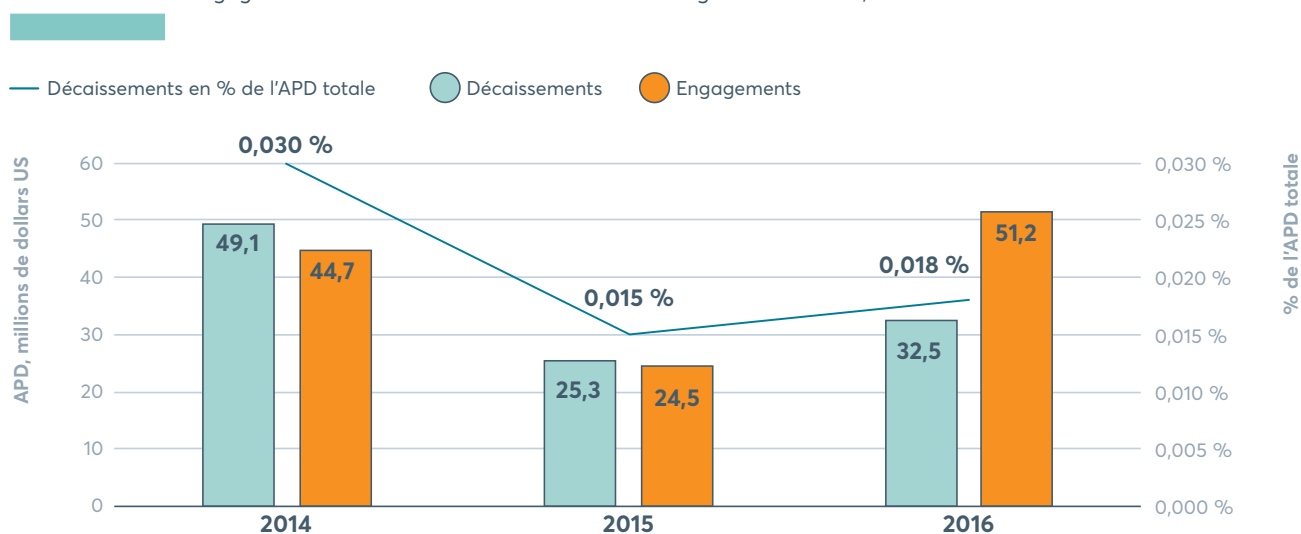
Suivre les financements des donateurs destinés à l'obésité et aux maladies non transmissibles

Jusqu'en 2018, les donateurs ne pouvaient pas déclarer l'APD qu'ils consacraient à la lutte contre l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire. Le Rapport sur la nutrition mondiale a donc élaboré sa propre méthode de suivi des dépenses et en a communiqué les résultats pour les trois dernières années. Il ressort de notre analyse que les niveaux de dépenses sont très faibles. En 2016 – l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles –, à peine 0,018 % de l'APD était consacré à l'obésité et aux MNT liées au régime alimentaire. Les décaissements ont augmenté en 2016 – de 25,3 millions à 32,5 millions de dollars US – mais sont restés inférieurs aux niveaux de 2014 (figure 5.8). Les engagements concernant les dépenses futures étaient à leur plus haut niveau pour les trois ans – sans toutefois dépasser 51,2 millions de dollars US.

Les donateurs investissant le plus dans les MNT liées au régime alimentaire étaient notamment l'Australie – qui a contribué à hauteur de 8,7 millions de dollars US, soit plus d'un quart des dépenses mondiales –, l'UE, le Royaume-Uni, la Suisse, le Canada, l'Italie et la Nouvelle-Zélande (figure 5.9).

Pour ce qui est des pays bénéficiaires, un peu plus de la moitié des financements a été versée à des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 20 % à des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et moins de 3 % à des pays à revenu faible. Cette répartition est cependant trompeuse, car près d'un quart du total a été affecté au niveau régional, ou n'était pas affecté à un bénéficiaire particulier. Les Tonga et les Fidji, deux pays présentant des niveaux élevés de diabète, étaient les principaux bénéficiaires de l'APD destinée à la lutte contre les MNT liées au régime alimentaire, suivis du Liban et de Nauru.

FIGURE 5.8
Décaissements et engagements d'APD consacrée aux MNT liées au régime alimentaire, 2014-2016

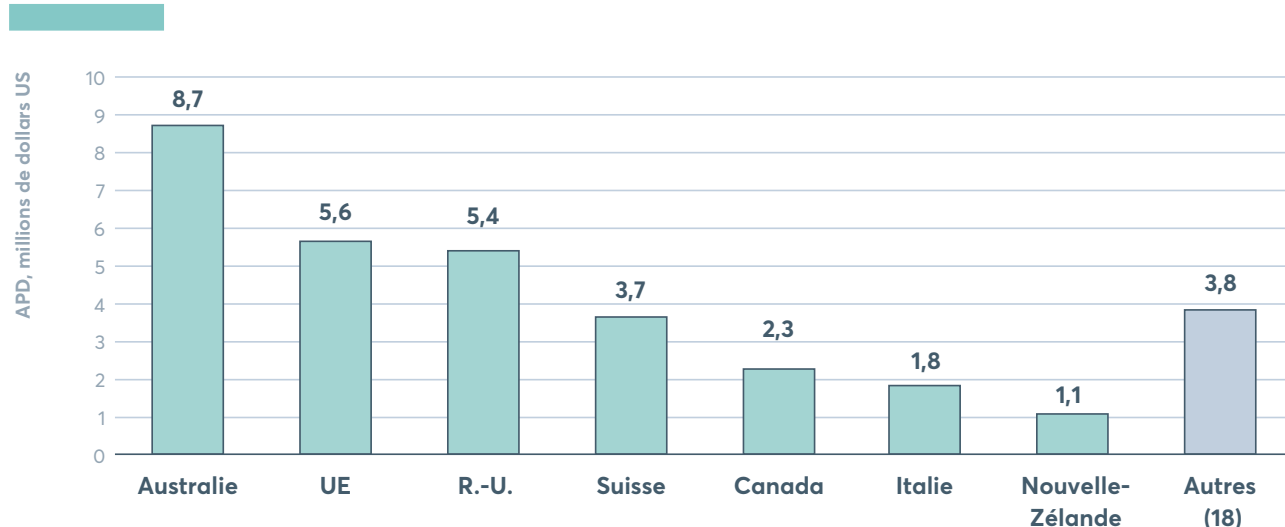


Source : Development Initiatives, à partir du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du CAD de l'OCDE.

Remarques : les montants se fondent sur les décaissements bruts d'APD exprimés en prix courants. Données téléchargées le 2 mai 2018.

FIGURE 5.9

Décaissements d'APD consacrée aux MNT liées au régime alimentaire, par donateur, 2016



Source : Development Initiatives, à partir du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du CAD de l'OCDE.

Remarques : les montants se fondent sur les décaissements bruts de 2016. La catégorie Autres inclut : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Corée, le Danemark, les Émirats arabes unis, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, le Fonds spécial de la Banque interaméricaine de développement, la France, l'Irlande, le Japon, le Luxembourg, la Norvège, la Pologne, la République tchèque et la Suède. Données téléchargées le 2 mai 2018.

Améliorations du suivi de l'aide internationale consacrée à la nutrition

Comme le montre le Gros plan 5.3, l'adoption d'un nouveau code-objet et d'un marqueur politique représente une avancée dans la perspective du suivi futur de la nutrition par les donateurs. Ces progrès ne porteront leurs fruits que si le code et le marqueur politique sont correctement adoptés par tous les donateurs et utilisés de manière cohérente pour suivre les dépenses. L'étape suivante consiste à créer des lignes directrices afin d'aider les donateurs à mettre ces outils en œuvre, une initiative entreprise par le Réseau des donateurs du Mouvement SUN.

Des progrès ont également été accomplis en ce qui concerne le suivi des investissements des donateurs consacrés à l'alimentation saine et aux interventions contre l'obésité grâce à cinq nouveaux codes relatifs aux MNT³¹. Contrairement au VIH et au sida, à la tuberculose, au paludisme, à la santé reproductive et à la sous-alimentation, il n'existait pas de code-objet permettant aux donateurs de déclarer les dépenses consacrées aux MNT, ce qui rendait leur suivi très difficile. L'analyse était encore compliquée par la façon dont l'APD destinée à la santé était classée. Il était donc difficile de vérifier les dépenses signalées par les donateurs, notamment les déclarations selon lesquelles les MNT étaient financées dans la catégorie du « renforcement des systèmes de santé ». Une avancée majeure a été enregistrée en 2018 avec l'adoption des codes de suivi des MNT, dont l'un porte sur les programmes et les interventions visant à promouvoir des régimes alimentaires sains par le biais d'une consommation réduite en sel, sucre et graisses, et accrue en fruits et légumes (Gros plan 5.8).

Un nouveau système harmonisé et transparent de notification destiné à suivre les flux financiers consacrés aux maladies non transmissibles

Katie Dain

L'engagement politique en faveur de la lutte contre les MNT ne s'est pas encore traduit par un financement adéquat. Nous pouvons le constater aux niveaux national – où des fonds bien trop insuffisants sont affectés au sein des budgets nationaux – bilatéral – où à peine 2,6 % de l'aide au développement pour la santé est consacrée aux MNT – et mondial – où les MNT sont les grandes perdantes face aux autres priorités sanitaires. La situation est encore moins glorieuse concernant les MNT liées au régime alimentaire telles que l'obésité. Comme mentionné précédemment, 0,018 % de l'aide mondiale au développement, soit une infime proportion, était consacrée à ce type de maladies en 2016, alors que l'on estime que les régimes alimentaires inappropriés sont la deuxième cause de mauvaise santé.

Il y a quelques années, il est apparu clairement que des données plus nombreuses et de meilleure qualité étaient nécessaires, et ce, de toute urgence. Les données nationales sont quasi inexistantes, d'une part, parce que les MNT n'apparaissent généralement pas dans les comptes nationaux de la santé, d'autre part, parce qu'il est difficile de suivre les dépenses de toutes les administrations publiques. Des enseignements importants pourraient être tirés des examens des dépenses publiques et institutionnelles consacrées au climat, qui fournissent une analyse utile des dépenses et des investissements inter-administrations³².

Le suivi et la déclaration des ressources destinées aux MNT au sein de l'APD consacrée à la santé sont absolument inappropriés. Des organismes d'aide bilatéraux et multilatéraux se sont engagés à comptabiliser précisément leurs flux d'APD par le biais du SNPC du CAD de l'OCDE. Cependant, contrairement au VIH et au sida, à la tuberculose, au paludisme, à la santé reproductive et à la sous-alimentation, il n'existait aucun code-objet relatif aux MNT dans le SNPC, ce qui compliquait grandement le suivi des aides qui leur sont consacrées. La façon dont l'APD destinée à la santé était classée rendait l'analyse encore plus difficile. Il était donc presque impossible de vérifier les dépenses signalées par les donateurs, notamment les déclarations selon lesquelles les MNT étaient financées dans la catégorie du « renforcement des systèmes de santé ».

Face à ce problème, l'Alliance sur les MNT et d'autres réclamaient depuis longtemps l'inclusion d'un code-objet relatif aux MNT dans le SNPC actuel. Les gouvernements s'y sont engagés lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT en 2014, en invitant le CAD de l'OCDE « à envisager l'élaboration d'un code-objet pour les MNT afin d'améliorer le suivi de l'aide publique au développement à l'appui des efforts nationaux de prévention et de maîtrise des MNT ». Deux ans après, l'OCDE a commencé à travailler sur une proposition, ce qui a coïncidé avec un examen du SNPC visant à mettre les codes-objet et les marqueurs politiques en correspondance avec les ODD.

En juin 2017, cinq nouveaux codes-objet relatifs aux MNT ont été adoptés, et d'autres codes ont été ajustés afin de tenir compte des MNT. Ils sont conçus de sorte à correspondre étroitement avec les cibles des ODD – la lutte antitabac (ODD 3.a), la lutte contre l'abus d'alcool et de stupéfiants (ODD 3.5), la promotion de la santé mentale et du bien-être (ODD 3.4), la recherche pour la prévention et la lutte contre les MNT (ODD 3.b), et d'autres activités de prévention et de traitement des MNT (ODD 3.4). Ce dernier code inclut les « programmes et interventions visant à promouvoir un régime alimentaire sain par le biais d'une consommation réduite en sel, sucre et graisses, et accrue en fruits et légumes ». Il donne des exemples tels que des taxes sur les aliments, l'éducation nutritionnelle et la promotion d'une alimentation saine à l'école, sur le lieu de travail et au sein des communautés.

Les nouveaux codes entreront en vigueur en 2019 et les déclarations porteront sur les flux financiers de 2018. Ces codes représentent une avancée considérable en matière de suivi du financement destiné à améliorer les habitudes alimentaires ; ils nous seront d'une aide précieuse pour analyser les flux financiers, les tendances et la redevabilité concernant les MNT.

Progrès accomplis en matière d'engagements depuis 2013

Engagements financiers

Une étape importante a été franchie en matière de financement international avec l'engagement collectif pris par des donateurs lors du Sommet N4G de 2013 : dix signataires déclarant leurs dépenses au Rapport sur la nutrition mondiale ont promis un financement collectif de 19,6 milliards de dollars US d'ici à 2020. Ces dix donateurs (les États-Unis, l'UE, le Royaume-Uni, la Fondation Bill & Melinda Gates, la CIFF, la Banque mondiale, les Pays-Bas, l'Irlande, l'Allemagne et l'Australie) ont décaissé un total cumulé de 21,8 milliards de dollars US (2013-2016) avant l'échéance de 2020.

Des progrès supplémentaires ont été accomplis en 2017 en matière d'engagements financiers. Lors du Sommet mondial sur la nutrition de Milan, trois des principaux donateurs initiaux se sont associés à quatre nouveaux donateurs pour promettre une somme supplémentaire de 640 millions de dollars US, à décaisser de concert avec d'autres engagements (aussi bien financiers que non financiers) contractés par des pays, des entreprises et des organisations de la société civile.

Engagement du Sommet de la nutrition pour la croissance

Les engagements peuvent prendre de nombreuses formes, autres que financières. Lors de la cérémonie de clôture des Jeux olympiques de 2012 organisés à Londres, le Premier ministre britannique David Cameron et le Vice-président du Brésil Michel Temer ont appelé à une action de grande ampleur pour éliminer la faim et améliorer la nutrition des enfants et des mères pendant la phase critique des 1 000 premiers jours entre le début de la grossesse et le deuxième anniversaire de l'enfant. Cet élan politique a donné naissance à N4G, un mouvement visant à mobiliser et intensifier les divers efforts de lutte contre la malnutrition et à les convertir en engagements, non seulement financiers mais aussi politiques et programmatiques³³.

Lors du Sommet N4G, les pays ont contracté quatre types d'engagements :

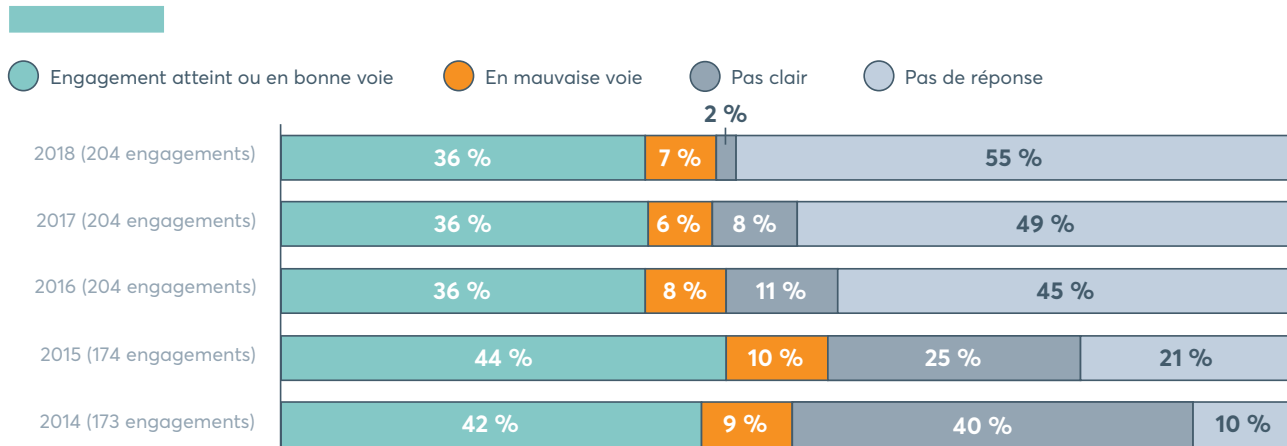
- les « engagements d'impact » concernent l'amélioration de l'état nutritionnel ;
- les « engagements financiers » portent sur les sources et les montants des financements en faveur de la nutrition ;
- les « engagements en matière de politiques » visent à créer un environnement plus propice aux actions en faveur de la nutrition ;
- Les « engagements en matière de programmes » s'intéressent à la mise en œuvre de programmes visant à améliorer l'état nutritionnel.

Le rapport de cette année documente les progrès accomplis entre 2017 et 2018 concernant toutes ces catégories d'engagements N4G. Trois examinateurs indépendants ont évalué les avancées par rapport aux engagements initiaux de 2013 avant de parvenir à un consensus, les appréciations étant les suivantes : « atteint », « en bonne voie », « en mauvaise voie » ou « pas clair ». Nous mettons également en avant trois exemples d'engagements financiers, qui sont en passe d'être atteints ou l'ont été, et nous présentons des interventions qu'ils ont financées et des résultats concrets auxquels ils sont parvenus.

La figure 5.10 montre les progrès accomplis par rapport aux engagements contractés lors du Sommet N4G de 2013. En 2018, seuls 36 % des signataires ont reçu la note « atteint » ou « en bonne voie » concernant leurs engagements à l'horizon 2020. Compte tenu des faibles taux de réponse (45 % de l'ensemble des signataires), il est difficile de déterminer si ce résultat reflète les véritables progrès accomplis ou s'il est dû au nombre limité de réponses. Les entreprises donatrices présentaient le plus faible taux de réponse en 2018, une tendance constante. Le taux de réponse montre clairement que les comptes rendus sur les progrès accomplis dans le cadre du processus N4G se sont raréfiés. Nous en avons analysé les raisons dans de précédents Rapports sur la nutrition mondiale, et restons optimistes quant au fait que certains engagements sont pérennes et que d'autres ne le sont pas en fonction de leur structuration et de leurs visées à long terme.

FIGURE 5.10

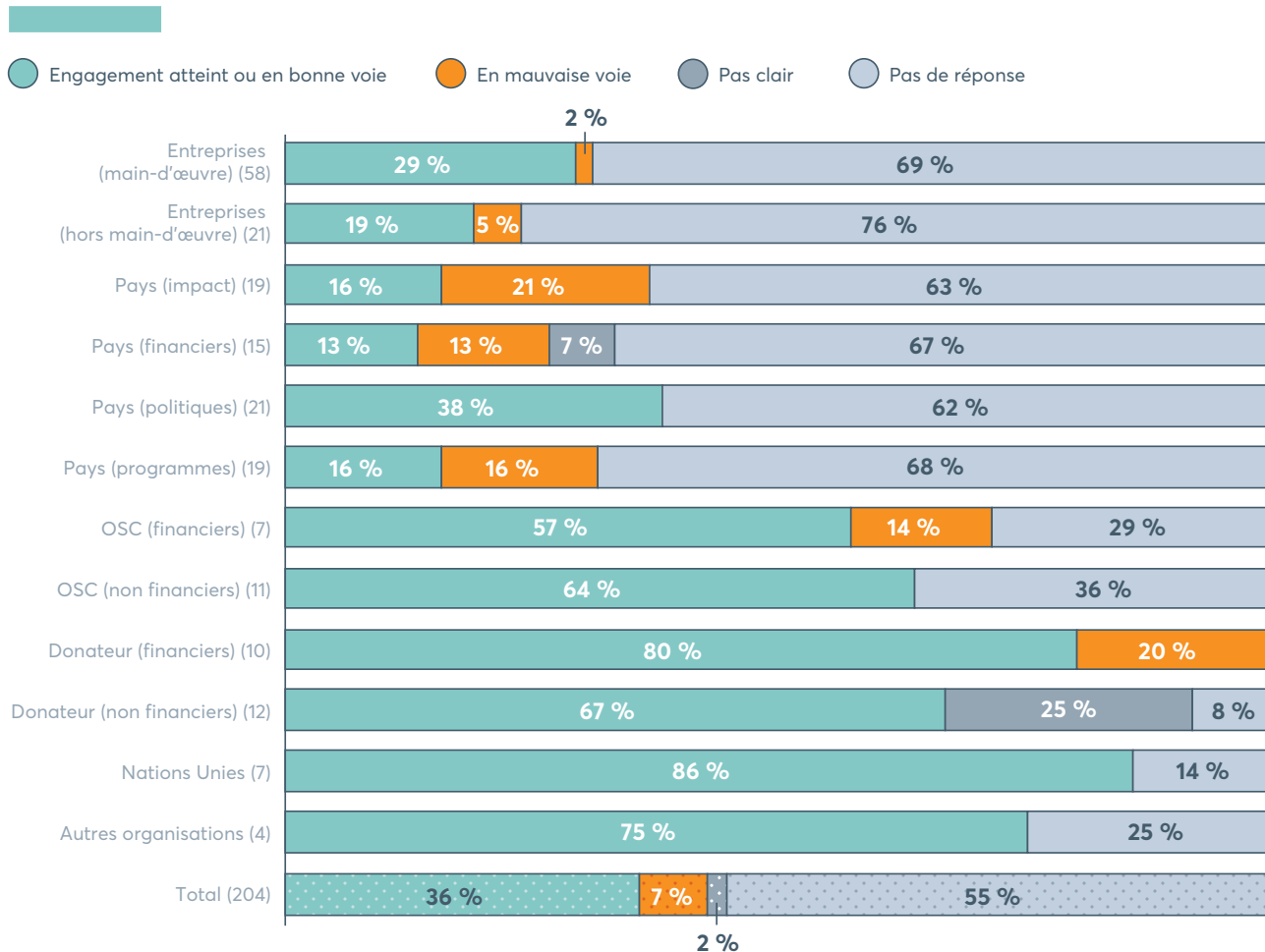
Suivi global des engagements N4G, 2014-2018



Pour la source et les remarques, voir la figure 5.11

FIGURE 5.11

Suivi des avancées par rapport aux engagements N4G, par groupe de signataires, 2018



Source : auteurs.

Remarques : en 2013, 205 engagements ont été pris, mais le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* n'en mentionne que 173, parce que les entreprises n'étaient pas prêtes à communiquer leurs avancées sur l'ensemble de leurs engagements. Le nombre d'engagements s'élevait à 174 en 2015 et à 173 en 2014, parce que l'Éthiopie a omis de séparer ses engagements N4G en composantes de programmes et de politiques dans sa déclaration de 2014 ; en revanche, elle l'a fait en 2015. Le nombre total depuis 2016 comprend tous les engagements pris, à savoir 204 ; ce total diffère du total initial de 2013, parce que la Naandi Foundation a été retirée du processus de déclaration. OSC : organisations de la société civile ; N4G : Nutrition pour la croissance.

Parmi les parties prenantes ayant répondu, ce sont les pays donateurs qui semblent rencontrer le plus de difficultés pour tenir leurs engagements. Bien que la moitié des pays répondants aient déclaré avoir tenu leurs engagements politiques, environ la moitié des engagements d'impact, financiers et programmatiques pour lesquels des données sont disponibles sont en mauvaise voie (figure 5.11). Seuls 13 % des pays ont déclaré être en bonne voie pour atteindre leurs cibles d'engagement financier ou les avoir atteintes. Ces résultats révèlent qu'il est tout d'abord nécessaire de prendre des engagements réalistes, mesurables et mûrement réfléchis sous la forme d'un plan national de nutrition solide. Il faut ensuite tout mettre en œuvre pour traduire ces plans en actes, en renforçant l'engagement et en améliorant les systèmes de responsabilisation, l'assistance et le partage des informations parmi les acteurs de la nutrition concernant les politiques et les programmes de nutrition qui visent à réduire le fardeau de la malnutrition. De plus amples détails sur les progrès accomplis par rapport à ces engagements, ventilés par partie prenante N4G, sont disponibles sur le site Internet du Rapport sur la nutrition mondiale.

À l'approche de l'échéance de 2020, il est essentiel de redoubler d'efforts concernant les comptes rendus par rapport à ces engagements. Les méthodes actuelles en la matière ne suffisent manifestement pas à entretenir la dynamique. Avant de contracter de nouveaux engagements en 2020, il est urgent de créer des mécanismes plus efficaces afin de réaliser et de suivre la redevabilité. Ces mécanismes doivent être initiés par les acteurs de la nutrition afin qu'ils soient adaptés à leurs besoins et qu'ils garantissent la redevabilité de tous les acteurs.

Nouveaux engagements et perspectives à l'approche du sommet de Tokyo de 2020

À l'origine, les engagements N4G de 2013 s'inscrivaient sur une période de huit ans (2013-2020). Depuis lors, plusieurs accords mondiaux tels que la Déclaration de Rome sur la nutrition adoptée lors de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition en 2014, les ODD en 2015 et la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) ont fourni des occasions de contracter divers nouveaux engagements. La Réunion de haut niveau sur les MNT tenue en septembre 2018 a accueilli 23 chefs de gouvernement et d'État et 55 ministres de la Santé, qui ont pris 13 nouveaux engagements en matière de MNT³⁴.

Par exemple, la Déclaration de Rome a entériné dix engagements ; le Cadre d'action de la Conférence internationale sur la nutrition comprend 60 recommandations politiques, et la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition fixe un calendrier concret pour réaliser ces engagements et intensifier l'action mondiale en matière de nutrition de qualité³⁵. La Décennie d'action pour la nutrition appelle les gouvernements à fixer et atteindre des objectifs SMART³⁶ dans six domaines : systèmes alimentaires durables et résilients en faveur de régimes alimentaires sains ; systèmes de santé harmonisés assurant la couverture universelle des actions nutritionnelles essentielles ; protection sociale et éducation nutritionnelle ; commerce et investissements pour une meilleure nutrition ; environnement sûr et favorable à la nutrition pour tous les âges ; et gouvernance et redevabilité renforcées.

Plusieurs pays ont contracté des engagements au titre de la Décennie d'action pour la nutrition³⁷. Le Brésil et l'Équateur ont été les premiers à promettre une augmentation de leurs financements nationaux, suivis, entre autres, par la Côte d'Ivoire, El Salvador, l'Inde, l'Italie, Madagascar, le Niger, le Nigéria et la Zambie. D'autres, dont le Panama, le Portugal et la Thaïlande, ciblent l'élimination des acides gras trans. Les 60 pays du Mouvement SUN ont adapté leurs engagements existants en fonction des critères SMART dans le domaine de la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes, notamment le surpoids, l'obésité et les MNT. La Norvège dirige un réseau d'action mondial sur l'alimentation durable tirée des océans et des eaux intérieures en vue de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, tandis que le Chili pilote le réseau d'action pour les Amériques sur les environnements alimentaires sains et que les Fidji hébergent le réseau pour mettre fin à l'obésité de l'enfant dans le Pacifique. Le Brésil est engagé dans cinq réseaux d'action allant de la réduction de la teneur en sel aux repas scolaires durables. La France et l'Australie ont uni leurs forces afin de diriger un réseau mondial sur l'étiquetage nutritionnel.

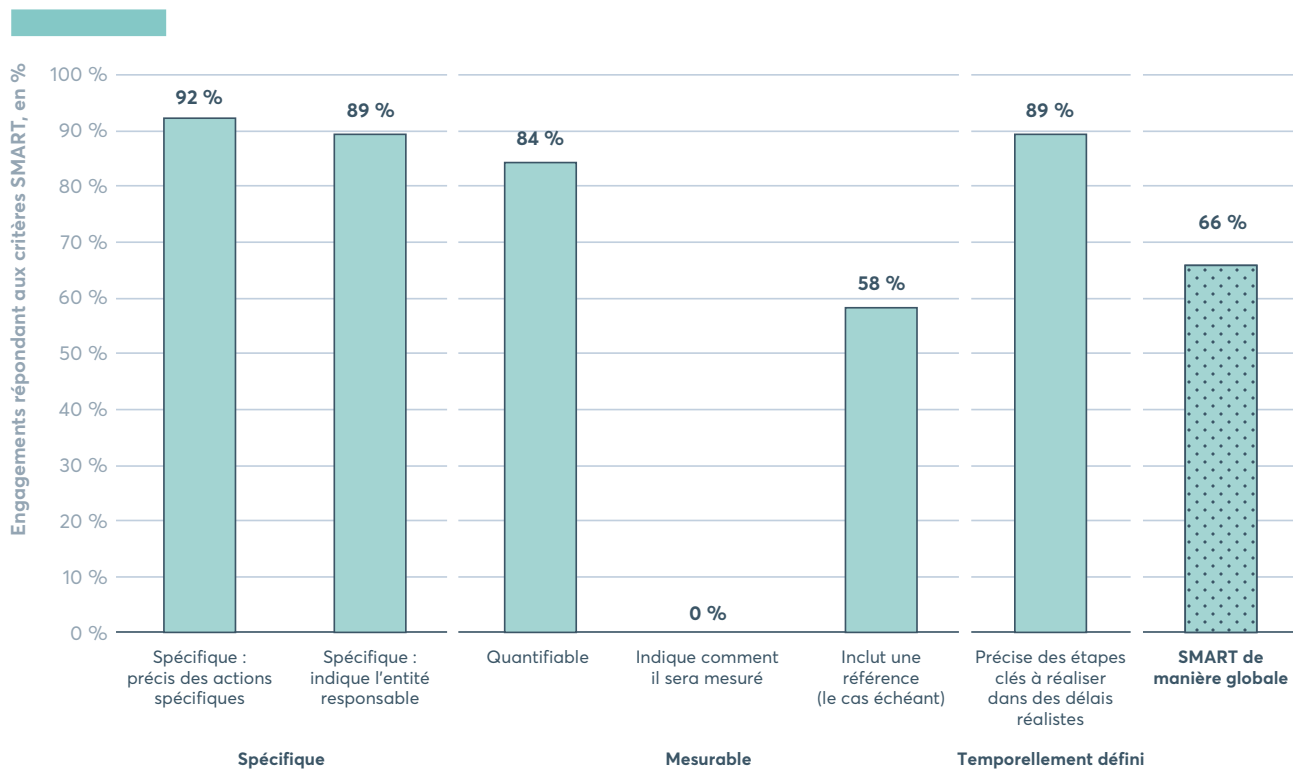
Le Rapport sur la nutrition mondiale préconise d'assortir les engagements SMART d'une composante de redevabilité. La nature SMART des nouveaux engagements de Milan a été évaluée à l'aide d'une approche semblable à celle du *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, l'accent étant mis sur la dimension « spécifique », « mesurable » et « limitée dans le temps ». Des examinateurs indépendants ont jugé que deux des trois engagements répondaient aux critères SMART. L'élément faisant le plus souvent défaut est l'aspect « mesurable », aucun des engagements de Milan n'indiquant comment les progrès seront mesurés (figure 5.12).

Le sommet vise à amplifier la dynamique en matière d'amélioration de la nutrition et à intégrer les politiques pertinentes. Il constitue une étape importante pour toutes les parties prenantes et les personnes souffrant de malnutrition. Il offre l'occasion d'instaurer une nouvelle vision de la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes pour l'après-2020, de revigorer et de favoriser les actions, ainsi que de redonner de l'espoir aux personnes subissant les conséquences de la malnutrition.

Le Sommet N4G de Tokyo de 2020 donnera aux pays, aux donateurs et autres organisations la possibilité de prendre de nouveaux engagements SMART, ainsi que d'accélérer les progrès concernant les engagements existants. Le Japon a annoncé qu'il accueillerait le Sommet N4G de 2020 à Tokyo afin d'accélérer l'amélioration de la nutrition des habitants du monde entier en tant que pierre angulaire de leur bonne santé et bien-être.

FIGURE 5.12

Pourcentage des engagements de Milan de 2017 répondant aux critères SMART et jugés SMART de manière globale (N=38)



Source : N4G Annex of Commitments (annexe contenant les engagements du Sommet N4G)³⁸.





06

2011. États-Unis.

Les visiteurs de la Military Retiree Health Fair organisée tous les ans à la clinique Thomas Moore bénéficient d'un test de glycémie.

© Patricia Deal, service des affaires publiques du CRDAMC

Conclusion :
les étapes
indispensables
pour mettre
la nutrition sur
la bonne voie

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* de cette année montre les progrès réalisés dans les politiques, l'action, les engagements, le financement, et la collecte et l'analyse des données, tout en soulignant l'immense défi que constitue la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes. Nous avons pu assister ces cinq dernières années à des avancées graduelles, mais bienvenues, en matière de nutrition. Grâce aux améliorations en matière de données, nous en savons bien plus sur le fardeau de la malnutrition, mais également sur les interventions qui commencent à porter leurs fruits et sur le contexte de leur mise en œuvre. Toutefois, la traduction de ces connaissances en avancées mondiales cohérentes ne progresse pas aussi vite qu'elle le pourrait. Ainsi, seuls 37 pays sont en bonne voie pour atteindre les cibles mondiales de nutrition en ce qui concerne l'émaciation, 38 en ce qui concerne le surpoids et 24 en ce qui concerne le retard de croissance. Un déclin du retard de croissance est certes observé, mais à un rythme lent partout dans le monde, la prévalence étant passée de 32,6 % en 2000 à 22,2 % en 2017.

Des données de meilleure qualité nous permettent de déterminer les domaines où la nutrition s'améliore et ceux où les progrès stagnent. Des données plus détaillées et mieux ventilées transforment notre compréhension. Nous connaissons maintenant beaucoup mieux les différents effets de la malnutrition selon le sexe, l'âge ou la zone géographique. La multiplication des données a révélé combien il était important d'investir dans la nutrition des adolescents, en particulier les filles et les jeunes femmes, et de prendre en considération tous les stades de la vie dans les interventions de lutte contre la malnutrition. Les données sur la coexistence du retard de croissance et de l'émaciation chez les jeunes enfants et sur les différentes formes de malnutrition observées lors des situations de crise prolongée montrent qu'il est nécessaire de renforcer le lien entre action humanitaire et aide au développement.

Les nouvelles données mettent en lumière les apports nutritionnels et l'impact de l'alimentation sur le handicap et les décès. Elles montrent que les politiques favorisant les régimes alimentaires sains, telles que les taxes sur les boissons sucrées, commencent à porter leurs fruits, et qu'une approche exhaustive et poussée peut entraîner des changements positifs dans l'alimentation des nourrissons et des adultes.

Les premiers signes semblent indiquer que certains gouvernements de pays à revenu faible et intermédiaire augmentent leurs dépenses nationales en faveur de la nutrition, et l'importance d'intégrer l'action humanitaire et l'aide au développement pour lutter contre

la malnutrition lors de crises commence à être reconnue. De nouvelles approches innovantes sont adoptées pour impliquer les jeunes dans la recherche et les programmes destinés à améliorer la nutrition chez les adolescents.

Les donateurs ont dépassé les engagements pris lors du sommet Nutrition pour la croissance (N4G) de 2013, qui s'élevaient alors à au moins 19,6 milliards de dollars US d'ici à 2020. Globalement toutefois, le financement, en particulier l'aide publique au développement (APD) liée à la nutrition, reste insuffisant, et ce malgré de nouveaux engagements financiers et non financiers pris lors du Sommet mondial sur la nutrition à Milan en 2017.

Si ces avancées sont un signe encourageant, la réduction de la malnutrition sous toutes ses formes reste néanmoins un point d'achoppement. Près de la moitié des pays sont en bonne voie pour atteindre au moins une des cibles mondiales relatives à la nutrition chez la mère et l'enfant, à l'obésité et aux maladies non transmissibles (MNT), mais aucun pays n'est en bonne voie pour toutes les atteindre, et seuls cinq sont bien partis pour en atteindre quatre. Près d'un quart des enfants de moins de 5 ans, soit 150,8 millions, souffrent d'un retard de croissance, 50,5 millions d'enfants de moins de 5 ans sont émaciés, et on estime que 20 millions de nouveau-nés présentent une insuffisance pondérale à la naissance. Parallèlement, 38,3 millions d'enfants de moins de 5 ans sont en surpoids. Au moins 124 pays sur 141 sont confrontés à des fardeaux concomitants, et des millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de formes coexistantes de malnutrition. Plus de deux milliards d'adultes sont en surpoids ou obèses. De plus en plus de personnes souffrent de carences en micronutriments, mais les données et les informations sur l'état micronutritionnel restent limitées. La malnutrition et les MNT liées au régime alimentaire restent les principales causes de handicap et de décès partout dans le monde. Il est donc évident que les avancées observées dans certains domaines sont trop lentes et trop irrégulières. La malnutrition se maintient à un niveau élevé inacceptable.

L'éradication de la malnutrition à l'échelle mondiale est toutefois à notre portée. En réalité, nous n'avons jamais été aussi bien positionnés pour y parvenir ; nous disposons d'une quantité de connaissances et de données inédite, et partout dans le monde, les parties prenantes ont affiché la volonté d'aboutir à de réels progrès. Mais nous devons agir sans attendre si nous voulons empêcher que les progrès accomplis prennent le chemin inverse, et devons pour cela prendre des mesures drastiques afin de surmonter les difficultés auxquelles nous faisons face.

Les conclusions du *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* mettent en avant cinq étapes indispensables pour tirer parti de nos connaissances et agir concrètement contre la malnutrition avant qu'il ne soit trop tard. Ces idées ne sont pas nouvelles, mais elles doivent être mises en avant année après année, alors que les données continuent de démontrer à quel point elles sont importantes pour améliorer concrètement la situation.

Cinq étapes indispensables pour accélérer les progrès

1. **Décloisonner la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes.** Différentes formes de malnutrition coexistent ; elles requièrent des approches intégrées. Toutes les parties prenantes doivent adopter une vision plus globale de ce fléau.

Les données montrent que l'ensemble des parties prenantes, gouvernements, donateurs, et acteurs liés ou non à la nutrition doivent changer d'approche et accepter qu'il est nécessaire de lutter contre tous les problèmes nutritionnels dans les contextes locaux et nationaux si nous voulons atteindre la cible consistant à mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030. Tous les gouvernements doivent hiérarchiser et attribuer les ressources sur la base d'une évaluation solide des différentes formes de malnutrition (dont le retard de croissance, l'émaciation, l'obésité et les carences en micronutriments) et de la manière dont elles se chevauchent et coexistent. Cette démarche doit également inclure une collecte systématique par les chercheurs et les établissements universitaires de données sur le nombre de personnes touchées par plusieurs formes de malnutrition. Les gouvernements et les acteurs de la nutrition doivent évaluer si les mesures existantes ciblant une forme de malnutrition peuvent être efficaces pour d'autres formes pertinentes. Ils doivent en outre identifier des actions « à double fonction » pouvant réduire le risque de surpoids ou d'obésité tout en s'attaquant aux formes de sous-alimentation. Des mesures visant les causes communes de l'émaciation et du retard de croissance chez les jeunes enfants sont nécessaires. Le manque de compréhension des chevauchements entre les carences en micronutriments et toutes les autres formes de malnutrition doit être comblé. Nous ne pouvons continuer à travailler de manière cloisonnée – il est essentiel de dépasser les

clivages entre les acteurs de la nutrition et ceux des autres secteurs pour remédier à l'utilisation inefficace des ressources limitées et au nombre inacceptable de personnes exposées aux multiples fardeaux de la malnutrition.

2. **Définir des priorités et investir dans les données nécessaires et la capacité à les utiliser.** Il est impossible de concevoir des interventions efficaces si l'on méconnaît le profil des personnes touchées par la malnutrition et les facteurs explicatifs.

Sans données de qualité, nous nous contentons de formuler des conjectures. Nous devons développer à grande échelle la collecte et l'utilisation de davantage de données afin d'appréhender ce qui stimule le changement. Nous pourrions ainsi déterminer les contextes dans lesquels il est le plus urgent d'agir et les facteurs qui contribuent aux progrès. Il est à noter tout particulièrement que les données ventilées (par zone géographique, statut socio-économique et sexe) et l'utilisation accrue des données infranationales ventilées et géospatiales permettent de mieux comprendre quels contextes sont touchés par le fardeau de la malnutrition, ainsi que l'évolution de ce dernier, les raisons de son existence, et les répercussions en ce qui concerne la réalisation des cibles de nutrition. Les gouvernements et les institutions de recherche, universitaires et multilatérales doivent augmenter les capacités de collecte et d'analyse des données, et améliorer la couverture ainsi que la fréquence de la collecte de données ventilées. Ils doivent également faciliter leur utilisation et leur interprétation par les décideurs politiques, les entreprises et les ONG, qui prennent des décisions sur les prochaines actions à mener. Il est urgent de combler le déficit de données relatives aux micronutriments ; le volume et la qualité des données doivent être améliorés dès maintenant afin d'encourager les investissements et l'action en faveur de la lutte contre la malnutrition chez les adolescents. En s'appuyant sur des travaux potentiellement novateurs menés auprès d'adolescents, il est possible d'augmenter la collecte et l'utilisation de données qualitatives fournies par les personnes touchées par la malnutrition, afin de concevoir des interventions plus efficaces. Nous devons consolider les avancées enregistrées dans le compte rendu relatif au financement de la nutrition, afin de s'assurer que les dépenses sont affectées correctement et aboutissent aux meilleurs résultats possible. L'augmentation de la quantité et de la qualité des données sur le financement exige que les donateurs d'APD utilisent le nouveau code du système de notification des pays créanciers (SNPC) et le marqueur politique relatifs aux

dépenses consacrées à la nutrition, afin de mieux suivre les financements, et que les gouvernements nationaux ouvrent l'accès aux données relatives aux dépenses budgétaires nationales. Le manque de données sur le financement lié à l'obésité et aux MNT requiert également une action immédiate.

- 3. Accroître le financement en faveur de la nutrition – diversifier et innover afin de s'appuyer sur les progrès antérieurs.** À terme, nous ne pouvons progresser sans des fonds adéquats ; les entités qui contrôlent les flux de ressources doivent faire de la nutrition une priorité.

Le financement doit être axé sur la mise en œuvre effective des plans relatifs à la nutrition. Pour ce faire, les investissements nationaux et internationaux existants doivent être déployés à grande échelle et étendus de façon à lutter contre toutes les formes de malnutrition. Il convient de fixer des cibles claires concernant les ressources nationales en fonction de la charge de morbidité, et d'aider les gouvernements à accroître les dépenses par rapport aux cibles afin d'accélérer les progrès. Même si les donateurs ont mis un accent particulier sur la nutrition, l'APD est largement insuffisante pour mettre fin à elle seule à la malnutrition sous toutes ses formes ; les investissements dans les programmes spécifiques à la nutrition et y contribuant doivent donc être renforcés. Les donateurs d'APD doivent par ailleurs s'assurer que les investissements en faveur de l'aide humanitaire et du développement garantissent la continuité du soutien à la nutrition dans les pays en crise présentant les fardeaux de la malnutrition parmi les plus élevés. Des fonds affectés à la nutrition doivent être dégagés à grande échelle afin de relever les défis. Des mécanismes innovants sont nécessaires de toute urgence pour compléter le financement public.

- 4. Galvaniser l'action en faveur des régimes alimentaires sains – se mobiliser dans l'ensemble des pays afin de résoudre ce problème universel.** La mauvaise qualité des régimes alimentaires des nourrissons, des jeunes enfants, des adolescents et des adultes est inacceptable.

L'impact de la malnutrition est universel et dévastateur ; tous les secteurs ont par conséquent un rôle à jouer dans l'amélioration de la qualité de l'alimentation, partout dans le monde. Les gouvernements doivent intervenir pour mettre en œuvre un ensemble de politiques et de programmes efficaces visant à aider et encourager chacun à adopter un régime alimentaire sain. Ils doivent inciter

le secteur privé à changer tout en garantissant la transparence en cas de conflit d'intérêts. Le secteur privé doit quant à lui redoubler d'efforts pour augmenter la disponibilité d'une large sélection d'aliments contribuant à une alimentation équilibrée et réduire les aliments gras, sucrés et salés. Les gouvernements comme les entreprises doivent créer des systèmes et environnements alimentaires garantissant des régimes alimentaires sains abordables, accessibles et optimaux pour tous. Les initiatives prises par les communautés, les municipalités et les réseaux de villes peuvent être déployées à grande échelle. Une action internationale favorisant le partage des connaissances et le soutien mutuel est indispensable pour combattre ce problème universel.

- 5. Prendre et tenir de meilleurs engagements en faveur de l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes – une approche ambitieuse et transformatrice sera nécessaire pour atteindre les cibles mondiales de nutrition.** Les actions concertées de lutte contre la malnutrition ne se poursuivront que si les signataires respectent systématiquement les engagements SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis).

Les préparatifs du Sommet N4G de 2020 – qui se tiendra à Tokyo (Japon) – seront l'occasion de répondre aux perspectives et défis inhérents aux données du *Rapport sur la nutrition mondiale* de cette année. De nouveaux engagements visant à améliorer la situation de la malnutrition ont été pris à l'occasion de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025), du Sommet mondial sur la nutrition de Milan en 2017 et de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT en 2018. Le Sommet N4G de 2020 sera l'occasion idéale de renouveler les engagements en vue d'accélérer les efforts visant à éliminer la malnutrition. Il convient toutefois de tirer les enseignements du processus des engagements N4G. Alors qu'il ne reste que deux ans pour atteindre ces derniers, le taux de compte rendu a diminué de façon alarmante dans tous les secteurs, passant de 90 % en 2014 à tout juste 45 % en 2018. Cette tendance menace la redevabilité. En outre, trop d'engagements N4G manquent encore de cibles permettant de mesurer les progrès ; il faut donner aux parties prenantes les moyens d'agir et de rendre des comptes à travers des cibles spécifiques, mesurables, convenues, réalistes et temporellement définies. Les engagements doivent être alignés sur les contextes touchés par les fardeaux et reposer sur les données probantes dont nous disposons concernant les formes de la malnutrition à combattre ainsi que les contextes, les circonstances et les bénéficiaires des interventions.

ANNEXE 1 : ÉVALUATION DES PROGRÈS NATIONAUX ACCOMPLIS EN VUE D'ATTEINDRE LES CIBLES MONDIALES DE NUTRITION – NOTE RELATIVE À LA MÉTHODOLOGIE

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* mesure les progrès nationaux vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition présentées au chapitre 1, en s'appuyant sur les données disponibles les plus récentes.

Cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

La prévalence et les tendances annuelles nationales de la malnutrition chez la mère et l'enfant sont présentées dans les Estimations conjointes de la malnutrition infantile publiées tous les ans par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale¹. Ces estimations de la prévalence sont associées à des informations sur les taux de variation pour évaluer si un pays dans lequel une cible mondiale a été transposée à l'échelon national est en bonne ou en mauvaise voie d'atteindre chacune des cibles visant à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, en partant de l'hypothèse selon laquelle tous les pays enregistreront une réduction relative semblable². Les règles permettant d'établir si les pays sont en bonne voie ou non sont définies à l'aide de la contribution technique décisive de l'OMS et de l'UNICEF.

Les *Rapports sur la nutrition mondiale 2017 et 2018* s'appuient sur les règles de suivi et de classification des progrès réalisés en vue d'atteindre les six cibles de nutrition, proposées par le Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition (UNICEF)³. La méthodologie et les règles de suivi des cibles visant à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ont été révisées en 2017 par l'OMS et l'UNICEF en vue d'améliorer la qualité du suivi des cibles de nutrition.

L'évaluation a pour but de faire la distinction entre les pays qui suivent des trajectoires différentes à mesure qu'ils progressent. Par conséquent, il importe que les méthodes d'évaluation reflètent cet objectif et aident à l'atteindre.

À l'échelon national, le taux de variation relatif moyen de la prévalence d'un indicateur est calculé à l'aide d'une mesure appelée « taux de réduction annuel moyen » (TRAM). Il existe deux types de TRAM : le TRAM requis, qui permet de vérifier si un pays atteint la cible mondiale, et le TRAM actuel, qui reflète les tendances récentes de la prévalence. Le TRAM requis, le TRAM actuel et la prévalence actuelle sont combinés pour créer des règles applicables à diverses catégories en bonne voie/en mauvaise voie pour chaque indicateur. Les règles élaborées en 2017 figurent dans le tableau A1.

Il convient de noter que l'objectif relatif à l'allaitement maternel exclusif consiste à *augmenter* les taux plutôt qu'à les *réduire*, contrairement à tous les autres indicateurs. Par conséquent, son taux de variation devrait être positif. Néanmoins, en vue d'harmoniser les critères d'évaluation, le TRAM reste tout de même utilisé pour suivre l'allaitement maternel exclusif. Il montre une baisse de la part des enfants qui ne sont pas exclusivement allaités au sein, représentant ainsi une augmentation de la part des enfants qui le sont (étant donné que le taux d'enfants qui ne sont pas exclusivement allaités au sein est égal à 100 moins la part d'enfants exclusivement allaités au sein).

TABLEAU A1

Méthodologie employée pour suivre les progrès nationaux accomplis en vue d'atteindre les cibles mondiales de nutrition

INDICATEUR	EN BONNE VOIE	EN MAUVAISE VOIE - QUELQUES PROGRÈS	EN MAUVAISE VOIE - AUCUN PROGRÈS OU RECUL
Retard de croissance	TRAM > TRAM requis* ou niveau < 5 %	TRAM < TRAM requis* mais ≥ 0,5	TRAM < TRAM requis* et < 0,5
Anémie	TRAM ≥ 5,2** ou niveau < 5 %	TRAM < 5,2 mais ≥ 0,5	TRAM < 0,5
Insuffisance pondérale à la naissance	TRAM ≥ 2,74* ou niveau < 5 %	TRAM < 2,74 mais ≥ 0,5	TRAM < 0,5
Allaitement maternel non exclusif	TRAM ≥ 2,74** ou niveau < 30 %	TRAM < 2,74 mais ≥ 0,8	TRAM < 0,8
Émaciation	Niveau < 5 %	Niveau ≥ 5 % mais TRAM ≥ 2,0	Niveau ≥ 5 % et TRAM < 2,0
	EN BONNE VOIE	EN MAUVAISE VOIE - QUELQUES PROGRÈS	
Surpoids	TRAM ≥ -1,5	TRAM < -1,5	

Source : OMS et UNICEF pour le Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Genève : OMS, UNICEF : New York, 2017.

Notes : *Le TRAM requis est fondé sur la variation de la prévalence du retard de croissance, soit une baisse de 40 % du nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance entre 2012 et 2025, au vu de la croissance démographique estimée (d'après les Perspectives de la population des Nations Unies). **Le TRAM requis est fondé sur une baisse de 50 % de la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer entre 2012 et 2025. *Le TRAM requis est fondé sur une baisse de 30 % de la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance entre 2012 et 2025. **Le TRAM requis est fondé sur une baisse de 30 % du taux d'allaitement maternel non exclusif entre 2012 et 2025.

Besoins en données et considérations clés

- Retard de croissance, émaciation, surpoids et allaitement maternel exclusif : les pays doivent disposer d'au moins deux points de données prenant la forme d'enquêtes représentatives à l'échelle nationale depuis 2008 pour évaluer les progrès récents, et l'un des deux doit dater de 2012 ou d'une année ultérieure pour refléter la situation postérieure à l'état de référence.
- Si les pays ne disposent pas de données relatives à la période qui suit l'état de référence (2012), l'évaluation est ajournée jusqu'à ce que de nouvelles données d'enquêtes soient disponibles.
- Des données d'enquête représentatives à l'échelle nationale doivent avoir été collectées tous les trois ans en vue de fournir des estimations de tendances fiables et de contribuer à l'efficacité du suivi des progrès réalisés.
- Concernant l'anémie, des estimations chronologiques modélisées sont disponibles pour la période allant de 1990 à 2016 ; 189 pays sont actuellement classés. Néanmoins, tous ne disposent pas d'estimations fondées sur des enquêtes menées après l'établissement de l'état de référence (2012), ce qui indique que peu de données d'enquêtes sont disponibles. Les résultats de la classification et de la disponibilité des données doivent être interprétés avec prudence.
- Des estimations nationales de l'insuffisance pondérale à la naissance sont en cours de réalisation par un groupe d'experts interorganisations/interinstitutions. De nouvelles estimations seront bientôt disponibles.

Cibles de lutte contre les MNT liées à la nutrition

Le Cadre mondial de suivi de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) a été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en 2013, afin d'assurer la mise en œuvre effective du plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT et de suivre les progrès réalisés en matière de prévention des MNT et de lutte contre celles-ci à l'échelon mondial. Ce cadre comprend neuf cibles volontaires dont le suivi est assuré par 25 indicateurs relatifs à la mortalité et à la morbidité liées aux MNT et aux facteurs de risque. L'objectif général consiste à réduire de 25 % la mortalité prématurée due aux MNT à l'horizon 2025.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* a assuré le suivi de la cible 7, à savoir l'« arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité », qui est la cible MNT la plus directement liée à l'importance de l'alimentation et de la nutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* a poursuivi le suivi de cette cible grâce à de nouvelles estimations produites par le réseau NCD Risk Factor Collaboration pour le compte de l'OMS, à l'aide d'une méthode d'évaluation modifiée de façon à correspondre aux nouvelles méthodes d'estimation et de prévision.

Deux autres cibles relatives à la réduction de l'apport en sel dans la population et à la limitation de la prévalence de l'élévation de la pression artérielle (hypertension), sont incluses dans le Rapport sur la nutrition mondiale. Néanmoins, d'autres estimations de la prévalence ou d'autres méthodes affinées d'évaluation sont nécessaires pour que les progrès accomplis en vue d'atteindre ces cibles puissent être évalués. Les limites et les données temporaires de substitution sont examinées à la section suivante.

Apport en sel dans la population

La cible 4 consistant à atteindre une « réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel (chlorure de sodium) dans la population » est suivie au moyen de l'apport journalier moyen en sel en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez les personnes âgées de 18 ans ou plus. Il n'existe aucune base de données mondiale sur les tendances et les prévisions relatives à la consommation moyenne de sel. Toutefois, des données publiées dans le cadre de grandes études de modélisation épidémiologique portant sur des estimations de l'apport en sel⁴ permettent de déterminer dans quelle mesure la population des pays consomme plus ou moins de sel que la dose recommandée par l'OMS, à savoir 2 grammes par jour⁵. La moyenne mondiale de l'apport en sel est passée de 4 grammes en 2010 à 5,6 grammes par jour en 2017. Ces données sont désormais ventilées par sexe : les hommes consomment en moyenne 5,8 grammes de sel par jour et les femmes 5,4 grammes.

L'apport en sel joue un rôle majeur dans l'hypertension et les maladies associées comme les attaques cardiaques et les maladies cardiovasculaires⁶, bien que l'hypertension soit aussi fortement influencée par des facteurs non diététiques comme l'hérédité, l'âge, la consommation de tabac, le stress et la sédentarité physique. Un apport journalier en sel supérieur à 2 grammes (5 grammes ou une cuillère à café de sel de table) contribue à l'hypertension artérielle. La réduction de l'apport en sodium dans la population est également l'un des meilleurs moyens de cibler les MNT – une intervention rentable, à fort impact, qui peut être facilement mise en œuvre même en présence de ressources limitées⁷.

Hypertension artérielle

La cible 6 consistant à atteindre une « baisse relative de 25 % ou une limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle » est suivie par un indicateur de la prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (tension systolique \geq 140 mmHg et/ou tension diastolique \geq 90 mmHg). Les données relatives à la prévalence de l'hypertension artérielle en 2015 sont tirées des estimations modélisées produites par le groupe NCD Risk Factor Collaboration⁸.

Diabète et obésité chez l'adulte

La cible 7 du Plan d'action pour la lutte contre les MNT, à savoir l'« arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité », liste trois indicateurs de prévalence : le surpoids et l'obésité chez l'adulte, l'obésité chez l'adolescent et le diabète chez l'adulte.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* présente la prévalence standardisée selon l'âge du surpoids et de l'obésité (IMC ≥ 25), de l'obésité (IMC ≥ 30) et du diabète (défini par une glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L ou par le fait d'être sous traitement hypoglycémiant ou d'avoir des antécédents de diabète) chez les hommes et les femmes. Il suit les progrès nationaux accomplis concernant l'obésité (IMC ≥ 30) et le diabète à l'aide de données produites par le réseau NCD Risk Factor Collaboration⁹. Ces estimations modélisées sont utilisées en l'absence de données d'enquêtes comparables à l'échelle mondiale pour tous les pays en ce qui concerne la prévalence des facteurs de risque de MNT.

Le suivi de l'obésité et du diabète chez l'adulte repose sur la probabilité que chaque cible soit atteinte d'ici à 2025. Si un pays présente une probabilité d'au moins 0,50, il est classé comme étant en bonne voie ; si la probabilité est inférieure à 0,50, il est classé comme étant en mauvaise voie.

ANNEXE 2 : PAYS EN VOIE D'ATTEINDRE LES CIBLES MONDIALES DE NUTRITION

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* suit les progrès nationaux accomplis concernant les cibles suivantes : surpoids chez l'enfant, émaciation chez l'enfant, retard de croissance chez l'enfant, allaitement exclusif au sein, diabète chez les femmes, diabète chez les hommes, anémie chez les femmes en âge de procréer, obésité chez les femmes et obésité chez les hommes.

Notre évaluation repose sur les meilleures données disponibles pour 194 pays issues de diverses sources (voir l'annexe 1 pour plus de détails sur les méthodes et les sources utilisées pour évaluer les progrès accomplis en vue d'atteindre les différentes cibles).

Le tableau A2 répertorie les pays en bonne voie pour atteindre aucune, une, deux, trois et quatre des neuf cibles.

TABLEAU A2

Progrès nationaux accomplis en vue d'atteindre les cibles mondiales de nutrition

EN BONNE VOIE POUR AUCUNE CIBLE	EN BONNE VOIE POUR 1 CIBLE	EN BONNE VOIE POUR 2 CIBLES	EN BONNE VOIE POUR 3 CIBLES	EN BONNE VOIE POUR 4 CIBLES
100	44	35	10	5
Afghanistan	Allemagne	Afrique du Sud	Chili	Arménie
Albanie	Andorre	Australie	Côte d'Ivoire	Belize
Algérie	Angola	Bangladesh	El Salvador	Kenya
Antigua-et-Barbuda	Autriche	Belgique	Ghana	Sao Tomé-et-Principe
Arabie saoudite	Azerbaïdjan	Bénin	Kazakhstan	Swaziland
Argentine	Brunéi Darussalam	Bolivie	Koweït	
Bahamas	Cambodge	Burkina Faso	Lesotho	
Bahreïn	Canada	Burundi	Mexique	
Barbade	Congo	Cameroun	Palestine	
Bélarus	Équateur	Chine	Paraguay	
Bhoutan	Espagne	Danemark		
Bosnie-Herzégovine	France	Égypte		
Botswana	Gambie	Finlande		
Brazil	Guinée	Guatemala		
Bulgarie	Îles Salomon	Guinée-Bissau		
Cabo Verde	Indonésie	Guyana		
Chypre	Israël	Islande		
Colombie	Italie	Kirghizistan		
Comores	Jamaïque	Malawi		
Costa Rica	Japon	Mongolie		
Croatie	Libéria	Myanmar		
Cuba	Luxembourg	Nauru		
Djibouti	Malaisie	Ouganda		
Dominique	Mali	Pérou		
É.-U.	Malte	République démocratique du Congo		
Émirats arabes unis	Mauritanie	Rwanda		
Érythrée	Monténégro	Serbie		

TABLEAU A2 SUITE

EN BONNE VOIE POUR AUCUNE CIBLE	EN BONNE VOIE POUR 1 CIBLE	EN BONNE VOIE POUR 2 CIBLES	EN BONNE VOIE POUR 3 CIBLES	EN BONNE VOIE POUR 4 CIBLES
100	44	35	10	5
Estonie	Népal	Sierra Leone		
Éthiopie	Nigéria	Singapour		
Ex-République yougoslave de Macédoine	Norvège	Suède		
Fédération de Russie	Pays-Bas	Tanzanie		
Fidji	Portugal	Thaïlande		
Gabon	République de Corée	Turquie		
Géorgie	République dominicaine	Vanuatu		
Grèce	République populaire démocratique de Corée	Zimbabwe		
Grenade	Samoa			
Guinée équatoriale	Sénégal			
Haïti	Soudan			
Honduras	Sri Lanka			
Hongrie	Suisse			
Îles Marshall	Tchad			
Inde	Timor-Leste			
Iran (République islamique d')	Turkménistan			
Iraq	Zambie			
Irlande				
Jordanie				
Kiribati				
Lettonie				
Liban				
Libye				
Liechtenstein				
Lituanie				
Madagascar				
Maldives				
Maroc				
Maurice				
Micronésie (États fédérés de)				
Monaco				
Mozambique				
Namibie				
Nicaragua				
Niger				
Nouvelle-Zélande				
Oman				
Ouzbékistan				
Pakistan				
Palaos				
Panama				

TABLEAU A2 SUITE

EN BONNE VOIE POUR AUCUNE CIBLE	EN BONNE VOIE POUR 1 CIBLE	EN BONNE VOIE POUR 2 CIBLES	EN BONNE VOIE POUR 3 CIBLES	EN BONNE VOIE POUR 4 CIBLES
100	44	35	10	5
Papouasie-Nouvelle-Guinée				
Philippines				
Pologne				
Qatar				
R.-U.				
République centrafricaine				
République de Moldova				
République démocratique populaire lao				
République tchèque				
Roumanie				
Sainte-Lucie				
Saint-Kitts-et-Nevis				
Saint-Marin				
Saint-Vincent-et-les Grenadines				
Seychelles				
Slovaquie				
Slovénie				
Somalie				
Soudan du Sud				
Suriname				
Syrie				
Tadjikistan				
Togo				
Tonga				
Trinité-et-Tobago				
Tunisie				
Tuvalu				
Ukraine				
Uruguay				
Venezuela (République bolivarienne du)				

Source : UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale. *Joint child malnutrition estimates*, bases de données mondiales de l'UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, NCD Risk Factor Collaboration, Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

Remarques : l'évaluation est basée sur 194 pays. Les méthodes de suivi utilisées diffèrent pour chaque cible. Les données sur les indicateurs des adultes s'appuient sur des estimations modélisées. L'annexe 1 aborde en détail les méthodes et les sources utilisées pour évaluer les progrès vers les cibles mondiales de nutrition.



ANNEXE 3 : PAYS FORTEMENT TOUCHÉS PAR DE MULTIPLES FORMES DE MALNUTRITION

Un pays a été considéré comme accablé par le fardeau de la malnutrition en fonction d'un seuil de prévalence nationale. Le retard de croissance a été mesuré chez les enfants de moins de 5 ans et le seuil du fardeau a été défini à 20 % ou plus. Le seuil pour l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) a également été défini à 20 %

ou plus et celui pour les femmes en surpoids (18 ans et plus) à 35 % ou plus. Les pays présentant des données suffisantes (données disponibles pour les trois indicateurs, 141 au total) ont fait l'objet d'une analyse portant sur les trois indicateurs de malnutrition. Le tableau A3 répertorie les pays présentant un, deux ou trois fardeaux.

TABLEAU A3

Pays présentant une, deux ou trois formes de malnutrition

SURPOIDS SEULEMENT	ANÉMIE SEULEMENT	RETARD DE CROISSANCE SEULEMENT	SURPOIDS ET ANÉMIE	SURPOIDS ET RETARD DE CROISSANCE	ANÉMIE ET RETARD DE CROISSANCE	TROIS FARDEAUX
11	5	1	54	3	26	41
Allemagne	Chine	Philippines	Algérie	Équateur	Afghanistan	Afrique du Sud
Argentine	Japon		Arabie saoudite	Guatemala	Bangladesh	Albanie
Australie	République de Corée		Arménie	Honduras	Bhoutan	Angola
Brunéi Darussalam	Singapour		Azerbaïdjan		Burkina Faso	Bénin
Chili	Sri Lanka		Barbade		Burundi	Botswana
Costa Rica			Bélarus		Cambodge	Cameroun
É.-U.			Belize		Érythrée	Comores
Mexique			Bolivie		Éthiopie	Congo
Mongolie			Bosnie-Herzégovine		Inde	Côte d'Ivoire
Nicaragua			Brésil		Indonésie	Djibouti
Pérou			Bulgarie		Madagascar	Égypte
			Colombie		Malawi	Gambie
			Cuba		Mozambique	Guinée
			El Salvador		Myanmar	Guinée équatoriale
			Ex-République yougoslave de Macédoine		Népal	Guinée-Bissau
			Fidji		Niger	Haïti
			Gabon		Ouganda	Îles Salomon
			Géorgie		Pakistan	Iraq
			Ghana		République centrafricaine	Kenya
			Guyana		République démocratique du Congo	Lesotho
			Iran (République islamique d')		République démocratique populaire lao	Libéria

TABLEAU A3 SUITE

SURPOIDS SEULEMENT	ANÉMIE SEULEMENT	RETARD DE CROISSANCE SEULEMENT	SURPOIDS ET ANÉMIE	SURPOIDS ET RETARD DE CROISSANCE	ANÉMIE ET RETARD DE CROISSANCE	TROIS FARDEAUX
11	5	1	54	3	26	41
			Jamaïque		République populaire démocratique de Corée	Libye
			Jordanie		Rwanda	Malaisie
			Kazakhstan		Tchad	Maldives
			Kirghizistan		Timor-Leste	Mali
			Koweït		Viet Nam	Mauritanie
			Liban			Namibie
			Maroc			Nigéria
			Monténégro			Papouasie-Nouvelle-Guinée
			Oman			Sierra Leone
			Ouzbékistan			Somalie
			Palestine			Soudan
			Panama			Swaziland
			Paraguay			Syrie
			République de Moldova			Tadjikistan
			République dominicaine			Tanzanie
			Roumanie			Togo
			Sainte-Lucie			Vanuatu
			Samoa			Yémen
			Sao Tomé-et-Principe			Zambie
			Sénégal			Zimbabwe
			Serbie			
			Seychelles			
			Suriname			
			Tchéquie			
			Thaïlande			
			Tonga			
			Trinité-et-Tobago			
			Tunisie			
			Turkménistan			
			Turquie			
			Ukraine			
			Uruguay			
			Venezuela			

Source : UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale. *Joint child malnutrition estimates*, NCD Risk Factor Collaboration, Observatoire mondial de la santé de l'OMS.
 Remarques : retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans $\geq 20\%$; anémie chez les femmes en âge de procréer $\geq 20\%$; surpoids (indice de masse corporelle ≥ 25) chez les femmes adultes âgées de 18 ans ou plus $\geq 35\%$. Basé sur les données de 141 pays.

NOTES

Chapitre 1

- 1 Black R.E., Victora C.G. et Walker S.P. *et al*, 2013. « Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries ». *The Lancet*, 382:9890, 2013, pp. 427–51.
- 2 La mesure synthétique AVCI (années de vie corrigées de l'incapacité) sert à donner une indication de la charge globale de morbidité. Une AVCI représente l'équivalent d'une année de vie en bonne santé perdue. Cette mesure permet de comparer la charge des maladies causant des décès prématurés mais peu de handicaps (comme la noyade ou la rougeole) avec celle des maladies n'entraînant pas la mort mais causant des handicaps (comme la cataracte, cause de cécité). Source : www.who.int/gho/mortality_burden_disease/daly_rates/text/en
- 3 GBD 2015 Causes of Death Collaborators. « Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years ». *The New England Journal of Medicine*, 377:1, 2017, pp. 13-27.
- 4 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, 2016. *The Cost of Malnutrition: Why Policy Action is Urgent*. Disponible à l'adresse : <https://glopan.org/sites/default/files/pictures/CostOfMalnutrition.pdf>
- 5 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. *Cost of malnutrition*, <https://glopan.org/cost-of-malnutrition> (consulté le 1^{er} octobre 2018).
- 6 GBD 2016 Risk Factors Collaborators. « Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 ». *The Lancet*, 390(10100), 2017, pp. 1345–422.
- 7 UNICEF pour la sous-alimentation : UNICEF, 2012. Glossaire de la nutrition (en anglais). Disponible à l'adresse : www.unicef.org/tokyo/jp/Nutrition_Glossary.pdf ; OMS pour le surpoids : OMS, 2018. Obésité et surpoids. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> ; OMS pour la maigreur et le surpoids chez l'enfant : OMS, 2010. *Nutrition Landscape Information System (NLIS): Country profile indicators Interpretation Guide*. Disponible à l'adresse : www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf ; OMS pour l'anémie : OMS. Anémie (en anglais). Disponible à l'adresse : www.who.int/topics/anaemia/en
- 8 Le texte des ODD précise que, pour atteindre la cible 2.2, il faudra notamment réaliser d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées.
- 9 Il convient de noter que, bien que le champ global soit large, les indicateurs de la cible 2.2 ne portent que sur le retard de croissance, l'émaciation et le surpoids chez l'enfant. Le surpoids et l'obésité chez l'adulte ne sont pas suivis dans le cadre des ODD, ce qui fait de cet indicateur, qui monte en flèche partout dans le monde, une cible volontaire vers laquelle tendre.
- 10 Annan K. « Data can help to end malnutrition across Africa ». *Nature*, 555:7, 2018. Disponible à l'adresse : www.nature.com/articles/d41586-018-02386-3

Chapitre 2

- 1 Rapport sur la nutrition mondiale, www.globalnutritionreport.org
- 2 Les enfants âgés de 0 à 59 mois dont l'indice taille-âge est inférieur à -2 écarts types (ET) par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS – un marqueur de malnutrition chronique.
- 3 Les enfants âgés de 0 à 59 mois dont l'indice poids-taille est inférieur à -2 ET par rapport à la moyenne des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS – un marqueur de malnutrition aiguë.
- 4 Naissances vivantes parmi chaque population sur une période donnée dont le poids est inférieur à 2 500 grammes.
- 5 Les enfants âgés de 0 à 59 mois dont l'indice poids-taille est supérieur à 2 ET par rapport à la moyenne des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS – un marqueur de malnutrition chronique.

-
- 6 Même si le pourcentage diminue, le nombre peut parfois augmenter en termes absolus ou rester identique en raison de la croissance démographique.
 - 7 Briend A., Khara T. et Dolan C. « Wasting and stunting – similarities and differences: policy and programmatic implications ». *Food and Nutrition Bulletin*, 36 (suppl. 1), 2015, pp. S15–S23.
 - 8 Emergency Nutrition Network (ENN), 2018. *L'émaciation et le retard de croissance chez l'enfant : il est temps de ne plus les séparer*. Disponible à l'adresse : https://www.ennonline.net/attachments/2913/WaSt-Policy_French_18Sept18.pdf
 - 9 Olofin I., McDonald C.M., Ezzati M. et al. « Associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: a pooled analysis of ten prospective studies ». *PLoS One*, 8:5, 2013, e64636.
 - 10 McDonald C.M., Olofin I., Flaxman S. et al. Nutrition Impact Model Study. « The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries ». *Am J Clin Nutr*, 97:4, 2013, 896–901. doi:10.3945/ajcn.112.047639 ; OMS, 2016. *Cibles mondiales de nutrition 2025 : note d'orientation sur l'émaciation*. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255729/WHO_NMH_NHD_14.8_fre.pdf
 - 11 En raison de la nature changeante des statistiques relatives à l'émaciation, nous ne sommes pas en mesure de présenter les tendances chronologiques de l'émaciation.
 - 12 L'anémie chez la femme enceinte se définit par un niveau d'hémoglobine inférieur à 100 g/L. Chez les femmes qui ne sont pas enceintes, l'anémie se définit par un niveau inférieur à 120 g/L.
 - 13 L'anémie sert d'indicateur indirect pour mesurer les carences en fer. Cette méthode présente des limites car la carence en fer n'est qu'une des nombreuses causes d'anémie. Kassebaum N.J., Jasrasaria R., Naghavi M. et al. « A systematic analysis of global anaemia burden from 1990 to 2010 ». *Blood*, 123:5, 2014, pp. 615–624.
 - 14 OMS. Base de données de l'Observatoire mondial de la Santé (en anglais), <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main> (consulté le 11 octobre 2018).
 - 15 NCD Risk Factor Collaboration, <http://ncdrisc.org> (consulté le 11 octobre 2018).
 - 16 NCD Risk Factor Collaboration (voir la note 15).
 - 17 Les adultes âgés de 18 ans et plus atteints de diabète sont définis comme ayant une glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L, prenant un traitement contre l'hyperglycémie, ou ayant des antécédents de diagnostic de diabète. NCD Risk Factor Collaboration (voir la note 15).
 - 18 NCD Risk Factor Collaboration (voir la note 15).
 - 19 OMS, 2018. *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Disponible à l'adresse : www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en
 - 20 Development Initiatives, 2017. *Rapport sur la nutrition mondiale 2017 : La nutrition au service des ODD*. Disponible à l'adresse : www.globalnutritionreport.org
 - 21 Les données de référence sur le sel pour 2010 sont tirées de Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G.M. et al. « Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes ». *New England Journal of Medicine*, 371:7, 2014, pp. 624–634.
 - 22 Women Deliver, 2018. *Améliorer la santé et la nutrition maternelles et néonatales* (fiche d'information). Disponible à l'adresse : https://womendeliver.org/wp-content/uploads/2018/11/Deliver_For_Good_BriefMNH-French_1_09.17.pdf
 - 23 L'insuffisance pondérale chez l'adolescente et la femme adulte se définit par un IMC inférieur à 18,5 chez les femmes âgées de 20 à 49 ans, ou inférieur à -2 ET chez les filles âgées de 15 à 19 ans.
 - 24 « Le revenu journalier moyen par habitant » fait référence au seuil de RNB par habitant, tel que publié par la Banque mondiale et utilisé pour classer les pays en fonction de leur revenu, divisé par le nombre de jours dans une année. Disponible à l'adresse : <https://blogs.worldbank.org/opendata/fr/nouvelle-classification-des-pays-en-fonction-de-leur-revenu-actualisation-2018-2019>
 - 25 D'après les taux moyens non pondérés de 79 pays.
 - 26 D'après les taux moyens non pondérés de 80 pays.
 - 27 D'après les taux moyens non pondérés de 79 pays.
 - 28 D'après les taux moyens non pondérés de 80 pays.

-
- 29 D'après les taux moyens non pondérés de 83 pays.
- 30 Retard de croissance chez les moins de 5 ans, émaciation chez les moins de 5 ans, surpoids chez les moins de 5 ans, anémie, allaitement maternel exclusif, diabète chez l'adulte (hommes et femmes), obésité chez l'adulte (hommes et femmes).
- 31 La sous-alimentation fait référence à la proportion de la population dont la consommation énergétique alimentaire est inférieure à un seuil prédéterminé. Les personnes en sous-alimentation sont dites sous-alimentées.
- 32 Kharas H., McArthur J.W. et Rasmussen K., 2018. « How many people will the world leave behind? Assessing current trajectories on the Sustainable Development Goals ». Document de travail n° 123 de Brookings Global Economy and Development. Disponible à l'adresse : www.brookings.edu/research/how-many-people-will-the-world-leave-behind
- 33 Kharas H., McArthur J.W. et Rasmussen K., 2018 (voir la note 32).
- 34 IFPRI, 2016. Rapport sur la nutrition mondiale 2016 : *Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. Disponible à l'adresse : globalnutritionreport.org/the-report-2016
- 35 OMS, 2018. *Revue mondiale OMS des politiques nutritionnelles 2016-2017 : Country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Disponible à l'adresse : www.who.int/nutrition/topics/global-nutrition-policy-review-2016.pdf
- 36 Retard de croissance, anémie, insuffisance pondérale à la naissance, surpoids chez l'enfant, allaitement maternel exclusif, émaciation, surpoids chez l'adulte et l'adolescent. La Tanzanie a également fixé des cibles pour la tension artérielle et le diabète, mais pas pour le sel.
- 37 Banque mondiale, 2017. *Catalyser les progrès vers l'atteinte des cibles mondiales de nutrition : Trois paquets de financement potentiels*. Disponible à l'adresse : https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/Three%20interventions_french_WEB.PDF?sequence=29&isAllowed=y
- 38 Les seuils qui déterminent si un pays est accablé ou non sont basés sur les prévalences suivantes : retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans ≥ 20 % ; anémie chez les femmes en âge de procréer ≥ 20 % ; surpoids (IMC ≥ 25) chez les femmes adultes âgées de 18 ans ou plus ≥ 35 %.
- 39 Fernald L.C. et Neufeld L.M. « Overweight with concurrent stunting in very young children from rural Mexico: prevalence and associated factors ». *Eur J Clin Nutr*, 61, 2007, pp. 623–32 ; Garrett J.L. et Ruel M.T. « Stunted child-overweight mother pairs: prevalence and association with economic development and urbanization ». *Food Nutr Bull*, 26, 2005, pp. 209–21 ; Doak C., Adair L., Bentley M. et al. « The underweight/overweight household: an exploration of household sociodemographic and dietary factors in China ». *Public Health Nutr*, 5, 2002, pp. 215–21 ; Jehn M. et Brewis A. « Paradoxical malnutrition in mother-child pairs: untangling the phenomenon of over- and under-nutrition in underdeveloped economies ». *Econ Hum Biol*, 7, 2009, pp. 28–35 ; Dieffenbach S. et Stein A.D. « Stunted Child/Overweight Mother Pairs Represent a Statistical Artifact, Not a Distinct Entity ». *J Nutr*, 142, 2012, pp. 771–3 ; Tzioumis E. et Adair L.S. « Childhood dual burden of under- and overnutrition in low- and middle-income countries: a critical review ». *Food and Nutrition Bulletin*, 35:2, 2014, pp. 230–43.
- 40 Trowbridge F.L., Marks J.S., Lopez de Romana G. et al. « Body composition of Peruvian children with short stature and high weight-for-height ». II. « Implications for the interpretation for weight-for-height as an indicator of nutritional status ». *Am J Clin Nutr*, 46, 1987, pp. 411–8 ; Martorell R., Mendoza F.S., Castillo R.O. et al. « Short and plump physique of Mexican-American children ». *Am J Phys Anthropol*, 73, 1987, pp. 475–87 ; Yajnik C.S., Fall C.H.D. et Coyaji K.J. et al. « Neonatal anthropometry: the thin-fat Indian baby ». The Pune Maternal Nutrition Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 27, 2003, pp. 173–180.
- 41 Barker D.J.P. et Osmond C. « Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales ». *The Lancet*, 327:8489, 1986, pp. 1077–81 ; Osmond C., Barker D.J.P., Winter P.D. et al. « Early growth and death from cardiovascular disease in women ». *BMJ*, 307, 1993, pp. 1519–24 ; Whincup P.H., Kaye S.J., Owen C.G. et al. « Birthweight and risk of type 2 diabetes: a quantitative systematic review of published evidence ». *JAMA*, 300, 2008, pp. 2886–97 ; Adair, L.S., Fall, C.H., Osmond, C. et al. « Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies ». *The Lancet*, 382(9891), 2013, pp. 525–534.
- 42 UNICEF, Division des données, de la recherche et des politiques, 2018. Bases de données mondiales de l'UNICEF : Chevauchement du retard de croissance, de l'émaciation et du surpoids (en anglais), mai 2018, New York, <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition> (consulté le 11 octobre 2018).
- 43 Tabibian, S., Daneshzad, E., Bellissimo, N. et al. « Association between adherence to the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet with food security and weight status in adult women ». *Nutr Diet*, 2018.
- 44 Food Research and Action Center, 2015. *Understanding the Connections: Food Insecurity and Obesity*. Disponible à l'adresse : www.frac.org/research/resource-library/understanding-connections-food-insecurity-obesity

-
- 45 Ghattas H., 2014. *Food security and nutrition in the context of the nutrition transition*. Document technique. FAO. Disponible à l'adresse : www.fao.org/3/a-i3862e.pdf
- 46 FAO, 2018. *L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde*. Disponible à l'adresse : <http://www.fao.org/state-of-food-security-nutrition/fr/>
- 47 UNICEF, Division des données, de la recherche et des politiques, 2018 (voir la note 42).
- 48 McDonald C.M., Olofin I., Flaxman S. *et al.* « The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries ». *Am J Clin Nutr*, 97:4, 2013, pp. 896–901. doi: 10.3945/ajcn.112.047639.
- 49 IFPRI, 2016 (voir la note 34).
- 50 Fenn B. *et al.* « Do childhood growth indicators in developing countries cluster? Implications for intervention strategies ». *Public Health Nutrition*, 7:7, 2004, pp. 829–834 ; Gebreyesus S.H. *et al.* « Local spatial clustering of stunting and wasting among children under the age of 5 years: implications for intervention strategies ». *Public Health Nutrition*, Vol.19:8, 2016, pp. 1417–1427 ; Adekanmbi A.T. *et al.* « Exploring variations in childhood stunting in Nigeria using league table, control chart and spatial analysis ». *BMC Public Health*, 13, 2013, pp. 361 ; Alemu Z.A. *et al.* « Non random distribution of child undernutrition in Ethiopia: spatial analysis from the 2011 Ethiopia demographic and health survey ». *Int J Equity Health*, 15:1, 2016, pp. 198.
- 51 ENN. Membres du groupe d'intérêt technique (TIG) émaciation-retard de croissance (WaSt), www.ennonline.net/ourwork/researchandreviews/wast/wastigmembers (consulté le 11 octobre 2018).
- 52 Khara T., Mwangome M., Ngari M. et Dolan C. « Children concurrently wasted and stunted: A meta-analysis of prevalence data of children 6–59 months from 84 countries ». *Matern Child Nutr*, 14:2, 2018, e12516. doi: 10.1111/mcn.12516.
- 53 Khara T., Mwangome M., Ngari M. et Dolan C., 2017 (voir la note 52).
- 54 Garenne M., Willie D., Maire B. *et al.* « Incidence and duration of severe wasting in two African populations ». *Public Health Nutr*. 12:11, 2009, pp. 1974–82. doi: 10.1017/S1368980009004972.
- 55 Myatt M., Khara T., Schoenbuchner S. *et al.* « Children who are both wasted and stunted are also underweight and have a high risk of death: a descriptive epidemiology of multiple anthropometric deficits using data from 51 countries ». *Arch Public Health*, 76, 2018, p. 28. doi: 10.1186/s13690-018-0277-1.
- 56 Osgood-Zimmerman A., Millea A.I., Stubbs R.W. *et al.* « Mapping child growth failure in Africa between 2000 and 2015 ». *Nature*, 555:7694, 2018, p. 41.
- 57 Au moyen d'une suite de covariables spatiales faisant appel à des géostatistiques fondées sur le modèle bayésien.
- 58 Osgood-Zimmerman A., Millea A.I., Stubbs R.W. *et al.*, 2018 (voir la note 56).
- 59 Menon P., Headey D., Avula R. et Nguyen P.H. « Understanding the geographical burden of stunting in India: A regression-decomposition analysis of district-level data from the 2015–16 ». *Matern Child Nutr*, 14:4, 2018, e12620.
- 60 Public Health England, 2018. « Severe obesity in 10 to 11 year olds reaches record high » (article de presse). Disponible à l'adresse : www.gov.uk/government/news/severe-obesity-in-10-to-11-year-olds-reaches-record-high
- 61 Les privations sont mesurées à l'aide de l'Indice des privations multiples, qui mesure six aspects : l'emploi ; la santé et le handicap ; l'éducation, les compétences et la formation ; les obstacles entravant l'accès au logement et aux services ; la criminalité et les conditions de vie.
- 62 Ravelo J.L. 2018. « Cities and NCDs: The growing threat of childhood obesity in Quito ». Disponible à l'adresse : www.devex.com/news/cities-and-ncds-the-growing-threat-of-childhood-obesity-in-quito-92510
- 63 Partnership for Healthy Cities, <https://partnershipforhealthycities.bloomberg.org> (consulté le 11 octobre 2018).
- 64 Cities changing diabetes. « Evidence: A link between urbanisation and diabetes exists ». Disponible à l'adresse : www.citieschangingdiabetes.com/evidence/overview.html
- 65 Forum EAT. EAT-C40, <https://eatforum.org/initiatives/eat-c40> (consulté le 11 octobre 2018).
- 66 Milan Urban Food Policy Pact, 2018. *The role of cities in the transformation of food systems: lessons from milan pact cities*. Disponible à l'adresse : www.milanurbanfoodpolicypact.org/2018/07/27/role-cities-transformation-food-systems-lessons-milan-pact-cities

-
- 67 Milan Urban Food Policy Pact. Villes signataires, www.milanurbanfoodpolicypact.org/signatory-cities (consulté le 11 octobre 2018).
- 68 FAO, 2018. Antananarivo, Madagascar. Disponible à l'adresse : www.milanurbanfoodpolicypact.org/wp-content/uploads/2018/07/Brief-13-Antananarivo.pdf
- 69 Milan Urban Food Policy Pact. « 50 Selected Practices from Milan Pact Awards 2016–2017–2018 », www.milanurbanfoodpolicypact.org/50-selected-practices (consulté le 11 octobre 2018).
- 70 Hawkes C. et Halliday J. *What makes Urban Food Policy Happen? Insights from five case studies*. Bruxelles : IPES-Food, 2017. Disponible à l'adresse : http://www.ipes-food.org/_img/upload/files/Cities_execsummary.pdf
- 71 Menon P., Headey D., Avula R. et Nguyen P.H., 2018 (voir la note 59).
- 72 Amsterdam Healthy Weight Programme : *Summary of programme plan*. Disponible à l'adresse : www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/zo-blijven-wij/amsterdam-healthy
- 73 Amsterdam Healthy Weight Programme : *Review 2012-2017 Part 2*. Disponible à l'adresse : www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/zo-blijven-wij/amsterdam-healthy
- 74 Amsterdam Healthy Weight Programme, 2017 : *Amsterdam children are getting healthier*. Disponible à l'adresse : assets.amsterdam.nl/publish/pages/847273/factsheet_amsterdam_children_are_getting_healthier.pdf
- 75 Groupe international d'experts sur les systèmes alimentaires durables, 2017. *What makes urban food policy happen?* Disponible à l'adresse : http://www.ipes-food.org/_img/upload/files/Cities_execsummary.pdf
- 76 Amsterdam Healthy Weight Programme (voir la note 72).
- 77 Centers for Disease Control and Prevention. Faits sur l'obésité chez l'enfant (en anglais), www.cdc.gov/healthyschools/obesity/facts.htm (consulté le 11 octobre 2018).
- 78 Kauh T.J., Dawkins-Lyn N., Dooyema C., 2018. « Childhood Obesity Declines Project: An Effort of the National Collaborative on Childhood Obesity Research to Explore Progress in Four Communities ». *Child Obes*, 14, 2018, p. S1–4. Disponible à l'adresse : www.doi.org/10.1089/chi.2018.0018
- 79 Jernigan J., Kettel Khan L. et Dooyema C., « Childhood Obesity Declines Project: Highlights of Community Strategies and Policies ». *Child Obes*, 14, 2018, pp. S32–9. Disponible à l'adresse : www.doi.org/10.1089/chi.2018.0022

Chapitre 3

- 1 Auteurs : Kraemer, K. Sight et Life
- 2 OMS, 2016. *Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- 3 OMS, 2006 (voir la note 2).
- 4 Aburto N.J., Rogers L., De-Regil L.M. et al. « An evaluation of a global vitamin and mineral nutrition surveillance system ». *Arch Latinoam Nutr*, 63:2, 2013, pp. 105–13. Disponible à l'adresse : www.alanrevista.org/ediciones/2013/2/?i=art1
- 5 OMS, 2018. Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux (VMNIS). Base de données sur les micronutriments. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/vmnis/database/fr/> (consulté le 29 mai 2018).
- 6 Université du Ghana, GroundWork, Université du Wisconsin-Madison, KEMRI-Wellcome Trust et UNICEF. 2017. *Ghana Micronutrient Survey 2017*. Accra, Ghana. Disponible à l'adresse : <http://groundworkhealth.org/publications>
- 7 Sanghvi T., Van Ameringen M., Baker J. et al., 2007. *Vitamin and mineral deficiencies technical situation analysis: a report for the Ten Year Strategy for the Reduction of Vitamin and Mineral Deficiencies*. International Nutrition Foundation pour l'UN University Press.
- 8 EDS, 2014. *Tabulation plan for DHS Final Report*. Chapitre 11 : *Nutrition of children and adults*. Washington, DC : USAID.

- 9 Gorstein J., Sullivan K.M., Parvanta I. et Begin F., 2007. *Indicators and Methods for Cross-Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations*. L'Initiative pour les micronutriments (Ottawa) et les Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta). Disponible à l'adresse : www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf
- 10 Petry N., Olofin I., Hurrell R.F. et al. « The proportion of anemia associated with iron deficiency in low, medium, and high human development index countries: a systematic analysis of national surveys ». *Nutrients*, 8:11, 2016, p. 693.
- 11 Pasricha S.R., Armitage A.E., Prentice A.M. et Drakesmith H. « Reducing anaemia in low income countries: control of infection is essential ». *BMJ*, 362, 2018. p. k3165.
- 12 Ruel-Bergeron J.C., Stevens G.A., Sugimoto J.D. et al., 2015. « Global Update and Trends of Hidden Hunger, 1995-2011: The Hidden Hunger Index ». *PLoS One* 10(12): e0143497. Disponible à l'adresse : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143497> (consulté le 24 mai 2018) ; IZINCG. « Assessment of the risk of zinc deficiency in populations and options for its control ». *Food Nutr Bull*, 25: 2 Suppl, 2004, pp. 94S–203S.
- 13 Trowbridge, F.L., 2018. « Surveillance of micronutrient deficiency ». UN University. Disponible à l'adresse : <http://archive.unu.edu/unupress/food/8F154e/8F154E05.htm> (consulté le 24 mai 2018).
- 14 Gorstein J., Sullivan K.M., Parvanta I. et Begin F. (voir la note 9).
- 15 « Omiques » fait référence à l'ensemble des technologies servant à étudier les rôles, les relations et les actions des divers types de molécules qui composent les cellules d'un organisme.
- 16 Ruela M.T., Quisumbing A.R. et Balagamwala M. « Nutrition-sensitive agriculture: What have we learned so far? » *Global Food Security*, 17, 2018, pp. 128–153. Disponible à l'adresse : www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221191241730127X
- 17 Schmidhuber J., Sur P. et Fay K. « The Global Nutrient Database: availability of macronutrients and micronutrients in 195 countries from 1980 to 2013 ». *The Lancet Planetary Health*, 2(8), 2018, pp. e353–e368.
- 18 Cette section est une contribution de Garrett G.S.
- 19 Osendarp, S. J. M., 2018. « Large-Scale Food fortification and Biofortification in Low- and middle-Income Countries: A Review of Programs, Trends, Challenges, and Evidence Gaps ». *Food and Nutrition Bulletin*, 39(2), pp. 175–205. Disponible à l'adresse : <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0379572118774229>
- 20 Global Fortification Data Exchange. Providing actionable food fortification data (Données sur l'enrichissement des aliments permettant une action concrète). Disponible à l'adresse : www.fortificationdata.org
- 21 L'UNICEF estime que 86 % de la population des pays à revenu faible et intermédiaire ont accès à du sel iodé. La population de ces pays consommant du sel iodé est égale à 6,3 milliards x 86 %, soit 5,42 milliards de personnes. Par ailleurs, l'Iodine Global Network estime que la population des pays industrialisés s'élève à 1,3 milliard d'habitants et qu'environ la moitié du sel consommé, issu principalement des aliments transformés et des condiments, est iodé, ce qui équivaut à 650 millions de personnes consommant du sel iodé. Le total s'élève donc à 6,1 milliards de personnes.
- 22 Pearce E.N., Andersson M., Zimmermann M.B. « Global iodine nutrition: where do we stand in 2013? » *Thyroid*. 23:5, 2013, pp. 523–528.
- 23 UNICEF, 2018. Au niveau mondial, 86 % de la population ont accès à du sel iodé. Données de l'UNICEF. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/topic/nutrition/iodine-deficiency/> (consulté le 26 mai 2018).
- 24 Gorstein J., Bagriansky J. et Kupka R. « Estimating the impact of salt iodization on clinical iodine deficiency over the past 25 years ». Soumis pour publication, 2018.
- 25 Chuko T., Bagriansky J. et Tucker Brown A, 2015. *Ethiopia's long road to USI*, IDD Newsletter, Iodine Global Network. Mai 2015, Vol 43-2. Disponible à l'adresse : www.ign.org/cm_data/IDD_may15_1.pdf
- 26 IFPRI, 2016. Rapport sur la nutrition mondiale 2016. *Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Washington, DC : IFPRI. Disponible à l'adresse : www.ifpri.org/publication/global-nutrition-report-2016-promise-impact-ending-malnutrition-2030
- 27 Aaron G.J., Friesen V.M., Jungjohann S. et al. « Coverage of large-scale food fortification of edible oil, wheat and maize flours varies greatly by vehicle and country but is consistently lower among the most vulnerable: results from coverage surveys in eight countries ». *J Nutr*, 147(5), 2017.

-
- 28 Ces estimations sont fondées sur les données législatives de 2017 de la Food Fortification Initiative ; les données sur la consommation sont tirées des données de la FAO concernant la disponibilité alimentaire de la farine de riz, de la semoule de maïs ou de la farine de blé d'après les habitudes de consommation minimales recommandées par l'OMS (≥ 75 g/jour) pour assurer une couverture enrichissante suffisante afin de satisfaire les besoins en micronutriments des femmes en âge de procréer, et les classifications de la Banque mondiale de 2017 concernant les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé. Des recherches sur la mise en œuvre seraient nécessaires afin de déterminer lesquels de ces 62 pays ne moulent pas de céréales à l'échelle industrielle ou importent l'essentiel de leurs céréales et consomment donc des produits céréaliers non enrichissants.
- 29 Garrett G.S. et Bailey L.B., 2018. « A public health approach for preventing neural tube defects: folic acid fortification and beyond ». *The New York Academy of Sciences*.
- 30 Aaron G.J., Friesen V.M., Jungjohann S. *et al.* « Coverage of large-scale food fortification of edible oil, wheat and maize flours varies greatly by vehicle and country but is consistently lower among the most vulnerable: results from coverage surveys in eight countries ». *J Nutr*, 147(5), 2017, pp. 984S–94S.
- 31 Luthringer C.L., Rowe L.A., Vossenaar M. et Garrett G. 2015. « Regulatory monitoring of fortified foods: Identifying barriers and good practices ». Disponible à l'adresse : www.ghspjournal.org/content/3/3/446
- 32 Aaron G.J., Friesen V.M., Jungjohann S. *et al.*, 2017 (voir la note 30).
- 33 Aaron G.J., Friesen V.M., Jungjohann S. *et al.*, 2017 (voir la note 30).
- 34 Aaron G.J., Friesen V.M., Jungjohann S. *et al.*, 2017 (voir la note 30).
- 35 IDA. Fragilité, conflits et violence. Disponible à l'adresse : <http://ida.banquemondiale.org/theme/fragilite-conflits-et-violence>
- 36 Banque mondiale. Liste harmonisée des situations de fragilité (en anglais). Disponible à l'adresse : www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/harmonized-list-of-fragile-situations
- 37 Banque mondiale. Fragilité, conflits et violence. Disponible à l'adresse : <http://www.banquemondiale.org/fr/topic/fragilityconflictviolence/overview>
- 38 HCR, 2018. *Global Trends: Forced Displacement in 2017*.
- 39 Development Initiatives, 2018. *Global Humanitarian Assistance Report 2018*. Disponible à l'adresse : <http://devinit.org/wp-content/uploads/2018/06/GHA-Report-2018.pdf>
- 40 HCR, 2018 (voir la note 38).
- 41 HCR. Nutrition et sécurité alimentaire (en anglais). Disponible à l'adresse : www.unhcr.org/nutrition-and-food-security.html
- 42 Selon le Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), une situation classée phase 3 ou supérieure, c'est-à-dire une crise. L'IPC est le protocole servant à catégoriser la gravité et l'ampleur de l'insécurité alimentaire aiguë. Le Rapport mondial sur les crises alimentaires se concentre sur les phases les plus sévères de l'IPC – Crise (Phase 3), Urgence (Phase 4) et Catastrophe/Famine (Phase 5) – car ces phases indiquent le nombre et la zone géographique des populations nécessitant une action urgente. Toutes les données sur l'insécurité alimentaire sont tirées de la publication suivante : Food Security Information Network, 2018. *Global Report On Food Crises 2018*. Disponible à l'adresse : https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000069227/download/?_ga=2.249914566.1100751467.1533206233-2100957799.1533206233
- 43 HCR. Nutrition et sécurité alimentaire (voir la note 41).
- 44 Service de surveillance financière (FTS) de l'OCHA. Disponible à l'adresse : <https://fts.unocha.org/appeals/overview/2017> ; <https://interactive.unocha.org/publication/globalhumanitarianoverview/>
- 45 ENN, 2018. *L'émaciation et le retard de croissance chez l'enfant : Il est temps de ne plus les séparer. Note de synthèse à l'intention des décideurs politiques et responsables de la mise en œuvre des programmes*.
- 46 Mansour, H. et Rees, D.I., 2011. « Armed Conflict and Birth Weight: Evidence from the al-Aqsa Intifada ». *Journal of Development Economics*, 99(1), pp. 190–199. Disponible à l'adresse : www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304387811001209
- 47 ENN (Khara T., Dolan C. et Shoham J.) 2015. « Stunting in protracted emergency contexts. What are the implications for humanitarian programming of responding to stunting in protracted emergency contexts, and what should we be doing about it? » ENN, Oxford, Royaume-Uni.

-
- 48 FAO, Fonds international de développement agricole, UNICEF, PAM et OMS, 2017. *L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2017. Renforcer la résilience pour favoriser la paix et la sécurité alimentaire*. Rome, FAO.
- 49 Mates E., Shoham J., Khara T. et Dolan C., 2017. *Stunting in humanitarian and protracted crises*. Document de travail de l'ENN.
- 50 Perone S.A., Martinez E., du Mortier S. *et al.* « Non-communicable diseases in humanitarian settings: ten essential questions ». *Conflict and Health*, 11:1, 2017.
- 51 D'après les données relatives à 148 pays tirées d'INFORM (l'indice pour la gestion des risques) et des estimations conjointes de la malnutrition infantile (*Joint child malnutrition estimates*) de l'UNICEF, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Groupe de la Banque mondiale.
- 52 Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, base de données des statistiques démographiques (en anglais), 2018, disponible à l'adresse : <http://popstats.unhcr.org/en/overview>
- 53 Chaaban J., Ghattas H., Habib R.R. *et al.*, 2010. *Socio-Economic Survey of Palestinian Refugees in Lebanon*. Université américaine de Beyrouth et UNRWA.
- 54 UNRWA, 2018. *Annual Operational Report 2017*. Disponible à l'adresse : www.unrwa.org/resources/reports/annual-operational-report-2017
- 55 Chaaban J., Salti N., Ghattas H. *et al.*, 2016. *Survey on the Socioeconomic Status of Palestine Refugees in Lebanon: 2015*. Rapport publié par l'Université américaine de Beyrouth et l'UNRWA. Beyrouth : UNRWA.
- 56 Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, base de données des statistiques démographiques (en anglais), 2018. Disponible à l'adresse : <http://popstats.unhcr.org/en/overview> (consulté le 4 octobre 2018).
- 57 PAM, UNICEF et HCR, 2014. *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2014*. Disponible à l'adresse : <https://fscluster.org/sites/default/files/documents/VASyR%202014%20FINAL.pdf>
- 58 PAM, UNICEF et HCR, 2017. *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2017*.
- 59 PAM, UNICEF et HCR, 2017 (voir la note 58).
- 60 OMS, 2017. Approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques.
- 61 PAM, UNICEF et HCR, 2017 (voir la note 58).
- 62 PAM, UNICEF et HCR, 2016. *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2016*.
- 63 OMS et ministère de la Santé publique du Liban, *WHO Stepwise approach for non-communicable diseases risk factor surveillance, Lebanon, 2016-2017*.
- 64 Doocy S., Lyles E., Hanquart B. et Woodman M. « Prevalence, care-seeking, and health service utilization for non-communicable diseases among Syrian refugees and host communities in Lebanon ». *Conflict and Health*, 10:1, 2016, p. 21.
- 65 PAM, 2018. *Lebanon Country Brief*.
- 66 Jamaluddine Z., Ghattas H., Choufani J., et Sahyoun N. (éditeurs), 2017. « The Healthy Kitchens, Healthy Children study; a community-based school nutrition intervention improves diet diversity in Palestinian refugee school children in Lebanon ». *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2017.
- 67 Ghattas H., Jamaluddine Z., Choufani J. et Btaiche R., 2017. « A Community-Based Intervention Improves Economic, Social and Food Security Outcomes of Refugee Women-The Healthy Kitchens Experience ». *The FASEB Journal*. 31: sup 1, 2017, 313.6.
- 68 Dolan C. et Shoham J, Directeur technique de l'ENN.
- 69 Development Initiatives, 2018 (voir la note 39). La classification à long, moyen ou court terme est déterminée par la durée pendant laquelle le pays a reçu une part supérieure à la moyenne de son aide publique au développement sous forme d'aide humanitaire : > 8 ans = long terme, 3-7 ans = moyen terme.
- 70 ENN, 2015. *Nutrition and resilience: a scoping study*. Disponible à l'adresse : www.ennonline.net/attachments/2450/Resilience-report-final.pdf
- 71 Commission européenne. *Building a resilience programme: Ten key lessons from the EU RESET programme in Ethiopia*. Disponible à l'adresse : <https://europa.eu/capacity4dev/file/80100/download?token=6FwZeQZ8>

-
- 72 Agenda for Humanity, 2016. Grand Bargain. Disponible à l'adresse : www.agendaforhumanity.org/initiatives/3861 (consulté le 19 septembre 2018).
- 73 Agenda for Humanity, 2016 (voir la note 72).
- 74 Assemblée générale des Nations Unies, 2016. Résultats du Sommet mondial sur l'action humanitaire, Rapport du Secrétaire général. Disponible à l'adresse : <https://www.agendaforhumanity.org/sites/default/files/A-71-353%20-%20SG%20Report%20on%20the%20Outcome%20of%20the%20WHS%20%28French%29.pdf>
- 75 Agenda for Humanity. *Commitment to action: transcending humanitarian-development divides*. Disponible à l'adresse : www.agendaforhumanity.org/initiatives/3837 (consulté le 30 septembre 2018).
- 76 Le Comité permanent interorganisations (IASC) est le principal mécanisme de coordination interorganisations de l'aide humanitaire.
- 77 Development Initiatives, 2018 (voir la note 39).
- 78 Development Initiatives, à partir du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du CAD de l'OCDE. N'inclut que l'aide des donateurs membres du CAD et des donateurs multilatéraux.
- 79 Concern Worldwide, 2017. *Evaluation Briefing Paper: Community Resilience to Acute Malnutrition Programme in Chad*. Disponible à l'adresse : https://doj19z5hov92o.cloudfront.net/sites/default/files/resource/2017/03/cram_evaluation_brief.pdf
- 80 Patton G.C., Sawyer S.M. et Santelli J.S. et al., 2016. « Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing ». *The Lancet*, 387:10036, 2016, pp. 2423-78.
- 81 Sommet mondial sur la nutrition, 2017. *An agenda for action to close the gap on women's and girls' nutrition*. Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition, 2016-2025. Disponible à l'adresse : <https://nutritionforgrowth.org/wp-content/uploads/2017/11/An-Agenda-For-Action-To-Close-The-Gap-On-Womens-And-Girls-Nutrition.pdf>
- 82 USAID, 2018. « Adolescent Nutrition call to action: *Better Data Now to Drive Better Policies and Programs in the Future*, a été lancé en 2018. Disponible à l'adresse : www.spring-nutrition.org/about-us/news/adolescent-nutrition-call-action-better-data-now-drive-better-policies-and-programs
- 83 Texte de Kamran Lassi Z. et Bhutta Z.A.
- 84 Prentice A.M., Ward K.A., Goldberg G.R. et al. « Critical windows for nutritional interventions against stunting ». *Am J Clin Nutr*, 97:5, 2016, pp. 911-8 ; Fink G., Rockers P.C, 2014. « Childhood growth, schooling and cognitive development: Further evidence from the Young Lives Study ». *Am J Clin Nutr*, 100, 2014, pp. 182-83 ; Turner T., Spruijt-Metz D., Wen C.F., Hingle M.D. « Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: a systematic review ». *Pediatr Obesity*, 10:6, 2015, pp. 403-9.
- 85 Fonds des Nations Unies pour la population, 2013. *État de la population mondiale : La mère-enfant. Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*. New York : Fonds des Nations Unies pour la population.
- 86 Filles, pas épouses. Le mariage des enfants dans le monde. Disponible à l'adresse : <https://www.fillespasepouses.org/le-mariage-des-enfants-dans-le-monde/>
- 87 UNFPA, 2012. *Marrying Too Young*. Disponible à l'adresse : www.unfpa.org/end-child-marriage
- 88 Fonds des Nations Unies pour la population, 2013 (voir la note 85).
- 89 Dean S.V., Lassi Z.S., Imam A.M., Bhutta Z.A. « Preconception care: nutritional risks and interventions ». *Reprod Health*, 11, 2014, p. S3.
- 90 Turner T., Spruijt-Metz D., Wen C.F., Hingle M.D. « Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: a systematic review ». *Pediatr Obesity*, 10:6, 2015, pp. 403-409.
- 91 Young Lives, 2018. *Early is best but it's not always too late: Young Lives evidence on nutrition and growth in Ethiopia, India, Peru and Vietnam*. Disponible à l'adresse : www.younglives.org.uk/content/early-best-its-not-always-too-late-young-lives-evidence-nutrition-and-growth-ethiopia-india
- 92 Norwegian Institute of Public Health. Our team (notre équipe). Disponible à l'adresse : www.fhi.no/en/studies/co-create/our-team

Chapitre 4

- 1 Micha R., Coates J., Leclercq C., Charrondiere U.R. et Mozaffarian D. « Global Dietary Surveillance: Data Gaps and Challenges ». *Food and Nutrition Bulletin*, 39:2, 2018, pp. 175–205.
- 2 Huybrechts I., Aglago E.K., Mullee A. *et al.* « Global comparison of national individual food consumption surveys as a basis for health research and integration in national health surveillance programmes ». *Proc Nutr Soc*, 76:4, 2017, pp. 549–67. doi:10.1017/S0029665117001161. Disponible à l'adresse : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28803558
- 3 Auteurs : Arimond M., Herforth A. et Coates J.
- 4 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, 2016. *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres, Royaume-Uni, HLPE. 2017. Nutrition et systèmes alimentaires. Rapport du Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale (en anglais). Disponible à l'adresse : <http://glopan.org/sites/default/files/ForesightReport.pdf>
- 5 Victora C.G. *et al.* « Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect ». *The Lancet*, 387:10017, 2016, pp. 475–90. Disponible à l'adresse : [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)
- 6 UNICEF, Division des données, de la recherche et des politiques, 2018. Bases de données mondiales de l'UNICEF : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (en anglais), New York, mai 2018, <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding> (consulté le 9 octobre 2018).
- 7 OMS, 2018. Nutrition : Aide-mémoire n° 394 sur l'alimentation saine. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- 8 UNICEF, 2017. Nutrition : « A global breastfeeding call to action ». Disponible à l'adresse : www.unicef.org/nutrition/index_98477.html
- 9 Le nombre de pays varie en fonction des différentes régions suivies, d'après les données disponibles.
- 10 *Enabling women to breastfeed through better policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2018*. Disponible à l'adresse : www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018/en/
- 11 UNICEF, Division des données, de la recherche et des politiques, 2018 (voir la note 6).
- 12 Baker P., Smith J., Salmon L., *et al.* « Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? » *Public Health Nutrition*, 19:14, 2016, pp. 2540–5.
- 13 Berry N., Jones S. et Iverson D. « Circumventing the WHO Code? An observational study ». *Archives of Disease in Childhood*, 97, 2011, pp. 320–5 ; Cattaneo A., Pani P., Carletti C. *et al.* « Advertisements of follow-on formula and their perception by pregnant women and mothers in Italy ». *Archives of Disease in Childhood*. 2014.
- 14 OMS, 2013. Informations concernant l'utilisation et la commercialisation du lait deuxième âge.
- 15 OMS, 2010. *Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : partie 2 : calculs*. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/fr/>
- 16 Cette figure a été élaborée par Phillip Baker à partir de données tirées d'Euromonitor, obtenues en vertu d'une licence institutionnelle accordée à l'Université Deakin.
- 17 Contribution de Grummer-Strawn L.
- 18 Menon P., Nguyen P.H., Saha K.K., *et al.* « Combining intensive counselling by frontline workers with a nationwide mass media campaign has large differential impacts on complementary feeding practices but not on child growth: Results of a cluster-randomized program evaluation in Bangladesh ». *The Journal of Nutrition*, 146:10, 2016, pp. 2075–84. doi:10.3945/jn.116.232314.
- 19 Menon P., Nguyen P.H., Saha K.K., *et al.* « Impacts on Breastfeeding Practices of At-Scale Strategies that Combine Intensive Interpersonal Counseling, Mass Media, and Community Mobilization: Results of Cluster-Randomized Program Evaluations in Bangladesh and Vietnam ». *PLoS Medicine*, 3:10, 2016. doi:10.1371/journal.pmed.1002159.
- 20 Kim S.S., Rawat R., Mwangi E.M., *et al.* « Exposure to Large-Scale Social and Behaviour Change Communication Interventions is Associated with Improvements in Infant and Young Child Feeding Practices in Ethiopia ». *PLoS ONE*, 11:10, 2016, e0164800. doi:10.1371/journal.pone.0164800.

-
- 21 Kim S.S., Nguyen P.H., Yohannes Y., *et al.*, 2018. « A Multi-Sectoral Community-Based Approach to Improve Infant and Young Child Feeding (IYCF) Has Impacts on IYCF Practices and Stunting: Results of a Cluster-Randomized Evaluation in Ethiopia ». Présentation à l'American Society for Nutrition, 8 juin 2018.
- 22 Kim S.S., Nguyen P.H., Lan Tran L.M., *et al.* « Large-Scale Social and Behavior Change Communication Interventions Have Sustained Impacts on Infant and Young Child Feeding Knowledge and Practices: Results of a Two-Year Follow-Up Study in Bangladesh ». *Journal of Nutrition*, à paraître.
- 23 Alive & Thrive, <https://www.aliveandthrive.org/fr/> (consulté le 9 octobre 2018).
- 24 À partir de moyennes non pondérées pour 64 à 88 pays, données disponibles les plus récentes depuis 2011. Seuls sont inclus les pays disposant de données comparables pour chaque indicateur.
- 25 Pries A.M., Huffman S.L., Champeny M., *et al.* « Consumption of commercially produced snack foods and sugar-sweetened beverages during the complementary feeding period in four African and Asian urban contexts ». *Matern Child Nutr*, 13, 2017, e12412.
- 26 Pries A.M., Huffman S.L., Mengkheang K., *et al.* « High use of commercial food products among infants and young children and promotions for these products in Cambodia ». *Matern Child Nutr*, 12, 2016, 52–63.
- 27 OMS. Maladies non transmissibles et facteurs de risque associés. Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS) (en anglais), www.who.int/ncds/surveillance/gshs/en (consulté le 1^{er} octobre 2018).
- 28 L'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS) porte sur 103 territoires, mais seuls 83 d'entre eux disposent de données suffisantes tirées des questions liées à l'alimentation (consulté le 4 mai 2018).
- 29 Khatibzadeh S., Kashaf M.S., Micha R. *et al.* « A global database of food and nutrient consumption ». *Bulletin de l'OMS*, 94:12, 2016, p. 931.
- 30 La première est la Global Dietary Database (base de données mondiale sur les régimes alimentaires) de l'Université Tufts aux États-Unis. Elle continue de croître et de se développer en collectant, traitant et diffusant des données sur les principaux aliments et nutriments ingérés par les adultes, ventilées par âge, sexe, état de la mère (enceinte ou allaitante), éducation et environnement (rural ou urbain). Elle inclut des estimations relatives à 187 pays. Disponible à l'adresse : <https://nutrition.healthdata.org/data>. La base de données Global Burden of Disease (Charge mondiale de morbidité), de l'Université de Washington aux États-Unis, recueille des données semblables à celles de la Global Dietary Database mais inclut également des données sur les dépenses consacrées par les ménages à l'alimentation, sur les ventes de différents produits alimentaires et sur la disponibilité des aliments et des nutriments au niveau national. Les sources de données sont disponibles à l'adresse : <https://nutrition.healthdata.org/data>. Les données sont également ventilées par revenu et relient explicitement les données sur les régimes alimentaires avec les résultats en matière de maladies, en intégrant à la fois la prévalence d'une maladie ou d'un facteur de risque donnés et leurs effets néfastes relatifs, afin de décrire l'ampleur de l'impact des risques liés aux régimes alimentaires sur la santé mondiale.
- 31 Khatibzadeh S., Kashaf M.S., Micha R. *et al.*, 2016 (voir la note 29) p. 931 ; Micha R., Coates J., Leclercq C., Charrondiere U.R. et Mozaffarian D., 2018 (voir la note 29).
- 32 Gakidou E., Afshin A., Abajobir A.A., *et al.* 2017. « Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 ». *The Lancet*, 390:10100, 2016, pp. 1345–1422.
- 33 Micha R., Coates J., Leclercq C., Charrondiere U.R. et Mozaffarian D., 2018 (voir la note 1).
- 34 Murray C.J. et Lopez A.D. « On the comparable quantification of health risks: lessons from the Global Burden of Disease Study ». *Epidemiology-Baltimore*, 10:5, 1999, pp. 594–605.
- 35 Gakidou E., Afshin A., Abajobir A.A. *et al.*, 2017 (voir la note 32).
- 36 Rédigé par Leclercq, C. (FAO), pour le compte de l'équipe GIFT de la FAO et de l'OMS.
- 37 FAO. Outil FAO/OMS de dissémination de données individuelles de consommation alimentaire au niveau mondial, www.fao.org/gift-individual-food-consumption/fr (consulté le 9 octobre 2018).
- 38 International Dietary Data Expansion Project, <https://index.nutrition.tufts.edu> (consulté le 9 octobre 2018).
- 39 Intake Center for Dietary Assessment, www.intake.org (consulté le 9 octobre 2018).

- 40 Cost of Nutritious Diets Consortium, 2018. Indicators for the Cost of Nutritious Diets. Université Tufts : Boston, MA ; Nortey, J., 2016. *Tracking affordability/price of diverse, nutritious foods in Ghana*. Présentation donnée lors du Colloque international FAO-OMS pour des systèmes alimentaires durables au service d'une alimentation saine et d'une meilleure nutrition, décembre 2016. Accra, Ghana. Département de la statistique, de la recherche et de l'information, ministère de l'Alimentation et de l'Agriculture.
- 41 Cost of Nutritious Diets Consortium, 2018 et Nortey J., 2016 (voir la note 40).
- 42 PAM, 2018. *Fill the Nutrient Gap*. Disponible à l'adresse : www.wfp.org/content/2017-fill-nutrient-gap?_ga=2.102679302.642227713.1524302918-1325315182.1507034485
- 43 PAM, 2018 (voir la note 42).
- 44 PAM, 2018 (voir la note 42) et/ou le rapport complet à l'adresse : <http://vam.wfp.org> – cliquer sur « miscellaneous » puis sélectionner « FNG ».
- 45 Cette figure a été élaborée par Phillip Baker à partir de données tirées d'Euromonitor, obtenues en vertu d'une licence institutionnelle accordée à l'Université Deakin.
- 46 Cette figure a été élaborée par Phillip Baker à partir de données tirées d'Euromonitor, obtenues en vertu d'une licence institutionnelle accordée à l'Université Deakin.
- 47 Monteiro C.A., Cannon G., Moubarac J.C. *et al.* « The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing ». *Public Health Nutrition*. 21:1, 2018, pp. 5–17.
- 48 Martínez Steele E., Popkin B.M., Swinburn B. et Monteiro C.A. « The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: evidence from a nationally representative cross-sectional study ». *Population Health Metrics*. 15:1, 2017, p. 6 ; Louzada M.L.D.C., Ricardo C.Z., Steele E.M. *et al.* « The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil ». *Public Health Nutrition*, 21:1, 2018, pp. 94–102 ; Rauber F., da Costa Louzada M.L., Steele E.M. *et al.* « Ultra-Processed Food Consumption and Chronic Non-Communicable Diseases-Related Dietary Nutrient Profile in the UK (2008–2014) ». *Nutrients*, 10:5, 2018, E587.
- 49 Monteiro C.A., Moubarac J.C., Levy R.B. *et al.* « Household availability of ultraprocessed foods and obesity in nineteen European countries ». *Public Health Nutrition*, 21:1, 2018, pp. 18–26 ; Mendonça R.D., Pimenta A.M., Gea A. *et al.* « Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: the University of Navarra Follow-Up (SUN) cohort study ». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 104:5, 2016, pp. 1433–40.
- 50 Rauber F., Campagnolo P.D., Hoffman D.J. et Vitolo M.R. « Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study ». *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 25:1, 2015, pp. 116–22.
- 51 Mendonça R.D., Lopes A.C., Pimenta A.M. *et al.* « Ultra-Processed Food Consumption and the Incidence of Hypertension in a Mediterranean Cohort: The Seguimiento Universidad de Navarra Project. » *American Journal of Hypertension*. 30:4, 2017, pp. 358–66.
- 52 Schnabel L, Buscail C, Sabate JM, Bouchoucha M, Kesse-Guyot E, Allès B, *et al.* « Association Between Ultra-Processed Food Consumption and Functional Gastrointestinal Disorders: Results From the French NutriNet Santé Cohort ». *American Journal of Gastroenterology*, 113:8, 2018, pp. 1217–28.
- 53 Fiolet T., Srour B., Sellem L., *et al.* « Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort ». *BMJ*, 360, 2018, k322.
- 54 La Fondation Access to Nutrition est une organisation indépendante à but non lucratif dont le siège est situé aux Pays-Bas. Elle élabore et publie des outils destinés à suivre la contribution du secteur de l'alimentation et de la boisson à la lutte contre toutes les formes de malnutrition. Ont contribué à cette analyse : Dunford E. et Taylor F. (George Institute for Global Health), ainsi que Crossley R. et Vos P. (Fondation Access to Nutrition).
- 55 Access to Nutrition Index, 2018. Indice mondial 2018 (en anglais), disponible à l'adresse : www.accesstonutrition.org/index/global.2018
- 56 *Report on the comparative nutritional profile of food and beverage products marketed by the 21 largest global companies in nine countries*. Dunford E. et Taylor F., George Institute for Global Health, 2018, disponible à l'adresse : www.accesstonutrition.org/sites/g118.atnindex.org/files/resources/tgi_global_product_profile.pdf
- 57 Le tableau d'évaluation des profils de produits de chaque entreprise est disponible sur le site Internet de l'Access to Nutrition Index, www.accesstonutrition.org.
- 58 Access to Nutrition Index, 2018. *Global Index 2018*. Disponible à l'adresse : www.accesstonutrition.org/sites/g118.atnindex.org/files/resources/atni_report_global_index_2018.pdf

-
- 59 OMS. Nutrition : Base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GINA), www.who.int/nutrition/gina/en (consulté le 9 octobre 2018).
- 60 World Cancer Research Fund International. Base de données NOURISHING (en anglais), www.wcrf.org/int/policy/nourishing-database (consulté le 9 octobre 2018).
- 61 Swinburn B., Sacks G., Vandevijvere S., Kumanyika S., Lobstein T., Neal B., Barquera S., Friel S., Hawkes C., Kelly B., L'Abbé M., Lee A., Ma J., Macmullan S., Mohan S., Monteiro C., Rayner M., Sanders D., Snowdon W., et Walker C. « INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles ». *Obesity Reviews*, 14:1, 2013, pp. 1–12.
- 62 OMS, 2015. *Guideline: sugars intake for adults and children*. Genève : OMS. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf
- 63 Backholer K., Blake M. et Vandevijvere S. « Sugar-sweetened beverage taxation: an update on the year that was 2017 ». *Public Health Nutrition*, 20:18, 2017, pp. 3219–24.
- 64 Baker P., Jones A. et Thow A.M. « Accelerating the Worldwide Adoption of Sugar-Sweetened Beverage Taxes: Strengthening Commitment and Capacity ». *International Journal of Health Policy and Management*, 7:5, 2018, p. 474.
- 65 Trois territoires et régions ont également adopté de telles taxes. Source : le nombre de « 59 pays » a été obtenu à partir de l'enquête de l'OMS de 2017 sur les capacités des pays (Country Capacity Survey), de la Revue mondiale OMS des politiques nutritionnelles 2016-2017, de la base de données GINA de l'OMS, et de la base de données NOURISHING de World Cancer Research Fund International.
- 66 Colchero M.A., Popkin B.M., Rivera J.A. et Ng S.W. « Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study ». *BMJ*, 352, 2016, h6704.
- 67 Colchero M.A., Rivera-Dommarco J., Popkin B.M. et Ng S.W. « In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax ». *Health Affairs*, 36:3, 2017, pp. 564–71.
- 68 Caro J.C., Corvalán C., Reyes M. et al. « Chile's 2014 sugar-sweetened beverage tax and changes in prices and purchases of sugar-sweetened beverages: An observational study in an urban environment ». *PLoS Medicine*, 15:7, 2016, e1002597.
- 69 Silver L.D., Ng S.W., Ryan-Ibarra S. et al. « Changes in prices, sales, consumer spending, and beverage consumption one year after a tax on sugar-sweetened beverages in Berkeley, California, US: A before-and-after study ». *PLoS Medicine*, 14:4, 2017, e1002283.
- 70 Zhong Y., Auchincloss A.H., Lee B.K. et Kanter G.P. « The Short-Term Impacts of the Philadelphia Beverage Tax on Beverage Consumption ». *American Journal of Preventive Medicine*, 55:1, 2018, pp. 26–34.
- 71 Hope S.F., Webster J. et Trieu K. et al. « A systematic review of economic evaluations of population-based sodium reduction interventions ». *PLoS One*, 12:3, 2017, e0173600.
- 72 Hope S.F., Webster J. et Trieu K. et al., 2017 (voir la note 71).
- 73 Barberio A.M., Sumar N., Trieu K et al. « Population-level interventions in government jurisdictions for dietary sodium reduction: a Cochrane Review ». *Int J Epidemiol*, 16:9, 2016, doi: 10.1002/14651858.CD010166.pub2
- 74 Mozaffarian D. et al. « Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes ». 371:7, 2014, pp. 624–34.
- 75 OMS, 2018. *Replace trans fat: An action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids*. Disponible à l'adresse : www.who.int/docs/default-source/documents/replace-transfats/replace-action-package.pdf
- 76 Downs S.M., Bloem M.Z., Zheng M. et al. « The impact of policies to reduce trans-fat consumption: A systematic review of the evidence ». *Current Developments in Nutrition*, 1:12, 2017, cdn117.
- 77 Allemanni L., Castronuovo L., Tiscornia M.V., Ponce M. et Schoj V. « Food advertising on Argentinean television: are ultra-processed foods in the lead? » *Public Health Nutrition*, 21:1, 2018, pp. 238–46.
- 78 Giménez A., Saldamando L.D., Curutchet M.R. et Ares G. « Package design and nutritional profile of foods targeted at children in supermarkets in Montevideo, Uruguay ». *Cadernos de saude publica*, 12, 2017, 33:e00032116.
- 79 Stoltze F.M., Barker J.O., Kanter R. et al. « Prevalence of child-directed and general audience marketing strategies on the front of beverage packaging: the case of Chile ». *Public Health Nutrition*, 21:3, 2018, pp. 454–64.

- 80 Perry A., Chacon V. et Barnoya J. « Health claims and product endorsements on child-oriented beverages in Guatemala ». *Public health nutrition*, 21:3, 2018, pp. 627–31.
- 81 World Cancer Research Fund International (voir la note 60).

Chapitre 5

- 1 Shekar M., Kakietek J., Dayton E.J. et Walters D., 2017. *Un cadre d'investissement pour la nutrition : Atteindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d'anémie, d'allaitement maternel et d'émaciation*. Directions du développement – Développement humain. Banque mondiale. Disponible à l'adresse : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/9781464811425.pdf?sequence=23>
- 2 Save the Children, 2018. *Nutrition Boost*. Disponible à l'adresse : www.savethechildren.org.uk/content/dam/gb/reports/health/nutrition-boost.pdf
- 3 OMS, 2018. « Investir dans les maladies non transmissibles : un double avantage substantiel pour la santé et l'économie » (communiqué de presse). 16 mai 2018. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/fr/news-room/detail/16-05-2018-investing-in-noncommunicable-disease-control-generates-major-financial-and-health-gains>
- 4 OMS, 2018. « WHO Global dialogue on financing for prevention and control of NCDs ». Copenhague, Danemark. 9–11 avril 2018, www.who.int/conferences/global-ncd-conference/financing/en (consulté le 10 octobre 2018).
- 5 Bertram M.Y., Sweeney K., Lauer J.A. et al. « Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services ». *The Lancet*, 391:10134, 2018, pp. 2071–8. Disponible à l'adresse : [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30665-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30665-2.pdf)
- 6 Dobbs R., Sawers C. et Thompson F. et al., 2014. *Overcoming Obesity: An Initial Economic Analysis*. McKinsey Global Institute, Jakarta, Indonésie. Disponible à l'adresse : www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Business%20Functions/Economic%20Studies%20TEMP/Our%20Insights/How%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/MGI_Overcoming_obesity_Full_report.ashx
- 7 Tremmel, M., Gerdtham, U.G., Nilsson, P.M. et Saha, S. « Economic burden of obesity: a systematic literature review. » *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14:4, 2017, p. 435.
- 8 Exercice d'analyse budgétaire, 2018. Exercice soutenu par le Secrétariat du Mouvement SUN et Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition (MQSUN)/MQSUN+ (PATH, Oxford Policy Management, Development Initiatives).
- 9 D'après la note d'orientation transmise aux pays afin de les aider à mener cet exercice. Disponible (en anglais) à l'adresse : <http://docs.scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2017/11/2017-Guidance-for-Budget-Analysis-ENG.pdf>. Les actions « spécifiques » désignent les actions nutritionnelles à fort impact – telles que décrites dans la série de 2013 de la revue *The Lancet* consacrée à la nutrition – qui traitent les facteurs déterminants immédiats de la nutrition et du développement du fœtus et de l'enfant : l'apport approprié en aliments et en nutriments, les pratiques d'alimentation, de soins et de parentalité, et la faible charge des maladies infectieuses. On les désigne parfois sous le terme d'interventions « directes ». Les postes budgétaires « spécifiques à la nutrition » incluent un département en charge de la nutrition, et un programme, une intervention ou une action en lien avec la nutrition selon la structure du budget. Les actions « contribuant » à la nutrition désignent les actions qui s'attaquent aux causes sous-jacentes de la malnutrition telles que définies dans le cadre conceptuel de l'UNICEF. Ils incluent les mesures liées à un large éventail de secteurs, notamment : la santé, les systèmes agro-alimentaires, l'eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène (WASH), l'éducation et la protection sociale. Les postes budgétaires « contribuant à la nutrition » doivent inclure un programme s'attaquant aux causes sous-jacentes de la malnutrition, et doivent en particulier profiter aux populations les plus vulnérables, notamment les enfants et les femmes, et mentionner clairement un objectif et/ou un résultat et/ou une action en lien avec la nutrition dans le cadre d'un programme intégré ou de la mission d'un département.
- 10 Les définitions sont tirées de la série de 2013 de la revue *The Lancet* consacrée à la sous-alimentation. Un résumé (en anglais) est disponible à l'adresse : www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/nutrition-eng.pdf
- 11 Les 25 pays sont les suivants : le Bangladesh, le Bénin, le Botswana, le Burundi, les Comores, le Costa Rica, la Gambie, le Ghana, le Guatemala, la Guinée-Bissau, l'Indonésie, le Kirghizistan, le Lesotho, le Libéria, Madagascar, la Mauritanie, le Népal, le Pakistan, les Philippines, la République démocratique du Congo, la République démocratique populaire lao, le Soudan du Sud, le Tadjikistan, le Tchad et la Zambie.
- 12 Le déflateur du PIB est ajusté au point de données le plus ancien, qui varie selon les pays inclus dans l'ensemble de données. La hausse ou la baisse des enveloppes est exprimée en « termes réels ».

-
- 13 Les 13 pays sont les suivants : le Bénin, le Botswana, le Burundi, le Costa Rica, la Gambie, la Guinée-Bissau, le Kirghizistan, le Lesotho, la Mauritanie, le Pakistan, la République démocratique populaire lao, le Soudan du Sud et le Tadjikistan.
- 14 Les 12 pays sont les suivants : le Bangladesh, les Comores, le Ghana, le Guatemala, l'Indonésie, le Libéria, Madagascar, le Népal, les Philippines, la République démocratique du Congo, le Tchad et le Viet Nam.
- 15 Les neuf pays sont les suivants : le Guatemala, l'Indonésie, le Lesotho, Madagascar, la Mauritanie, le Népal, les Philippines, le Tadjikistan et le Viet Nam.
- 16 Ministère de la Santé de la République du Kenya, 2016. *National and County Health Budget Analysis FY 2016/17*. Disponible à l'adresse : www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/6138-6239_FINALNationalandCountyHealthBudgetAnalysis.pdf
- 17 R4D, 2016. *Tracking Nutrition Financing in Rajasthan*. Disponible à l'adresse : www.r4d.org/wp-content/uploads/Rajasthan-Nutrition-Financing-Report-2015-2016.pdf
- 18 UNICEF et gouvernement du Balochistan, 2017. *Budgetary Analysis of Balochistan Public Sector Development Program (PSDP) 2016–17 for Prioritising Both Nutrition Sensitive & Specific Interventions*.
- 19 Auteurs : Mary D'Alimonte (R4D) et Jordan Beecher (Development Initiatives).
- 20 Code 12240 du SNPC du CAD.
- 21 OCDE. Listes de codes du CAD et SNPC, <http://www.oecd.org/fr/cad/financementpourledeveloppementdurable/normes-financement-developpement/listesdecodesdudcadetsnpc.htm> (consulté le 1^{er} octobre 2018).
- 22 D'Alimonte M., Thacher E., LeMier R. et Clift J., 2018. *Tracking aid for the WHA nutrition targets: Global spending in 2015 and a roadmap to better data*. R4D. Disponible à l'adresse : www.r4d.org/wp-content/uploads/R4D-tracking-aid-to-WHA-nutrition-targets-April-2018_final.pdf
- 23 À partir des décaissements bruts d'APD de 2016 ; l'éducation désigne toutes les dépenses déclarées sous le code-objet 110 du CAD, l'agriculture sous le code 311 et le paludisme sous le code 12262.
- 24 D'Alimonte M., Thacher E., LeMier R. et Clift J., 2018 (voir la note 22).
- 25 L'analyse suit les investissements réalisés dans un paquet d'interventions spécifiques à la nutrition défini par le Cadre mondial d'investissement pour la nutrition, notamment des conseils en matière de nutrition, la supplémentation en micronutriments, la promotion de l'allaitement maternel, l'enrichissement des denrées de base, la prévention des MNT liées au régime alimentaire, le traitement de la malnutrition aiguë, et les investissements visant à améliorer la prestation de services à l'appui de ces programmes (y compris la coordination, la gouvernance et le plaidoyer au service de la nutrition, le renforcement des capacités en matière de nutrition, ainsi que la recherche et les données).
- 26 Shekar M., Kakietek J., Dayton E.J. et Walters D., 2017 (voir la note 1).
- 27 Tous les autres décaissements consacrés à la nutrition de base déclarés précédemment valent pour 2016. Une analyse des données de 2016 et de 2017 paraîtra prochainement. Les données représentent les versements à tous les pays bénéficiaires à revenu faible, à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ainsi que les décaissements régionaux et mondiaux non affectés, par pays. Tous les chiffres représentent des décaissements bruts et sont exprimés en prix constants (2015) en millions de dollars US, sauf indication contraire.
- 28 Pour en savoir plus sur cette analyse, les méthodes et les conclusions, consulter le rapport technique complet : R4D, 2018. *Tracking aid for the WHA nutrition targets: Global spending in 2015 and a roadmap to better data*. Disponible à l'adresse : www.r4d.org/trackingWHAtargets
- 29 Selon des estimations modélisées de l'impact potentiel d'un portefeuille de programmes de nutrition de 1 milliard de dollars US, réalisées par Mathematica Policy Research et Avenir Health.

- 30 * Le Canada a fait appel à la méthode suivante : 1) pour les décaissements spécifiques à la nutrition, il a recensé les sommes déclarées au CAD de l'OCDE au titre du code-objet 12240 relatif à la nutrition de base du Système de notification des pays créanciers (SNPC) ; et 2) pour les décaissements contribuant à la nutrition, il a utilisé un sous-ensemble prédéfini de codes du SNPC liés à des résultats contribuant à la nutrition afin d'identifier les projets susceptibles de contribuer à la nutrition, en évaluant manuellement chaque projet référencé selon les critères SUN, et a appliqué l'allocation proportionnelle associée aux codes SNPC contribuant à la nutrition des projets validés. Concernant le total cumulé, il a appliqué la moyenne annuelle du taux de change du marché pour 2016 afin de déclarer les sommes en dollars US.
- ** Lors du Sommet N4G, l'UE s'est engagée à verser 3,5 milliards d'euros entre 2014 et 2020 en vue d'interventions en faveur de la nutrition. L'UE a fait appel à la méthode suivante : 1) pour les décaissements spécifiques à la nutrition, elle a identifié tous les décaissements déclarés au CAD liés aux engagements spécifiques à la nutrition contractés jusqu'à présent et a appliqué la méthodologie SUN des 100 % du montant du décaissement ; et 2) pour les décaissements contribuant à la nutrition, elle a identifié tous les décaissements déclarés au CAD liés aux engagements contribuant à la nutrition contractés jusqu'à présent et a appliqué la méthodologie SUN de l'allocation proportionnelle de 100 % ou 25 % du montant du décaissement selon que l'engagement concerné a été classé comme contribuant majoritairement ou partiellement à la nutrition. Tout engagement correspond à un contrat financier juridiquement contraignant entre l'UE et un partenaire donné. Les décaissements déclarés par l'UE sont les montants totaux adjugés au titre de ces engagements. D'autres décaissements sont effectués en fonction d'un échéancier détaillé dans des contrats individuels, de l'état d'avancement de la mise en œuvre et du taux d'utilisation des fonds par le partenaire.
- *** La France a déclaré avoir versé 4.7 millions de dollars US au titre de décaissements spécifiques à la nutrition en 2015. La seule différence entre les déclarations de la France effectuées via le système du CAD de l'OCDE et celles transmises dans le cadre du Rapport sur la nutrition mondiale porte sur la contribution au Mouvement SUN, laquelle a été comptabilisée comme un décaissement spécifique à la nutrition dans nos déclarations.
- **** Les chiffres du Royaume-Uni n'englobent que les décaissements en faveur de la nutrition effectués par le ministère du Développement international. Les chiffres de 2016 incluent des fonds de contrepartie d'un montant de 45 millions de dollars US.
- + La composante contribuant à la nutrition du gouvernement des États-Unis est calculée selon une méthodologie différente de celle utilisée par les autres pays. Pour mesurer ses décaissements spécifiques à la nutrition, le gouvernement américain utilise le code-objet 12240 du SNPC du CAD de l'OCDE, qui englobe les activités mises en œuvre dans le cadre du programme McGovern-Dole International Food for Education and Child Nutrition. Il ajoute également la part d'« aide alimentaire d'urgence » (code 72040 du SNPC) et des « programmes de sécurité et d'aide alimentaire » (code 52010 du SNPC) qui sont inscrits au Titre II du programme « Vivres pour la paix » (*Food for Peace*) de l'USAID et définis par le Cadre d'assistance extérieure du gouvernement américain comme relevant du secteur de la nutrition (élément 3.1.9 du programme). Cet élément vise à réduire la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans. Pour atteindre cet objectif, les partenaires de développement mettent l'accent sur une approche préventive mise en œuvre au cours des 1 000 premiers jours de la vie – de la grossesse jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. Les programmes utilisent un ensemble synergique d'interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant qui aident à réduire la malnutrition chronique et aiguë en améliorant les services de prévention et de soin – y compris le suivi et la promotion de la croissance –, d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), de vaccination, de déparasitage, de santé reproductive et de planification familiale, ainsi que les services de prévention et de traitement du paludisme.
- ++ La Banque mondiale ne soumet pas de déclarations au Rapport sur la nutrition mondiale, et ne communique que sur ses engagements via le processus N4G. Les données antérieures des États-Unis ont été révisées conformément aux déclarations actualisées des donateurs, afin d'appliquer une méthodologie cohérente au fil des ans.
- +++ Bien que l'Australie ait réalisé des investissements en faveur de la nutrition en 2015, ceux-ci n'ont pas été chiffrés ni communiqués en vue de leur publication dans le Rapport sur la nutrition mondiale, auquel l'Australie transmet des déclarations biennales.
- ++++ Les chiffres de l'Allemagne englobent les décaissements en faveur de la nutrition effectués par le ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement et le ministère fédéral de l'Alimentation et de l'Agriculture.
- § La Suisse n'utilise pas le code « nutrition de base » et déclare donc un montant nul concernant les dépenses spécifiques à la nutrition.
- 31 Auteure : Katie Dain (Alliance sur les MNT).
- 32 Programme des Nations Unies pour le développement et Overseas Development Institute, 2012. « Climate Public Expenditure and Institutional Review (CPEIR): a methodological note ». Disponible à l'adresse : www.odi.org/publications/6191-climate-public-expenditure-and-institutional-review-cpeir-methodological-note
- 33 Nutrition pour la croissance. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. Disponible à l'adresse : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207271/nutrition-for-growth-commitments.pdf
- 34 Assemblée générale des Nations Unies, 2018. Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Disponible à l'adresse : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/73/L.2&Lang=F

-
- 35 Contribution de Trudy Wijnhoven (FAO) et Lina Mahy (OMS).
 - 36 SMART signifie : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini. Des orientations sur les engagements SMART (en anglais) sont disponibles à l'adresse : <http://globalnutritionreport.org/2016/05/25/smart-commitment-guidance> (consulté le 10 octobre 2018).
 - 37 OMS. Base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GINA). Engagements par pays (en anglais), <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/commitments/summary> (consulté le 10 octobre 2018).
 - 38 N4G Annex of Commitments (annexe contenant les engagements du Sommet N4G), 2017. Disponible à l'adresse : <https://nutritionforgrowth.org/wp-content/uploads/2017/11/Annex-of-Commitments.pdf>

Annexe 1

- 1 UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale. *Joint child malnutrition estimates*.
- 2 Pour un exposé détaillé et approfondi de la méthodologie de suivi des progrès des cibles mondiales 2025 relatives à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, voir OMS/UNICEF, Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Genève : OMS, UNICEF : New York, 2017.
- 3 OMS et UNICEF, 2017 (voir la note 1).
- 4 « Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 ». *The Lancet*, à paraître en 2019.
- 5 OMS, 2012. *Guideline: Sodium Intake for Adults and Children*. Disponible à l'adresse : www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake_printversion.pdf
- 6 OMS, 2014. *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014*. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149294/WHO_NMH_NVI_15.1_fre.pdf?sequence=1
- 7 OMS, 2014 (voir la note 6).
- 8 NCD Risk Factor Collaboration. « Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants ». *The Lancet*, 387:10027, 2016, pp. 1513–30. Disponible à l'adresse : [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31919-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31919-5/fulltext)
- 9 NCD Risk Factor Collaboration, <http://ncdrisc.org/index.html> (consulté le 26 octobre 2018).



ABRÉVIATIONS

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
APD	Aide publique au développement	ODD	Objectif de développement durable
AVCI	Année de vie corrigée du facteur invalidité	OMS	Organisation mondiale de la Santé
CAD	Comité d'aide au développement	ONG	Organisation non gouvernementale
É.-U.	États-Unis	PAM	Programme alimentaire mondial
EDS	Enquête démographique et de santé	PIB	Produit intérieur brut
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	R4D	Results for Development
FIDA	Fonds international de développement agricole	R.-U.	Royaume-Uni
GBD	Global Burden of Disease (Charge mondiale de morbidité)	RDC	République démocratique du Congo
GIFT	Outil de données sur la consommation alimentaire individuelle mondiale (OMS)	SMART	Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini
GINA	Base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition	SNPC	Système de notification des pays créanciers (CAD)
IDA	Association internationale de développement	SUN	Mouvement pour le renforcement de la nutrition
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires	TMREL	Niveau d'exposition théorique minimale au risque
IMC	Indice de masse corporelle	UE	Union européenne
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
MNT	Maladie non transmissible	UNRWA	Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient
N4G	Nutrition pour la croissance	USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
NCD-RisC	NCD Risk Factor Collaboration	WASH	Eau, assainissement et hygiène
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques		

GLOSSAIRE

Action à double fonction

L'expression « à double fonction » a été inventée pour qualifier les actions ayant la capacité de combattre plusieurs formes de malnutrition à la fois. Par exemple, une promotion de l'allaitement maternel peut prévenir les retards de croissance, mais aussi réduire le risque de développer plus tard des MNT.

Aide au développement et aide publique au développement (APD)

L'« aide au développement » correspond ici aux ressources transférées par les agences de développement (notamment les organisations philanthropiques privées) aux pays à revenu faible et intermédiaire. Elle a donc une portée plus générale que l'« aide publique au développement (APD) » déclarée au CAD de l'OCDE.

Anémie

L'anémie est une pathologie se caractérisant par un nombre de globules rouges (plus précisément, un taux d'hémoglobine) inférieur à la normale. Il s'agit d'un problème mondial qui touche les habitants aussi bien des pays à faible revenu qu'à revenu élevé. Il est particulièrement préoccupant en ce qui concerne les adolescentes et les femmes en âge de procréer.

Cibles mondiales de nutrition

Les cibles mondiales de nutrition correspondent ici aux cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant et aux cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire, approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé.

Cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

Les objectifs pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant sont matérialisés par six cibles mondiales adoptées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2012, par exemple, la cible 1 consistant à réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance.

Cibles relatives aux maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire

Les cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire représentent trois des neuf cibles mondiales adoptées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2013 devant être atteintes d'ici à 2025. Par exemple, la cible 4 consistant à atteindre une réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel dans la population.

Code-objet

Les codes-objet sont utilisés par les donateurs déclarant leurs financements au CAD de l'OCDE afin de consigner la destination des fonds plus précisément qu'en se basant simplement sur le secteur. Le code-objet « nutrition de base » mesure certaines dépenses spécifiques à la nutrition dans le secteur de la santé. En 2017, un code-objet relatif à la nutrition amélioré a été adopté.

Contributeur à la nutrition

Les interventions contribuant à la nutrition sont des mesures financées prises dans des secteurs autres que celui de la nutrition et ciblant les causes sous-jacentes de la malnutrition, luttant ainsi indirectement contre cette dernière. Parmi ces secteurs figurent l'agriculture, la santé, la protection sociale, le développement de la petite enfance, l'éducation, et l'eau et l'assainissement. Les causes sous-jacentes incluent la pauvreté, l'insécurité alimentaire, le manque d'accès à des ressources adéquates en matière de soins, et les services liés à la santé, à l'eau et à l'assainissement.

Diversité alimentaire	La diversité alimentaire est une manière de mesurer la consommation alimentaire et l'accès des ménages à diverses catégories d'aliments. Elle est également utilisée comme indicateur indirect de l'adéquation des apports en nutriments assurés par le régime alimentaire de chaque individu.
Données géospatiales	Les données géospatiales sont des données associées à un emplacement géographique particulier, par exemple les prévisions météorologiques, les systèmes de navigation par satellite (GPS) et les publications géolocalisées sur les médias sociaux. La zone géographique est un des modes de ventilation des données, au même titre que le niveau de richesse ou le sexe. L'utilisation de données géospatiales ventilées peut aider à comprendre où vivent les personnes souffrant de malnutrition.
Double fardeau	Le terme « double fardeau » est employé lorsque des pays ou des groupes de population sont confrontés simultanément à plusieurs problèmes nutritionnels graves. Il désigne également le chevauchement et la coexistence du fardeau de différentes formes de malnutrition, par exemple l'anémie et le surpoids.
Émaciation/Émacié	Les enfants atteints d'une maigreur excessive en raison de la sous-alimentation sont dits « émaciés ». L'émaciation correspond à un indice poids-taille situé à plus de 2 ET en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS (soit -2 z scores). Il est de plus en plus évident que les enfants émaciés sont plus susceptibles de souffrir par la suite d'un retard de croissance.
Facteur de risque	Un facteur de risque est un attribut ou une caractéristique d'une personne, ou un phénomène auquel elle est exposée, qui augmente ses risques de développer une maladie ou de se blesser.
Insuffisance pondérale	Également appelée maigreur modérée ou sévère ; une personne est dite en insuffisance pondérale lorsque son poids (ou son IMC) est très bas, au point d'en menacer sa santé.
Intégré	« Intégré » est un terme employé à l'origine dans le cadre des ODD, qui signifie que tous les objectifs sont indissociables et doivent être atteints par tous, en établissant des liens entre les différents secteurs et toutes les composantes de la société.
Maladies non transmissibles (MNT) et MNT liées au régime alimentaire	Les MNT (aussi appelées maladies chroniques) sont des maladies de longue durée qui évoluent lentement. Il en existe quatre types principaux : maladies cardiovasculaires, diabètes, cancers et affections respiratoires chroniques. Les MNT associées à l'alimentation et à la nutrition sont appelées « MNT liées au régime alimentaire ». Elles incluent les maladies cardiovasculaires, les diabètes et les cancers.
Malnutrition	La malnutrition correspond à la consommation de nourriture en quantité insuffisante ou excessive. En termes plus techniques, il s'agit d'une affection causée par la consommation insuffisante ou excessive de macronutriments et de micronutriments. Les formes de malnutrition abordées ici sont notamment la carence en micronutriments, la sous-alimentation chez l'enfant et les problèmes nutritionnels chez l'adulte associés à la consommation excessive de nourriture. La malnutrition est un problème universel : au moins une personne sur trois dans le monde souffre d'une forme de malnutrition.

Marqueur politique	Les marqueurs politiques sont des outils statistiques qualitatifs utilisés par les donateurs pour enregistrer les activités ciblant des objectifs stratégiques particuliers tels que l'égalité des sexes et, depuis juillet 2018, la nutrition.
Micronutriments	Les micronutriments sont ce que l'on appelle communément les vitamines et les minéraux. Ils incluent des minéraux tels que le fer, le calcium, le sodium ou l'iode, et des vitamines telles que la vitamine A, B, C ou D. Les carences en micronutriments sont causées par l'apport, l'absorption ou la consommation insuffisants d'un ou de plusieurs minéraux ou vitamines, et contribuent à un état nutritionnel sous-optimal. L'apport excessif de certains micronutriments peut aussi avoir des effets indésirables.
Obésité et surpoids	Une personne souffre d'obésité ou de surpoids lorsqu'elle présente une masse grasseuse excessive pouvant nuire à sa santé. Cette masse grasseuse excessive est plus élevée dans le cas de l'obésité que dans celui du surpoids. Selon l'OMS, le surpoids et l'obésité correspondent à un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 25, et l'obésité correspond à un IMC supérieur ou égal à 30. Chez l'enfant, le surpoids correspond à un indice poids-taille situé à plus de 2 ET (écarts types) au-dessus de la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS (soit +2 z-scores).
Retard de croissance/ souffrant d'un retard de croissance	Les enfants souffrent d'un retard de croissance lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une alimentation suffisamment nutritive pour leur garantir une croissance normale. Le retard de croissance correspond à un indice taille-âge situé à plus de 2 ET en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS (soit -2 z scores). Il est de plus en plus évident que les enfants souffrant d'un retard de croissance sont plus enclins à être émaciés.
Sécurité et insécurité alimentaires	La sécurité alimentaire correspond à un accès sécurisé à des aliments sûrs et nutritifs en quantité suffisante pour garantir une croissance et un développement normaux et pour permettre de mener une vie active, en bonne santé. L'insécurité alimentaire correspond à la situation inverse ; elle peut s'appliquer à l'échelle d'un ménage ou d'une zone géographique.
Sous-alimentation	La sous-alimentation correspond à une nutrition inappropriée, due au manque de nourriture ou d'aliments contenant des substances indispensables à la croissance et à la santé, ou à d'autres causes directes et indirectes.
Sous-alimenté	On dit d'une personne qu'elle est sous-alimentée lorsqu'elle ne consomme pas suffisamment de nourriture pour répondre à ses besoins en énergie alimentaire minimaux quotidiens, sur une année.
Spécifique à la nutrition	Les interventions spécifiques à la nutrition sont celles exerçant un impact direct sur les causes immédiates de la sous-alimentation (consommation alimentaire inappropriée, mauvaises pratiques alimentaires et charge de morbidité élevée), telles que l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire, la supplémentation en micronutriments et l'enrichissement à domicile, la prise en charge des maladies, le traitement de la malnutrition aiguë et la nutrition dans les situations d'urgence.

DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES EN LIGNE

Les documents complémentaires suivants sont disponibles sur le site Internet du Rapport sur la nutrition mondiale :

globalnutritionreport.org

Profils nutritionnels – Données disponibles pour plus de 90 indicateurs

- Au niveau mondial
- Aux niveaux régional et infrarégional (pour 6 régions et 21 sous-régions)
- Au niveau national (pour 194 pays)

Progrès réalisés à l'égard de l'ensemble des engagements – Tableaux de suivi des progrès en matière de nutrition

- Au niveau des pays
- Au niveau des entreprises
- Au niveau des organisations de la société civile
- Au niveau des donateurs (autres que financement)
- Au niveau des autres organisations
- Au niveau des Nations Unies

GROS PLANS

- GROS PLAN 2.1 :** **Les nouvelles politiques de la Chine en matière de nutrition**
Kevin Chen et Zimeiyi Wang
- GROS PLAN 2.2 :** **Recenser le nombre de laissés pour compte d'ici à 2030**
Homi Kharas, John W. McArthur et Krista Rasmussen
- GROS PLAN 2.3 :** **Les pays adoptent de plus en plus de cibles de nutrition**
Kaia Engesveen, Krista Lang, Roger Shrimpton et Chizuru Nishida
- GROS PLAN 2.4 :** **Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action relatif au double fardeau de la malnutrition en Tanzanie**
Obey Assery
- GROS PLAN 2.5 :** **Coexistence du retard de croissance et de l'émaciation à l'échelle nationale**
Carmel Dolan et Tanya Khara
- GROS PLAN 2.6 :** **Utiliser les données géospatiales pour suivre les progrès en matière de nutrition en Afrique**
Aaron Osgood-Zimmerman, Anoushka I. Millea, Rebecca W. Stubbs, Chloe Shields, Brandon V. Pickering, Damaris K. Kinyoki, Nicholas J. Kassebaum et Simon I. Hay
- GROS PLAN 2.7 :** **Combattre l'obésité chez l'enfant à Amsterdam grâce au *Healthy Weight Programme***
Corinna Hawkes
- GROS PLAN 2.8 :** **Quels sont les facteurs de la baisse de l'obésité chez l'enfant dans quatre localités des États-Unis ?**
Laura Kettel Khan
- GROS PLAN 3.1 :** **Une base de données mondiale sur les nutriments**
Ashkan Afshin et Josef Schmidhuber
- GROS PLAN 3.2 :** **L'enrichissement des aliments à grande échelle pour combler les carences en micronutriments**
Greg S. Garrett, Jonathan Gorstein, Roland Kupka et Homero Martinez
- GROS PLAN 3.3 :** **Mesures de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes parmi les réfugiés au Liban**
Hala Ghattas, Zeina Jamaluddine et Chaza Akik
- GROS PLAN 3.4 :** **L'approche de renforcement de la résilience du Kenya**
Jeremy Shoham et Carmel Dolan
- GROS PLAN 3.5 :** **Comblent l'écart entre les secteurs de l'humanitaire et du développement**
Anushree Rao
- GROS PLAN 3.6 :** **Faire entendre la voix des adolescents : de nouvelles recherches, des programmes novateurs et des politiques innovantes pour lutter contre la malnutrition chez l'adolescent**
Juliet Bedford, Sarah Parkinson, Ashish Kumar Deo, Siddharth Kanoria, Justin Stokes, Caroline Fall, Sabiha Sultana, Rudaba Khondker, Mary Penny et Knut-Inge Klepp
- GROS PLAN 4.1 :** **Résultats du Tableau d'évaluation de l'allaitement maternel dans le monde (Global Breastfeeding Scorecard) 2017**
Laurence Grummer-Strawn

-
- GROS PLAN 4.2 :** **Il est possible d'améliorer rapidement le régime alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants**
Joy Miller Del Rosso, Kathleen Pellechia, Silvia Alayon, Karin Lapping et Laurence Grummer-Strawn
- GROS PLAN 4.3 :** **Avancées dans la collecte des données relatives aux régimes alimentaires**
Mary Arimond, Anna Herforth et Jennifer Coates
- GROS PLAN 4.4 :** **Fill the Nutrient Gap**
Saskia de Pee, Janosch Klemm et Giulia Baldi
- GROS PLAN 4.5 :** **Actions des gouvernements concernant les boissons et aliments sous emballage riches en graisse, sucre et sel**
Philip Baker, Kathryn Backholer, Oliver Huse, Jacqui Webster, Lorena Allemandi, Kaia Engesveen et Chizuru Nishida
- GROS PLAN 5.1 :** **Suivre les dépenses publiques au Bangladesh et en Tanzanie**
Stephanie Allan, Clara Picanyol et Mehroosh Tak
- GROS PLAN 5.2 :** **Suivre le financement en faveur de la nutrition dans l'ensemble des secteurs en Éthiopie**
Birara Melese Yalew, Dr Ferew Lemma, Jack Clift, Kavya Ghai et Mary D'Alimonte
- GROS PLAN 5.3 :** **Nouvelles méthodes de suivi des dépenses des donateurs**
Nawal Chahid, Aurore Gary et Mary D'Alimonte
- GROS PLAN 5.4 :** **Financement innovant en faveur de la nutrition : l'initiative The Power of Nutrition**
Mavis Owusu-Gyamfi et Tatum Summers
- GROS PLAN 5.5 :** **Avancées en matière de dépenses publiques consacrées à la nutrition par les États-Unis**
Erin Milner, Anne Peniston, Kate Consavage, Katherine Owens et Amy Fowler
- GROS PLAN 5.6 :** **L'investissement de la Commission européenne en faveur de la nutrition**
Madeleine Onclin
- GROS PLAN 5.7 :** **L'approche du Fonds international de développement agricole (FIDA) en matière d'investissement dans l'agriculture contribuant à la nutrition**
Juliane Friedrich
- GROS PLAN 5.8 :** **Un nouveau système harmonisé et transparent de notification destiné à suivre les flux financiers consacrés aux maladies non transmissibles**
Katie Dain

ENCADRÉS

- ENCADRÉ 1.1 :** Les multiples formes de malnutrition
- ENCADRÉ 4.1 :** Un régime alimentaire sain
- ENCADRÉ 5.1 :** Que sont les investissements spécifiques à la nutrition et contribuant à la nutrition ?

FIGURES

- FIGURE 1.1 :** Cibles de nutrition à l'horizon 2025
- FIGURE 2.1 :** Nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance et de surpoids, 2000-2017
- FIGURE 2.2 :** Nutrition mondiale : cibles, fardeau et prévalence
- FIGURE 2.3 :** Prévalence mondiale de l'obésité (IMC ≥ 30) chez les adultes de 18 ans et plus, 2000-2016
- FIGURE 2.4 :** Prévalence mondiale de l'anémie, du surpoids (dont l'obésité) et de l'insuffisance pondérale chez les femmes, 2000-2016
- FIGURE 2.5 :** Pays en bonne voie pour réaliser les cibles mondiales de nutrition
- FIGURE 2.6 :** Part de l'écart mondial qui aura été comblée en matière d'ODD d'ici à 2030, si la tendance actuelle se poursuit
- FIGURE 2.7 :** Pourcentage de pays possédant des cibles de nutrition spécifiques, 2018
- FIGURE 2.8 :** Nombre de pays touchés à la fois par le retard de croissance chez l'enfant et l'anémie et le surpoids chez les femmes adultes, 2017 et 2018
- FIGURE 2.9 :** Carte des pays touchés à la fois par le retard de croissance chez l'enfant et l'anémie et le surpoids chez les femmes adultes, 2017 et 2018
- FIGURE 2.10A :** Probabilité que la cible de l'OMS relative au retard de croissance modéré et sévère ait été atteinte en 2015
- FIGURE 2.10B :** Baisse annuelle relative du retard de croissance modéré et sévère, 2000-2015
- FIGURE 2.10C :** Prévalence du retard de croissance modéré et sévère, 2000-2015
- FIGURE 2.11 :** Carte de la prévalence du retard de croissance dans les districts d'Inde, 2015-2016
- FIGURE 3.1 :** Disponibilité des fibres, du fer, du zinc et de la vitamine A à l'échelle mondiale et selon la catégorie de revenu, entre 1980 et 2013
- FIGURE 3.2 :** Législations nationales en matière d'iodation du sel

-
- FIGURE 3.3 :** Prévalence du retard de croissance dans les pays en situation de conflit et par rapport aux pays en paix
- FIGURE 3.4 :** Tendance de l'obésité chez l'adolescent, de 10 à 19 ans, 2000-2016
- FIGURE 3.5 :** Obésité chez l'adolescent âgé de 10 à 19 ans, ventilée par région, 2016
- FIGURE 4.1 :** Tendances et constantes observées dans les ventes de substituts du lait maternel du commerce par région, 2005-2017
- FIGURE 4.2 :** Taux d'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso, 1992-2014
- FIGURE 4.3 :** Cadre de mise en œuvre à grande échelle des programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- FIGURE 4.4 :** Amélioration de la diversité alimentaire des enfants et réduction du retard de croissance en Éthiopie, 2015-2017
- FIGURE 4.5 :** Différences dans les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant selon le quintile de richesse et l'environnement (urbain ou rural)
- FIGURE 4.6 :** Prévalence de la consommation quotidienne de fruits, de légumes et de sodas chez les enfants en âge d'être scolarisés et les adolescents
- FIGURE 4.7 :** Consommation des différents groupes d'aliments et composants alimentaires par groupe de revenu, 2016
- FIGURE 4.8 :** AVCI liées à chaque facteur de risque alimentaire
- FIGURE 4.9 :** Plage d'inaccessibilité financière d'un régime alimentaire nutritif selon les régions de différents pays
- FIGURE 4.10 :** Tendances de l'apport énergétique issu de différentes catégories de boissons sucrées, en fonction du niveau de revenu national
- FIGURE 4.11 :** Tendances et constantes des ventes par habitant de différentes catégories de produits alimentaires sous emballage par région, 2005-2017
- FIGURE 4.12 :** Proportion par pays des produits alimentaires sous emballage atteignant le score Health Star Rating de 3,5 ou plus (seuil des aliments considérés comme sains)
- FIGURE 5.1 :** Dépenses nationales : évolution des dépenses totales spécifiques et contribuant à la nutrition au cours des deux derniers exercices budgétaires de 25 pays
- FIGURE 5.2 :** Investissements en faveur de la nutrition en tant que pourcentage des investissements totaux dans la nutrition, par secteur
- FIGURE 5.3 :** Aperçu du financement infranational dans 35 pays du Mouvement SUN
- FIGURE 5.4 :** Pourcentage des dépenses totales consacrées à la santé par les autorités infranationales dans neuf pays du Mouvement SUN, 2018
- FIGURE 5.5 :** Décaissements d'APD consacrée à la nutrition de base, 2007-2016
- FIGURE 5.6 :** Évolution des décaissements d'APD consacrée à la nutrition de base, par donateur, 2015-2016

-
- FIGURE 5.7 :** Décaissements d'APD consacrée à la nutrition de base, par donateur, 2016
- FIGURE 5.8 :** Décaissements et engagements d'APD consacrée aux MNT liées au régime alimentaire, 2014-2016
- FIGURE 5.9 :** Décaissements d'APD consacrée aux MNT liées au régime alimentaire, par donateur, 2016
- FIGURE 5.10 :** Suivi global des engagements N4G, 2014-2018
- FIGURE 5.11 :** Suivi des avancées par rapport aux engagements N4G, par groupe de signataires, 2018
- FIGURE 5.12 :** Pourcentage des engagements de Milan de 2017 répondant aux critères SMART et jugés SMART de manière globale (N=38)

TABLEAUX

- TABLEAU 3.1 :** Couverture des programmes de supplémentation en micronutriments et de l'iodation du sel
- TABLEAU 4.1 :** Indicateurs relatifs aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- TABLEAU 4.2 :** Niveau d'exposition minimale au risque (TMREL) de 15 facteurs alimentaires
- TABLEAU 5.1 :** Enveloppe budgétaire consacrée à la nutrition signalée dans le cadre des *Rapports sur la nutrition mondiale 2014-2018*, pour la période 2010-2016



PARTENAIRES 2018



THE AGA KHAN UNIVERSITY



BILL & MELINDA GATES foundation



Government of Canada

Gouvernement du Canada



Centre for Food Policy
Educating, researching & influencing for integrated and inclusive food policy



CONCERN worldwide



development initiatives



Ethiopia



Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture



Mahidol University
Wisdom of the Land



Government of the Netherlands



Tanzania



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Programme Alimentaire Mondial



Organisation mondiale de la Santé