

2020



Rapport sur la nutrition mondiale

Agir sur l'équité pour
mettre fin à la malnutrition



SOUTIENS

Lawrence Haddad, Directeur exécutif de l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN)

La crise de la COVID-19 a mis en évidence comme jamais auparavant le rôle du manque d'équité en tant que marqueur de la malnutrition. Ses effets les plus graves se font sentir en premier lieu sur l'état nutritionnel des populations les plus vulnérables. Les personnes souffrant de malnutrition seront donc plus susceptibles de contracter le virus. Ce rapport nous montre comment avancer ensemble vers une plus grande équité, et, ainsi, vers de meilleurs résultats en matière de nutrition.

Gerda Verburg, Sous-secrétaire générale des Nations Unies et Coordinatrice du Mouvement pour le renforcement de la nutrition

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* est publié en pleine pandémie de COVID-19. Il ne s'agit pas seulement d'une crise sanitaire suivie d'une crise économique. Dans de nombreux pays en développement, il s'agit d'une crise sanitaire et alimentaire doublée d'une crise socioéconomique. Les mesures de confinement ont des répercussions sur les revenus des personnes et leur capacité à assurer leur sécurité alimentaire et nutritionnelle. En raison de la fermeture des écoles, les programmes d'alimentation scolaire ne fournissent plus de repas nutritifs aux enfants. Les petits exploitants agricoles et producteurs de denrées alimentaires, généralement des femmes disposant de peu de droits et de capacités décisionnelles limitées, seront particulièrement touchés. Lors du retour à la normale qui suivra la crise, la nutrition doit être considérée et reconnue comme une composante indispensable du développement sur les plans sanitaire, alimentaire, éducatif et économique. Il convient d'accorder une attention particulière à l'équité, le thème du rapport de cette année, afin de faire en sorte que l'ensemble des politiques, mesures et changements systémiques mis en place soutiennent les populations les plus pauvres et les plus vulnérables, et ne laissent personne de côté.

Henrietta H. Fore, Directrice générale du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Comme le souligne le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020*, aujourd'hui plus que jamais, nous devons intensifier nos efforts collectifs pour s'assurer que les enfants les plus vulnérables bénéficient d'une alimentation saine et de pratiques et services nutritionnels de qualité. Il nous faut notamment disposer de systèmes et d'environnements alimentaires capables de fournir une alimentation nutritive, sûre, abordable et durable à tous les enfants vulnérables, où qu'ils vivent.

Alors que nous entrons dans la dernière décennie du Programme de développement durable à l'horizon 2030, nous avons l'occasion d'accélérer nos progrès dans la réalisation de cet objectif. Nous devons pour cela recueillir, analyser et exploiter de manière plus rigoureuse des données de qualité afin de mettre au point des programmes qui nous rapprochent de l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes. L'UNICEF est fière de participer à cette initiative majeure.

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

À l'heure où se profile le Sommet nutrition pour la croissance, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* apparaît comme une publication incontournable. Le monde est aux prises avec la menace sans précédent de la COVID-19. L'effort visant à mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes, au-delà de l'intervention médicale, est une composante indispensable de la lutte contre les maladies infectieuses. Une consommation équilibrée d'aliments nutritifs est essentielle à l'amélioration de l'immunité de base. Dans cette perspective, nous devons insister sur l'importance d'améliorer l'état nutritionnel à titre préventif, l'une des clés pour créer une société résiliente. Parce qu'une bonne alimentation constitue également un élément important de la sécurité humaine, l'adoption de mesures rapides en faveur de la nutrition contribuera à protéger la vie et la dignité des personnes. C'est sur cette base que l'Agence japonaise de coopération internationale poursuivra ses efforts de lutte contre la malnutrition.

Qu Dongyu, Directeur général de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)

L'appel à transformer les systèmes alimentaires afin de rendre l'alimentation saine accessible, abordable, attractive et sûre n'a jamais été autant d'actualité. L'émergence de la COVID-19 a mis en lumière la fragilité de nos systèmes alimentaires. Nous devons profiter de cette crise pour reconstruire et redéfinir les systèmes alimentaires afin de les rendre plus résilients, plus équitables et plus durables. Il nous faut pour cela unir nos actions sur tous les fronts en vue de mettre fin aux iniquités qui font que les systèmes alimentaires ne sont pas en mesure de produire une nourriture accessible et abordable pour tous. Nous ne devons pas nous satisfaire d'un monde dans lequel plus de 800 millions de personnes vont se coucher le ventre vide, et où plus de deux milliards de personnes n'ont pas accès à des régimes alimentaires de qualité. La FAO est prête à collaborer avec toutes les parties prenantes pour faire de la transformation des systèmes alimentaires une réalité, en ne laissant personne de côté.

David Beasley, Directeur exécutif du Programme alimentaire mondial

Encore une fois cette année, le Rapport sur la nutrition mondiale est un miroir tendu au monde qui reflète notre capacité à tenir notre engagement à mettre fin à la malnutrition. Si nous constatons des avancées encourageantes, les réalités du monde actuel, les conflits, l'épidémie de COVID-19 et ses conséquences constituent un réel défi qui, comme toujours, frappera le plus durement les populations vulnérables. Mettons à profit le rapport de cette année pour examiner la situation, nous interroger et repartir à zéro afin de créer un monde qui nous renvoie une image dont nous puissions être fiers.

Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé

Les iniquités en matière de santé, liées à des facteurs sociaux tels que le chômage, le niveau de revenu, le sexe ou l'origine ethnique, ont un coût social et économique non négligeable pour les personnes et les sociétés. Le manque d'équité est à l'origine de beaucoup des plus grands problèmes mondiaux en matière de santé publique. Le thème du *Rapport sur la nutrition mondiale 2020*, « Agir sur l'équité pour mettre fin à la malnutrition », met en lumière les iniquités spectaculaires observées dans le fardeau que constituent le retard de croissance, l'émaciation, l'obésité, les carences en micronutriments et les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire. Il expose clairement les problèmes posés par nos systèmes de santé et nos systèmes alimentaires qui limitent la capacité des populations vulnérables à recevoir l'alimentation et les soins dont elles ont besoin pour mener une vie saine et productive. Il est temps à présent de prendre des mesures fortes et de nous engager à éliminer les iniquités en matière de malnutrition.

Anne-Marie Trevelyan, Secrétaire d'État britannique au développement international

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* nous rappelle que les membres de la communauté internationale doivent lutter ensemble contre la malnutrition, à l'origine de répercussions majeures sur la vie des populations. Nous devons nous appuyer sur ses conclusions pour accélérer les progrès. La publication de ce rapport pendant l'épidémie de COVID-19 nous rappelle que les personnes qui souffrent de malnutrition, notamment les filles et les femmes, seront particulièrement vulnérables à cette maladie, laquelle va sans doute aggraver la malnutrition dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le Royaume-Uni reste engagé en faveur d'une approche humaine et responsable en matière de prévention et de prise en charge de la malnutrition. Nous entendons mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés, d'enfants et de mères d'ici à 2030. En outre, la prévention de la malnutrition peut appuyer les efforts visant stimuler la productivité économique et la résilience des pays à revenu faible et intermédiaire afin de réduire les effets du changement climatique. Le Royaume-Uni soutient particulièrement les appels lancés dans ce rapport en vue de remédier aux inégalités liées à la malnutrition sous toutes ses formes, de faire de la nutrition une composante à part entière des soins de santé et d'encourager l'adoption de régimes alimentaires plus sains, plus équitables et plus durables. Il est plus que jamais crucial d'investir et d'agir en faveur de la nutrition.

Amir M. Abdulla, Président du Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies (UNSCN)

Le thème du rapport de cette année, « Agir sur l'équité pour mettre fin à la malnutrition », est d'autant plus important qu'il arrive à un moment opportun. Cette édition du Rapport sur la nutrition mondiale met l'accent sur le manque d'équité des services sociaux de base et des résultats obtenus en matière de nutrition. De précédents travaux, y compris les éditions antérieures du Rapport sur la nutrition mondiale, ont déjà mis en évidence le rôle déterminant du manque d'égalité dans la malnutrition. Ainsi, le numéro 43 de la publication phare du Comité permanent de la nutrition, *UNSCN News*, intitulé « Advancing equity, equality and non-discrimination in food systems: pathways to reform » (Faire progresser l'équité, l'égalité et la non-discrimination des systèmes alimentaires : pistes de réforme), paru en 2018, précise dans son éditorial que : « nous devons reformuler le problème de la faim et de la malnutrition comme un problème de justice sociale pour corriger les déséquilibres de pouvoir dans les chaînes alimentaires, réduire les écarts entre les régimes de protection sociale et renforcer la responsabilité des gouvernements ».

La pandémie de COVID-19 met en lumière l'interconnexion des différents systèmes qui déterminent les résultats en matière de nutrition : alimentaire, sanitaire et socioéconomique. Elle montre également comment le fonctionnement actuel de ces systèmes fait que les plus puissants et les plus riches sont les moins touchés par la pandémie. Unissons nos forces et utilisons les enseignements du Rapport sur la nutrition mondiale de cette année pour remédier aux iniquités du système et mettre fin à toutes les formes de malnutrition en ne laissant personne de côté.

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 du Secrétariat de Development Initiatives. Sa rédaction a été dirigée par les co-présidents M.G. Venkatesh Mannar et Renata Micha, soutenus par les membres du groupe et secondés par d'autres analystes et collaborateurs.

Le groupe d'experts indépendants compte les membres suivants : **M.G. Venkatesh Mannar**, co-président (Université de Toronto, Canada, et Université de Cornell, États-Unis) ; **Renata Micha**, co-présidente (Université Tufts, États-Unis) ; **Lorena Allemanni** (Fundacion Interamericana del Corazón, Argentine) ; **Ashkan Afshin** (Université de Washington, États-Unis) ; **Philip Baker** (Université Deakin, Australie) ; **Jane Battersby** (Université du Cap, Afrique du Sud) ; **Zulfiqar Bhutta** (Center for Global Child Health, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada, et Center of Excellence in Women and Child Health, Université Aga Khan, Pakistan) ; **Camila Corvalan** (Université du Chili, Chili) ; **Mariachiara Di Cesare** (Middlesex University London et Imperial College London, Royaume-Uni) ; **Kevin Chen** (Académie chinoise pour le développement rural de l'Université de Zhejiang et Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Chine) ; **Carmel Dolan** (Emergency Nutrition Network, Royaume-Uni) ; **Chika Hayashi** (UNICEF, États-Unis) ; **Jorge Fonseca** (Laboratoire de qualité alimentaire du Service de recherche agricole du Département de l'agriculture des États-Unis) ; **Laurence Grummer-Strawn** (Organisation mondiale de la Santé, Suisse) ; **Anushree Rao** (Concern Worldwide, en congé maternité) ; **Cynthia Rosenzweig** (Institut Goddard d'études spatiales de la NASA, États-Unis) ; **Dominic Schofield** (Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, GAIN, Canada).

Autres auteurs : **Jody Harris** et **Nicholas Nisbett** (Institute of Development Studies, Royaume-Uni) ont contribué au chapitre 1 ; **Jordan Beecher** (Development Initiatives) a contribué au chapitre 2 ; **Luz Maria De-Regil** (consultante indépendante, Canada) a contribué au chapitre 3 ; **Jessica Fanzo** (anciennement co-présidente du groupe d'experts indépendants, Université Johns Hopkins, États-Unis) a contribué à l'ébauche du chapitre 4 ; **Mary D'Alimonte** et **Jack Clift** (Results for Development, R4D, États-Unis) ont contribué au chapitre 5 ; **Daniel Coppard**, **Richard Watts**, **Sam Ashby**, **Jordan Beecher** et **Dean Breed** (Development Initiatives, Royaume-Uni) ont apporté leurs contributions tout au long du rapport.

La révision du rapport préliminaire a été réalisée par **Rebecca Brown**, **Jane Keylock** et **Tamsin Walters** (NutritionWorks, Royaume-Uni). **Sharon Friel** (Université nationale australienne, Australie) a effectué une révision supplémentaire à l'appui des auteurs.

L'analyse des données du rapport a été dirigée par **Jordan Beecher**, avec l'aide de **Sam Ashby**, **Dean Breed**, **Georgia Colston**, **Adam Hughes**, **Alex Miller** et **Richard Watts** (Development Initiatives, Royaume-Uni).

Des données, des conseils et un appui aux recherches ont été fournis par : **Mary D'Alimonte**, **Kyle Borces**, **Jack Clift** et **Augustin Flory** (R4D, États-Unis) ; **Ashkan Afshin**, **Amelia Apfel**, **Michael J. Assmus**, **Julia Devin**, **Lucas Earl**, **Simon I. Hay**, **Damaris Kinyoki**, **Aubrey Levine**, **Erin Mullany**, **Dean Owen** et **Megan Schipp** (Institute for Health Metrics and Evaluation, États-Unis) ; **Phillip Baker** (Université Deakin, Australie) ; **Yarlini Balarajan**, **Chika Hayashi**, **Julia Krusevec**, **Richard Kumapley**, **Roland Kupka** et **Vrinda Mehra** (UNICEF, États-Unis) ; **James Bentham** (Université du Kent, Royaume-Uni) ; **Elaine Borghi**, **Laurence Grummer-Strawn** et **Lisa Rogers** (OMS, Suisse) ; **Mariachiara Di Cesare** (Middlesex University London, Royaume-Uni) ; **Emilio Colonnelli** et **Évariste Nicolétis** (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, FAO, Comité de la sécurité alimentaire mondiale) ; **Carmel Dolan** (Emergency Nutrition Network, Royaume-Uni) ; **Kaia Engesveen** (OMS, Suisse), assistée par **Ellen C. Andresen**, **Dana Hawwash**, **Diva Fanian**, **Elisa V. Garcia**, **Ana E. Pineda**, **Veronika Polozkova**, **Camilla Warren**, **Laeticia Toe** et **Marisa Tsai** ; **Jessica Fanzo** (Université Johns Hopkins, États-Unis) ; **Oliver Fiala**, **Katherine Richards** et **Christopher Twiss** (Save the Children, Royaume-Uni) ; **Patrizia Fracassi**, **William Knechtel** et **Jean-Sébastien Kouassi** (Mouvement pour le renforcement de la nutrition, SUN, Suisse) ; **Chika Hayashi** et **Vrinda R. Mehra** (UNICEF, États-Unis) ; **Arja Huestis**, **Monica Kothari** et **Jolene Wun** (PATH, MQSUN+, États-Unis) ; **Bin Zhou** (Imperial College London, Royaume-Uni).

Auteurs des « Gros plans » : **Jordan Beecher** (Development Initiatives, Royaume-Uni) a rédigé le Gros plan 2.1 ; **Damaris K. Kinyoki**, **Amelia Apfel**, **Megan F. Schipp**, **Lucas Earl**, **Julia Devin** et **Simon I. Hay** (Institute for Health Metrics and Evaluation, États-Unis) ont rédigé le Gros plan 2.2 ; **Alok Kumar** (NITI Aayog, gouvernement indien, Inde), **Rajan Sankar** (Tata Trust, Inde) et **Basanta Kumar Kar** (consultant indépendant, Inde) ont contribué au Gros plan 3.1 ; **Prabhu Pingali** (Tata-Cornell Institute, Inde) a rédigé le Gros plan 4.1 ; **Derek Headey** (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, IFPRI, Myanmar) a rédigé le Gros plan 4.2 ; **Phillip Baker**, **Priscila Machado**, **Kate Sievert**, **Kathryn Backholer**, **Colin Bell** et **Mark Lawrence** (Université Deakin, Australie) ont contribué au Gros plan 4.3 ; **Kathrin M. Demmler** (GAIN, Royaume-Uni) et **Matin Qaim** (Université de Göttingen, Allemagne) ont rédigé le Gros plan 4.4 ; **Camila Corvalan** (Université du Chili, Chili) et **Fernanda Mediano** (Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, États-Unis, et Université du Chili, Chili) ont rédigé le Gros plan 4.5 ; **Zulfiqar A. Bhutta** (Center for

Global Child Health, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada, et Center of Excellence in Women and Child Health, Université Aga Khan, Pakistan), **Bianca Carducci** et **Christina Oh** (Université de Toronto, Canada) ont contribué au Gros plan 4.6 ; **Richard Watts** (Development Initiatives, Royaume-Uni), a rédigé le Gros plan 5.1 ; **J.S. Kouassi** (SUN, Suisse), **Mary D'Alimonte** (R4D, États-Unis) et **Kedar Mankad** (Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis) ont rédigé le Gros plan 5.2 ; **Carol Levin** (Université de Washington, États-Unis), **Dale Davis** (Helen Keller International, États-Unis), **Aulo Gelli** (IFPRI, États-Unis), **Mary D'Alimonte** et **Augustin Flory** (R4D, États-Unis), ont rédigé le Gros plan 5.3 ; **Meera Shekar** (Banque mondiale, États-Unis), **Jonathan Kweku Akuoku** et **Jean-Sébastien Kouassi** (SUN, Suisse) ont contribué au Gros plan 5.4 ; **Leslie Elder** (Mécanisme mondial de financement de l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants, États-Unis), a rédigé le Gros plan 5.5 ; **Greg S. Garrett** (anciennement membre de l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, Suisse) a contribué au Gros plan 5.6.

REMERCIEMENTS

Le groupe d'experts indépendants, sous la direction de ses co-présidents **M.G. Venkatesh Mannar** et **Renata Micha**, souhaite remercier sincèrement toutes les personnes et organisations ayant soutenu l'élaboration du *Rapport sur la nutrition mondiale 2020*.

L'équipe de Development Initiatives affectée au Rapport sur la nutrition mondiale a travaillé étroitement avec **M.G. Venkatesh Mannar** et **Renata Micha**, 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 **Hannah Sweeney** et **Nathalie Willmott**. L'analyse des données a été dirigée par **Jordan Beecher** ; **Sam Ashby**, **Dean Breed**, **Georgia Colston** et **Adam Hughes** ont mené une analyse et des recherches de fond tout au long du rapport. **Harpinder Collacott** et **Charlotte Martineau** ont contribué au rapport et prodigué des conseils rédactionnels. Les communications ont été gérées par **Telche Hanley-Moyle**, avec le soutien de **James Harle** et **Anna Hope**. **Amy Cox** a piloté les activités de sensibilisation et de communication. **Simon Murphy** a géré la production du rapport, avec l'appui de production d'**Alice McAndrew** et de **Georgina Carver**. **Dan 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 **Nina Behrman**, et la conception par **Definite.design** et **Soapbox**.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude à l'endroit des réviseurs de *Global Food Security* qui se sont livrés à un examen externe du rapport par les pairs : **Namukolo Covic**, **Mario Herrero**, **Thorne Lynam**, **John McDermott** et **Boyd Swinburne**.

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 : **Mohamed Abdi Farah** (SUN, cabinet du Premier ministre, République fédérale de Somalie, Somalie) ; **Victor Aguayo** (UNICEF, États-Unis) ; **Francesco Branca** (OMS, Suisse) ; **John Cordaro** (Mars Incorporated, États-Unis) ; **Juliane Friedrich** (Fonds international de développement agricole, Italie) ; **Lawrence Haddad** (GAIN, États-Unis) ; **Martin Hoppe** (ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement, Allemagne) ; **Kate Houston** (Cargill, États-Unis) ; **Lauren Landis** (Programme alimentaire mondial, Italie) ; **Anna Lartey** (FAO, Italie) ; **Ferew Lemma** (ministère de la Santé, Éthiopie) ; **Cornelia Loechl** (Agence internationale de l'énergie atomique, Autriche) ; **Erin Milner** (Agence des États-Unis pour le développement international, USAID, États-Unis) ; **Katherine Richards** (Save the Children, Royaume-Uni) ; **Tadashi Sato** (Agence japonaise de coopération internationale, Japon) ; **Ben Siddle** (Irish Aid, Irlande) ; **Carla da Silva Sorneta** (Commission européenne, Belgique) ; **Rachel Toku-Appiah** (Graça Machel Trust) ; **Gerda Verburg** (Organisation des Nations Unies et Mouvement SUN) ; **Frits van der Wal** (ministère des Affaires étrangères, Pays-Bas) ; **Neil Watkins** (Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis).

Nous remercions tout particulièrement les co-présidentes du Groupe des parties prenantes, **Abigail Perry** (ministère du Développement international, Royaume-Uni), et **Lucy Sullivan** (Feed the Truth, États-Unis).

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 : **Lawrence Haddad** (GAIN, Royaume-Uni) ; **Luc Laviolette** (Mécanisme mondial de financement de l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants, États-Unis) ; **Donald Mavundese**, **Azita Shamsolah** et **Paul Stuart** (Send a Cow, Royaume-Uni) ; **Will Nicholson** (Food Foundation, Royaume-Uni) ; **James Ronicle** (Ecorys, Royaume-Uni) ; **Meera Shekar** (Banque mondiale, États-Unis) ; et les membres du groupe d'experts indépendants.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* a pu être réalisé grâce à l'appui financier des organisations suivantes : Fondation Bill & Melinda Gates, Commission européenne, gouvernement du Canada, ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ), Irish Aid, ministère du Développement international du Royaume-Uni et Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Les vues et opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des donateurs.

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.



Copyright © 2020 : Development Initiatives Poverty Research Ltd

Citation suggérée : **Rapport sur la nutrition mondiale 2020 : Agir sur l'équité pour mettre fin à la malnutrition. 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 2020*. 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.

Development Initiatives Poverty Research Ltd

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

ISBN : 978-1-9164452-9-1

Édition : Nina Behrman

Conception et mise en page : Definite.design et Soapbox

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	10
Résumé	12
Chapitre 1 : Introduction : vers l'équité mondiale en matière de nutrition	20
Chapitre 2 : Inégalités relatives au fardeau mondial de la malnutrition	32
Chapitre 3 : Intégrer la nutrition dans la couverture sanitaire universelle	58
Chapitre 4 : Systèmes alimentaires et équité en matière de nutrition	78
Chapitre 5 : Financement équitable pour la nutrition	96
Chapitre 6 : L'équité alimentaire : une responsabilité collective	122
Annexe 1 : Indicateurs nutritionnels	128
Annexe 2 : Évaluation des progrès accomplis par rapport aux cibles mondiales de nutrition	130
Annexe 3 : Pays en voie d'atteindre les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025	132
Notes	136
Acronymes et abréviations	160
Glossaire	161
Ressources complémentaires en ligne	167
Gros plans	168
Encadrés	169
Figures	169
Tableaux	171

LE RAPPORT SUR LA NUTRITION MONDIALE 2020 DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19

Première évaluation mondiale portant sur la situation nutritionnelle à l'échelle internationale, le Rapport sur la nutrition mondiale met en lumière les domaines où des progrès ont été réalisés et ceux où il subsiste des difficultés. Une nouvelle analyse montre que les tendances mondiales et nationales masquent des inégalités flagrantes dans les pays et les populations, les groupes les plus vulnérables étant également les plus touchés. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* s'attache donc à examiner le rôle crucial de la lutte contre le manque d'équité dans l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes. Le manque d'équité est l'une des causes de la malnutrition, qu'il s'agisse de sous-alimentation, de surpoids, d'obésité ou d'autres maladies chroniques liées au régime alimentaire. Le manque d'équité des systèmes alimentaires et des systèmes de santé accentue les inégalités des résultats en matière de nutrition, qui peuvent à leur tour accroître cette iniquité, perpétuant ainsi un cercle vicieux.

Bien que le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* ait été rédigé avant la pandémie actuelle de coronavirus, l'intérêt qu'il porte au bien-être nutritionnel pour tous, en particulier les plus vulnérables, prend un écho encore plus grand au regard de cette nouvelle menace mondiale. La nécessité de mettre en place des systèmes alimentaires et des systèmes de santé plus équitables, plus résilients et plus durables n'a jamais été aussi urgente.

Nous ne sommes pas égaux face à la COVID-19. Les personnes souffrant de sous-alimentation ont un système immunitaire plus faible et peuvent présenter un risque accru de maladie grave due au virus. Parallèlement, un mauvais fonctionnement métabolique (obésité, diabète, etc.) est fortement corrélé à des formes plus sévères de COVID-19, entraînant notamment un risque d'hospitalisation et de décès.

Les populations qui subissent déjà les conséquences du manque d'équité sont particulièrement exposées au virus et aux répercussions des mesures de confinement : personnes pauvres, femmes, enfants, personnes vivant dans des contextes fragiles ou touchés par des conflits, minorités, réfugiés et sans-abris. Il est indispensable de les protéger, en particulier lorsque des interventions sont mises en œuvre.

Une bonne alimentation est un atout essentiel pour permettre aux individus de se défendre contre la COVID-19. La résilience alimentaire est un élément clé qui permet aux sociétés de se préparer à combattre cette menace. L'intérêt porté au bien-être nutritionnel nous donne l'occasion de créer des synergies entre la santé publique et l'équité, dans la droite lignée du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

La COVID-19 révèle la vulnérabilité et les faiblesses de nos systèmes alimentaires déjà fragilisés. Elle met à l'épreuve nos systèmes alimentaires déjà mis sous pression par les conditions climatiques extrêmes. Les mesures adoptées pour contenir la propagation du virus ont entraîné des pénuries alimentaires et nutritionnelles et ont conduit les gouvernements à réduire les services sociaux, tels que les programmes d'alimentation scolaire, dont dépendaient les plus défavorisés. Ce contexte de pénurie alimentaire et nutritionnelle complique encore davantage l'accessibilité physique et financière à des aliments sains issus d'une production durable. L'accès aux distributions de denrées de base et aux marchés alimentaires locaux expose à un risque. Des millions de ménages vivant dans des régions qui jusqu'alors ne présentaient aucun problème de sécurité alimentaire se retrouvent aujourd'hui en situation d'insécurité alimentaire sévère. Les niveaux de famine et de malnutrition pourraient être multipliés par deux en l'espace de quelques semaines seulement.

À l'heure où des mesures sont prises dans le monde entier afin de ralentir la propagation de la COVID-19, nous devons faire en sorte qu'il y ait suffisamment d'aliments nutritifs distribués équitablement pour couvrir les besoins nutritionnels de base, en particulier ceux des personnes les plus vulnérables. Autrement dit, et comme le souligne le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020*, il faut que les systèmes alimentaires, partout dans le monde, deviennent équitables, nutritifs, efficaces et inclusifs.

La COVID-19 met en évidence de profondes disparités en matière de soins de santé, qui s'avèrent parfois mortelles. Les systèmes de santé transformés et renforcés doivent mettre l'accent sur la prestation de services de nutrition et de santé à visée préventive, et être prêts à réagir en cas de crise. Ils doivent également être améliorés afin de remédier aux difficultés rencontrées par certaines populations,

notamment les personnes âgées et les patients présentant déjà une pathologie (système immunitaire affaibli, mauvais fonctionnement métabolique, etc.). Les systèmes sanitaires doivent en outre accorder une attention toute particulière aux femmes et aux enfants, et plus spécifiquement à leur santé et leur bien-être nutritionnels. Toutefois, même les systèmes les plus solides doivent faire face à des dépenses de santé élevées et à des pénuries de personnel médical, d'équipement et d'installations.

L'édition 2020 du Rapport sur la nutrition mondiale souligne la nécessité d'intégrer la nutrition dans la couverture sanitaire universelle en tant que préalable indispensable pour améliorer les régimes alimentaires, sauver des vies et réduire les dépenses de santé tout en veillant à ne laisser personne de côté. Par ailleurs, l'inversion de la courbe de l'obésité permettrait d'alléger le fardeau qui pèse sur nos systèmes de santé, car l'obésité, en plus d'être l'une des pathologies les plus coûteuses, constitue également un risque majeur d'hospitalisation et de complications dues à la COVID-19.

Les prochaines étapes : renforcer la coordination, l'harmonisation, le financement et la responsabilité.

Nous commençons tout juste à ressentir l'ensemble des effets causés par le virus sur les services de santé, les chaînes d'approvisionnement alimentaire, les économies et les moyens de subsistance. Alors que l'épidémie de COVID-19 s'étend aux pays à faible revenu du monde entier, elle met à l'épreuve la santé des personnes ainsi que les systèmes de santé, d'alimentation, d'éducation et de protection sociale. Tous les secteurs de la société doivent apporter leur contribution afin de relever les multiples défis auxquels nous sommes confrontés. Les gouvernements nationaux sont à la tête de ce combat. Ils indiquent l'orientation stratégique à suivre et assurent la coordination et l'harmonisation des programmes. Les organisations de la société civile ont également un rôle clé à jouer. Toutefois, des ressources supplémentaires seront nécessaires pour combattre le virus aux différents niveaux de ces systèmes essentiels ; cette lutte ne doit pas être menée aux dépens des services fondamentaux de santé publique ni des actions en matière de nutrition. Il convient d'accorder une attention particulière au soutien des femmes, car elles jouent un rôle vital dans la préparation des sociétés contre l'épidémie.

Il existe un risque réel que les efforts déployés par les pays pour lutter contre le virus annulent les progrès accomplis en matière de réduction de la faim et de la malnutrition. Ces avancées doivent être préservées en augmentant et en ciblant l'aide publique au développement et les ressources nationales affectées au bien-être nutritionnel. Nous devons combattre activement les facteurs de la malnutrition grâce à des systèmes de sécurité alimentaire et sanitaire plus équitables et plus résilients, appuyés par des mécanismes de protection sociale réactifs.

Nous savons que la lutte contre la malnutrition exige un engagement politique et des mesures simultanées dans les différents secteurs, ainsi que des investissements importants dans les systèmes de données en vue d'assurer la mise en œuvre des programmes et le suivi des progrès. Alors que la COVID-19 fait apparaître une nouvelle réalité, il importe de ne pas réduire à néant les acquis obtenus, tout en faisant face à une nouvelle menace plus présente que jamais. Au-delà de l'urgence pandémique actuelle, il convient de mettre en place des stratégies de santé publique préventives, qui soient fonctionnelles, adéquatement financées et coordonnées, et qui tiennent compte des aspects liés à l'alimentation, la nutrition, la santé et la protection sociale. Nous devons tirer les enseignements des défis auxquels nous confronte la COVID-19 et transformer ces défis en opportunités pour accélérer l'adoption de mesures visant à remédier aux iniquités de la malnutrition sous toutes ses formes, conformément à l'appel relayé par le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020*.

Groupe d'experts indépendants du Rapport sur la nutrition mondiale

Co-présidents

Renata Micha
Venkatesh Mannar

Ashkan Afshin
Lorena Allemanni
Philip Baker
Jane Battersby
Zulfiqar Bhutta

Kevin Chen
Camila Corvalan
Mariachiara Di Cesare
Carmel Dolan
Jorge Fonseca

Chika Hayashi
Cynthia Rosenzweig
Dominic Schofield
Larry Grummer-Strawn

Envoyé spécial du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la COVID-19, Co-directeur de l'Imperial College Institute of Global Health Innovation à l'Imperial College de Londres et Directeur stratégique de 4SD

David Nabarro



Résumé

2015, État du Gujarat (Inde).

Padma, représentante d'un syndicat de travailleuses indépendantes pauvres du secteur informel, dirige un programme de nutrition destiné aux mères.

Photo : Paula Bronstein/Getty Images/Images of Empowerment

AGIR SUR L'ÉQUITÉ POUR METTRE FIN À LA MALNUTRITION

Le Rapport sur la nutrition mondiale appelle les gouvernements, les entreprises et la société civile à intensifier leurs efforts pour remédier à la malnutrition sous toutes ses formes et combattre les inégalités des systèmes alimentaires et sanitaires.

Toute personne a le droit d'avoir accès à une alimentation saine et abordable et à une prise en charge nutritionnelle de qualité. Or, de profondes inégalités, fruits des systèmes et des processus inéquitables qui structurent nos vies quotidiennes, entravent cet accès. Cette année, le Rapport sur la nutrition mondiale s'appuie sur le concept d'équité alimentaire afin de mettre la lumière sur ces inégalités et de montrer comment elles déterminent les facteurs qui permettent ou empêchent d'avoir une vie et une alimentation saines, et qui contribuent à des résultats inégaux en matière de nutrition. Nous étudions le fardeau mondial de la malnutrition à travers le prisme de l'équité afin d'acquérir une compréhension plus complète des inégalités en matière de nutrition. Ainsi, nous pouvons cibler et hiérarchiser les mesures essentielles à prendre en priorité pour intensifier nos efforts et accélérer les progrès visant à éliminer la malnutrition sous toutes ses formes.

Le Rapport sur la nutrition mondiale plaide pour l'adoption d'un programme en faveur de l'équité qui intègre la nutrition dans les systèmes alimentaires et sanitaires, et qui repose sur de solides mécanismes de financement et de responsabilité. Nous n'avons plus que cinq ans devant nous pour atteindre les cibles mondiales de nutrition 2025 ; le temps presse. Nous devons concentrer notre action là où les besoins se font le plus sentir afin d'obtenir des retombées maximales.

Le fardeau mondial de la malnutrition

Aujourd'hui, une personne sur neuf dans le monde souffre de la faim, et une sur trois est en surpoids ou obèse. De plus en plus de pays connaissent le double fardeau de la malnutrition, qui se caractérise par la coexistence de la sous-alimentation et du surpoids, de l'obésité et d'autres maladies non transmissibles liées au régime alimentaire.

La tendance est nette : les progrès sont trop lents pour pouvoir atteindre les cibles mondiales. Pas un seul pays n'est en voie de réaliser la totalité des dix objectifs fixés en matière de lutte contre la malnutrition à l'horizon 2025, et seuls huit pays sur 194 sont en passe d'en atteindre quatre. Près d'un quart des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance. Parallèlement, le surpoids et l'obésité sont en augmentation rapide dans presque tous les pays du monde, et ne présentent aucun signe de ralentissement.

Les progrès dans la lutte contre la malnutrition ne sont pas seulement trop lents, ils sont aussi profondément inéquitables. Une nouvelle analyse montre que les tendances mondiales et nationales masquent des inégalités flagrantes au sein des pays et des populations, les groupes les plus vulnérables étant également les plus touchés. En outre, les résultats en matière de nutrition varient considérablement d'un pays à l'autre. L'insuffisance pondérale continue de toucher les pays les plus pauvres, où elle peut même atteindre des niveaux dix fois plus élevés que dans les pays riches. Le surpoids et l'obésité touchent surtout les pays riches, avec des taux jusqu'à cinq fois supérieurs à ceux des pays pauvres.

Partout dans le monde, nous observons des inégalités criantes selon la situation géographique, l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le niveau de richesse. Par ailleurs, les conflits et d'autres formes de fragilité aggravent le problème. Ce rapport pointe de fortes disparités entre milieu urbain et milieu rural, et des différences plus marquées encore entre les communautés. Chez les enfants de moins de 5 ans de certaines communautés, l'émaciation, les retards de croissance et le surpoids et l'obésité peuvent être respectivement jusqu'à neuf, quatre et trois fois plus importants.

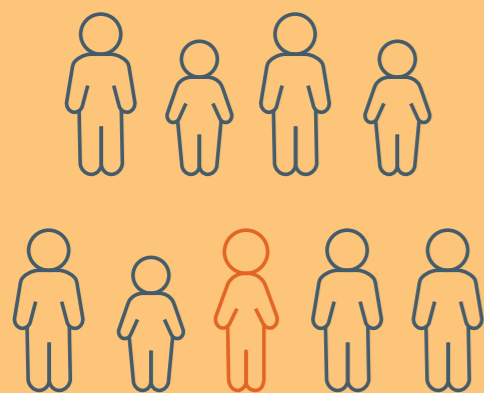
Il existe un lien manifeste entre les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et les caractéristiques du ménage. Ainsi, l'allaitement maternel pendant un à deux ans est moins pratiqué dans les ménages plus aisés, dans les zones urbaines, ou lorsque la mère a un niveau d'études plus élevé. En revanche, les taux d'introduction de nourriture solide et de diversification alimentaire minimale sont sensiblement plus bas dans les ménages les plus pauvres, dans les zones rurales, ou lorsque la mère a un niveau d'études inférieur. Bien que nous ayons besoin de données de qualité plus détaillées sur la nutrition, nous disposons d'éléments suffisants pour agir.

Les gouvernements, les entreprises et la société civile doivent intensifier leurs efforts pour lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes en s'attaquant aux inégalités des systèmes alimentaires et sanitaires.

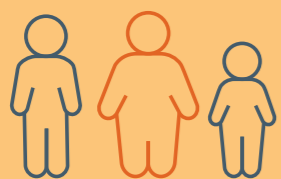


Aujourd'hui, des obstacles importants empêchent des millions de personnes d'avoir une vie et une alimentation saines.

Dans le monde, **1 personne sur 9** souffre de la faim ou de la sous-alimentation



1 personne sur 3 est en surpoids ou obèse



Une nouvelle analyse montre que les tendances mondiales et nationales masquent des inégalités au sein des pays et des communautés, les groupes vulnérables étant les plus touchés.

L'insuffisance pondérale continue de toucher les pays les plus pauvres, où elle atteint des taux dix fois plus élevés que dans les pays les plus riches. À l'inverse, le surpoids et l'obésité touchent surtout les pays riches, dans des proportions jusqu'à cinq fois plus importantes.



Les taux d'introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous et de diversification alimentaire minimale sont sensiblement plus bas chez les enfants issus des ménages les plus pauvres, des zones rurales, ou lorsque la mère a un niveau d'études inférieur.

La mauvaise qualité des régimes alimentaires et la malnutrition qui en résulte ne sont pas une simple question de choix personnel. La plupart des gens n'ont pas accès à une alimentation saine ou à une prise en charge nutritionnelle de qualité, ou n'en ont pas les moyens.

Les systèmes alimentaires et sanitaires doivent être transformés



Nous devons combattre les inégalités des systèmes alimentaires et faire en sorte que les aliments sains et durables constituent le choix le plus accessible et le plus abordable pour tous.



Nous devons faire de la nutrition une composante à part entière des systèmes de santé, et rendre la prise en charge nutritionnelle préventive et curative universellement accessible.

C'est maintenant qu'il faut agir. Les parties prenantes doivent travailler de concert pour lever les obstacles qui entravent les progrès visant à éliminer la malnutrition.



Remédier aux inégalités des systèmes alimentaires et sanitaires

La mauvaise qualité des régimes alimentaires et la malnutrition qui en résulte comptent parmi les plus grands défis actuels de nos sociétés, entraînant des effets néfastes majeurs sur la santé, l'économie et l'environnement. Pour résoudre équitablement la crise mondiale de la nutrition, nous devons modifier radicalement notre approche dans deux domaines : l'alimentation et la santé.

Tout d'abord, nous devons combattre les inégalités des systèmes alimentaires, de la production à la consommation. Les systèmes alimentaires actuels ne permettent pas aux individus de faire des choix alimentaires sains. Aujourd'hui, la grande majorité de la population ne peut tout simplement pas accéder à une alimentation saine ou n'en a pas les moyens. Les causes de cette situation sont complexes. D'une part, les systèmes agricoles existants visent essentiellement à produire une surabondance de céréales de base telles que le riz, le blé et le maïs, au lieu de produire une plus large gamme d'aliments à la fois plus diversifiés et plus sains tels que les fruits, les légumes et les légumineuses. D'autre part, nous sommes face à une offre de produits alimentaires hautement transformés, bon marché et faisant l'objet de campagnes promotionnelles intensives, dont les ventes restent élevées dans les pays à haut revenu et progressent rapidement dans les pays à revenu intermédiaire des tranches supérieure et inférieure.

L'urgence climatique nous contraint à repenser ces systèmes alimentaires. Elle est également l'occasion de changer d'approche, afin que les aliments sains issus d'une production durable constituent le choix le plus accessible, le plus abordable et le plus souhaitable pour tous. Ces approches doivent porter la voix des groupes marginalisés et résoudre le problème du coût réel de l'alimentation pour l'environnement et la santé humaine. Elles doivent en outre pouvoir s'appliquer aussi bien aux contextes spécifiques qu'à l'ensemble des secteurs, afin d'agir sur toutes les composantes du système alimentaire.

En second lieu, nous devons remédier aux inégalités nutritionnelles présentes dans les systèmes de santé. La malnutrition sous toutes ses formes est devenue la première cause de mauvaise santé et de décès, et l'augmentation rapide des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire exerce une pression insoutenable sur les systèmes de santé. Pourtant, la plupart des gens n'ont pas accès à une prise en charge nutritionnelle préventive ou curative de qualité, ou n'en ont pas les moyens. À l'échelle mondiale, environ un quart seulement des 16,6 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère ont reçu un traitement en 2017, soulignant l'urgence qu'il y a à combattre ce fardeau inacceptable. Les actions en faveur de la nutrition ne représentent qu'une infime portion des budgets nationaux consacrés à la santé, alors qu'elles peuvent offrir un excellent rapport coût/efficacité et qu'elles permettent de réduire les dépenses de santé à long terme. Ces actions portent essentiellement sur la sous-alimentation et sont rarement assurées par des professionnels qualifiés dans le domaine de la nutrition. De plus, les dossiers et les examens médicaux ne sont pas optimisés pour dépister, surveiller et traiter la malnutrition, par exemple en évaluant la qualité du régime alimentaire et la sécurité alimentaire.

L'engagement de la communauté mondiale en faveur de la couverture sanitaire universelle est l'occasion de faire de la nutrition une composante à part entière des systèmes de santé. Les services essentiels de nutrition (aussi bien préventifs que curatifs) doivent être universellement accessibles à tous, en particulier à ceux qui en ont le plus besoin. La solidité de la gouvernance et de la coordination intersectorielles est essentielle pour bâtir des systèmes de santé fonctionnels et résilients. L'intégration et le déploiement à grande échelle de la prise en charge nutritionnelle dans les systèmes de santé permettraient de sauver des vies et de réduire le coût colossal des soins de santé.

Seule la lutte contre les inégalités des systèmes alimentaires et sanitaires nous permettra de réaliser les transformations nécessaires pour mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes.

Investir pour améliorer les résultats en matière de nutrition

L'accélération de la dynamique visant à atteindre les cibles mondiales et à éliminer la malnutrition relève de la responsabilité collective de tous les secteurs et de tous les pays. Le financement national des gouvernements est indispensable pour garantir des améliorations durables. Parallèlement, les donateurs internationaux se doivent d'accroître leur contribution lorsque les États n'ont pas les ressources nécessaires pour agir efficacement.

À ce jour, les investissements sont essentiellement consacrés à la lutte contre la sous-alimentation. Certaines améliorations ont été observées dans ce domaine, comme le montre la baisse progressive des taux de retard de croissance dans le temps. En revanche, le surpoids, le surpoids et l'obésité augmentent rapidement. Le déficit de financement de la lutte contre le surpoids, l'obésité et les autres maladies non transmissibles liées au régime alimentaire se creuse lui aussi. Les pays doivent avoir les moyens de combattre la malnutrition sur ces deux fronts à la fois.

Nous devons examiner les investissements en faveur de la nutrition à travers le prisme de l'équité. Les investissements doivent répondre aux besoins, et les volumes de financement doivent être proportionnels au fardeau à combattre. Il nous faut élaborer de manière proactive de nouveaux mécanismes de financement capables de compléter les sources existantes. Les inégalités nutritionnelles concernent tous les pays et toutes les communautés. Par conséquent, les décisions relatives à l'affectation des ressources en fonction des besoins doivent s'appuyer sur des données détaillées au niveau infranational, à l'aide de solutions rentables fondées sur des données factuelles. La coordination est essentielle pour hiérarchiser les investissements en faveur d'une nutrition équitable. L'orientation des ressources et des programmes en direction des communautés et des personnes les plus touchées devrait permettre des progrès plus rapides et plus équitables en vue d'éliminer la malnutrition.

Mesures essentielles à prendre pour parvenir à l'équité en matière de nutrition

L'alimentation est une question d'importance mondiale, dont les enjeux sont cruciaux pour la santé, l'équité, le développement durable, l'économie et la subsistance des populations. Au niveau international, il est de plus en plus admis que les gouvernements, les entreprises et la société civile ont un rôle à jouer pour renforcer l'équité des systèmes alimentaires et sanitaires. Cette reconnaissance est pour nous l'occasion d'investir dans la nutrition afin de préserver notre avenir. Ces deux prochaines années, plusieurs événements majeurs nous donneront l'occasion de placer la nutrition en tête de nos priorités en matière de politiques publiques et de repenser nos systèmes alimentaires et sanitaires, notamment : le Sommet de la nutrition pour la croissance (N4G), qui se tiendra à Tokyo, la Conférence des Nations Unies sur le changement climatique de 2020 (reportée en 2021) et le Sommet des systèmes alimentaires de 2021.

Nous exhortons les dirigeants à donner la priorité aux mesures visant à garantir que toutes les personnes, en particulier les plus touchées par la malnutrition, puissent accéder sans contraintes à une alimentation saine et abordable, et à une prise en charge nutritionnelle de qualité. Les gouvernements doivent collaborer avec les parties prenantes de tous les secteurs pour surmonter les inégalités qui entravent les progrès visant à éliminer la malnutrition. Afin d'impulser les transformations nécessaires pour parvenir à l'équité en matière de nutrition et mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes, nous devons concentrer notre action sur trois domaines clés : les systèmes alimentaires, les systèmes de santé et les financements. Le Rapport sur la nutrition mondiale propose les mesures concrètes suivantes :

Systèmes alimentaires

Pour faire en sorte que les aliments sains issus d'une production durable constituent le choix le plus accessible, le plus abordable et le plus souhaitable pour tous, nous devons travailler ensemble afin d'intégrer la nutrition dans toutes les composantes du système alimentaire.

- Mettre en œuvre des cadres réglementaires et politiques solides visant à favoriser des régimes alimentaires plus sains pour tous aux niveaux national et communautaire, ainsi que dans l'ensemble des secteurs, de la production à la consommation.
- Optimiser les subventions agricoles et accroître les investissements publics afin de produire une large gamme d'aliments plus diversifiés et plus sains.

-
- Appuyer les services de transport public et raccourcir les chaînes d'approvisionnement en produits frais, notamment auprès des groupes les plus défavorisés sur le plan nutritionnel et les plus difficiles à atteindre.
 - Mettre en place des politiques alimentaires fondées sur des données factuelles en vue de favoriser des régimes alimentaires sains, durables et équitables, et assurer leur suivi et leur évaluation (par exemple : mesures fiscales, reformulation des produits alimentaires, interventions en milieu scolaire et professionnel, politiques d'étiquetage et de promotion des produits).
 - Responsabiliser l'industrie agroalimentaire afin qu'elle produise et commercialise des produits plus sains et plus durables grâce à des mécanismes renforcés.
 - Renforcer et accroître les dépenses de recherche afin de répondre aux grands enjeux en matière de nutrition, de définir des solutions rentables et de stimuler l'innovation.

Systemes de santé

Pour sauver des vies et réduire le coût des soins médicaux, les secteurs doivent travailler en collaboration afin de faire de la nutrition une composante de base des services de santé, en exploitant les infrastructures existantes et en lançant de nouvelles technologies.

- Mettre en place des services de nutrition au sein des services de santé en élaborant des programmes de prise en charge nutritionnelle chiffrés qui puissent être déployés de manière durable afin de couvrir toutes les formes de malnutrition, y compris le surpoids, l'obésité et les autres maladies non transmissibles liées au régime alimentaire.
- Investir dans les ressources humaines afin d'accroître le nombre de professionnels de la nutrition qualifiés et de niveler l'accès à une prise en charge nutritionnelle de qualité.
- Recourir à un éventail de professionnels et d'agents de santé en vue de réduire les inégalités d'accès, et améliorer l'efficacité de ces derniers en leur offrant des possibilités de formation et de perfectionnement.
- Utiliser des produits de santé nutritionnelle tels que les aliments thérapeutiques et des solutions technologiques innovantes telles que l'accompagnement nutritionnel en ligne, le cas échéant, notamment en cas d'intervention auprès de communautés isolées et plus difficiles à atteindre.
- Optimiser les dossiers et les examens médicaux pour permettre la prise en charge nutritionnelle, fournir des services de nutrition préventifs et curatifs et identifier les personnes qui sont dans le plus grand besoin.
- Recueillir régulièrement et systématiquement les données relatives à la nutrition au niveau communautaire, à travers le prisme de l'équité et en ventilant les données selon les caractéristiques des populations clés afin de consolider les données factuelles et d'éclairer l'établissement des priorités.

Coordination, financement et responsabilité de la nutrition

Les secteurs doivent œuvrer de concert afin d'élaborer des mécanismes de financement et de responsabilité complémentaires destinés à orienter les ressources et les programmes en faveur des communautés et des personnes les plus touchées par la malnutrition.

- Augmenter les financements nationaux pour répondre aux besoins des communautés les plus touchées par la malnutrition, notamment la sous-alimentation, ainsi que par le surpoids, l'obésité et les autres maladies non transmissibles liées au régime alimentaire.
- Investir dans les systèmes de gestion des données afin de consolider les données relatives aux flux financiers, permettant ainsi leur alignement sur les priorités nationales en matière de nutrition.
- Accroître le financement et la coordination de la nutrition à l'échelle internationale en ciblant les populations qui en ont le plus besoin, en particulier dans les pays fragiles et touchés par les conflits, ainsi que dans ceux dont les possibilités de mobilisation des ressources nationales sont limitées.
- Instaurer un système international de gouvernance et de redevabilité permettant de corriger les déséquilibres de pouvoir dans les systèmes alimentaires et sanitaires et de demander des comptes à ceux qui sont à l'origine de ces inégalités.
- Mettre en place des espaces de dialogue afin de coordonner les mesures visant à atteindre l'équité en matière de nutrition, et faire pression au niveau politique pour inclure les communautés dans les différentes étapes, de la conception à l'évaluation.
- Réaliser des analyses de situation destinées à identifier les goulots d'étranglement dans les domaines de l'alimentation, de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, afin de lever les obstacles à l'amélioration des résultats en matière de nutrition.

Nous devons agir maintenant. Nous devons être dotés de moyens adéquats, solidement coordonnés et responsables. La réalisation des cibles mondiales de nutrition nous permettrait à tous de vivre en meilleure santé et plus heureux. Le Sommet de la nutrition pour la croissance peut nous donner l'élan nécessaire pour atteindre cet objectif. Il est à notre portée.



01

Introduction : vers l'équité mondiale en matière de nutrition

2014. Rwanda.
Bénévole donnant un cours d'éducation nutritionnelle.
Photo : Global Communities/Juozas Cernius.

Des inégalités dans toutes les formes de malnutrition

La mauvaise alimentation est la première cause de mortalité et de morbidité à l'échelle mondiale, devant de nombreuses autres problématiques de santé mondiales importantes¹. La crise nutritionnelle mondiale qui en découle se caractérise par des famines et une sous-alimentation, principalement sous la forme de retards de croissance, d'émaciation, d'insuffisance pondérale et de carences en micronutriments, ainsi que par des maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire, telles que le surpoids, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les cancers. Le double fardeau de la malnutrition, qui se compose des deux facettes d'une même crise, a de vastes répercussions économiques, environnementales et de santé qui affectent tous les pays à l'échelle mondiale, sous une forme ou une autre. Pourtant, on observe des différences marquées de résultats en matière de nutrition, c'est-à-dire des inégalités nutritionnelles, en ventilant les résultats selon les principales caractéristiques sociodémographiques, telles que l'emplacement géographique, l'âge, le genre, l'appartenance ethnique, l'éducation et le niveau de richesse. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* fournit des données de qualité et une analyse approfondie pour mieux comprendre le fardeau mondial de la malnutrition. Notre objectif à travers ce rapport est de distinguer les schémas et les causes des inégalités en matière de nutrition pour stimuler l'action et s'assurer de ne laisser personne de côté.

À l'heure actuelle, une personne sur neuf, soit 820 millions de personnes à travers le monde, souffre de la faim ou de la sous-alimentation et ce chiffre augmente depuis 2015, surtout en Afrique, en Asie occidentale et en Amérique latine². Près de 113 millions de personnes, réparties dans 53 pays, sont touchées par la famine en raison de conflits et de situations d'insécurité alimentaire, de chocs climatiques et de crises économiques³. Parallèlement, plus d'un tiers de la population adulte mondiale est en surpoids ou obèse, avec une tendance à la hausse ces deux dernières décennies⁴.

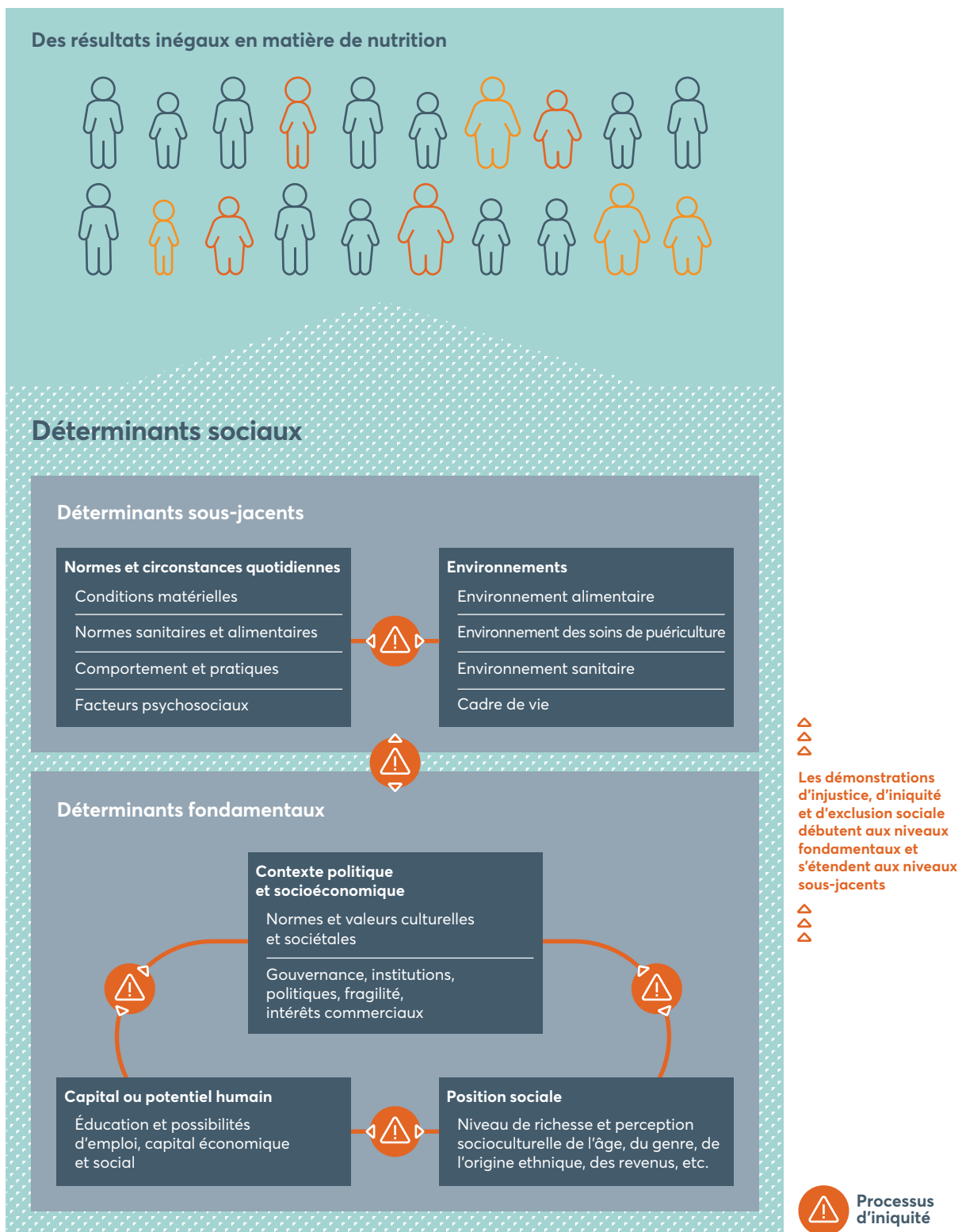
Les dernières données montrent une progression dans la réalisation de certaines cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025, y compris celles liées à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant⁵ et aux MNT liées au régime alimentaire⁶. Le retard de croissance chez l'enfant a diminué à l'échelle mondiale, passant de 165,8 millions de cas en 2012 à 149 millions en 2018, soit une baisse relative de 10 %. À l'échelle mondiale, aucun pays n'est parvenu à inverser la tendance croissante du surpoids et de l'obésité. Dans l'ensemble,

la progression dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition est bien trop lente, voire inexistante (voir le chapitre 2)⁷. La malnutrition stagne à des niveaux élevés inacceptables, avec des écarts marqués entre les pays, au sein des pays et selon les caractéristiques de population prises en compte.

Les dirigeants mondiaux ont défini une vision du monde dans laquelle personne ne serait laissé de côté, en s'engageant à atteindre les objectifs de développement durable (ODD)⁸. Dans cette vision, le monde serait débarrassé de toute forme de malnutrition⁹. Immédiatement après l'adoption des ODD, la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025)¹⁰ s'est fixé l'objectif d'éliminer toutes les formes de malnutrition d'ici à 2025, un objectif étayé par les principes d'universalité et de sécurité alimentaire et nutritionnelle pour tous¹¹. Le principe d'universalité fait référence à une approche inclusive qui veille à ce que chacun ait un accès équitable aux ressources et aux services dont il a besoin pour atteindre une santé nutritionnelle optimale. L'équité ajoute une dimension éthique et se concentre davantage sur les possibilités que sur les résultats. Les résultats inégaux en matière de nutrition sont ancrés dans de profondes iniquités, fruits des systèmes et des processus inéquitables qui structurent nos vies quotidiennes. Ces systèmes et processus façonnent les possibilités d'accès à une alimentation saine, un environnement sain, des soins de santé adaptés et un quotidien équilibré, ainsi que les obstacles qui entravent cet accès. Des avancées considérables ont été enregistrées quant à l'évaluation des inégalités nutritionnelles, mais les progrès ont été moins marqués pour ce qui est de la compréhension et la résolution des iniquités. Reconnaisant cette lacune, le Rapport sur la nutrition mondiale de cette année se concentre sur l'équité en matière de nutrition.

Les iniquités en matière de nutrition touchent toute la hiérarchie sociale et se nourrissent de la marginalisation, de la stigmatisation ou de la perte relative de pouvoir des différents individus et groupes. Ne pas écouter ou ignorer la voix et les idées des populations marginalisées revient à ignorer leurs besoins en matière de santé et de nutrition. Mettre l'accent sur les *inégalités* consiste à comprendre les différences de résultats en matière de nutrition, tels que les régimes alimentaires et les maladies, au sein des différents groupes de population, tandis que s'intéresser à l'*iniquité* met en lumière les systèmes et processus sous-jacents qui engendrent une répartition inégale des résultats¹². Si les inégalités de résultats en matière de nutrition pouvaient être évitées grâce à l'intervention humaine, et les données factuelles semblent indiquer que tel est le cas, alors ces inégalités seraient par définition injustes¹³. Nous devons adopter un programme politique

FIGURE 1.1
Cadre d'équité nutritionnelle



Source : adapté de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹⁴ et pleinement aligné sur le cadre du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)¹⁵.

en faveur de l'équité pour éclairer l'établissement des priorités, cibler les ressources en fonction des besoins et veiller à ce que personne ne soit laissé de côté. Pour réaliser les ODD et les cibles mondiales de nutrition qui en découlent pour tous, il est indispensable d'expliquer les raisons de ces inégalités de résultats en matière de nutrition. Pour cela, il convient de comprendre les divers déterminants de l'iniquité nutritionnelle.

L'iniquité en matière de nutrition et ses déterminants

Le présent Rapport sur la nutrition mondiale offre un cadre conceptuel (figure 1.1) pour aider à comprendre les iniquités en matière de nutrition et à y remédier en examinant ses déterminants.

Ce cadre est inspiré de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹⁶ et pleinement aligné sur le cadre du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)¹⁷. Les résultats inégaux et évitables sont engendrés par des processus injustes qui sont mis en évidence par une analyse de l'équité. Ce cadre d'équité nutritionnelle permet un examen approfondi à travers l'analyse des déterminants aux niveaux de base et sous-jacent (conformément aux niveaux structurel et intermédiaire de l'OMS, qui reprennent en quelque sorte les niveaux similaires de l'UNICEF, tout en les enrichissant).

Au niveau sous-jacent, le manque d'équité nutritionnelle est dû à la manière dont les conditions sociales, psychologiques, comportementales et matérielles des personnes interagissent au quotidien avec les environnements plus larges. Ces derniers comprennent une alimentation adaptée et de qualité, des soins de puériculture, des soins de santé, et des conditions de vie au sens large (comprenant l'assainissement et les possibilités d'activité physique). Plusieurs interactions peuvent s'opérer à ce niveau. Par exemple, une famille ayant à charge un enfant affaibli par une mauvaise alimentation et souffrant de malnutrition, en partie à cause d'un contexte d'assainissement et de vaccination inadapté, peut être dans l'incapacité d'accéder à des services de santé adéquats ou de payer pour ces services, y compris à des services de conseil et de soutien pour la prévention. Au fil du temps, cette situation peut conduire à une dégradation supplémentaire des conditions matérielles et psychosociales de la famille, en raison, par exemple, d'occasions manquées de générer des revenus et d'une perte des ressources de subsistance de la famille.

En définitive, le quotidien des personnes, leurs conditions de vie et leur accès à la nourriture et aux soins de santé sont déterminés par des facteurs décrits à un niveau de base, qui peuvent à leur tour engendrer un accès inégal aux déterminants sous-jacents. Le niveau de base du cadre d'équité nutritionnelle explique comment l'iniquité en matière de nutrition prend racine dans le manque d'égalité de la position sociale, du capital humain et du potentiel, ces derniers variant en fonction des contextes socioéconomique et politique. Ces contextes ne présentent pas tous le même niveau de stabilité, en particulier dans les pays ou les régions touchés par des conflits ou d'autres formes de fragilités (y compris économiques, environnementales, politiques, sécuritaires et sociétales, comme le décrit le cadre de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la fragilité¹⁸).

Le niveau de base du cadre est particulièrement utile pour mettre en lumière l'impact significatif que la position sociale d'une personne peut avoir sur son capital humain et son potentiel. La position sociale est influencée non seulement par le niveau de richesse, mais aussi par la perception socioculturelle de l'âge, du genre, de l'appartenance ethnique, de l'éducation ou du handicap. Le capital humain, ou potentiel, englobe l'éducation et les possibilités d'emploi, ainsi que les relations sociales, qui ont toutes un impact sur les circonstances et l'environnement quotidiens. Par exemple, les populations les plus pauvres sont susceptibles d'avoir moins d'argent pour se procurer des denrées alimentaires ou accéder aux services de santé et d'éducation, et leur accès, tout comme celui des populations plus aisées, peut être restreint par d'autres formes de discrimination sociale.

Les démonstrations d'injustice, d'iniquité et d'exclusion sociale (encadré 1.1) débutent aux niveaux fondamentaux et s'étendent aux niveaux sous-jacents. Par exemple, certains groupes sont exclus des processus politiques ou stigmatisés et disposent d'un nombre restreint d'occasions de renforcer leur capital humain. Les systèmes alimentaires sont affectés par différents déterminants commerciaux puissants, tels que le marketing, la publicité et l'influence des entreprises sur la politique gouvernementale (notamment à travers les lobbys), qui, à leur tour, impactent les comportements des personnes et leur environnement alimentaire direct¹⁹. Les facteurs de base et sous-jacents comprennent des déterminants sociaux, politiques et commerciaux. Dans la suite du présent document, ces derniers seront désignés par le terme « déterminants sociaux » (conformément à la terminologie de l'OMS relative aux déterminants sociaux de la santé).

ENCADRÉ 1.1

Quelles sont les causes de l'iniquité ?

Injustice : l'injustice sociale prend racine dans la discrimination exercée envers des individus ou des groupes en raison de leurs normes sociales ou de leurs valeurs culturelles et conduit ces groupes à être stigmatisés et considérés comme inférieurs ou indésirables. Souvent, ces formes de discriminations s'entremêlent²⁰ et l'incapacité des politiques à reconnaître ces discriminations perpétue les iniquités²¹. La position sociale attribuée aux personnes victimes de ces discriminations, par exemple « un enfant handicapé » ou « une femme de basse caste », devient la source d'injustices répétées tout au long de la vie de la personne et sur plusieurs générations, affectant ainsi son accès à l'éducation, à la santé et à l'alimentation²².

Iniquité : tout au long de sa vie, une personne peut être exposée à diverses iniquités découlant d'une injustice d'injustices sociales fondamentales. Le manque d'égalité des chances (notamment par le biais de l'éducation)²³ entraîne un manque de connaissances, un faible accès aux services et des environnements physiques de piètre qualité²⁴. Certains groupes sociaux peuvent constater une discrimination accrue à leur égard, notamment de la part des agents de santé²⁵. Ce même « garçon handicapé » ou cette même « femme de basse caste » peut être dans l'incapacité d'accéder à des soins de santé adaptés, car les services requis ne sont soit pas conçus pour répondre à ses besoins, soit pas disponibles dans sa communauté, ou ce dernier ou cette dernière ne dispose pas des connaissances pour demander de l'aide. Des facteurs similaires peuvent entraver l'accès aux marchés de denrées alimentaires ou à un assainissement adéquat et, cumulés, dégrader davantage les résultats en matière de nutrition.

Exclusion politique et déséquilibres de pouvoir : les individus ou les groupes marginalisés sont moins susceptibles d'être représentés au sein des institutions qui offrent des possibilités d'éducation ou des opportunités économiques²⁶ et qui élaborent des politiques et des programmes visant à remédier aux causes sous-jacentes des iniquités en matière de nutrition. Le manque de pouvoir opère à différents niveaux : des règles implicites qui régissent la vie d'une famille (tel le fait qu'une fille aille ou non à l'école), au poids relatif des différents pays au sein du marché mondial ou des accords internationaux²⁷ et au pouvoir des acteurs de l'agroalimentaire qui font du lobbying pour entraver les mesures de santé publique ou affaiblir les recherches scientifiques²⁸, en passant par les obstacles à la création de normes de santé publique²⁹.

Les causes de l'iniquité sont complexes et alimentées par les nombreuses interactions des déterminants sociaux aux niveaux de base et sous-jacents. Ensemble, elles influencent les contextes sociaux, institutionnels, politiques et commerciaux dans lesquels vivent les populations. Les circonstances quotidiennes, l'environnement, la position sociale, le capital humain et le contexte social considérés conjointement déterminent la probabilité d'une personne de souffrir de malnutrition. De mauvais choix de politiques, une faible gouvernance, une fragilité gouvernementale ou des conflits peuvent créer des environnements alimentaires de mauvaise qualité impactant toutes les populations. Toutefois, même ces effets généralisés à l'ensemble de la société ne sont pas équitables, dans le sens où ils impactent généralement les groupes les plus pauvres, vulnérables et exclus de manière disproportionnée³⁰. Ce n'est donc pas par hasard que de nombreuses formes de malnutrition touchent les groupes ayant le moins de poids sur les scènes sociale et politique, à savoir les femmes, les enfants, les minorités ethniques et les personnes les moins instruites ou vivant dans

la pauvreté. L'exposition à ces déterminants de l'iniquité a souvent un impact à long terme et cumulatif sur le bien-être des personnes, plutôt qu'un effet épisodique.

Atteindre l'équité en matière de nutrition en agissant sur les déterminants sociaux

Les leaders mondiaux ont renouvelé leur engagement en faveur de l'intégration de la justice, de l'égalité et des droits humains dans les efforts visant à résoudre les problèmes mondiaux à travers les objectifs de développement durable fixés en 2015. L'ODD 10 (encadré 1.2) s'avère particulièrement pertinent dans la lutte contre l'épidémie mondiale de malnutrition et reconnaît l'importance d'agir sur les déterminants sociaux pour éliminer les causes profondes de l'iniquité en matière de nutrition.

Un programme politique en faveur de l'équité pour mettre en œuvre les interventions nutritionnelles

Les actions en matière de nutrition doivent être davantage sensibles à l'équité afin de remédier au fardeau de la malnutrition dans son ensemble. Pour cela, il convient de s'attacher plus étroitement à l'ambition transversale des ODD de « ne laisser personne de côté ». Au sein de la communauté internationale du développement, les parties prenantes ont déjà commencé à mettre en œuvre l'approche visant à « aider les plus défavorisés en premier »³¹. Outre l'attention accrue accordée aux données, qui contribue à identifier les inégalités en matière de nutrition, il est impératif de traduire cette vision globale en politiques nutritionnelles concrètes et sensibles à l'équité.

Les gouvernements et les décideurs politiques doivent prendre en compte l'impact des politiques sociales plus globales traitant du logement, du travail, de l'urbanisme, des transports, du genre, de l'éducation et de la protection sociale sur les résultats en matière de nutrition, et intégrer ces données dans les stratégies de nutrition. De telles actions globales en faveur de l'équité sont de plus en plus intégrées aux stratégies alimentaires municipales grâce à la prise en compte des corrélations entre alimentation et santé d'un point de vue équitable et systémique³². Par exemple, le partenariat Brighton and

Hove Food Partnership (Royaume-Uni) entre les autorités municipales et de santé locales et les organisations de la société civile a permis d'élaborer un plan d'action pour la stratégie alimentaire dans lequel « l'emploi, les prestations sociales, le logement et les dépenses de carburant » sont considérés comme « une approche préventive pour remédier à la pauvreté alimentaire »³³.

Un programme de politique nutritionnelle en faveur de l'équité doit également tenir compte des possibles liens avec l'environnement et des incidences écologiques. Il existe un besoin urgent et croissant de mieux comprendre la corrélation entre notre alimentation et notre planète, qui va au-delà de la production de déchets et de la pollution de l'eau. Notre alimentation impacte le climat, qui à son tour impacte notre alimentation. Nous nous devons d'optimiser les régimes alimentaires de toutes les populations et d'atteindre un système alimentaire durable à l'échelle mondiale. Une récente Commission Lancet a reconnu l'importance de ces corrélations et a recommandé de faire le lien entre « les différents silos de pensées et d'actions relatifs à la sous-alimentation, au surpoids, à l'obésité et au changement climatique afin de travailler de manière collaborative sur des facteurs systémiques communs » dans les domaines de l'alimentation, de l'agriculture, des transports, de l'aménagement urbain et de l'utilisation des terres³⁴. Il est aujourd'hui temps de faire des aliments sains et produits de manière durable le choix le plus accessible, attractif et pratique pour tous.

ENCADRÉ 1.2

Équité : gros plan sur la justice, la vulnérabilité et la non-discrimination

Objectif de développement durable 10 : réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre

L'ODD 10 reconnaît que l'égalité et la recherche d'équité sont indissociables dans l'engagement de « ne laisser personne de côté ».

« Nous aspirons à un monde où soient universellement respectés les droits de l'homme et la dignité humaine, l'état de droit, la justice, l'égalité et la non-discrimination. Un monde où la race, l'origine ethnique et la diversité culturelle soient respectées. Un monde où règne l'égalité des chances, pour que le potentiel humain soit pleinement réalisé et la prospérité partagée. Un monde qui investisse dans ses enfants et où chacun d'eux grandisse à l'abri de la violence et de l'exploitation. Un monde où l'égalité des sexes soit une réalité pour chaque femme et chaque fille et où tous les obstacles juridiques, sociaux et économiques à leur autonomisation aient été levés. Un monde juste, équitable, tolérant et ouvert, où les sociétés ne fassent pas de laissés-pour-compte et où les besoins des plus vulnérables soient satisfaits. »³⁵

Source : Transformer notre monde : Le Programme de développement durable à l'horizon 2030³⁶.

La gouvernance au service de la lutte contre l'iniquité en matière de nutrition

Il est essentiel de renforcer la gouvernance, la coordination, l'engagement politique et la redevabilité pour résoudre l'iniquité en matière de nutrition, comme l'a souligné la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS :

« Pour remédier aux inégalités sanitaires et aux disparités des conditions de vie quotidiennes, il faut s'attaquer aux inégalités dans la façon dont la société est organisée, par exemple entre hommes et femmes. [...] Pour qu'il ait ces atouts, il faut plus que renforcer les instances gouvernementales, il faut renforcer la gouvernance : légitimité, latitude dans l'action (« espace ») et soutien de la société civile, d'un secteur privé responsable et de tous les membres de la société pour défendre l'intérêt commun et réinvestir dans l'action collective³⁷. »

À l'échelle nationale et mondiale, il sera nécessaire d'accorder la priorité à l'établissement de politiques et à l'obtention de financements pour agir sur les déterminants sociaux de l'iniquité en matière de nutrition dans leur ensemble. La capacité des différents groupes et individus à accéder à des régimes sains et nutritifs est fondamentalement liée à « la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources » mis en lumière par la Commission de l'OMS³⁸. Atteindre l'équité dans les résultats en matière de nutrition passera obligatoirement par un plus grand engagement politique, un leadership plus fort et une meilleure gouvernance, associés à un renforcement des capacités, à la formation des acteurs et à une meilleure affectation

des ressources humaines et financières. Cela nécessite l'intervention des principales parties prenantes, y compris des autorités nationales, du système des Nations Unies, des organisations de la société civile et des entreprises. Par ailleurs, il convient d'agir à l'échelle infranationale afin de résoudre l'iniquité au sein même des pays.

Pour cela, l'attention accordée à la gouvernance inclusive, aux droits humains et à la redevabilité doit être renforcée. Une telle pensée et de tels efforts sur le plan politique sont actuellement appliqués par les acteurs du développement international³⁹ et ont donné naissance à de nombreuses analyses de la gouvernance en matière de nutrition⁴⁰. Les précédents Rapports sur la nutrition mondiale ont mis en exergue les efforts visant à établir et maintenir l'engagement politique en faveur de la nutrition grâce à une plus grande attention accordée à la gouvernance et à la redevabilité. Cette dernière englobe plusieurs formes de redevabilité sociale qui impliquent les personnes participant au contrôle des décisions et des services qui les affectent le plus⁴¹. Parmi les programmes nationaux, les législations et les garanties constitutionnelles fondés sur les droits en matière de nutrition figurent le mouvement pour le droit à l'alimentation Right to Food au Brésil⁴² et l'initiative Transformation of Aspirational Districts en Inde⁴³ (voir le Gros plan 3.1 au chapitre 3).

L'amélioration des structures et de la coordination gouvernementales a une incidence directe sur l'atténuation des inégalités nutritionnelles. Une étude réalisée dans 116 pays sur une période de 15 ans a comparé l'évolution du retard de croissance par rapport à des mesures de gouvernance élémentaires (efficacité administrative, loi et ordre, stabilité politique, diminution de la corruption et redevabilité démocratique) et a conclu qu'une « gouvernance de meilleure qualité permettait de réduire la sous-alimentation chez l'enfant, quel que soit le niveau de revenu »⁴⁴.

Dans les contextes d'instabilité politique et économique, ou d'autres formes de fragilité, la gouvernance est souvent compromise, conduisant à l'aggravation de l'iniquité en matière de nutrition et ainsi à des inégalités en la matière. La fragilité et les conflits peuvent affaiblir les services et les infrastructures de base, augmenter les prix des denrées alimentaires, dévaluer les monnaies et créer des mécanismes d'adaptation néfastes (tels que la diminution du nombre de repas ou le retrait des enfants de l'école) qui auront des répercussions à long terme. Dans ces contextes, des mesures spécifiques doivent être prises pour combler le fossé entre l'aide humanitaire et le développement et remédier aux multiples facteurs et manifestations de l'iniquité en matière de nutrition dans les États fragiles.

Mesurer et analyser les données nutritionnelles du point de vue de l'équité

Il est nécessaire de prendre la responsabilité de la nutrition mondiale pour identifier et comprendre les facteurs des résultats inégaux en matière de nutrition et faciliter les bonnes actions à mettre en œuvre pour générer un impact. Les mécanismes de responsabilité actuels, y compris le Rapport sur la nutrition mondiale, doivent adopter des approches d'évaluation, d'analyse et de notification plus sensibles à l'équité. Le rapport de cette année fournit de nombreuses preuves attestant de l'existence d'une iniquité en matière de nutrition dans les systèmes de santé, les systèmes alimentaires et les financements, et d'inégalités dans toutes les formes de malnutrition. En outre, il met en lumière le manque important d'informations devant être comblé par une « ventilation simultanée des données selon différentes dimensions, telles que le revenu, le sexe, l'âge, l'origine ethnique, le statut migratoire, le handicap, l'emplacement géographique et d'autres caractéristiques

pertinentes dans les contextes nationaux », ainsi que « le travail qualitatif pour comprendre les causes profondes »⁴⁵. Cette dernière dimension est cruciale pour faire entendre les voix des personnes touchées par la malnutrition et des personnes qui jouent un rôle prépondérant dans la fourniture de nourriture et de soins⁴⁶.

Étant donné qu'aucun domaine de la société n'est épargné par l'iniquité, les mesures en faveur de l'équité ne peuvent pas être mises en œuvre de manière isolée ou se limiter à un seul secteur. L'encadré 1.3 montre comment mettre en place des actions en matière de nutrition sensibles à l'équité en posant une série de questions simples lors de la conception et de la mise en œuvre d'une nouvelle politique ou d'un nouveau programme nutritionnel. Le suivi de tous ces indicateurs peut ne pas être réalisable ou acceptable dans toutes les situations et le contexte local ainsi que l'utilisation appropriée des données doivent toujours être pris en compte. Le tableau 1.1 résume les actions prioritaires favorables à des données, des environnements et une gouvernance équitables pour des résultats justes en matière de nutrition.

ENCADRÉ 1.3

Élaborer des actions équitables en matière de nutrition

Les questions suivantes peuvent être appliquées à la plupart des domaines d'analyse et des actions relatives à la nutrition.

Analyse de situation

- Les résultats en matière de nutrition sont-ils répartis de manière équitable ? Quelles différences observe-t-on en ventilant ces résultats par formes de discrimination sociale et de marginalisation potentielles, non seulement par niveau de richesse (par exemple, par revenu), mais aussi par genre, origine ethnique, orientation sexuelle, handicap, statut migratoire, zone géographique et d'autres déterminant plus généraux de la position sociale (à l'instar des transferts de droit ou du capital culturel) ?
- La couverture des programmes ayant une influence sur les résultats en matière de nutrition, en particulier ceux traitant de la santé, de l'alimentation et des conditions de vie, s'étend-elle aux individus qui en ont le plus besoin (identifiés grâce à une analyse des données ventilées) ?
- Quelles caractéristiques du quotidien des personnes, y compris le logement, l'assainissement et le niveau de revenu de base, peuvent contribuer à une exposition différente à ces divers environnements ?
- Existe-t-il des hypothèses spécifiques quant aux formes d'identité sociale (par exemple, genre, appartenance ethnique, handicap) qui contribueraient à la marginalisation de certains groupes par rapport aux structures de prise de décision ?

ENCADRÉ 1.3 (SUITE)

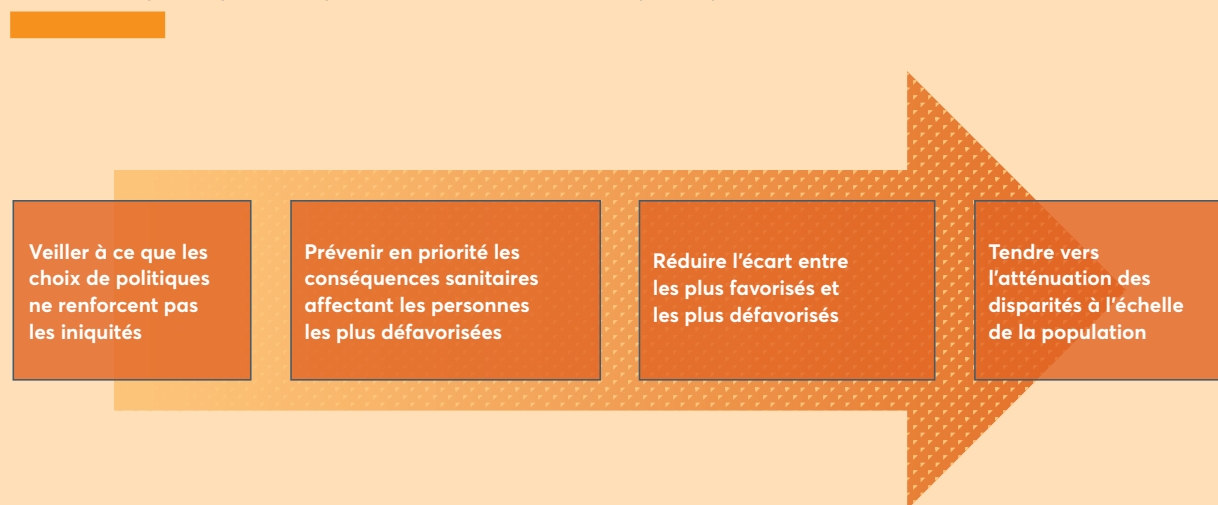
Élaborer des actions équitables en matière de nutrition

Élaboration des actions

- Quels types de mécanismes de gouvernance, de politiques et d'actions de programmation permettraient de remédier aux facteurs d'iniquité de base et systémiques au sein des populations les plus à risque d'exclusion, de marginalisation ou de discrimination ?
- Adopter une vision davantage axée sur l'équité est-il susceptible d'améliorer leur efficacité quant à la prévention des résultats inégaux en matière de nutrition ?
- En quoi ceci s'applique-t-il à des politiques plus larges, telles que des politiques relatives au commerce ou au travail, des subventions agricoles ou des mesures de protection sociale ?
- Comment redonner plus de pouvoir aux populations les plus à risque d'exclusion, de marginalisation ou de discrimination ?
- Comment mieux utiliser les mécanismes de démocratie, de gouvernance et de responsabilité, ainsi que les approches axées sur les droits humains, et les améliorer, en gardant à l'esprit les objectifs relatifs à la nutrition ?

FIGURE 1.2

Comment les parties prenantes peuvent-elles remédier au manque d'équité dans la nutrition ?



Source : OMS-UE 2014 – Manque d'équité face à l'obésité.

TABLEAU 1.1

Actions prioritaires pour atteindre l'équité en matière de nutrition

PRIORITÉS RELATIVES À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ	ACTIONS EN MATIÈRE DE NUTRITION SENSIBLES À L'ÉQUITÉ
<p>DONNÉES</p> <p>Évaluer et comprendre les données sur la nutrition à travers le prisme de l'équité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exploiter et analyser les données sur la nutrition existantes en axant davantage le point de vue sur l'équité. • Accroître la collecte de nouvelles données ventilées relative à la nutrition et la santé, par exemple en intégrant des déterminants, tels que des données sur l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, l'éducation, le niveau de richesse, le handicap, le statut migratoire et l'emplacement géographique, aux enquêtes démographiques, de santé ou nutritionnelles. • Collecter et analyser les résultats qualitatifs relatifs à l'iniquité à l'échelle communautaire afin d'améliorer la compréhension de ses causes profondes.
ENVIRONNEMENTS	
<p>SECTEUR DE LA NUTRITION</p> <p>S'attaquer aux déterminants sociaux plus larges de la nutrition à l'échelle universelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir un accès universel aux services de nutrition et une couverture universelle de ces services, notamment au moyen d'un soutien communautaire pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, du traitement de la malnutrition aiguë et de services de santé maternelle⁴⁷. • Garantir l'accès universel aux services liés aux déterminants sociaux de la nutrition, y compris les soins de santé primaires, la vaccination, la vulgarisation agricole, l'éducation nutritionnelle, l'assainissement et l'accès à l'eau potable⁴⁸. • Fournir des financements et des ressources supplémentaires en faveur des individus les plus défavorisés sur le plan nutritionnel, y compris les jeunes enfants, les femmes enceintes et les mères allaitantes, les adolescents et les personnes âgées, conformément aux engagements pris pour la couverture sanitaire universelle. • Fournir des ressources financières et d'autres ressources aux organisations de la société civile et aux groupes communautaires venant en aide aux populations vulnérables sur le plan nutritionnel ou comptant de telles populations. • Investir en faveur des professionnels de santé et de la nutrition, sensibiliser à la nutrition et à l'équité et améliorer les connaissances en la matière dans tous les secteurs ; en outre, élaborer des processus clairs pour s'assurer que les groupes vulnérables ne soient pas victimes d'exclusion ou de discrimination au point de prestation de service⁴⁹.
<p>MULTISECTORIEL</p> <p>Cibler les déterminants sociaux plus larges de la nutrition à l'échelle universelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Résoudre les iniquités de répartition des ressources, par exemple, à travers les systèmes de protection sociale, de soutien à l'emploi stable et de réforme agraire⁵⁰. • Adopter des approches d'élaboration de politiques et de régulation à l'échelle du gouvernement pour cibler simultanément les multiples facteurs d'iniquité en matière de nutrition, tels que le logement, l'éducation, la planification, les systèmes alimentaires, les transports et les finances.
<p>GOVERNANCE</p> <p>S'appuyer sur l'ODD 10 relatif aux inégalités pour s'attaquer aux déterminants sociaux plus larges de la nutrition</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte de l'équité en matière de nutrition dans les décisions sur les politiques macroéconomiques relatives au commerce, à l'investissement, à la dette, aux finances et à la fiscalité. • Rétablir les déséquilibres de pouvoir au sein des systèmes alimentaires, grâce à un système de gouvernance et de responsabilité international renforcé, des approches d'élaboration de politiques et de programmes relatifs à l'alimentation et la nutrition axées sur les droits humains, des modèles opérationnels responsables et des actions de la société civile⁵¹. <ul style="list-style-type: none"> • Dans ce cadre, créer et soutenir de nouveaux espaces de dialogue, de participation et de coordination, que ce soit à l'échelle mondiale (par exemple, le Comité de la sécurité alimentaire mondiale des Nations Unies⁵², le Mouvement pour le renforcement de la nutrition⁵³) et au sein des forums sur les changements climatiques (par exemple, la Conférence des Parties⁵⁴) ou à l'échelle nationale (par exemple, les réseaux SUN⁵⁵ ou les conseils de politique alimentaire). • Prendre en compte d'autres voix dans les réflexions et les décisions pour sensibiliser les espaces et systèmes politiques qui affectent la nutrition ; en particulier, s'assurer de l'implication des communautés dans la conception, la fourniture, le suivi, l'évaluation et le contrôle des services. • Comblent le fossé entre l'aide humanitaire et le développement pour remédier aux multiples facteurs et manifestations de l'iniquité en matière de nutrition dans les États fragiles.

Le Rapport sur la nutrition mondiale 2020

Depuis 2014, le Rapport sur la nutrition mondiale rassemble et diffuse des données crédibles, exhaustives et de qualité afin de suivre les progrès, de guider nos actions, de nous inciter à agir et de mobiliser les financements en faveur de l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes. Ce rapport est un outil essentiel qui vise à tenir toutes les parties prenantes (publiques et privées, de tous les secteurs concernés) responsables des engagements pris par les leaders mondiaux.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* fournit les données les plus récentes sur l'état de la nutrition dans le monde⁵⁶. Au niveau international, il est de plus en plus admis qu'une mauvaise alimentation et la malnutrition qui en découle figurent parmi les principaux enjeux sociétaux et sanitaires de notre époque. Dans cette édition 2020, placée sous le signe de l'équité, nous analysons et interprétons les données sur la nutrition mondiale ; nous cherchons à comprendre comment intégrer la nutrition aux systèmes de santé ; nous examinons le rôle des systèmes alimentaires dans la création de régimes alimentaires et d'environnements plus sains ; et nous mettons en évidence les responsabilités et les besoins de financement en matière de nutrition. L'existence d'une iniquité en matière de nutrition dans les systèmes de santé, les systèmes alimentaires et les financements, et d'inégalités dans toutes les formes de malnutrition souligne la nécessité de mettre en œuvre des actions multidimensionnelles équitables en faveur de la nutrition. Cet aspect est crucial pour atteindre les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025.

Le chapitre 2 présente et analyse les dernières données disponibles sur le fardeau mondial de la malnutrition et sur les progrès dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025 (relatives à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant et aux MNT). Il fournit une analyse plus approfondie en détaillant les inégalités observées entre les pays et au sein des pays en matière d'indicateurs nutritionnels, en mettant l'accent sur l'emplacement géographique, puis sur les principales caractéristiques des populations, telles que l'âge, le sexe, le niveau de richesse et le niveau d'éducation. Par ailleurs, ce chapitre met en lumière les lacunes majeures en matière de données et le besoin de données sur la nutrition détaillées et systématiquement collectées pour éclairer l'établissement des priorités et l'allocation des ressources en fonction des besoins.

Le chapitre 3 reconnaît la place centrale occupée par la nutrition dans une vie saine et met l'accent sur le besoin d'intégrer et généraliser la nutrition dans nos systèmes de santé. Il identifie les différentes formes d'iniquité et les défis d'une telle intégration, tout en proposant des actions à mettre en œuvre dans chacun des six piliers du système de santé pour garantir un accès durable, équitable, efficace et universel à une prise en charge nutritionnelle de qualité. Mettre en œuvre des actions efficaces et rentables en matière de nutrition permettrait d'améliorer les habitudes alimentaires, de sauver des vies et de réduire les dépenses de santé.

Le chapitre 4 analyse le rôle primordial que peuvent jouer les systèmes alimentaires dans l'adoption de régimes alimentaires plus sains, équitables et durables. Remédier au manque d'équité dans les systèmes alimentaires (de la production à la consommation) en mettant en place des politiques alimentaires sensibles à l'équité, concernant notamment les pratiques agricoles, l'étiquetage, les mesures fiscales, la reformulation des produits, l'approvisionnement des écoles et la promotion des produits, pourrait faire des aliments sains et produits de manière durable le choix le plus accessible, attractif et pratique pour tous. Chacun doit prendre part à la solution et des mécanismes appropriés doivent être instaurés pour assurer le suivi du financement et de l'efficacité des mesures adoptées, ainsi que de la responsabilité vis-à-vis de ces dernières.

Le chapitre 5 présente et analyse la situation actuelle en matière de financement de la nutrition mondiale, principalement à partir de ressources nationales et issues de donateurs. Cette analyse montre que le financement de la nutrition reste particulièrement faible, avec des différences notables entre les secteurs, les formes de malnutrition et les populations concernées, et souligne le besoin de données plus détaillées pour une hiérarchisation équitable des ressources. Il est indispensable de renouveler et d'accroître l'attention accordée au financement équitable de la nutrition, en s'appuyant sur les mécanismes de financement nouveaux et existants, pour atteindre les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025 à l'échelle universelle.

Le chapitre 6 renforce l'idée que la nutrition équitable est une responsabilité collective et appelle toutes les parties prenantes à s'impliquer et à agir. Cette année marque l'entrée dans la deuxième moitié de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition, et le Sommet de la nutrition pour la croissance se tiendra prochainement à Tokyo. Ces deux événements offrent une occasion unique aux dirigeants mondiaux de prendre des engagements ambitieux en matière de nutrition afin de soutenir la mise en œuvre d'un programme en faveur de l'équité, de sorte que chacun puisse survivre et prospérer.



02

Inégalités relatives au fardeau mondial de la malnutrition

2013. Colombie-Britannique (Canada).
Lancement d'une initiative encourageant un mode de vie sain et actif.
Photo : province de Colombie-Britannique.

POINTS CLÉS

- 1** La malnutrition persiste à un niveau élevé inacceptable à l'échelle mondiale. Malgré quelques améliorations dans certains indicateurs nutritionnels, les progrès ne sont pas suffisants pour atteindre les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025. Parmi les enfants de moins de 5 ans, 149 millions souffrent d'un retard de croissance, 49,5 millions sont émaciés et 40,1 millions sont en surpoids. Sur la population adulte, 677,6 millions d'individus sont obèses.
- 2** Les progrès varient d'un pays à l'autre et en fonction de la forme de malnutrition considérée. Les données les plus récentes montrent qu'aucun pays n'est « en bonne voie » pour atteindre l'ensemble des huit cibles mondiales de nutrition faisant l'objet d'un suivi et que seuls huit pays sont en bonne voie pour atteindre quatre cibles. Aucun pays n'est en bonne voie pour atteindre les cibles relatives à l'anémie ou l'obésité chez l'adulte.
- 3** Les pays peuvent être touchés par de multiples formes de malnutrition, en particulier ceux affectés par des conflits ou d'autres formes de fragilité. Remédier aux facteurs et aux conséquences de la fragilité nécessite davantage de données de meilleure qualité afin d'éclairer l'élaboration d'interventions équitables.
- 4** Les schémas mondiaux, régionaux et nationaux masquent les inégalités nutritionnelles au sein des pays par critères sociodémographiques, tels que la localisation infranationale, l'âge, le sexe, le niveau de richesse et le niveau d'éducation.
- 5** Le manque de données est plus frappant pour certains indicateurs nutritionnels, certaines localités et caractéristiques de populations clés, telles que l'appartenance ethnique et le handicap. Ces lacunes freinent à la fois une meilleure compréhension des inégalités nutritionnelles et l'établissement éclairé des priorités.

État des lieux de la nutrition dans le monde

Depuis 2014, le Rapport sur la nutrition mondiale a fourni des données détaillées, crédibles et de qualité permettant d'évaluer la situation nutritionnelle à l'échelle internationale, complétées par les profils nutritionnels nationaux disponibles en ligne¹. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* continue de dresser l'état des lieux de la nutrition dans le monde et des progrès dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025. Celui-ci s'appuie sur les précédents rapports et utilise de nouvelles données plus détaillées pour approfondir l'analyse ainsi que comprendre quelles sont les populations touchées, les zones géographiques en question et les formes de malnutrition concernées.

Le présent chapitre expose les dernières données relatives aux cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025. Ces dernières se rapportent aux cibles visant à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (NMNJE) et les cibles relatives aux maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire. Celles-ci comprennent des cibles relatives à six indicateurs de NMNJE, à savoir l'insuffisance pondérale à la naissance, le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, l'anémie chez les femmes en âge de procréer et le taux d'allaitement exclusif au sein. Par ailleurs, les cibles comptent aussi des indicateurs relatifs aux MNT liées au régime alimentaire, tels que la consommation de sel, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité. De par le besoin d'examiner d'autres indicateurs nutritionnels clés et d'évaluer de façon exhaustive la situation de la nutrition dans le monde tout au long de la vie, des données sont également recueillies et présentées pour plusieurs indicateurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, des indicateurs basés sur des données anthropométriques des enfants et adolescents (insuffisance pondérale, surpoids et obésité) et des indicateurs basés sur des données anthropométriques des adultes (insuffisance pondérale, surpoids et obésité). La définition de chaque indicateur figure à l'annexe 1.

Le présent chapitre fournit un aperçu des inégalités observées entre les pays et au sein des pays quant à ces indicateurs nutritionnels, en prenant en compte la zone géographique et les principales caractéristiques des populations, telles que l'âge, le sexe, le niveau de richesse et le niveau

d'éducation. Des données mondiales, régionales et nationales aussi détaillées que possible sont disponibles sur le site Internet du Rapport sur la nutrition mondiale². Ces données et conclusions sont un prérequis indispensable pour éclairer l'établissement des priorités ciblant les corrélations entre régime alimentaire et maladies ainsi que s'assurer que personne n'est laissé de côté.

Progrès dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025

Progrès à l'échelle mondiale

La figure 2.1 présente les valeurs de référence et les dernières données relatives aux cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025. Différentes sources ont été utilisées pour compiler ces données mondiales et les progrès dans la réalisation des cibles sont évalués comme « en bonne voie », « en mauvaise voie » ou « quelques progrès ». (L'annexe 2 fournit des informations détaillées sur les données et méthodes utilisées.)

Si l'on examine les cibles de NMNJE, le monde n'est « pas en bonne voie » pour atteindre la cible relative à l'anémie, avec 613,2 millions (prévalence de 32,8 %) d'adolescentes et de femmes âgées de 15 à 49 ans concernées. La prévalence de l'anémie est nettement plus élevée chez les femmes et adolescentes enceintes (35,3 millions, soit 40,1 %) que chez les autres femmes et adolescentes (577,9 millions, soit 32,5 %). Des progrès ont été constatés dans la réalisation de la cible fixée en matière d'allaitement maternel exclusif, avec 42,2 % des nourrissons de moins de six mois nourris exclusivement au sein. Cependant, les progrès doivent être accélérés pour atteindre cette cible à l'horizon 2025. À l'échelle mondiale, 20,5 millions de nouveau-nés (14,6 %) présentent une insuffisance pondérale à la naissance et les progrès accomplis en la matière sont largement en deçà de ceux nécessaires pour atteindre la cible à l'horizon 2025. 149 millions d'enfants de moins de 5 ans (21,9 %) souffrent encore de retards de croissance, tandis que 49,5 millions d'enfants de moins de 5 ans (7,3 %) souffrent d'émaciation. Ces progrès sont bien trop lents pour atteindre ces deux cibles. L'Asie compte notamment plus de la moitié du nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance dans le monde (81,7 millions, soit 54,8 %)³. Par ailleurs, nous ne sommes pas en bonne voie pour atteindre la cible relative au surpoids chez les enfants, avec 40,1 millions (5,9 %) d'enfants de moins de 5 ans en surpoids.

FIGURE 2.1

Progrès à l'échelle mondiale dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025

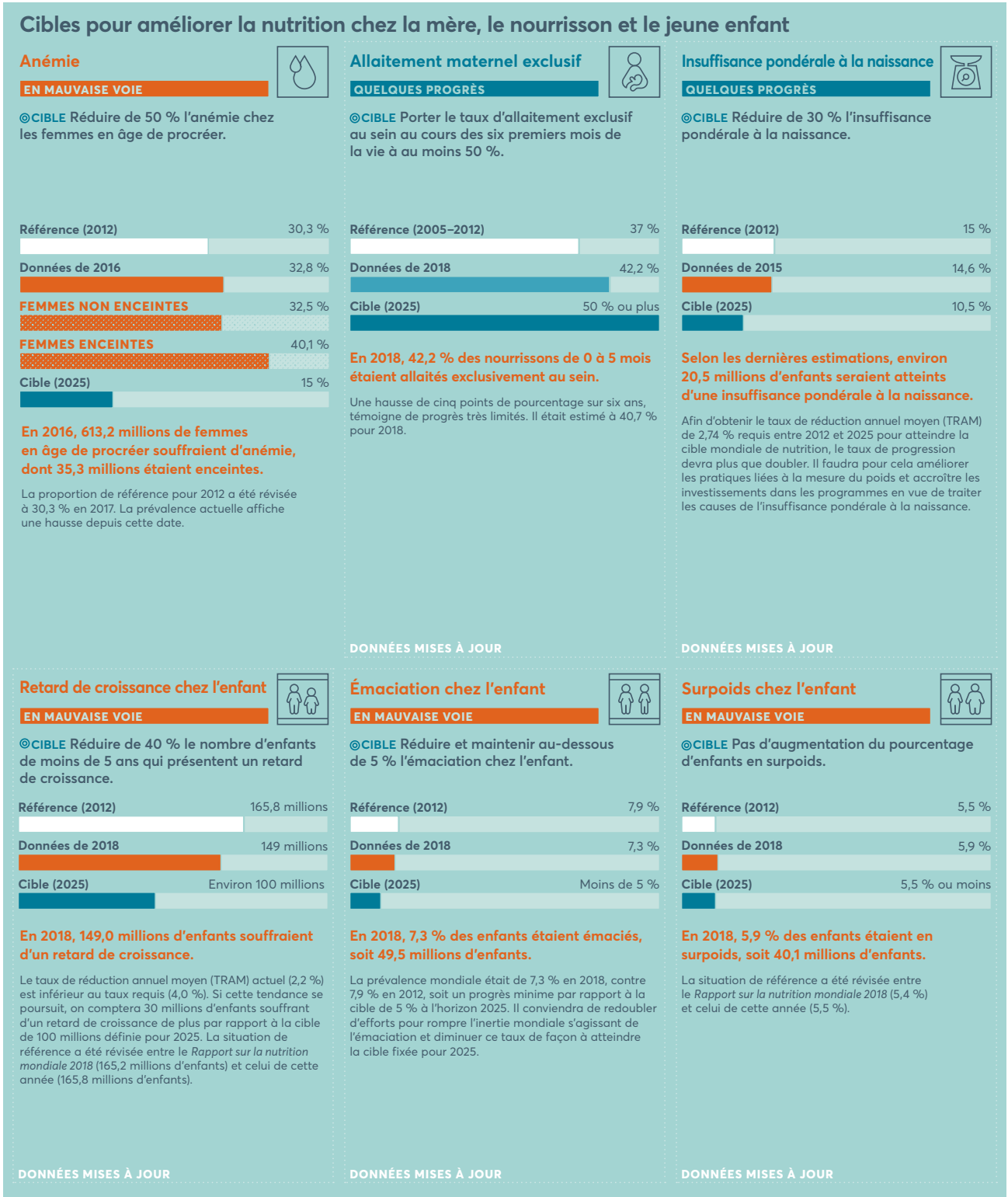
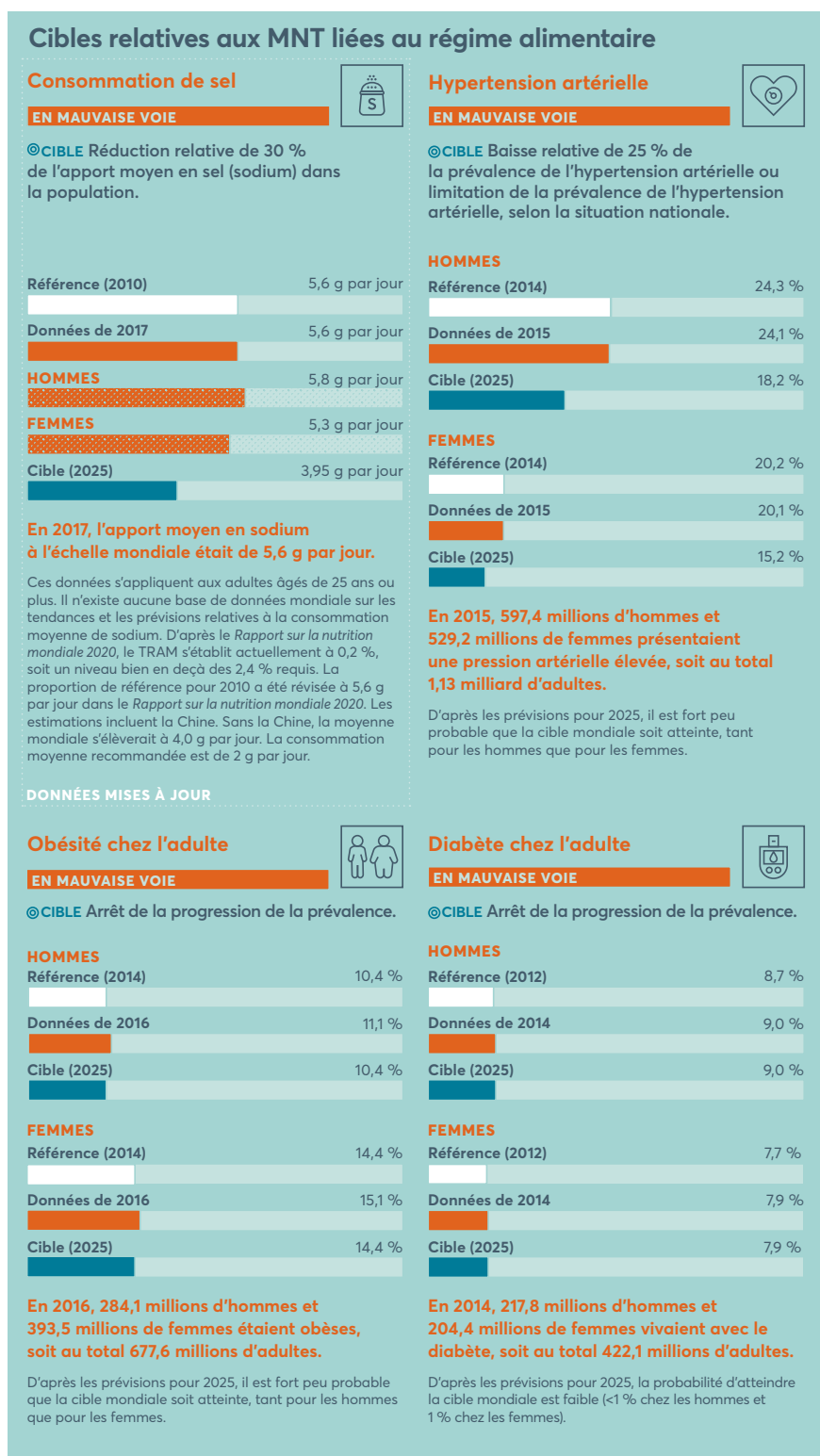


FIGURE 2.1 (suite)

Progrès à l'échelle mondiale dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025



Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 2019 ; UNICEF/OMS/Banque mondiale, « Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Stunting, Wasting and Overweight » (mars 2019, New York) ; réseau NCD Risk Factor Collaboration ; Observatoire mondial de la Santé de l'OMS ; « Global Burden of Disease », Institute for Health Metrics and Evaluation ; et *Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015*, UNICEF-OMS, 2019.

Remarque : l'année de référence s'approche le plus possible de l'année au cours de laquelle chaque cible a été adoptée (de manière générale, en 2012 pour les cibles visant à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, et 2014 pour les cibles relatives aux maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire). Au vu du manque de données mondiales sur le diabète après 2014, les données de 2012 sont utilisées comme données de référence pour cet indicateur. Par année la plus récente, on entend l'année la plus récente pour laquelle des données sont présentées. Les enfants sont âgés de moins de 5 ans ; la consommation de sel chez l'adulte concerne les adultes âgés de 25 ans et plus ; toutes les autres cibles concernant les adultes se rapportent aux individus de 18 ans et plus. Les données relatives aux MNT liées au régime alimentaire (à l'exception de celles sur la consommation de sel) sont normalisées selon l'âge, conformément à la population type de l'OMS. Les méthodologies utilisées pour le suivi des progrès diffèrent d'une cible à l'autre. Voir les définitions des indicateurs à l'annexe 1. Voir l'annexe 2 pour une présentation détaillée des données et des méthodes utilisées pour évaluer les progrès dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition.

Toutes les cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire ne sont pas en bonne voie à l'échelle mondiale et présentent même des niveaux alarmants, avec une probabilité d'atteindre l'une des cibles proche de zéro. La consommation moyenne de sodium chez les adultes (âgés de 25 ans et plus) à l'échelle mondiale est estimée à 5,6 g/jour, avec une consommation légèrement supérieure chez les hommes (5,8 g/jour) que chez les femmes (5,3 g/jour). Toujours à l'échelle mondiale, 1,13 milliard (22,1 %) d'adultes (18 ans et plus) souffrent d'hypertension artérielle, avec une prévalence plus importante chez les hommes (597,4 millions, soit 24,1 %) que chez les femmes (529,2 millions, 20,1 %). Il est alarmant de constater que 677,6 millions (13,1 %)

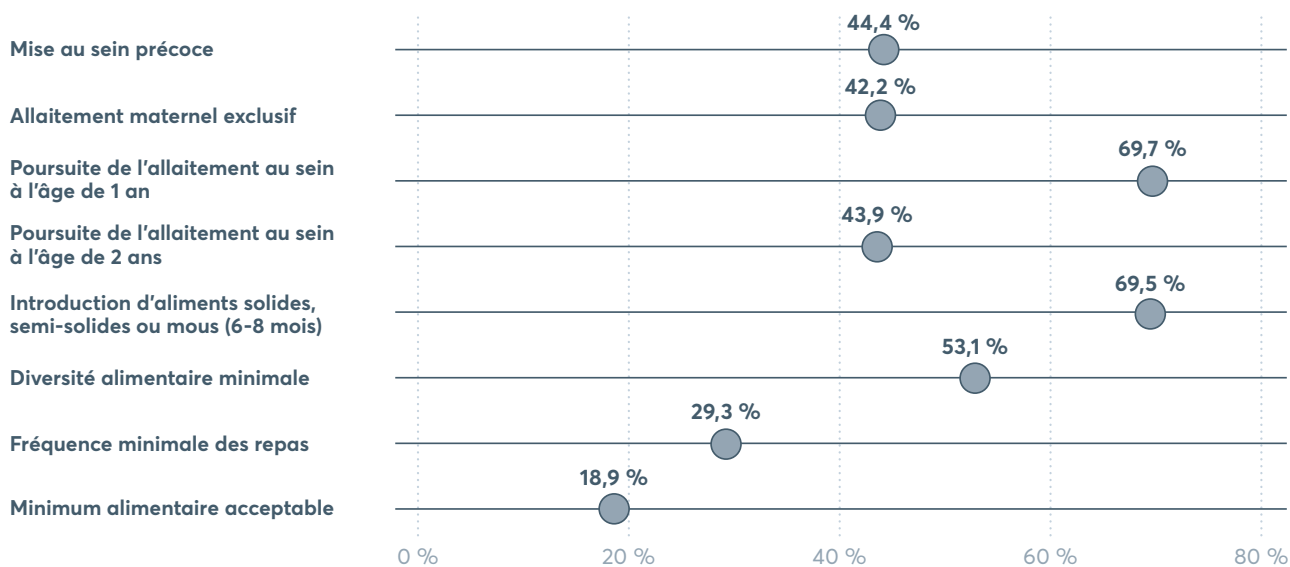
d'adultes (18 ans et plus) sont obèses, les femmes étant davantage touchées (393,5 millions, soit 15,1 %) que les hommes (284,1 millions, soit 11,1 %). Le diabète touche 422,1 millions (8,5 %) d'adultes (18 ans et plus), avec légèrement plus d'hommes (217,8 millions, soit 9 %) que de femmes (204,4 millions, soit 7,9 %) vivant avec le diabète.

Dans l'ensemble, la malnutrition persiste à un niveau élevé inacceptable à l'échelle mondiale. Malgré quelques améliorations en matière d'allaitement maternel exclusif, la progression globale est bien trop lente pour atteindre les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025. Il convient de redoubler d'efforts et de mesures pour atteindre chacune de ces cibles.

FIGURE 2.2

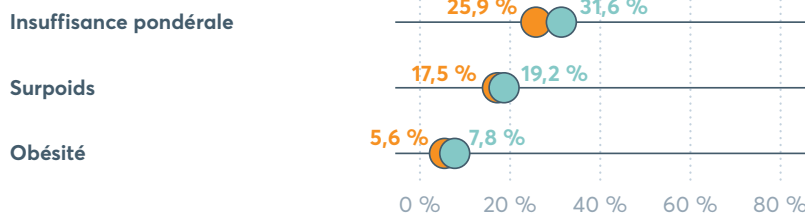
Prévalence mondiale des indicateurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et à la nutrition chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte

INDICATEURS RELATIFS À L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT, 2018



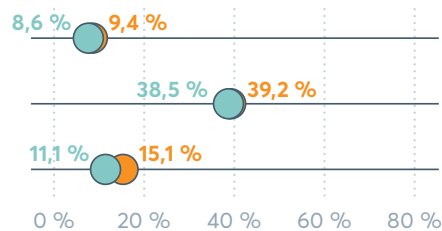
INDICATEURS RELATIFS À LA NUTRITION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT, 2016

● Filles ● Garçons



INDICATEURS RELATIFS À LA NUTRITION CHEZ LES ADULTES, 2016

● Femmes ● Hommes



Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 2019 ; réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019 ; Observatoire mondial de la Santé de l'OMS, 2019 ; « Global Burden of Disease », Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019 ; et *Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015*, UNICEF-OMS, 2019.

Remarque : les données sur les indicateurs relatifs aux adultes âgés de 18 ans et plus ainsi que sur les indicateurs relatifs aux enfants et aux adolescents âgés de 5 à 19 ans sont normalisées selon l'âge, conformément à la population type de l'OMS. Les méthodologies utilisées pour le suivi des progrès diffèrent d'une cible à l'autre. Voir les définitions des indicateurs à l'annexe 1. Voir l'annexe 2 pour une présentation détaillée des données et des méthodes utilisées pour évaluer les progrès dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition.

Outre ces indicateurs nutritionnels et cibles mondiales, le Rapport sur la nutrition mondiale suit également plusieurs indicateurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de l'adolescent et du jeune adulte (figure 2.2). Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant restent insuffisantes. Moins de la moitié (44,4 %) de tous les nouveau-nés sont allaités au cours de la première heure de vie (initiation précoce à l'allaitement), tandis que seuls 42,2 % des nourrissons de moins de six mois sont nourris exclusivement au sein. Près des deux tiers (69,7 %) des enfants âgés de 12 à 15 mois et moins de la moitié (43,9 %) des enfants âgés de 20 à 23 mois sont allaités. Pour ce qui est des aliments solides, seuls 69,5 % des nourrissons âgés de 6 à 8 mois en consomment. Parmi les enfants âgés de 6 à 23 mois, près de la moitié (53,1 %) reçoit le nombre minimum de repas recommandé, avec moins d'un enfant sur trois (29,3 %) bénéficiant de la diversité alimentaire minimale. Cela signifie que moins d'un enfant sur cinq (18,9 %) est nourri selon les critères du minimum alimentaire acceptable. Les dernières données anthropométriques mondiales des enfants et adolescents (5 à 19 ans) et des adultes (18 ans et plus), ventilées par sexe, montrent qu'à l'échelle mondiale, bien plus d'enfants et d'adolescents souffrent d'insuffisance pondérale que de surpoids ou d'obésité, tandis qu'un bien plus grand nombre d'adultes souffrent de surpoids ou d'obésité que d'insuffisance pondérale. (Nous aborderons ce point plus en détail dans le présent chapitre, dans la section « Inégalités en matière de malnutrition ».)

Progrès à l'échelle nationale

Le Rapport sur la nutrition mondiale présente aussi les progrès à l'échelle nationale dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025 (figure 2.3). Les avancées constatées à l'échelle nationale se voient attribuer le statut « en bonne voie », « quelques progrès » ou « aucun progrès ou recul » pour ce qui est des cibles de NMNJE, et « en bonne voie » ou « en mauvaise voie » pour les cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire (voir l'annexe 2 pour des informations plus détaillées sur les sources de données et méthodes utilisées). Sur les dix cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025, les progrès relatifs à deux cibles n'ont pas été évalués à l'échelle nationale, à savoir la consommation de sel et l'hypertension artérielle, en raison du manque de projections comparables.

La disponibilité et la qualité des données divergent selon les indicateurs, du fait des différentes méthodes de modélisation et méthodologies utilisées. Ainsi, il est possible que certains pays aient enregistré des progrès dans la réalisation des cibles, mais que ces derniers ne soient pas reflétés dans ces analyses. À titre d'exemple, les données relatives aux indicateurs de NMNJE, à l'exception de ceux relatifs à l'anémie et à l'insuffisance pondérale à la naissance, sont tirées d'études couvrant principalement les pays à revenu faible et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, ce qui biaise la représentation. Les données sur l'anémie, l'insuffisance pondérale à la naissance et les cibles relatives aux MNT sont disponibles pour tous les pays. Toutefois, étant basées sur des estimations modélisées, elles peuvent ne pas dresser un portrait fidèle de la situation à l'échelle nationale.

L'évaluation des progrès à l'échelle nationale montre que trop peu de pays sont « en bonne voie » pour atteindre l'une des cibles mondiales (figure 2.3). Les dernières données disponibles montrent que 41 pays sont « en bonne voie » pour atteindre les cibles relatives au surpoids chez l'enfant, 40 pays pour les cibles relatives à l'émaciation et 31 pays pour les cibles relatives au retard de croissance. Par ailleurs, 33 pays sont « en bonne voie » pour atteindre les cibles d'allaitement maternel exclusif et seuls 12 pays pour celles relatives à l'insuffisance pondérale à la naissance. Pire encore, aucun pays n'est « en bonne voie » pour atteindre les cibles relatives à l'anémie et endiguer l'augmentation de l'obésité chez l'adulte. De même, seule une faible proportion de pays est « en bonne voie » pour atteindre les cibles relatives au diabète.

Sur l'ensemble des cibles, 106 pays dont les données sont disponibles sont « en bonne voie » pour atteindre au moins une cible mondiale de nutrition et 28 autres affichent « quelques progrès » concernant au moins une cible. Parmi ces 106 pays, 56 sont « en bonne voie » pour atteindre au moins deux cibles, 21 pour atteindre au moins trois cibles et seuls 8 pour atteindre quatre cibles, qui est le nombre maximal de cibles qu'un pays est en bonne voie d'atteindre.

FIGURE 2.3

Progrès à l'échelle nationale dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025

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

● En bonne voie ● Quelques progrès ● Aucun progrès ou recul ● Données non disponibles ou insuffisantes pour établir une évaluation

Anémie



Insuffisance pondérale à la naissance



Allaitement maternel exclusif



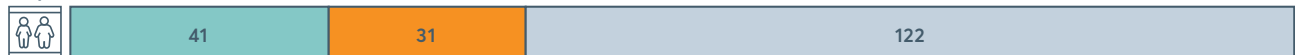
Retard de croissance chez l'enfant



Émaciation chez l'enfant



Surpoids chez l'enfant



Cibles relatives aux MNT liées à la nutrition

● En bonne voie ● En mauvaise voie ● Données non disponibles ou insuffisantes pour établir une évaluation

Obésité, hommes



Obésité, femmes



Diabète, hommes



Diabète, femmes



Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 2019 ; UNICEF/OMS/Banque mondiale, « Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Stunting, Wasting and Overweight » (mars 2019, New York) ; réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019 ; Observatoire mondial de la Santé de l'OMS, 2019 ; et *Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015*, UNICEF-OMS, 2019.

Remarques : évaluation basée sur 194 pays. Les enfants sont âgés de moins de 5 ans, et les cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire portent sur les adultes de 18 ans et plus. Les méthodologies utilisées pour le suivi des progrès diffèrent d'une cible à l'autre. Voir les définitions des indicateurs à l'annexe 1. Voir l'annexe 2 pour une présentation détaillée des données et des méthodes utilisées pour évaluer les progrès dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition.

Le double fardeau de la malnutrition

La crise mondiale de la malnutrition à laquelle nous faisons face comporte deux facettes : les impacts mondiaux majeurs de l'insécurité alimentaire et de la sous-alimentation connus depuis longtemps d'une part, et les effets considérables des MNT liées au régime

alimentaire mis en lumière plus récemment d'autre part. Ce double fardeau de la malnutrition se caractérise par la coexistence de la sous-alimentation et du surpoids ou de l'obésité (un facteur majeur d'autres MNT liées au régime alimentaire, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires). Il peut se manifester à tous les niveaux, à savoir au niveau du pays, de la ville, de la communauté, du ménage et de l'individu⁴.

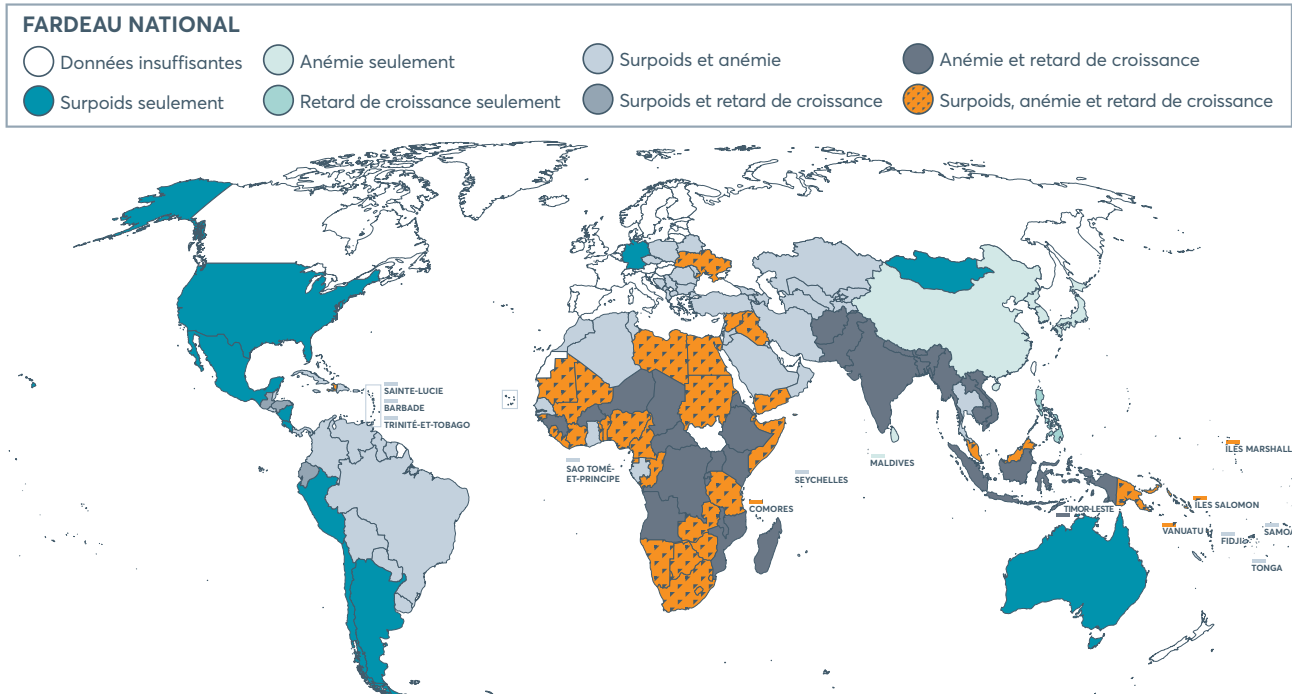
La coexistence de trois formes différentes de malnutrition a été analysée (figure 2.4) en s'appuyant sur les précédentes analyses du Rapport sur la nutrition mondiale et en utilisant les données disponibles les plus récentes. Ces trois formes de malnutrition sont le retard de croissance chez l'enfant (âgé de moins de 5 ans), l'anémie chez les femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) et le surpoids (y compris l'obésité) chez les femmes adultes (âgées de 18 ans et plus). Sur les 194 pays évalués, 143 affichent des données comparables pour les trois indicateurs. Ces 143 pays enregistrent des niveaux élevés dans au moins une forme de malnutrition, selon les trois indicateurs et leurs seuils respectifs. Parmi les 51 pays non représentés dans cette analyse, la majorité (40, soit 78,4 %) sont des pays à revenu élevé. Sur les 143 pays représentés, 124 affichent des niveaux élevés dans au moins deux formes de malnutrition (anémie et surpoids pour 56 pays ; anémie et retard de croissance pour 28 pays ; surpoids et retard de croissance pour 3 pays). Parmi ces 124 pays, 37 pays, situés principalement en Afrique, connaissent des niveaux élevés dans les trois formes de malnutrition.

Seuls 19 pays enregistrent des niveaux élevés dans une seule forme (retard de croissance pour 1 pays ; anémie pour 7 pays ; surpoids pour 11 pays). Bien que les données disponibles ainsi que leur qualité varient selon les pays et les indicateurs, de même qu'au fil du temps, il apparaît clairement que la plupart des pays dans le monde sont touchés par au moins une forme de malnutrition.

Au cours des deux dernières décennies, des changements importants ont été observés à l'échelle nationale, en particulier au Guatemala et au Pérou. En 2000, le Guatemala enregistrait des niveaux élevés dans les trois formes de malnutrition (surpoids, retard de croissance et anémie), mais l'anémie est depuis passée en dessous du seuil (de 26,1 % à 16,4 % entre 2000 et 2016). Le Pérou était lui aussi durement touché par les trois formes de malnutrition en 2000, mais est repassé en dessous du seuil du niveau élevé pour le retard de croissance (de 31,3 % à 12,9 % entre 2000 et 2017) et l'anémie (de 32,4 % à 18,5 % entre 2000 et 2016).

FIGURE 2.4

Cartographie des formes cumulées de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, d'anémie chez les femmes en âge de procréer et de surpoids chez les femmes adultes



Source : UNICEF/OMS/Banque mondiale ; « Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Stunting, Wasting and Overweight » (mars 2019, New York) ; réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019 ; Observatoire mondial de la Santé de l'OMS, 2019.

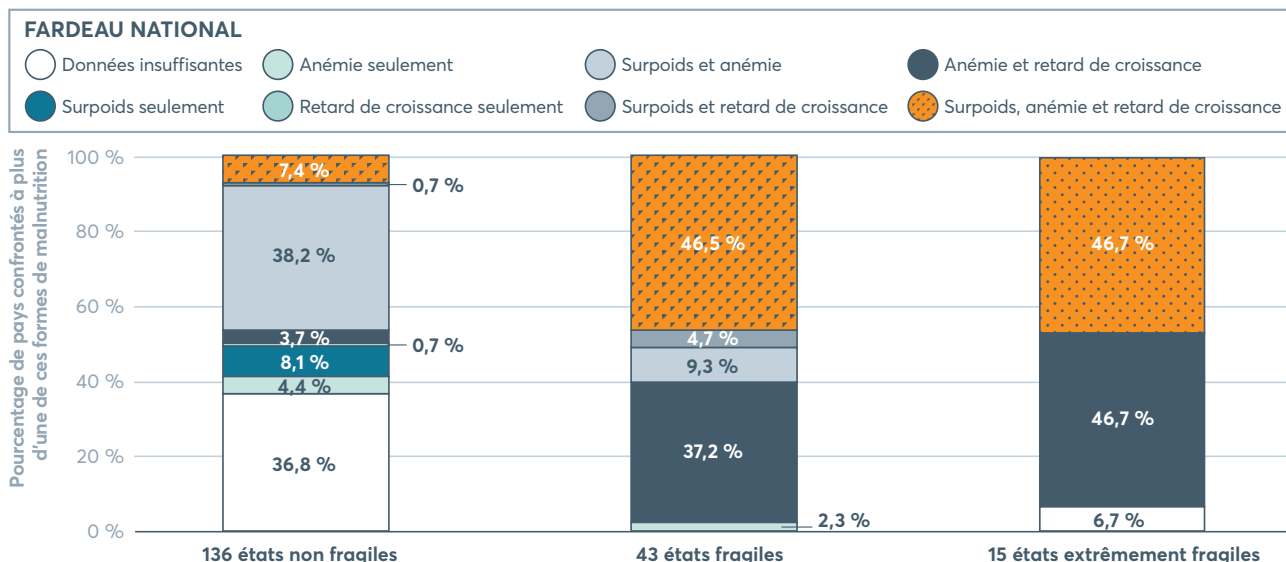
Remarques : les seuils de prévalence (en %) utilisés pour déterminer si un pays affiche une prévalence élevée pour l'une des formes de malnutrition sont les suivants : retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : $\geq 20\%$; anémie chez les femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans : $\geq 20\%$; surpoids (y compris obésité) chez les femmes adultes âgées de 18 ans et plus (indice de masse corporelle de $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) : $\geq 35\%$. La figure s'appuie sur les plus récentes données disponibles de 143 pays.

Les pays touchés par des conflits ou d'autres formes de fragilité (comme mentionné dans le chapitre 1) sont davantage exposés à des risques de malnutrition. En 2016, 1,8 milliard de personnes, soit 24 % de la population mondiale, vivaient dans un État fragile ou extrêmement fragile⁵. Selon les prévisions, ce chiffre devrait passer à 2,3 milliards d'ici à 2030, puis à 3,3 milliards d'ici à 2050. Dans de tels contextes, la prévalence de l'émaciation⁶ chez les enfants de moins de 5 ans, considérée comme une forme aiguë de malnutrition, peut servir à évaluer l'état nutritionnel récent de ces jeunes enfants, ainsi que la situation alimentaire et nutritionnelle générale de la population globale⁷. Une prévalence de l'émaciation de 15 % ou plus est considérée comme très élevée et doit faire l'objet d'une intervention⁸. L'Université Tufts a mené une étude dans quatre pays : au Bangladesh et au Niger (deux États fragiles selon la classification de l'OCDE)⁹, ainsi qu'au Tchad et au Soudan du Sud (deux États extrêmement fragiles selon cette même classification). L'étude a montré qu'au cours de la dernière décennie, la prévalence de la malnutrition aiguë¹⁰ est parfois passée en dessous des 15 %, mais que, dans l'ensemble, cette dernière est restée au-dessus de ce seuil malgré des efforts humanitaires conséquents.

Une nouvelle analyse réalisée par le Rapport sur la nutrition mondiale a mis en avant le fait que les États fragiles (20 pays sur 43, soit 46,5 %) et les États extrêmement fragiles (7 pays sur 15, soit 46,7 %) sont affectés de manière disproportionnée par les trois formes de malnutrition par rapport aux États non fragiles (10 pays sur 136, soit 7,4 %) (figure 2.5). De même, une plus grande proportion d'États fragiles (42 pays sur 43, soit 97,7 %) et d'États extrêmement fragiles (14 pays sur 15, soit 93,3 %) connaissent au moins deux formes élevées de malnutrition par rapport aux États non fragiles (68 pays sur 136, soit 50 %). Il est important de noter qu'il existe des variations dans les formes de malnutrition auxquelles font généralement face les États fragiles, extrêmement fragiles et non fragiles. Les États non fragiles sont principalement concernés par des niveaux élevés de surpoids (le surpoids seul ou associé à d'autres formes touche 74 pays sur 136, soit 54,4 %), tandis que les États fragiles enregistrent des niveaux élevés d'anémie (41 pays sur 43, soit 95,3 %) et les États extrêmement fragiles des niveaux élevés d'anémie et de retard de croissance (14 pays sur 15, soit 93,3 %). Ces conclusions soulignent le besoin de mieux comprendre et de combattre les facteurs de fragilité, ainsi que celui d'évaluer leur corrélation avec les résultats inégaux en matière de nutrition.

FIGURE 2.5

Formes cumulées de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, d'anémie chez les adolescentes et les femmes et de surpoids chez les femmes adultes, réparties selon la fragilité



Source : UNICEF/OMS/Banque mondiale ; « Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Stunting, Wasting and Overweight » (mars 2019, New York) ; réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019 ; Observatoire mondial de la Santé de l'OMS, 2019 ; et OCDE, 2018.

Remarques : les seuils de prévalence (en %) utilisés pour déterminer si un pays affiche une prévalence élevée pour l'une des formes de malnutrition sont les suivants : retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : ≥ 20 % ; anémie chez les adolescentes et les femmes âgées de 15 à 49 ans : ≥ 20 % ; surpoids (y compris obésité) chez les femmes adultes âgées de 18 ans et plus (indice de masse corporelle ≥ 25 kg/m²) : ≥ 35 %. La figure s'appuie sur les plus récentes données disponibles de 194 pays. Les chiffres et pourcentages présentés dans chaque colonne correspondent à chacun des groupes de pays classés selon leur fragilité, à savoir les pays non fragiles, les pays fragiles et les pays extrêmement fragiles. Le degré de fragilité est déterminé par le cadre *États de fragilité 2018* de l'OCDE, en fonction de cinq dimensions majeures : fragilités politique, sociétale, économique, environnementale et sécuritaire¹¹.

Comme analysé dans le précédent rapport, les multiples formes de malnutrition peuvent aussi coexister à l'échelle individuelle¹². Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* a mis en évidence la coexistence de l'émaciation et du retard de croissance au niveau individuel, ce qui signifie qu'un enfant peut souffrir à la fois d'émaciation et d'un retard de croissance, augmentant ainsi ses risques de carences nutritionnelles graves, de développement cognitif altéré et même de décès. Sur les 111 pays dont les données sont disponibles, 10 affichent une prévalence de la coexistence du retard de croissance et de l'émaciation à l'échelle individuelle supérieure à 5 % et ces derniers se concentrent en Afrique (7) et en Asie (3). Parmi eux, le Yémen, le Soudan du Sud et le Soudan présentent la prévalence la plus élevée, avec 6,7 %.

Le retard de croissance et le surpoids peuvent également coexister simultanément chez un même enfant. Sur les 111 pays dont les données sont disponibles, 10 pays d'Afrique (5) et d'Asie occidentale (5) enregistrent une prévalence de la coexistence du retard de croissance et du surpoids à l'échelle individuelle d'au moins 5 %. La Syrie est le seul pays où cette prévalence dépasse les 10 % (11,1 %), suivi de la Guinée équatoriale (8,6 %) et de l'Égypte (8,1 %). Il est indispensable de comprendre comment les différentes formes de malnutrition peuvent coexister au niveau individuel, du ménage et du pays, cela tout au long de la vie. Pour ce faire, des données détaillées doivent être collectées de manière plus systématique.

Inégalités en matière de malnutrition

Les schémas mondiaux, régionaux et nationaux peuvent masquer des inégalités en matière d'indicateurs nutritionnels au sein des pays et par critère sociodémographique. Mettre au jour ces inégalités relatives aux indicateurs nutritionnels est indispensable pour éclairer l'établissement des priorités, favoriser une répartition équitable des ressources et cibler les interventions en fonction des besoins. Le présent chapitre fournit des données ventilées par zone géographique, âge, sexe, niveau de richesse et niveau d'éducation, pour différents indicateurs nutritionnels pouvant être de portée mondiale ou tout simplement de grand intérêt, comme mentionné précédemment.

La disponibilité, la portée et la précision des données peuvent varier en fonction de l'ensemble de données et de l'indicateur nutritionnel étudiés. Le présent chapitre s'appuie sur quelques-unes des dernières données disponibles, tout en les présentant. (L'annexe 1 fournit des informations détaillées sur les sources de données.) Par conséquent, nous avons regroupé et présenté conjointement les indicateurs nutritionnels en fonction de la disponibilité des

données (et de la manière dont ils sont généralement évalués) et du niveau de ventilation des données, en abordant chronologiquement toutes les étapes de la vie. Pour tous les indicateurs, on constate à l'échelle mondiale un nombre restreint de données disponibles ventilées par appartenance ethnique ou par handicap, ce qui empêche des évaluations similaires.

Inégalités selon les indicateurs de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La figure 2.6 montre les inégalités sociodémographiques quant à la prévalence des indicateurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ventilée par zones urbaines ou rurales, sexe, niveau de richesse et niveau d'éducation. La disponibilité des données varie selon l'indicateur, allant de 70 à 85 pays dont les données sont disponibles, principalement des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. L'ampleur et l'inclinaison des inégalités observées diffèrent en fonction de l'indicateur et du critère sociodémographique étudiés. La prévalence des indicateurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est généralement similaire lorsqu'elle est ventilée par sexe.

Bien qu'aucune différence majeure ne soit observée entre les groupes de population pour ce qui est de l'initiation précoce à l'allaitement et de l'allaitement maternel exclusif, on constate d'importantes inégalités dans la poursuite de l'allaitement au sein pendant un à deux ans. La prévalence de la poursuite de l'allaitement est plus faible dans les zones urbaines que les zones rurales, ce qui fait écho aux données factuelles qui suggèrent une relation inverse entre le degré d'urbanisation et l'allaitement¹³, même dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Concernant la poursuite de l'allaitement pendant deux ans, le fossé se creuse entre les niveaux de richesse et d'éducation, avec une plus faible prévalence de la poursuite de l'allaitement chez les enfants des ménages les plus aisés ou lorsque la mère a un niveau d'éducation plus élevé¹⁴.

L'introduction d'aliments solides, la fréquence des repas, la diversité alimentaire et le minimum alimentaire acceptable présentent des inégalités marquées. Les enfants des ménages les plus aisés, des zones urbaines ou dont la mère a un niveau d'études plus élevé s'en sortent beaucoup mieux que les autres. Si l'on se penche plus particulièrement sur le minimum alimentaire acceptable (la mesure composite de la fréquence des repas et de la diversité alimentaire), l'écart entre les niveaux de richesse est de 11,5 %, l'écart entre les zones géographiques est de 4,9 % et l'écart entre les niveaux d'éducation est de 7,7 %.

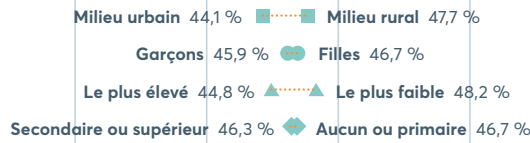
FIGURE 2.6

Inégalités en matière d'indicateurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, entre les zones urbaines et rurales, les sexes, les niveaux de richesse et le niveau d'éducation de la mère

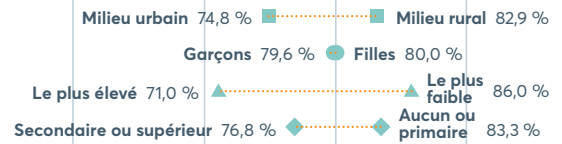
MISE AU SEIN PRÉCOCE (À LA NAISSANCE)



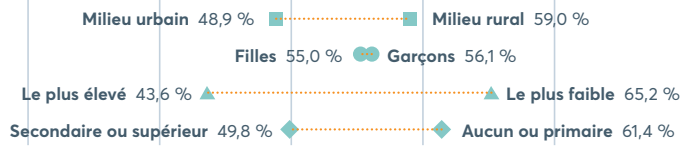
ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF (<6 MOIS)



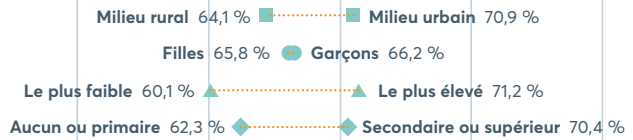
POURSUITE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN (1 AN)



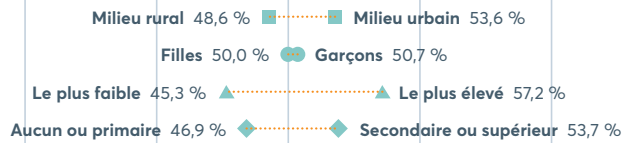
POURSUITE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN (2 ANS)



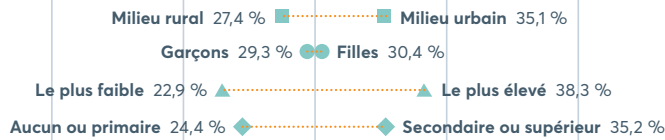
INTRODUCTION D'ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU MOUS (6-8 MOIS)



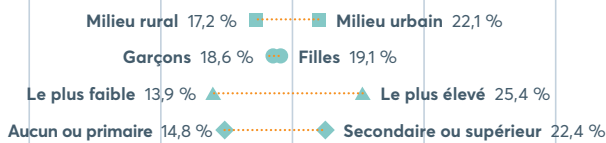
FRÉQUENCE MINIMALE DES REPAS



DIVERSITÉ ALIMENTAIRE MINIMALE



MINIMUM ALIMENTAIRE ACCEPTABLE



0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 100 %

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 2019.

Remarques : les estimations de la prévalence (en %) sont basées sur les moyennes pondérées par la population de 70 à 85 pays, établies à partir des plus récentes données disponibles pour tous les groupes de population, ventilées par indicateur (le nombre de pays varie en fonction de l'indicateur, car tous n'ont pas le même nombre de données disponibles). Les résultats sont susceptibles de varier en fonction du nombre de pays inclus. La zone géographique est classée comme « urbaine » ou « rurale » (tel que défini dans l'enquête). Le niveau de richesse repose sur les actifs détenus par les ménages ; on distingue les ménages « pauvres » (quintile de richesse le plus bas) et les ménages « riches » (quintile de richesse le plus élevé). Le niveau d'éducation peut être classé dans les catégories « aucun ou primaire » ou « secondaire ou supérieur » et fait référence au niveau d'éducation de la mère. La définition de chaque indicateur figure à l'annexe 1.

Inégalités en matière de retard de croissance, d'émaciation et de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans

La figure 2.7 présente la prévalence du retard de croissance, de l'émaciation et du surpoids (y compris l'obésité) chez les enfants de moins de 5 ans, ventilée par zones urbaines ou rurales, sexe, niveau de richesse et niveau d'éducation, en s'appuyant sur la moyenne pondérée par la population de 98 pays dont les données sont disponibles pour l'ensemble des groupes de population. À l'image des indicateurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la plupart des pays représentés sont à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Cette constatation montre que les inégalités absolues sont plus importantes pour ce qui est du retard de croissance que de l'émaciation et du surpoids. Parmi les trois indicateurs, aucune différence majeure n'est observée entre les sexes, mais les principales inégalités sont relevées entre les niveaux de richesse. En effet, le retard de croissance et l'émaciation sont plus répandus dans les populations les plus pauvres, tandis que le surpoids prévaut chez les plus aisés.

La ventilation des données par zone géographique et par niveau d'éducation révèle d'importantes inégalités pour ce qui est du retard de croissance et de l'émaciation, ce qui n'est pas le cas du surpoids. La prévalence du retard de croissance et de l'émaciation est plus élevée chez les enfants des zones rurales et dont la mère a un niveau d'études inférieur, tandis que l'inverse est observé pour le surpoids, avec une prévalence supérieure chez les enfants des zones urbaines et dont la mère a un niveau d'études plus élevé. Ces écarts entre les niveaux de richesse, les niveaux d'éducation et les zones géographiques apparaissent clairement dans la plupart des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Ils entretiennent la vulnérabilité et empêchent la sortie de la pauvreté, constituant un énorme défi pour la communauté mondiale ainsi que son engagement de ne laisser personne de côté et d'éliminer la faim dans le monde.

Retard de croissance

Afin d'évaluer les écarts par critère sociodémographique, nous avons examiné la situation de tous les pays dont les données sont disponibles pour chaque groupe de population, et non uniquement la situation des pays dont les données sont disponibles tous groupes confondus. Les inégalités les plus criantes sont observées entre les niveaux de richesse, puis entre les niveaux d'éducation et les zones géographiques. Le retard de croissance est, quant à lui, légèrement plus élevé chez les garçons (33,5 %) que chez les filles (31,2 %). Selon les estimations, les taux de retard de croissance moyens sont plus de deux fois plus élevés chez les

enfants des ménages les plus pauvres (43,6 %) que chez les enfants des ménages les plus aisés (18,6 %). L'ampleur de cet écart entre les niveaux de richesse varie parmi les 92 pays dont les données sur le retard de croissance ventilées par niveau de richesse sont disponibles, avec un écart absolu de 5 % ou plus dans 79 pays et de 10 % ou plus dans 62 pays. Cet écart entre les niveaux de richesse est le plus élevé au Guatemala (66,4 % chez les plus pauvres, 17,5 % chez les plus aisés, soit 49 points de différence), au Nigéria (62,8 % chez les plus pauvres, 18,3 % chez les plus aisés, soit 44,5 points de différence) et en République démocratique populaire lao (60,6 % chez les plus pauvres, 19,7 % chez les plus aisés, soit 40,9 points de différence)¹⁵.

La prévalence du retard de croissance est aussi plus élevée chez les enfants dont la mère a un niveau d'étude inférieur (39,2 %) que chez les enfants dont la mère a un niveau d'étude plus élevé (24 %). Parmi les 82 pays dont les données sur le retard de croissance ventilées par le niveau d'éducation de la mère sont disponibles, 62 affichent un écart de 5 % ou plus et 40 présentent un écart de 10 % ou plus. Cet écart est le plus élevé au Guatemala (25,9 % pour les niveaux d'études plus élevés, 55,4 % pour les niveaux d'études inférieurs, soit 29,5 points de différence), au Burundi (31,3 % pour les niveaux d'études plus élevés, 58,6 % pour les niveaux d'études inférieurs, soit 27,3 points de différence) et en Érythrée (19,4 % pour les niveaux d'études plus élevés, 46,2 % pour les niveaux d'études inférieurs, soit 26,8 points de différence).

Dans les 110 pays dont les données sur le retard de croissance ventilées par zone géographique sont disponibles, on constate que le taux de retard de croissance chez les enfants vivant en zone rurale est plus élevé que chez les enfants vivant en zone urbaine (25,6 %). L'écart entre les zones géographiques est d'au moins 5 % dans 70 pays et d'au moins 10 % dans 41 pays. Cet écart est le plus élevé au Burundi (58,8 % en zone rurale, 27,8 % en zone urbaine, soit 30,9 points de différence) et en République démocratique populaire lao (48,6 % en zone rurale, 27,4 % en zone urbaine, soit 21,2 points de différence). Le Pérou affiche d'importantes inégalités entre les zones géographiques et entre les niveaux de richesse. Le Gros plan 2.1 expose la corrélation entre zones urbaines et rurales et niveaux de richesse, ainsi que son impact sur le taux de retard de croissance au Pérou.

Émaciation

Les inégalités en matière de prévalence de l'émaciation entre les niveaux de richesse sont modestes, avec seulement de légères différences entre les sexes, les zones géographiques et les niveaux d'éducation. Les taux sont légèrement plus élevés chez les garçons (12,8 %) que chez les filles (11,5 %), chez les enfants des zones rurales (12,4 %) que chez les enfants des zones urbaines (11,4 %), et chez les enfants dont la mère a un niveau d'études

inférieur (12,9 %) que chez les enfants dont la mère a un niveau d'éducation plus élevé (11,2 %). L'écart de prévalence de l'émaciation est le plus marqué entre les enfants des ménages les plus pauvres (14,1 %) et les enfants des ménages les plus aisés (10 %). Parmi les 107 pays dont les données relatives à l'émaciation sont disponibles, l'écart entre les niveaux de richesse est de 5 % ou plus dans 15 pays. Cet écart est le plus grand à Djibouti (28,3 % chez les plus pauvres, 12,8 % chez les plus aisés, soit 15,5 points de différence), au Soudan du Sud (30,1 % chez les plus pauvres, 17,4 % chez les plus aisés, soit 12,8 points de différence) et en Érythrée (20,3 % chez les plus pauvres, 7,8 % chez les plus aisés, soit 12,5 points de différence).

Surpoids

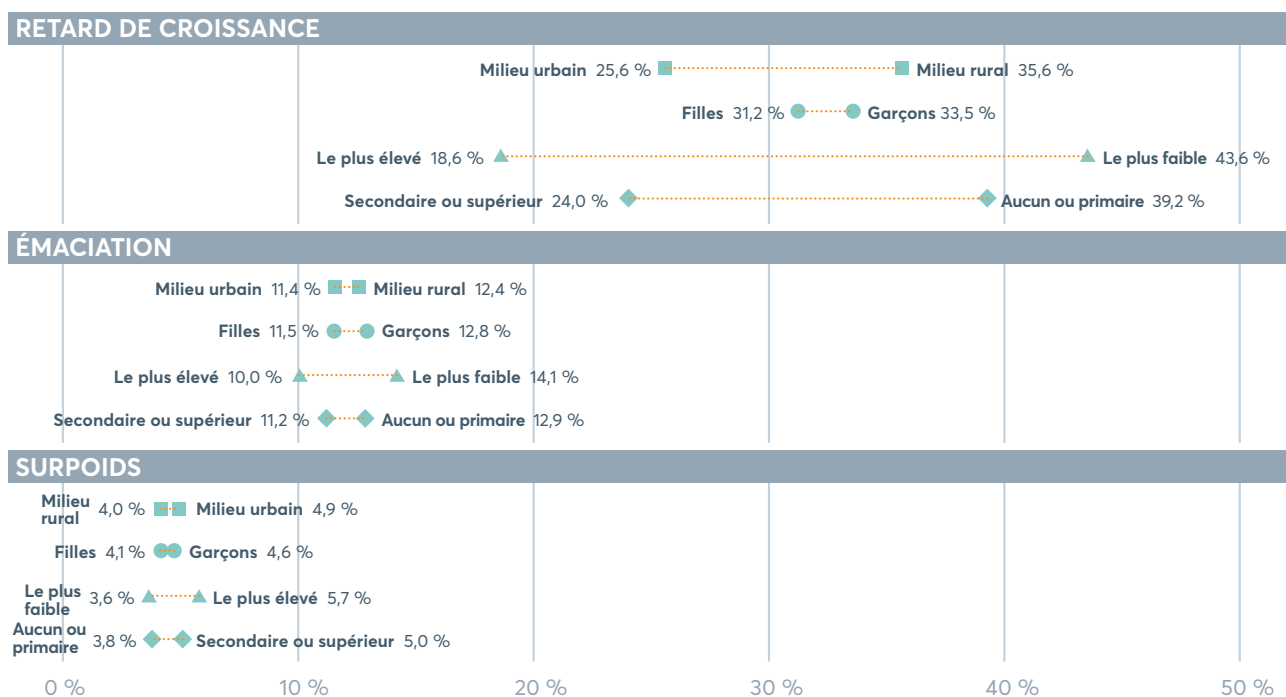
Les inégalités en matière de surpoids chez l'enfant sont peu marquées entre les critères sociodémographiques. Le taux moyen est légèrement plus élevé chez les garçons (4,6 %) que chez les filles (4,1 %). Malgré une prévalence relativement semblable entre les zones géographiques, les niveaux de richesse et les niveaux d'éducation, notamment du fait de la représentation majoritaire des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, on constate certains schémas intéressants.

La prévalence du surpoids est plus élevée chez les enfants des ménages les plus aisés (5,7 %) que chez les enfants des ménages les plus pauvres (3,6 %), chez les enfants des zones urbaines (4,9 %) que chez les enfants des zones rurales (4 %), et chez les enfants dont la mère a un niveau d'études plus élevé (5 %) que chez ceux dont la mère a un niveau d'études inférieur (3,8 %). Des tendances similaires sont observées au niveau national. En effet, l'écart le plus élevé est relevé au Pérou (14,8 % chez les plus aisés, 2,8 % chez les plus pauvres, soit 12 points de différence) et en Eswatini (17,5 % chez les plus aisés, 5,8 % chez les plus pauvres, soit 11,7 points de différence).

Les cadres d'analyse géospatiale peuvent être utilisés pour évaluer la malnutrition au niveau infranational et pour comprendre les inégalités au sein d'un pays (Gros plan 2.2). En examinant le niveau infranational, l'analyse révèle une hétérogénéité dans les niveaux d'avancement et les probabilités d'atteindre les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025 pour ce qui est de l'émaciation, du retard de croissance et du surpoids chez l'enfant. De telles analyses peuvent permettre d'identifier les zones géographiques touchées de manière disproportionnée, d'éclairer l'établissement des priorités et de cibler l'allocation des ressources à l'échelle communautaire.

FIGURE 2.7

Inégalités en matière d'écart de croissance, d'émaciation et de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, ventilées par zone géographique, sexe, niveau de richesse et niveau d'éducation



Source : UNICEF/OMS/Banque mondiale ; « Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Stunting, Wasting and Overweight » (mars 2019, New York).

Remarques : les enfants sont âgés de 0 à 59 mois. Les estimations sont basées sur les moyennes pondérées par la population de 98 pays dont les données sur tous les groupes de population, ventilées par indicateur, sont disponibles, en s'appuyant sur les plus récentes estimations disponibles pour chaque pays entre 2000 et 2018. « Aucun ou primaire » et « secondaire ou supérieur » font référence au niveau d'éducation de la mère. Les quintiles de richesse sont définis en fonction des niveaux de richesse basés sur les actifs des ménages. Les niveaux les plus élevés renvoient aux quintiles les plus riches tandis que les niveaux les plus bas se rapportent aux quintiles les plus pauvres. La définition de chaque indicateur figure à l'annexe 1.

GROS PLAN 2.1

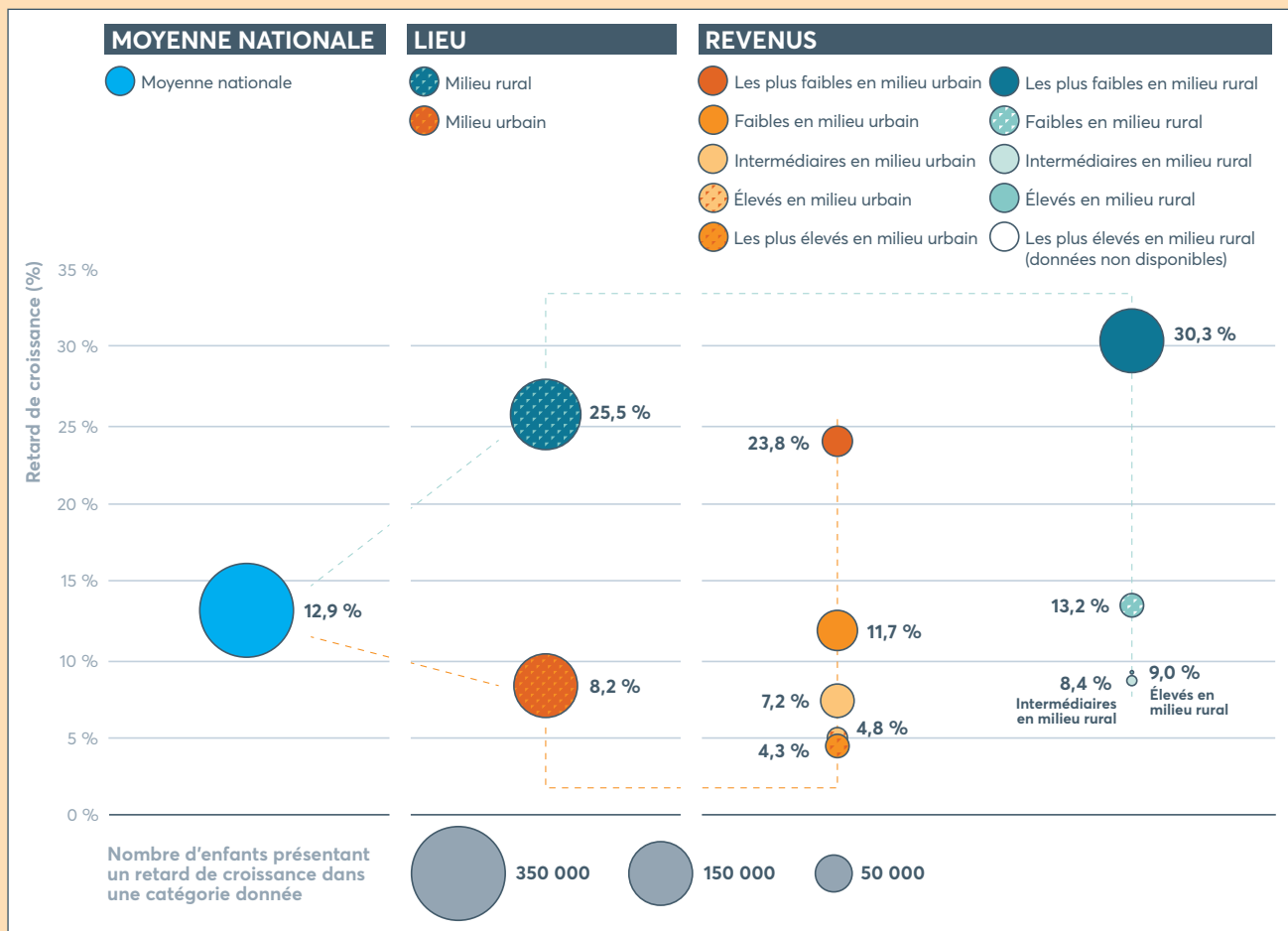
Le fossé entre zones urbaines et zones rurales au Pérou

Jordan Beecher

Le Pérou a progressé dans la réduction du retard de croissance, soutenu par l'engagement politique de tous les partis en faveur de l'adoption d'une politique en matière de nutrition¹⁶. Cependant, les niveaux actuels stagnent à 12,9 %. Les inégalités en matière de retard de croissance sont très marquées entre les zones urbaines et les zones rurales. En effet, le retard de croissance touche 25,5 % des enfants des zones rurales contre 8,2 % des enfants des zones urbaines. Néanmoins, le niveau de richesse entre aussi en jeu (figure 2.8). Si les ménages les plus riches sont principalement recensés dans les zones urbaines et les ménages les plus pauvres dans les zones rurales, les ménages pauvres des zones urbaines présentent des taux de retard de croissance presque aussi élevés que la moyenne des zones rurales, et le taux de retard de croissance des ménages riches des zones rurales est équivalent à celui de la moyenne des zones urbaines. Ces inégalités qui s'entrecroisent s'expliquent probablement par des iniquités existantes, telles que le fait que les groupes ethniques marginalisés résident principalement en zone rurale, que les populations des zones rurales et les populations pauvres en général aient un accès limité aux services, et que les voix des populations pauvres et rurales soient moins prises en compte dans les processus de prise de décisions politiques et sociales¹⁷. Il est nécessaire de recueillir des informations supplémentaires sur ces déterminants sous-jacents de la sous-alimentation au Pérou afin de comprendre et de remédier aux facteurs de ces résultats inégaux en matière de nutrition.

FIGURE 2.8

Inégalités en matière de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans entre les zones rurales et urbaines et les niveaux de richesse au Pérou, 2017



Source : UNICEF/OMS/Banque mondiale ; « Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Stunting, Wasting and Overweight » (mars 2019, New York). Adapté de l'outil de données GRIP de Save the Children (<https://campaigns.savethechildren.net/grid>).

Remarques : les estimations de la prévalence s'appuient sur la plus récente enquête de type EDS réalisée en 2017 au Pérou. Le niveau de richesse repose sur les actifs détenus par les ménages et se ventile par quintile. La taille de la bulle représente le nombre d'enfants atteints d'un retard de croissance dans une catégorie donnée.

Utiliser les cadres d'analyse géostatistique pour estimer le fardeau du retard de croissance, de l'émaciation et du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans à l'échelle infranationale

Damaris K. Kinyoki, Amelia Apfel, Megan F. Schipp, Lucas Earl, Julia Devin et Simon I. Hay

Les importantes inégalités en matière de malnutrition infantile à l'échelle nationale ont motivé la collecte de données locales plus détaillées pour étayer des interventions et des politiques appropriées à l'échelle infranationale. Par ailleurs, l'augmentation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant invite à une approche plus holistique de la sous-alimentation et du surpoids. Les récentes données géospatiales de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)¹⁸ montrent comment les statistiques au niveau national peuvent masquer des inégalités concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ainsi que les progrès accomplis en la matière au sein des nations et des régions. Des résultats détaillés par pays sont disponibles en ligne, grâce à un outil de visualisation interactive¹⁹, et les données peuvent être téléchargées depuis le site Internet de l'IHME²⁰.

En 2017, une analyse des estimations modélisées de 105 pays à revenu faible et intermédiaire a permis de localiser les populations présentant la plus forte prévalence, y compris dans les régions et pays pourtant bien classés (figure 2.9). Des informations détaillées sur les données et les méthodes utilisées figurent dans d'autres publications²¹. Par exemple, la majorité de l'Amérique latine, des Caraïbes et de l'Asie de l'Est affiche une faible prévalence nationale du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans. Toutefois, au niveau infranational, la prévalence peut dépasser les 40 % dans certaines communautés du sud du Mexique et du centre de l'Équateur, s'approchant ainsi des niveaux enregistrés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. En 2017, la prévalence de l'émaciation atteignait un niveau critique ($\geq 15\%$) dans la région du Sahel s'étendant de la Mauritanie au Soudan, ainsi que dans des régions de l'Asie du Sud. Bien que les schémas varient considérablement d'un pays à l'autre, de vastes zones contiguës affichant une prévalence du surpoids chez l'enfant de $\geq 15\%$ ont été recensées dans la plupart des pays de l'Amérique latine, des Caraïbes, des pays d'Afrique du Nord et australe, et d'Asie du centre et de l'Est.

Associés à d'autres analyses de données nationales, ces résultats permettent de localiser précisément les zones présentant un niveau de malnutrition élevé persistant. En 2017, les régions affichant la prévalence du retard de croissance la plus élevée se concentraient principalement dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, de l'Asie du Sud et de l'Océanie. Certaines communautés affichaient un niveau estimé de 40 % ou plus dans l'État de Jigawa au Nigéria, la province de Karuzi au Burundi, l'État d'Uttar Pradesh en Inde et la province de Houaphan au Laos. Certaines zones de Somalie, du nord-est du Kenya ainsi que des régions d'Afar et de Somali en Éthiopie ont enregistré des niveaux d'émaciation critiques ($\geq 15\%$) du fait de conditions climatiques erratiques, de rivalité dans l'accès aux ressources et de troubles civils. Le surpoids dépassait les 15 % dans des États de l'est du Brésil (par exemple, Rio Grande do Sul et Minas Gerais), et les villes côtières péruviennes de Tacna, Ilo, Islay et Callao. En Afrique, les zones dont la prévalence du surpoids était supérieure à 15 % se concentraient en Afrique du Nord, plus précisément au Maroc, en Algérie, en Tunisie, en Égypte et dans certaines parties de la Libye, ainsi que le long de la côte méridionale de l'Afrique du Sud et dans certaines zones du Botswana et de la Zambie. De vastes zones situées dans l'est et le nord de la Chine et dans toute la Mongolie affichaient également une prévalence estimée du surpoids supérieure à 15 %.

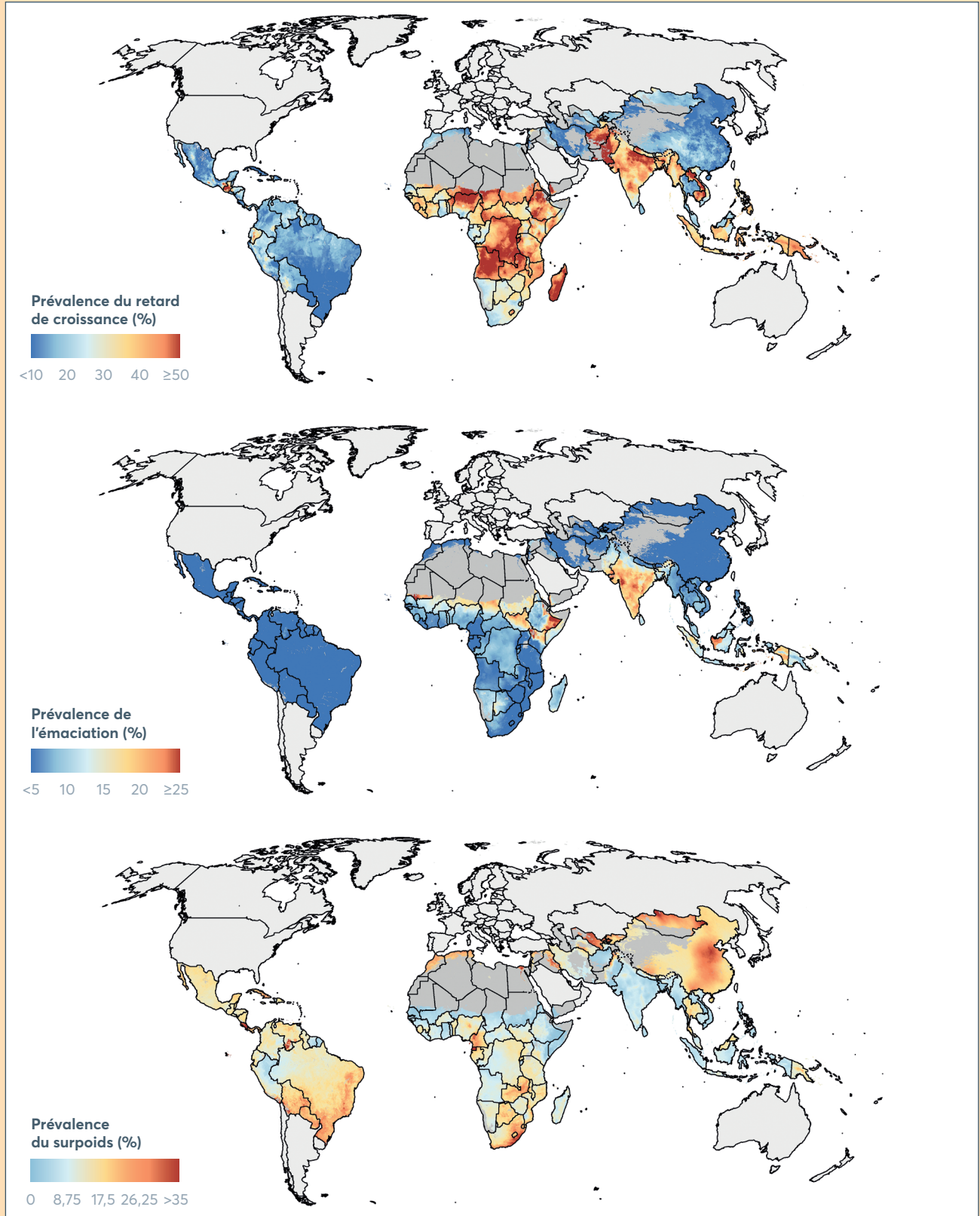
La présente analyse met également en évidence les pays qui enregistrent les plus fortes inégalités en matière de malnutrition sur leur territoire. Les plus importantes inégalités en matière de retard de croissance ont été observées au Nigéria, en Indonésie et en Inde, où les niveaux passaient du simple au quadruple selon les communautés. Les plus fortes disparités en matière d'émaciation ont été recensées en Indonésie, en Éthiopie, au Nigéria et au Kenya, avec une prévalence de l'émaciation multipliée par neuf dans certaines communautés. Les écarts les plus importants en matière de surpoids chez l'enfant à l'échelle nationale ont été observés en Afrique du Sud, au Pérou et en Chine, avec une prévalence allant du simple au triple dans certaines communautés. Ces exemples d'inégalités au sein d'un même pays mettent en évidence les zones qui accusent un retard notable et nécessitent une attention particulière.

Les estimations modélisées ont également permis de faire ressortir les zones exemplaires qui ont réalisé des progrès. Par exemple, la stratégie communautaire transversale du Pérou (*El Presupuesto por Resultados*) a été saluée pour avoir contribué à diviser les niveaux de retard de croissance par deux en moins d'une décennie²². L'Algérie, l'Ouzbékistan et l'Égypte ont fait des progrès remarquables dans la réduction des disparités en matière de malnutrition au cours de la période étudiée²³.

Ces données peuvent éclairer l'établissement des priorités et l'allocation des ressources en faveur des domaines qui en ont le plus besoin, en particulier lorsqu'aucune donnée d'enquête représentative n'est disponible. Une telle analyse géospatiale peut étayer la prise de décision en localisant les zones touchées par la malnutrition de manière disproportionnée et en mettant en lumière les inégalités au sein du pays.

FIGURE 2.9

Prévalence du retard de croissance, de l'émaciation et du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans dans une zone d'étude est divisée en cellules de 5 km x 5 km, 2017



Source : cartographie du retard de croissance et de l'émaciation : Kinyoki D.K. *et al.*, 2020. « Mapping child growth failure across low- and middle-income countries. » *Nature*, 577, p. 231-234, DOI : 10.1038/s41586-019-1878-8. Cartographie du surpoids : DOI : 10.1038/s41591-020-0807-6.

Remarques : d'après les données provenant de 105 pays à revenu faible et intermédiaire en 2017, la zone d'étude étant divisée en cellules de 5km x 5km. Les pays qui apparaissent en gris clair sont des pays à revenu élevé qui n'ont pas été intégrés au modèle, tandis que le gris foncé sert à indiquer les zones où la densité de population totale est inférieure à 10 personnes par km².

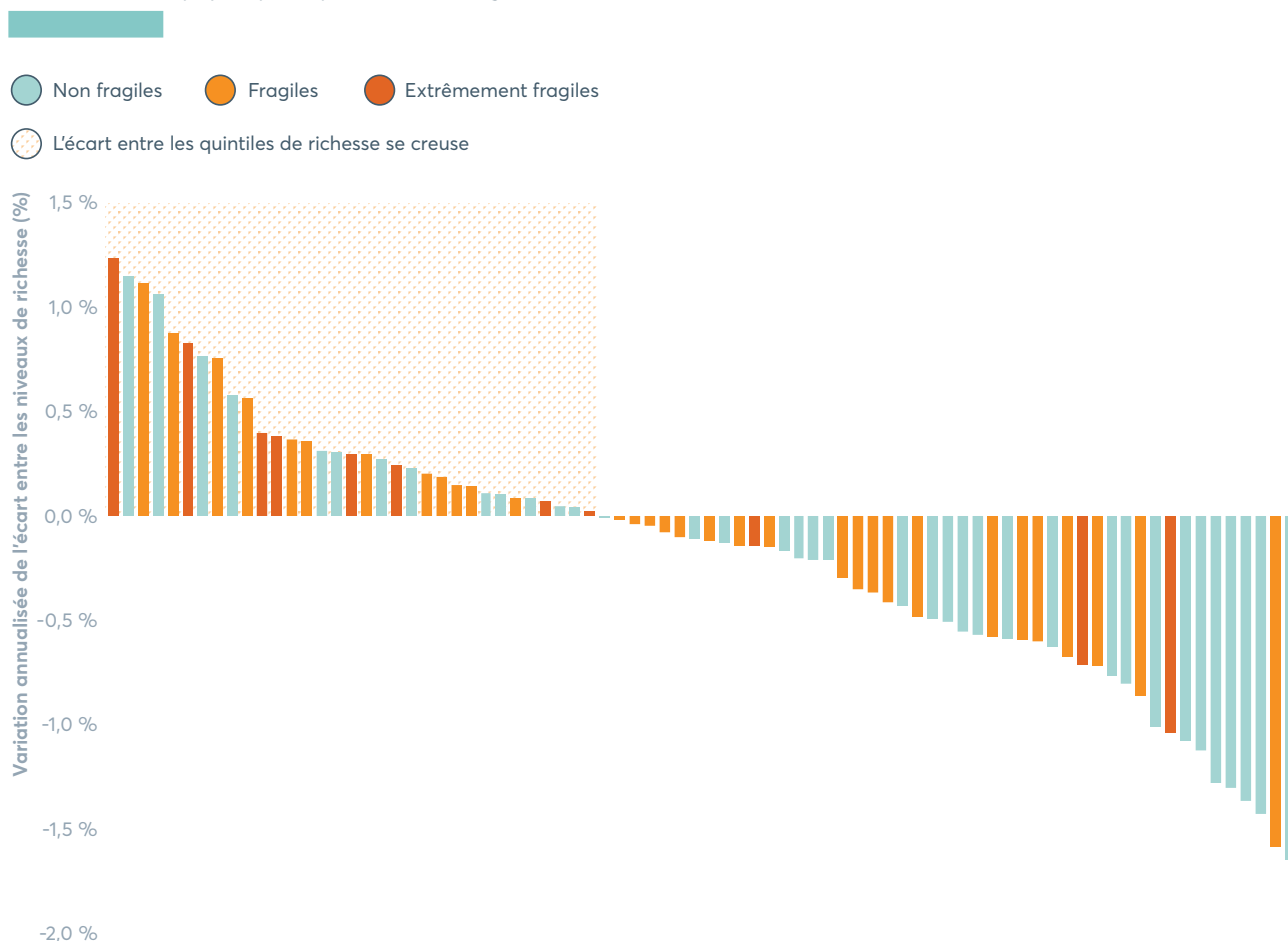
Si les dernières données disponibles fournissent un aperçu des inégalités existantes, la collecte répétée de données montre l'évolution de ces disparités au fil du temps. Les taux de retard de croissance diminuent de manière lente, mais constante, avec une prévalence mondiale passant de 32,5 % en 2000 à 21,9 % en 2018. La prévalence de l'émaciation (mesurée à un instant T) n'est pas analysée sur une période donnée, car l'émaciation peut fluctuer rapidement sur une année. À l'inverse, la prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans était de 5,9 % en 2018, sans qu'aucune différence majeure ne soit relevée depuis 2000 (4,9 %). Les inégalités en matière d'indicateurs nutritionnels pour les enfants de moins de 5 ans, telles qu'illustrées dans la figure 2.7, sont plus marquées pour ce qui est du retard de croissance, en particulier en fonction du niveau de richesse.

Ainsi, analyser de quelle manière cet écart du retard de croissance entre les différents niveaux de richesse évolue au fil du temps apporterait de nouvelles connaissances sur les inégalités en matière de nutrition.

L'analyse menée à l'échelle nationale dans 80 pays dont les données d'enquête sont disponibles, principalement des pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, montre que la baisse médiane annualisée de la prévalence du retard de croissance est plus importante au sein des populations plus pauvres (0,8 %) que dans les groupes les plus aisés (0,5 %). En effet, les inégalités entre les ménages les plus pauvres et les plus riches en matière de retard de croissance (écart entre les niveaux de richesse) se résorbent dans 47 pays, mais se creusent dans 33 pays (figure 2.10).

FIGURE 2.10

Variation annualisée de la prévalence du retard de croissance en fonction des inégalités de richesse chez les enfants de moins de 5 ans dans 80 pays, répartis par niveau de fragilité, 2000–2018



Source : UNICEF/OMS/Banque mondiale ; « Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Stunting, Wasting and Overweight » (mars 2019, New York) et OCDE, 2018.

Remarques : la variation annualisée fait référence à l'écart de prévalence du retard de croissance entre les quintiles de richesse les plus bas et les plus élevés dans chaque pays (barre) entre 2000 et 2018. Les valeurs positives signifient que l'écart de prévalence du retard de croissance entre les quintiles de richesse les plus bas (les plus pauvres) et les quintiles les plus élevés (les plus riches) se creuse (augmentation des écarts entre les différents niveaux de richesse), tandis que les valeurs négatives indiquent que ces disparités se résorbent. Le degré de fragilité est déterminé par le cadre *États de fragilité 2018* de l'OCDE, en fonction de cinq dimensions majeures : fragilités politique, sociale, économique, environnementale et sécuritaire. Les quintiles de richesse sont définis en fonction des niveaux de richesse basés sur les actifs des ménages. Les niveaux les plus élevés renvoient aux quintiles les plus riches tandis que les niveaux les plus bas se rapportent aux quintiles les plus pauvres. Dans tous les pays hormis à Madagascar, à Trinité-et-Tobago, au Monténégro, et en Bosnie-Herzégovine, les populations les plus pauvres présentent toutes une prévalence plus élevée que les plus aisées. Ces quatre pays ont vu la réduction de leur écart entre les niveaux de richesse, avec une baisse médiane annualisée de 0,6 %.

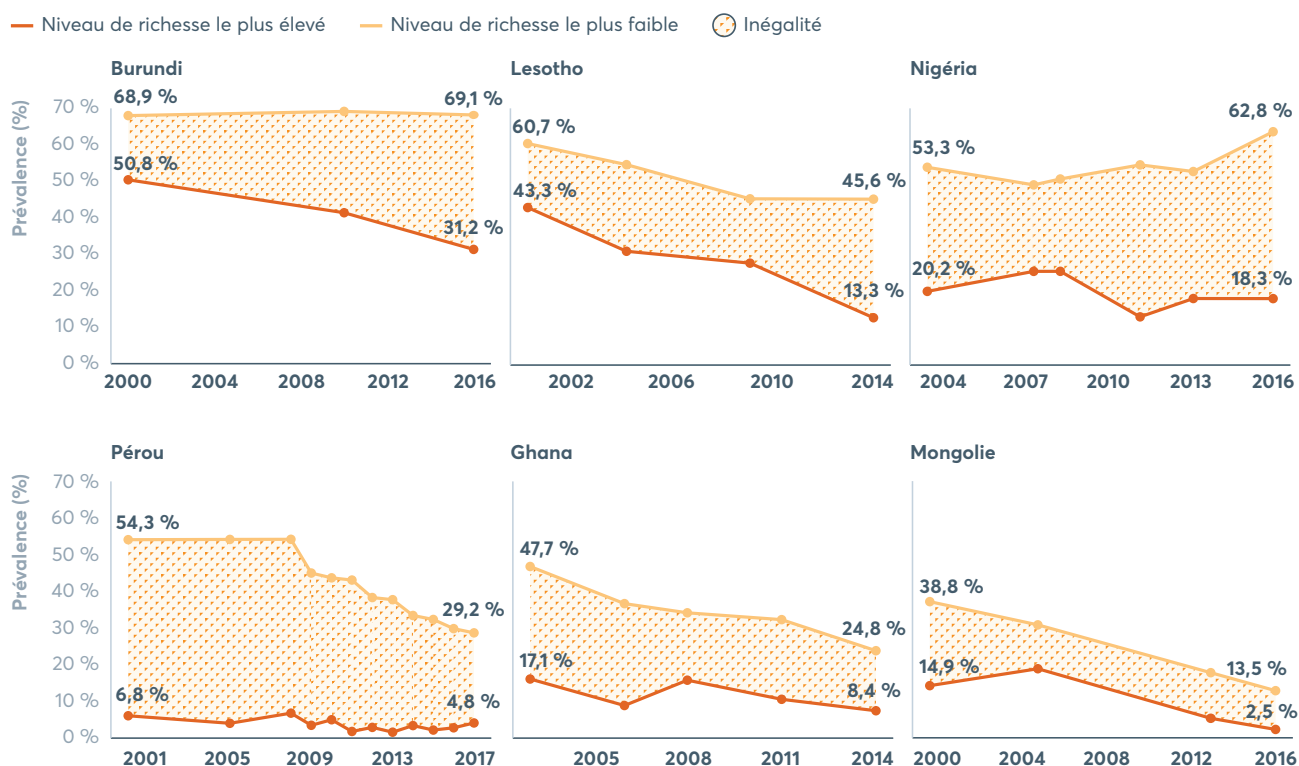
Dans les 47 pays affichant une réduction de l'écart entre les niveaux de richesse, la baisse médiane annualisée est de 0,5 %, principalement du fait d'un recul plus important de la prévalence chez les populations les plus pauvres. Sur les 33 pays dont l'écart entre les niveaux de richesse augmente, la hausse médiane annualisée s'élève à 0,3 %, principalement en raison de l'augmentation plus importante de la prévalence chez les groupes les plus aisés. Dans près de la moitié des États fragiles ou extrêmement fragiles, l'écart entre les niveaux de richesse se creuse, tandis qu'il diminue dans l'autre moitié, appelant ainsi à une analyse plus approfondie.

Malgré ces tendances générales à la baisse, on constate des différences significatives dans les schémas d'évolution à l'échelle nationale. Le Lesotho en est la parfaite illustration. En effet, le retard de croissance y a reculé de 30 points de pourcentage chez les populations les plus aisées (43,3 % en 2000, 13,3 % en 2014, soit 30 points de différence) et de seulement la moitié chez les populations les plus pauvres (60,7 % en 2000, 45,6 % en 2014, soit 15,1 points de

différence) (figure 2.11). Dans cinq des dix pays affichant les plus fortes inégalités en matière de retard de croissance entre les niveaux de richesse, le creusement de l'écart est dû à une baisse de la prévalence chez les populations les plus aisées, associée à une augmentation ou une stagnation chez les populations les plus pauvres. Ce schéma a été constaté au Bénin, en Afrique du Sud et dans trois États fragiles ou extrêmement fragiles que sont le Burundi, la République démocratique populaire lao et le Nigéria. Les cas du Burundi et du Nigéria sont présentés à la figure 2.11. De telles disparités entre les niveaux de richesse, en particulier lorsque les populations les plus pauvres sont laissées de côté, doivent impérativement être prises en compte lors de la conception et de la mise en œuvre des actions en matière de nutrition. Cependant, dans certains cas, des réductions proportionnellement plus importantes sont observées chez les populations les plus pauvres. C'est notamment le cas au Pérou, au Ghana et en Mongolie (figure 2.11). Malgré ces améliorations, l'écart entre les niveaux de richesse persiste et affecte de manière disproportionnée les plus pauvres, et nécessite donc une action ciblée.

FIGURE 2.11

Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans par niveau de richesse, dans différents pays, 2000-2017



Source : UNICEF/OMS/Banque mondiale ; « Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Stunting, Wasting and Overweight » (mars 2019, New York).
 Remarques : les pays présentant les creusements et réductions les plus importants des écarts de prévalence du retard de croissance entre les quintiles de richesse les plus élevés et les plus bas sont sélectionnés sur la base des données les plus anciennes et les plus récentes depuis 2000 et de la variation absolue de l'écart. Les quintiles de richesse sont définis en fonction des niveaux de richesse basés sur les actifs des ménages. Les niveaux les plus élevés renvoient aux quintiles les plus riches tandis que les niveaux les plus bas se rapportent aux quintiles les plus pauvres.

Inégalités en matière d'insuffisance pondérale, de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adolescents

Comparativement, moins de données détaillées sont disponibles pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans. À l'échelle mondiale, beaucoup plus de garçons et de filles souffrent d'insuffisance pondérale que de surpoids ou d'obésité (figure 2.12). À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants et d'adolescents en insuffisance pondérale a diminué, passant de 37 % en 2000 à 31,6 % en 2016 chez les garçons et de 29,6 % en 2000 à 25,9 % en 2016 chez les filles. Au cours de cette même période, le surpoids est passé de 10,3 % à 19,2 % chez les garçons et de 10,3 % à 17,5 % chez les filles, tandis que l'obésité est passée de 3,3 % à 7,8 % chez les garçons et de 2,5 % à 5,6 % chez les filles.

En analysant les données ventilées par sexe, on constate une prévalence légèrement plus élevée chez les garçons que chez les filles pour chacun de ces indicateurs. Ce modeste écart entre les sexes est relativement constant, avec des signes d'augmentation du surpoids et de l'obésité. Des schémas similaires sont observés au niveau national, même si un écart plus important ou inversé (une prévalence plus importante chez les filles que chez les garçons) est parfois constaté. Les données les plus récentes laissent penser que les inégalités les plus importantes entre les sexes en matière d'insuffisance pondérale chez les enfants et les adolescents sont observées au Lesotho (32,5 % chez les garçons, 14,1 % chez les filles, soit 18,4 points de différence), suivi du Zimbabwe (32,5 % chez les garçons, 15 % chez les filles, soit 17,5 points de différence) et de la République démocratique du Congo (37,8 % chez les garçons, 21,9 % chez les filles, soit 15,9 points de différence). Concernant le surpoids, les inégalités les plus marquées entre les sexes sont recensées dans les pays d'Afrique australe et orientale, principalement au Lesotho (6,2 % chez les garçons, 24,7 % chez les filles, soit 18,5 points de différence), en Eswatini (8,3 % chez les garçons, 25 % chez les filles, soit 16,7 points de différence) et au Zimbabwe (6,7 % chez les garçons, 22,3 % chez les filles, soit 15,6 points de différence). Certains pays d'Asie de l'Est présentent quant à eux les inégalités les plus marquées entre les sexes lorsque la prévalence chez les garçons est supérieure à celle des filles. C'est notamment le cas de la Chine (35 % chez les garçons, 20,8 % chez les filles, soit 14,2 points de différence) et de la Corée du Sud (33,7 % chez les garçons, 21,1 % chez les filles, soit 12,6 points de différence). Pour ce qui est de l'obésité, l'écart le plus important entre les sexes est observé dans les pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est, tels que le Brunéi (18,3 % chez

les garçons, 9,9 % chez les filles, soit 8,4 points de différence), la Chine (15,4 % chez les garçons, 7,1 % chez les filles, soit 8,3 points de différence) et la Corée du Sud (12,9 % chez les garçons, 4,7 % chez les filles, soit 8,2 points de différence).

Si l'on examine de plus près les inégalités potentielles en fonction du niveau de revenu du pays (figure 2.13), on constate que la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants et les adolescents est en moyenne jusqu'à trois fois plus élevée dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé. On constate l'inverse pour le surpoids chez les enfants et les adolescents, avec une prévalence jusqu'à quatre fois plus élevée dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ou à revenu faible. De même, la prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents peut aller du simple au quadruple entre les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à revenu faible et les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Ces données, couplées à la hausse de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents, suggèrent que les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure sont davantage touchés.

Inégalités en matière d'indicateurs nutritionnels chez les adultes

Insuffisance pondérale, surpoids et obésité

Notre monde a connu une forte transition ces quatre dernières décennies²⁴, passant d'une prévalence de l'insuffisance pondérale chez l'adulte plus de deux fois supérieure à la prévalence de l'obésité, à plus d'adultes obèses que d'adultes en insuffisance pondérale, et ce, aussi bien à l'échelle mondiale que dans toutes les régions du monde, à l'exception de certaines zones d'Afrique subsaharienne et d'Asie. L'augmentation du fardeau mondial du surpoids et de l'obésité, tant chez les adultes que chez les enfants et les adolescents, ne peut être ignoré. Nous devons déployer davantage d'efforts ciblés et d'actions afin de ralentir et de mettre un terme à la progression de l'obésité. Remédier aux régimes alimentaires déséquilibrés à travers des approches efficaces et rentables doit être l'une des priorités des gouvernements, des décideurs politiques, des cliniciens, du système alimentaire, du système de santé et des partenariats public-privé au XXI^e siècle si l'on veut inverser la propagation de l'épidémie d'obésité.

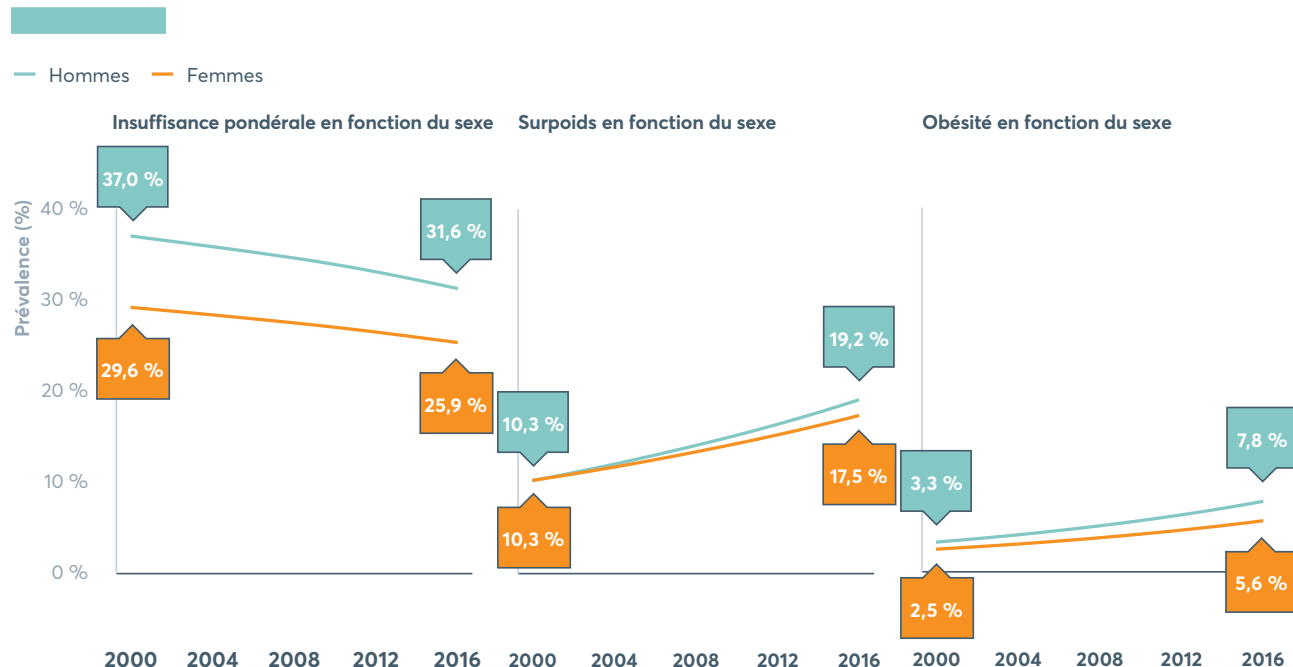
Plus d'hommes et de femmes sont en surpoids ou obèses qu'en insuffisance pondérale et les femmes sont généralement touchées de manière disproportionnée par rapport aux hommes (figure 2.14). L'analyse des tendances depuis 2000 montre que l'insuffisance pondérale a reculé, passant de 11,1 % en 2000 à 8,6 % en 2016 chez les hommes, et de 11,5 % à 9,4 % chez les femmes sur la même période. À l'inverse, le taux de surpoids (y compris d'obésité) a augmenté, passant de 31,7 % (609,8 millions) à 39,2 % (1,02 milliard) chez les femmes et de 29,7 % (560 millions) à 38,5 % (984,6 millions) chez les hommes. L'obésité chez les hommes a augmenté, passant de 6,7 % (124,7 millions) à 11,1 % (284,1 millions) chez les hommes et de 10,6 % (201,8 millions) à 15,1 % (393,5 millions) chez les femmes. Ces évolutions concordent avec les tendances observées chez les adolescents (figure 2.12).

En effet, les différences entre les sexes sont similaires à l'échelle nationale, même si l'écart peut se creuser davantage ou s'inverser (avec une prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes). Concernant l'insuffisance pondérale, les femmes présentent généralement une prévalence plus élevée que les hommes, mais certains pays affichent un écart entre les sexes inversé pouvant aller jusqu'à 7,4 points de pourcentage au Lesotho (4,5 % chez les

femmes, 11,9 % chez les hommes), 6,5 points de pourcentage en Guinée équatoriale (10,1 % chez les femmes, 16,6 % chez les hommes) et 6,2 points de pourcentage au Zimbabwe (4,9 % chez les femmes, 11,1 % chez les hommes). Le Japon affiche l'écart entre les sexes le plus important lorsque la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (6,8 % chez les femmes, 3,9 % chez les hommes). Concernant le surpoids, les inégalités les plus marquées entre les sexes sont recensées dans les pays d'Afrique australe et orientale, principalement au Lesotho (53,7 % chez les femmes, 21,1 % chez les hommes, soit 32,5 points de différence), au Zimbabwe (52,8 % chez les femmes, 22,2 % chez les hommes, soit 30,6 points de différence) et en Eswatini (52,6 % chez les femmes, 22,2 % chez les hommes, soit 30,4 points de différence). Certains pays de ces mêmes régions présentent d'importantes disparités entre les sexes en matière d'obésité, particulièrement l'Afrique du Sud (39,6 % chez les femmes, 15,4 % chez les hommes, soit 24,2 points de différence), le Lesotho (26,7 % chez les femmes, 4,6 % chez les hommes, soit 22,0 points de différence), le Botswana (29,3 % chez les femmes, 8,1 % chez les hommes, soit 21,2 points de différence), l'Eswatini (26,2 % chez les femmes, 5,4 % chez les hommes, soit 20,8 points de différence) et le Zimbabwe (25,3 % chez les femmes, 4,7 % chez les hommes, soit 20,5 points de différence).

FIGURE 2.12

Prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans en fonction du sexe, 2000–2016



Source : Réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019.

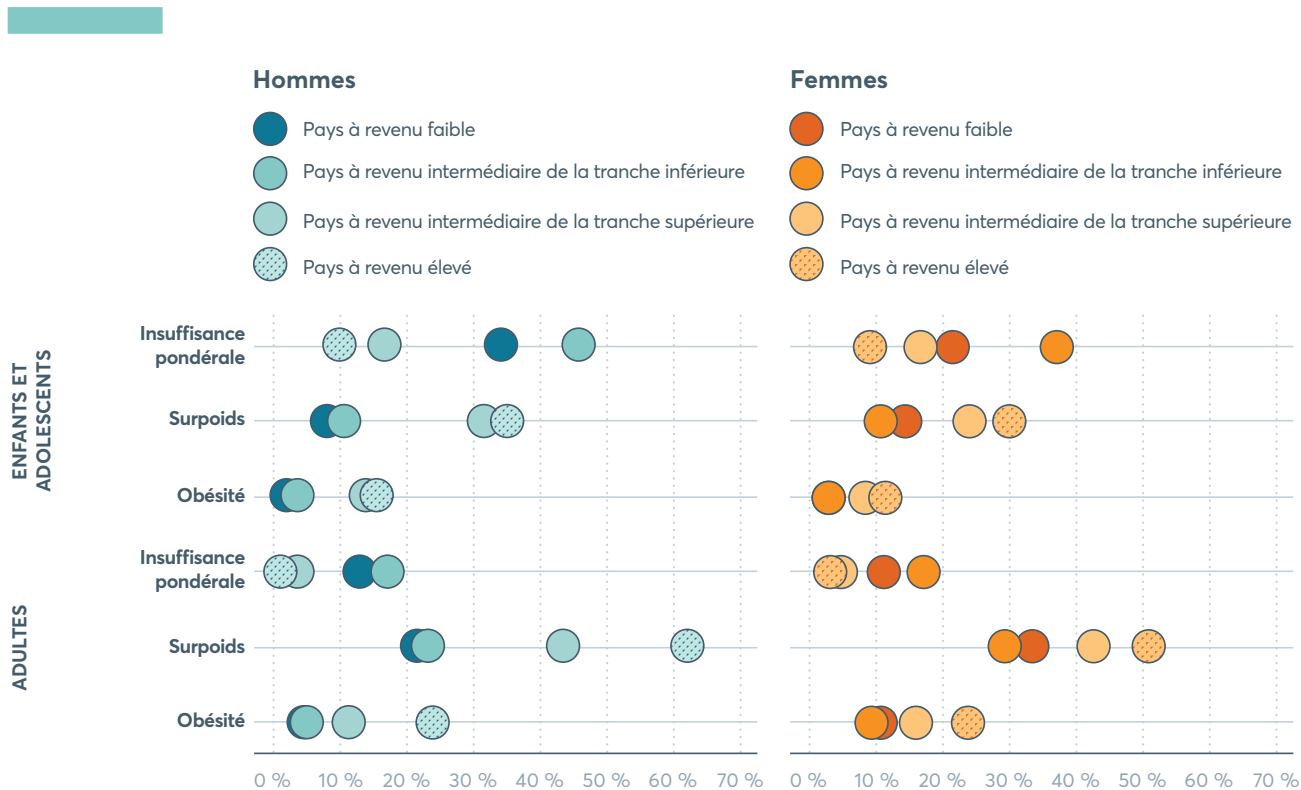
Remarques : tous les indicateurs reposent sur des estimations mondiales normalisées selon l'âge et modélisées jusqu'en 2016, conformément à la population type de l'OMS. L'insuffisance pondérale correspond à IMC inférieur de plus d'un écart-type (ET) à la médiane des normes de croissance définies par l'OMS. On parle de surpoids (obésité comprise) lorsque l'IMC est supérieur de plus d'un ET à la médiane des normes de croissance définies par l'OMS et d'obésité lorsqu'il est supérieur de plus de deux ET à la médiane des normes de croissance définies par l'OMS.

L'insuffisance pondérale reste endémique dans les régions les plus pauvres du monde, en particulier en Asie du Sud²⁵. La plus forte prévalence d'insuffisance pondérale est observée dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, avec des taux jusqu'à dix fois supérieurs à ceux des pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (figure 2.13). Comme pour les adolescents, l'inverse est également constaté pour le surpoids chez les

adultes, avec une prévalence jusqu'à trois fois plus élevée dans les pays à revenu élevé ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ou à revenu faible. La prévalence de l'obésité chez les adultes peut être jusqu'à cinq fois supérieure dans les pays à revenu élevé ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ou à revenu faible.

FIGURE 2.13

Prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans et chez les adultes, en fonction du niveau de revenu des pays, 2016



Source : Réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019.

Remarques : tous les indicateurs relatifs aux enfants et aux adolescents reposent sur des estimations normalisées selon l'âge et modélisées pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans. Tous les indicateurs des adultes reposent quant à eux sur des estimations normalisées selon l'âge et modélisées pour les adultes de 18 ans et plus (conformément à la population type de l'OMS). Toutes les estimations modélisées sont basées sur 187 pays depuis 2016. Chez les enfants et les adolescents (âgés de 5 à 19 ans), l'insuffisance pondérale correspond à un indice de masse corporelle (IMC) inférieur de plus d'un écart-type (<-1 ET) à la médiane des normes de croissance définies par l'OMS. On parle de surpoids (obésité comprise) lorsque l'IMC est supérieur de plus d'un écart-type (>+1 ET) à la médiane des normes de croissance définies par l'OMS et d'obésité lorsqu'il est supérieur de plus de deux écarts types (>+2 ET) à la médiane des normes de croissance définies par l'OMS. Les adultes souffrent d'insuffisance pondérale lorsque leur IMC est inférieur à 18,5 kg/m², de surpoids (obésité comprise) lorsqu'il est égal ou supérieur à 25 kg/m², et d'obésité lorsqu'il est égal ou supérieur à 30 kg/m². Les pays sont classés dans quatre catégories, en fonction du revenu national brut par tête : les pays à revenu élevé (56,30 %), les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (54,29 %), les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (47,25 %) et les pays à faible revenu (30,16 %)²⁶.

L'analyse de 190 pays menée à l'échelle nationale montre que la hausse médiane annualisée de la prévalence du surpoids est la même pour les deux sexes (0,07 %). Cependant, l'écart entre les sexes se creuse dans 120 pays, tandis qu'il se résorbe dans 70 pays (figure 2.15). Sur les 120 pays dans lesquels l'écart entre les sexes augmente, la hausse médiane annualisée s'élève à 0,16 %, principalement en raison de l'augmentation plus importante de la prévalence chez les femmes. Sur les 70 pays dont l'écart entre les sexes diminue, la hausse médiane annualisée s'élève à 0,10 %, principalement en raison de l'augmentation plus marquée de la prévalence chez les hommes. Ces inégalités se creusent plus rapidement dans les États fragiles et extrêmement fragiles que dans les États non fragiles, à quelques exceptions près (Iraq, Corée du Nord, Libye, territoires palestiniens occupés et Venezuela). Parmi les 120 pays dont l'écart entre les sexes se creuse, 39 (32,5 %) sont classés comme fragiles et 13 (10,8 %) comme extrêmement fragiles, avec une hausse médiane annualisée respective de 0,20 % et 0,18 %. En revanche, sur les 70 pays où cet écart se résorbe, seuls quatre (5,7 %) sont fragiles et un (1,4 %) est extrêmement fragile. Il semblerait donc que les États fragiles et extrêmement fragiles présentent de plus grandes différences de prévalence de l'obésité entre hommes et femmes.

Consommation de sel

La consommation importante de sel (sodium) accroît la pression systolique, laquelle constitue un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires et de la néphropathie chronique. C'est aussi le premier facteur de risque alimentaire de décès et de maladie à l'échelle mondiale²⁷. Compte tenu du rôle majeur que jouent les facteurs sociaux et environnementaux dans la formation des habitudes alimentaires, les efforts ciblant la consommation de sel doivent pleinement intégrer des approches axées sur la population. Il est possible de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies efficaces au niveau local (notamment dans les écoles, dans les entreprises et dans les établissements communautaires), mais aussi au niveau des régions, des États et des pays, en les adaptant aux besoins. Une étude américaine représentative à l'échelle nationale révèle que la consommation élevée de sel est le premier facteur de risque alimentaire des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux, et qu'elle affecte les hommes, les groupes ethniques non blancs ainsi que les personnes ayant un faible niveau d'instruction de manière disproportionnée²⁸. On ne dispose pas encore de données mondiales sur la consommation de sel ni sur d'autres facteurs alimentaires classés en fonction des principales caractéristiques sociodémographiques. Toutefois, des données mondiales ventilées portant sur au moins 55 facteurs alimentaires seront disponibles

en 2020 par l'intermédiaire de la Global Dietary Database (base de données sur la consommation alimentaire mondiale)²⁹.

Ces données mondiales détaillées sur la consommation réelle des populations permettront d'identifier les facteurs à l'origine des régimes alimentaires et de leur évolution au fil du temps. Elles joueront également un rôle clé dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques visant à réduire les répercussions néfastes des pratiques alimentaires sur la santé ainsi que les inégalités en matière d'alimentation dans les différents pays.

La consommation moyenne mondiale de sodium chez les adultes (âgés de 25 ans et plus) est globalement stable depuis 2010. Les hommes (5,8 g/jour) ont une consommation légèrement supérieure à celle des femmes (5,3 g/jour) à l'échelle mondiale et cet écart est plus marqué à l'échelle nationale. C'est en Europe du Sud et de l'Est que ces différences sont les plus significatives, notamment en Hongrie (5,7 g/jour pour les hommes contre 3,9 g/jour pour les femmes, soit une différence de 1,8 g/jour), en République tchèque (5,6 g/jour pour les hommes contre 3,9 g/jour pour les femmes, soit une différence de 1,7 g/jour) et en Slovénie (5,5 g/jour pour les hommes contre 3,9 g/jour pour les femmes, soit une différence de 1,6 g/jour).

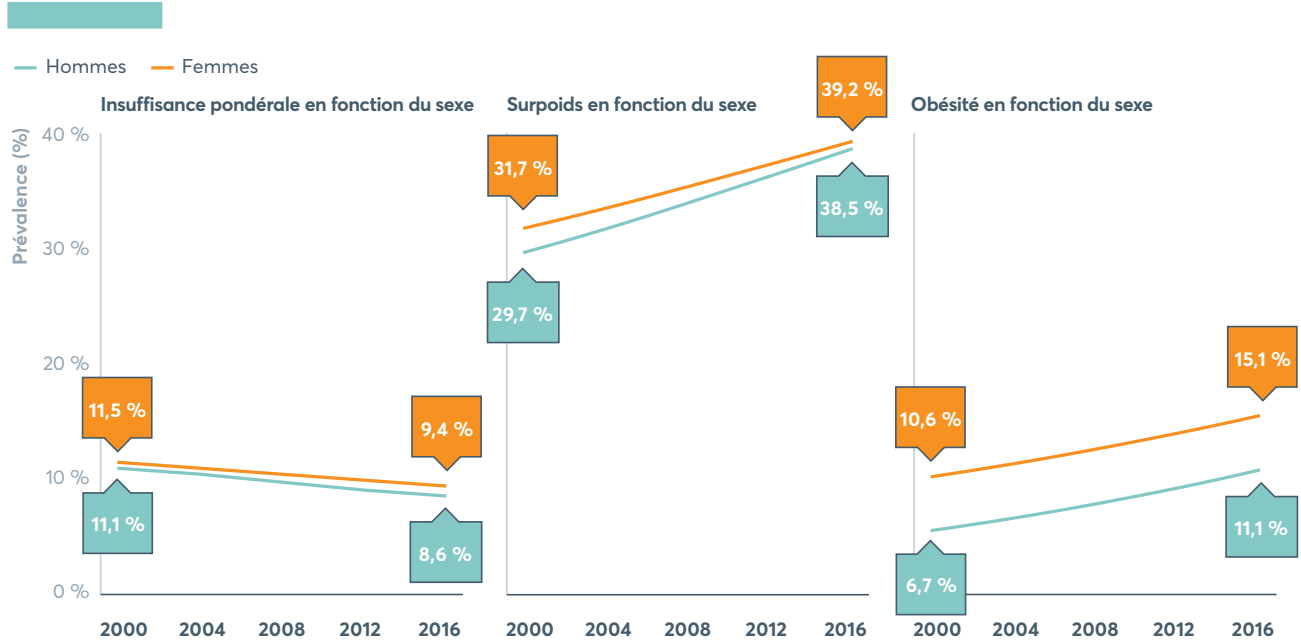
Hypertension artérielle

Depuis 40 ans, le nombre de personnes souffrant d'hypertension artérielle augmente dans le monde³⁰. Bien que les pays à revenu élevé soient traditionnellement plus touchés, la majeure partie de la progression a lieu dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et s'explique principalement par la croissance démographique et le vieillissement de la population. La prévalence de l'hypertension artérielle est désormais plus importante dans les pays à faible revenu d'Asie du Sud et d'Afrique subsaharienne, mais n'en reste pas moins un problème de santé publique en Europe centrale et de l'Est³¹.

En dépit de la hausse du nombre de personnes touchées, la prévalence mondiale de l'hypertension artérielle demeure relativement stable avec quelques légères baisses relevées entre 2000 et 2015 (figure 2.16). À l'échelle mondiale, les hommes (24,1 %) sont plus sujets à l'hypertension artérielle que les femmes (20,1 %). Cet écart est plus important encore dans certains pays d'Europe du Nord, en particulier en Lettonie (36,4 % des hommes contre 22,9 % des femmes, soit 13,5 points de différence), en Estonie (34,3 % des hommes contre 20,9 % des femmes, soit 13,4 points de différence) et en Islande (26,2 % des hommes contre 13,0 % des femmes, soit 13,2 points de différence).

FIGURE 2.14

Prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les adultes en fonction du sexe, 2000–2016

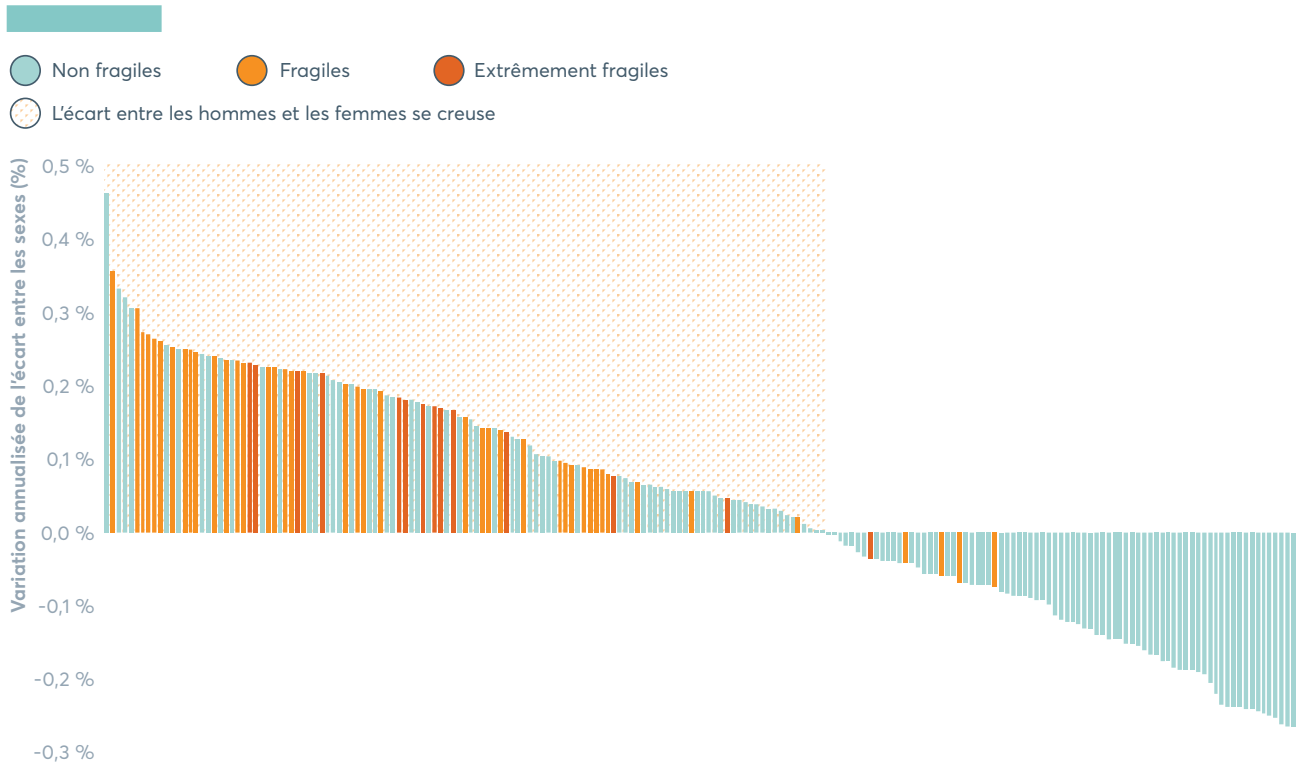


Source : Réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019.

Remarques : tous les indicateurs reposent sur des estimations mondiales normalisées selon l'âge et modélisées jusqu'en 2016, conformément à la population type de l'OMS pour les adultes de 18 ans et plus. Les adultes souffrent d'insuffisance pondérale lorsque leur IMC est inférieur à 18,5 kg/m², de surpoids (obésité comprise) lorsqu'il est égal ou supérieur à 25 kg/m², et d'obésité lorsqu'il est égal ou supérieur à 30 kg/m².

FIGURE 2.15

Variation mondiale annualisée des inégalités de prévalence de l'obésité entre les hommes et les femmes adultes, en fonction du niveau de fragilité, 2000 et 2016



Source : Réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019, et OCDE, 2018.

Remarques : la variation annualisée renvoie à l'écart de prévalence de l'obésité (IMC \geq 30 kg/m²) entre hommes et femmes (âgés de 18 ans et plus) observé dans chacun des 190 pays (barres) entre 2000 et 2016. Les valeurs positives indiquent que l'écart entre les hommes et les femmes se creuse, alors que les valeurs négatives montrent qu'il se réduit. Le degré de fragilité est déterminé par le cadre États de fragilité 2018 de l'OCDE, en fonction de cinq dimensions majeures : fragilités politique, sociétale, économique, environnementale et sécuritaire³². Dans la plupart des pays, en 2000, les femmes étaient plus touchées que les hommes, et cet écart s'est accru ou a diminué selon la même tendance avec le temps. Six pays européens (Suisse, Danemark, Suède, Autriche, Allemagne et Islande) affichaient une prévalence plus forte chez les hommes que chez les femmes en 2000 et cet écart a continué de se creuser selon la même tendance jusqu'en 2016. En revanche, 19 pays qui présentaient une prévalence plus élevée chez les femmes en 2000 ont vu la situation s'inverser puisque les hommes y étaient plus touchés en 2016. Six pays ont par ailleurs vu les inégalités entre hommes et femmes (dans un sens ou dans l'autre) se creuser tandis qu'elles ont diminué dans 13 autres pays.

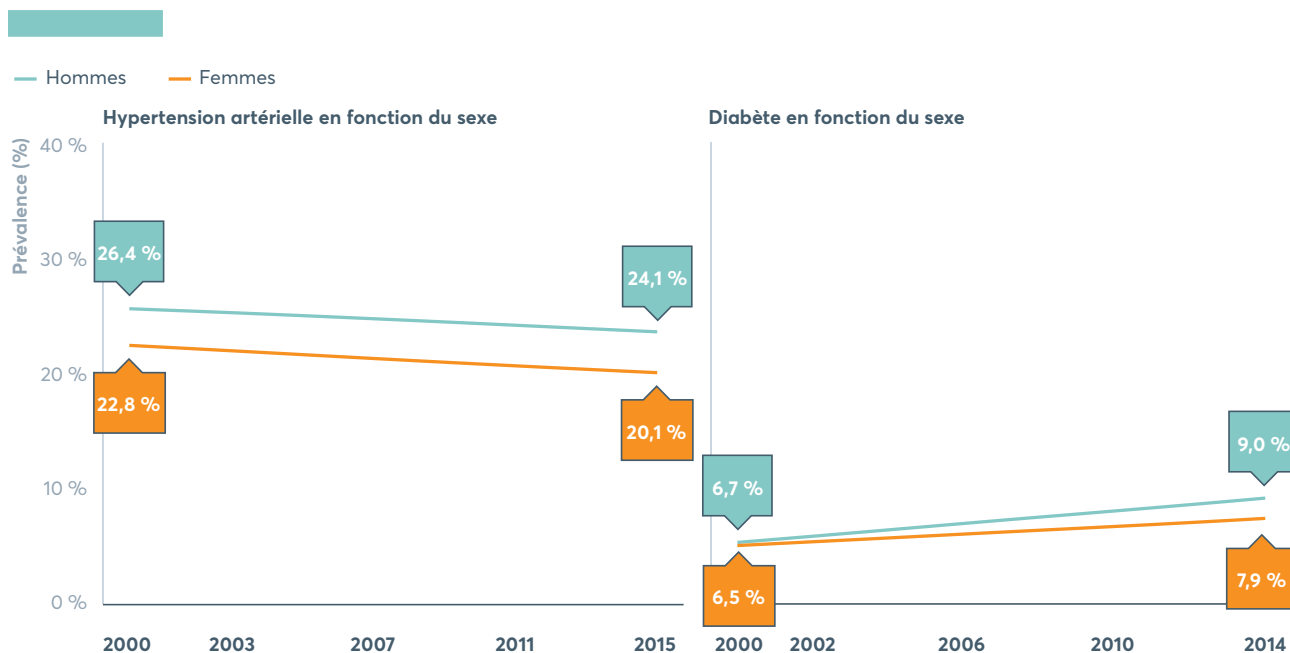
Diabète

Le surpoids et l'obésité peuvent avoir de graves conséquences sur la santé. Les dépenses de santé annuelles consacrées au traitement des conséquences de l'obésité sont colossales et devraient atteindre 1 200 milliards de dollars US par an d'ici à 2025, les États-Unis étant largement en tête³³. Le diabète est une de ces conséquences : on estime qu'actuellement, une personne meurt toutes les huit secondes de diabète ou de ses complications, et la situation devrait encore s'aggraver à l'avenir³⁴. Sur l'ensemble des dépenses de santé mondiales, 10 % sont consacrées à cette maladie (760 milliards de dollars US)³⁵. La Fédération internationale du diabète révèle des chiffres inquiétants : un adulte diabétique sur deux n'est pas diagnostiqué, deux diabétiques sur trois vivent en milieu urbain, et trois diabétiques sur quatre vivent dans des pays à revenu faible et intermédiaire³⁶.

Depuis 40 ans, la prévalence du diabète chez les adultes augmente ou, au mieux, stagne dans tous les pays. Cette progression se fait à un rythme plus rapide dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé³⁷ et la tendance est la même depuis 20 ans (figure 2.16). À l'échelle mondiale, la proportion des hommes (9,0 %) atteints du diabète est légèrement plus élevée que celle des femmes (7,9 %). On observe un écart similaire à l'échelle nationale.

FIGURE 2.16

Prévalence mondiale de l'hypertension artérielle et du diabète chez les adultes, en fonction du sexe, 2000–2015



Source : Réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019.

Remarques : d'après les estimations mondiales modélisées chez les adultes âgés de 18 ans et plus entre 2000 et 2015 pour l'hypertension artérielle, et entre 2000 et 2014 pour le diabète. Les données fournies sont normalisées selon l'âge conformément à la population type de l'OMS.

ACTIONS RECOMMANDÉES

- ▶ Nous devons redoubler d'efforts et renforcer les mesures afin de lutter contre la malnutrition qui persiste à un niveau inacceptable.
- ▶ Les interventions, les politiques et les actions de prévention doivent tenir compte des questions d'équité et cibler simultanément de multiples facteurs à l'origine des iniquités en matière de nutrition, en particulier dans les zones ou au sein des populations affectées par la malnutrition de manière disproportionnée.
- ▶ Il est urgent de pouvoir compter sur des données nutritionnelles détaillées, de qualité et recueillies de manière systématique (concernant par exemple les régimes alimentaires, l'anthropométrie, le statut en micronutriments ou d'autres résultats en matière de santé) afin d'analyser les facteurs d'inégalités et de transitions nutritionnelles et leur évolution au fil du temps, et ainsi d'établir des priorités adaptées aux besoins.
- ▶ Les pays doivent s'engager et investir en faveur d'une collecte systématique de données sur la nutrition sensibles à l'équité. Les données doivent en outre être détaillées et ventilées à l'échelle locale et par caractéristiques principales de populations, telles que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le niveau d'éducation et la richesse.



Intégrer la nutrition dans la couverture sanitaire universelle

2012. Washington DC (États-Unis).

Une diététicienne clinicienne explique à un patient comment réduire sa pression artérielle et son poids en améliorant sa nutrition.

Photo : Département de l'agriculture des États-Unis/Stephen Ausmus.

POINTS CLÉS

- 1** La mauvaise qualité des régimes alimentaires et la malnutrition qui en résulte comptent parmi les plus grands défis sociétaux de notre époque, entraînant des effets néfastes majeurs sur la santé, l'économie et l'environnement.
- 2** L'engagement mondial en faveur de la couverture sanitaire universelle offre une occasion unique de remédier à la malnutrition sous toutes ses formes. L'intégration de la nutrition dans les systèmes de santé entraînerait des avancées significatives dans ce domaine et présenterait un excellent rapport coût-efficacité.
- 3** Les six éléments constitutifs des systèmes de santé définis par l'OMS fournissent un cadre utile à la pleine intégration de la nutrition dans ces systèmes.
- 4** La couverture et la qualité des actions en matière de nutrition dans les centres de soins primaires sont limitées et généralement axées sur la sous-alimentation.
- 5** Seule une part infime des budgets nationaux de santé est affectée aux interventions de nutrition, qui sont rarement confiées à des professionnels qualifiés en la matière.
- 6** Intégrer la nutrition dans la couverture sanitaire universelle exige une action conjointe des gouvernements et des parties prenantes clés en vue d'établir des systèmes de santé fonctionnels et résilients, étayés par une gouvernance et une coordination renforcée.

Plaidoyer en faveur de la nutrition comme élément clé des soins de santé primaires

En 2019, l'Assemblée générale des Nations Unies a, pour la première fois, porté particulièrement son attention sur la couverture sanitaire universelle, ou soins de santé universels. L'Assemblée générale a réaffirmé que « la santé est à la fois une condition préalable, un résultat et un indicateur du développement durable dans [les trois] dimensions [...] du développement durable » et s'est résolument engagée à « mettre en place la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, afin d'intensifier les efforts faits à l'échelle mondiale pour bâtir un monde plus sain pour tous¹ ». L'appel à réaliser la couverture sanitaire universelle telle qu'énoncée dans la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD) est sans équivoque : tous les pays sans exception doivent œuvrer à garantir que chaque individu aura accès à un ensemble minimum d'interventions sanitaires de grande qualité sans rencontrer de difficultés financières. Une santé et un bien-être optimaux constituent des droits fondamentaux et non un privilège réservé à ceux qui en ont les moyens.

La déclaration des Nations Unies reconnaît que les soins de santé primaires représentent la stratégie la plus inclusive et efficace, associant la société dans son ensemble, pour assurer la santé physique et mentale des populations, ainsi que le bien-être social. La déclaration souligne en outre le rôle fondamental d'une alimentation saine et des systèmes alimentaires sains, équitables et durables – au même titre qu'une éducation de qualité, l'égalité des genres et l'avancement des femmes, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, et les mécanismes de protection sociale – pour bâtir des sociétés plus saines.

Des arguments solides étayent l'inclusion de la nutrition en tant que composante intégrale des soins de santé primaires :

- Des décennies durant, les systèmes de santé et les cliniciens se sont centrés sur les maladies médicales, qui sont combattues à l'aide de traitements médicamenteux, et ont négligé des causes fondamentales comme l'alimentation et le mode de vie. Les conséquences de cette approche étroite sont évidentes : la malnutrition, telle une épidémie mondiale, sévit dans le monde entier.
- Les régimes alimentaires malsains figurent parmi les principaux enjeux sociétaux et sanitaires du XXI^e siècle ; ils sont responsables de handicaps et de décès, d'inégalités accrues ainsi que de dépenses de santé vertigineuses, et ont des conséquences environnementales.

- À l'heure où les gouvernements et les décideurs prennent de plus en plus conscience de l'intensité et de l'étendue des fléaux associés à la malnutrition, ils n'ont d'autre choix que d'agir. L'intégration d'interventions axées sur la nutrition dans les systèmes de santé afin de promouvoir une alimentation plus saine, et de prévenir et de traiter la sous-alimentation et les maladies chroniques liées au régime alimentaire est susceptible d'entraîner des avancées significatives dans le domaine de la santé et de présenter un rapport coût-efficacité excellent².

Il est de plus en plus reconnu que les parties prenantes clés, y compris les gouvernements et le secteur privé, ont pour responsabilité de veiller à ce que les systèmes alimentaires et de santé soient plus sains et équitables. Cette prise de conscience reflète une évolution en ce sens que désormais l'individu n'est plus seul responsable – et coupable – de ne pas faire de choix sains, et se traduit par l'augmentation des interventions nutritionnelles axées sur la population à l'échelle mondiale. Les interventions axées sur la population ont le potentiel d'atteindre des segments plus vastes de la société, requièrent des efforts individuels moindres et peuvent être moins onéreuses que les stratégies ciblant les individus. De telles stratégies « en amont » doivent bénéficier à tous, en particulier aux personnes moins privilégiées et à bas statut socioéconomique, notamment si elles sont intégrées dans un système de couverture sanitaire universelle. Si des politiques et des programmes ont été mis en place pendant des décennies pour combattre la faim et l'insécurité alimentaire, rares étaient ceux qui s'intéressaient à l'amélioration de la qualité de l'alimentation et à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire. Les avancées et les efforts récents affichés par les politiques en matière de nutrition en vue de prévenir les MNT peuvent éclairer les domaines prioritaires actuels et contribuer à l'élaboration d'un plan de couverture sanitaire universelle afin de combattre les maladies chroniques liées au régime alimentaire.

La garantie d'un accès équitable aux interventions nutritionnelles efficaces au sein des systèmes de santé peut jouer un rôle déterminant dans l'amélioration des régimes alimentaires, la prévention et le traitement des maladies, la diminution des dépenses de santé et, à terme, l'amélioration de la santé de tous. Néanmoins, ces arguments ne s'accompagnent pas encore d'une approche rigoureuse associant la nutrition et les soins de santé et privilégiant l'équité des politiques, du financement, du suivi et de l'évaluation. Il est courant que la nutrition soit reléguée au bas des priorités des politiques nationales de santé et des débats sur les financements. L'édition 2020 du Rapport sur la nutrition mondiale souligne la nécessité d'intégrer la nutrition dans la couverture sanitaire universelle³ en tant que préalable indispensable pour améliorer les régimes alimentaires, sauver des vies et réduire

les dépenses de santé tout en veillant à ne laisser personne pour compte.

Le présent chapitre traite des principaux problèmes que pose la pleine intégration de la nutrition dans les soins de santé et les possibilités qui s'offrent en la matière, de sorte que chaque personne puisse accéder aux soins nutritionnels nécessaires, quand et où elle en a besoin, et sans rencontrer de difficultés financières.

Intégration de la nutrition dans la couverture sanitaire universelle

La vision de l'OMS et de l'UNICEF en matière de couverture universelle des soins de santé primaires au XXI^e siècle est la suivante :

une approche axée sur les personnes qui vise à garantir le niveau de santé le plus élevé possible et la répartition équitable de la santé et du bien-être en se centrant sur les besoins et les préférences des personnes (en tant qu'individus et en tant que communautés) le plus tôt possible, tout au long du continuum allant de la promotion de la santé et la prévention des maladies aux traitements, à la rééducation et aux soins palliatifs, et le plus près possible de l'environnement quotidien des personnes⁴.

Les soins de santé primaires sont essentiels à la réalisation de la couverture sanitaire universelle et entraînent un éventail d'avantages sanitaires et économiques⁵. En tant que tels, ils constituent les principaux vecteurs d'harmonisation et de fourniture des soins nutritionnels au niveau communautaire, tout en assurant une couverture optimale et la prestation de services de grande qualité. Cela étant, les services de nutrition doivent être introduits à de multiples niveaux de la prestation des soins de santé, dont les soins secondaires et tertiaires. Le manque d'accès aux soins de santé primaires intégrant dûment des interventions de nutrition risque de priver certains de services de nutrition de qualité. Les personnes les plus vulnérables et défavorisées sont souvent celles qui ont le moins accès aux services. Lorsque les services de nutrition sont fournis par l'intermédiaire d'autres mécanismes, l'on s'expose à ce que leur qualité et leur couverture cessent d'être optimales et à ce qu'ils ne fassent plus systématiquement l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

Pour intégrer la nutrition dans les soins de santé primaires adaptés aux différents contextes et besoins, un éventail de leviers opérationnels et de gouvernance est nécessaire. Citons, entre autres, les cadres politiques, l'affectation équitable des ressources, l'engagement auprès des parties prenantes communautaires et du secteur privé, un personnel de santé compétent et des infrastructures physiques⁶. La nature des services de santé primaires disponibles – et partant, l'étendue et le type d'interventions de nutrition qui peuvent et doivent être intégrées – varie d'un pays à l'autre en fonction des besoins propres à chaque contexte, de la structure du gouvernement, de la coordination et du financement. Par exemple, les systèmes de soins de santé primaires dans les États fragiles sont adaptés pour prendre en charge un nombre élevé de cas de retard de croissance, d'émaciation et de carence en micronutriments, tout en faisant face à une pléthore de problèmes sociétaux, tels que l'accès restreint de la population, la perturbation des systèmes, les ruptures d'approvisionnement et la forte rotation du personnel. Il est crucial que les systèmes de soins de santé primaires soient attentifs et répondent aux différents besoins et déterminants sociaux de la population – par exemple, le lieu de résidence, l'âge, le sexe, la richesse, l'appartenance ethnique, le statut migratoire et le handicap – afin de cibler les interventions et de les adapter en fonction des besoins. Il est frappant de constater qu'à l'échelle mondiale, sur les 16,6 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère, seuls 4,4 millions ont actuellement accès à un traitement, d'où l'urgence de combattre ce fardeau inacceptable⁷.

Les principaux effets globaux de l'insécurité alimentaire et de la sous-alimentation sont reconnus depuis longtemps, d'où l'attention traditionnellement accordée aux interventions centrées sur la sous-alimentation. Si nous ne reconnaissons pas et ne ciblons pas le fardeau des MNT liées au régime alimentaire – qui peuvent se manifester parallèlement à la sous-alimentation – dans le cadre de nos systèmes de santé, les inégalités en matière de nutrition et la sous-alimentation s'aggraveront. Les actions essentielles en nutrition préconisées par l'OMS mettent en avant un ensemble minimum d'interventions connexes tout au long de la vie qui devraient être universellement disponibles et cibler surtout la sous-alimentation⁸. Dans le cadre des soins de santé primaires, les principales actions essentielles en nutrition concernent la supplémentation en micronutriments (par exemple, le fer, la vitamine A et l'iode), le traitement de la malnutrition aiguë, et la promotion et l'appui à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Pourtant, parmi les trente actions essentielles en matière de nutrition proposées, seule une est centrée sur l'alimentation globale et les MNT liées au régime alimentaire, et prévoit l'instauration d'un environnement élargi qui promeut les habitudes

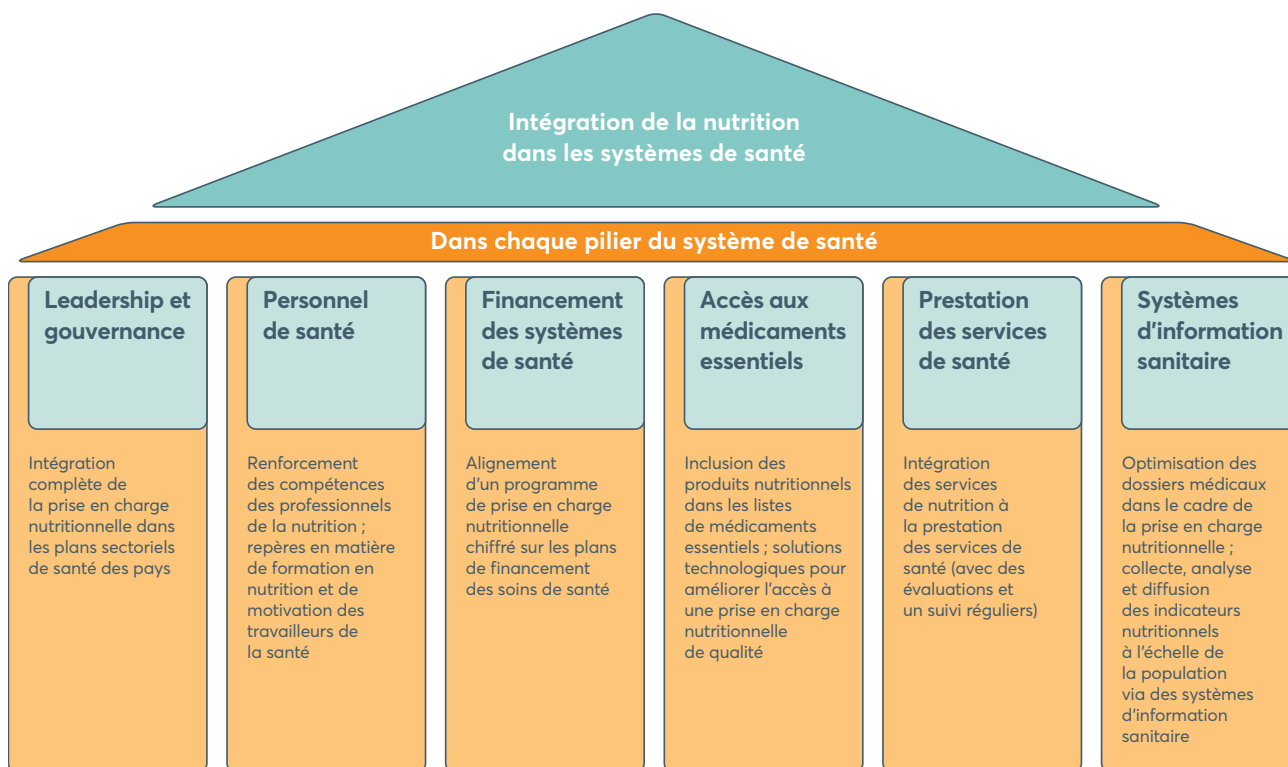
alimentaires saines (en se centrant principalement sur les fruits et les légumes, les matières grasses totales, et les acides gras saturés et les graisses trans) et s'étend jusqu'à la fourniture de soins de santé primaires. Les interventions ciblant d'autres domaines du secteur de la santé (par exemple, la lutte contre les maladies infectieuses et la santé reproductive) ont également le potentiel d'améliorer collectivement l'état nutritionnel.

Ces dernières années, d'autres cibles et stratégies clés en matière de régime alimentaire ont été identifiées dans le but de combattre, sans laisser personne pour compte, la sous-alimentation et les MNT liées au régime alimentaire susceptibles d'être prises en compte et intégrées dans la couverture sanitaire universelle⁹. Citons, entre autres, les prescriptions médicales de produits alimentaires sains gratuits ou à prix réduits¹⁰, l'inclusion des évaluations cliniques normalisées de la qualité de l'alimentation et de l'insécurité alimentaire dans des dossiers médicaux électroniques¹¹, et les repas adaptés médicalement pour les patients à risque élevé, confrontés à l'insécurité alimentaire et souffrant de maladies chroniques complexes¹². Il est essentiel que les systèmes de santé élargissent leurs services et ciblent les MNT liées ou pas au régime alimentaire, afin de combattre la malnutrition de manière rigoureuse et exhaustive.

Intégrer la nutrition dans la couverture sanitaire universelle exigera une action conjointe des gouvernements et des parties prenantes clés en vue d'établir des systèmes de santé fonctionnels et résilients, étayés par une gouvernance et une coordination renforcée. La fourniture de soins de nutrition et de soins de santé efficaces et de grande qualité, qui dépend de la disponibilité du personnel de santé, du matériel et du financement, est indispensable à la mise en place de la couverture sanitaire universelle. Le cadre des systèmes de santé de l'OMS et ses six éléments constitutifs ont guidé notre réflexion sur la manière d'intégrer pleinement la nutrition dans les systèmes de santé¹³. Pour garantir un accès équitable, efficace et durable aux soins de nutrition de grande qualité, il est nécessaire d'envisager comment chacun de ces six éléments constitutifs – ou éléments de base – peut contribuer à l'intégration de la nutrition dans les systèmes de santé. Les six éléments constitutifs sont les suivants : le leadership et la gouvernance, le personnel de santé, le financement, l'accès aux médicaments essentiels, la fourniture de services et les systèmes d'information (figure 3.1)¹⁴. Les sections suivantes présentent la manière dont la nutrition peut être intégrée dans chaque élément, et soulignent les principaux enjeux et possibilités à cet égard, en se centrant sur l'équité.

FIGURE 3.1

Cadre pour l'intégration équitable de la nutrition dans les systèmes de santé



Source : adapté de l'OMS, 2007¹⁵.

Remarque : Les soins de nutrition couvrent l'ensemble des services susceptibles de prévenir et de prendre en charge de manière complète la malnutrition sous toutes ses formes.

Leadership et gouvernance

Piliers des systèmes de santé solides, le leadership et la gouvernance sont essentiels pour renforcer les mécanismes de contrôle et de redevabilité, et les cadres politiques, et remédier ainsi aux iniquités nutritionnelles des systèmes santé¹⁶. Compte tenu du caractère multisectoriel de la nutrition, l'administration des programmes de nutrition est répartie entre de multiples ministères et départements gouvernementaux ; seuls de rares pays comptent un ministère ou un département chargé spécifiquement de la coordination des informations en la matière¹⁷. Pour être efficace, le leadership se doit, par conséquent, d'encourager les synergies au sein du secteur de la santé et avec les autres secteurs pertinents. Il doit en outre promouvoir et garantir l'accès aux services des plus vulnérables, y compris les groupes de population les plus marginalisés ou habituellement laissés de côté. Cet aspect est crucial pour atteindre les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025.

La nutrition doit être pleinement intégrée à la planification nationale en matière de santé. D'après le deuxième examen mondial des politiques en matière de nutrition (GNPR2)¹⁸, sur 167 pays communiquant des informations sur les politiques, les stratégies et les plans en matière de nutrition, seuls 95 ont déclaré s'être dotés de plans sectoriels de santé comprenant des objectifs intégrés relatifs à la nutrition. On constate à cet égard que l'alignement des objectifs, des indicateurs ou des cibles nationales sur les cibles mondiales de nutrition varie sensiblement d'un pays à l'autre. Comme le montre la figure 3.2, l'intégration des cibles mondiales de nutrition est plus complète dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Les plans des premiers visent principalement à prévenir la sous-alimentation, notamment en encourageant l'allaitement maternel exclusif, et à réduire les cas de retard de croissance et d'émaciation. Quant aux plans des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, ils ciblent davantage le surpoids, l'obésité et le diabète. Il importe que les pays à plus faible revenu ne négligent pas le surpoids, l'obésité et d'autres MNT liées au régime alimentaire, et veillent à ce que leurs instruments politiques soient en mesure de remédier aux deux faces de la malnutrition, notamment lorsqu'elles coexistent. Il convient également que les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure reconnaissent que l'anémie et l'insuffisance pondérale à la naissance

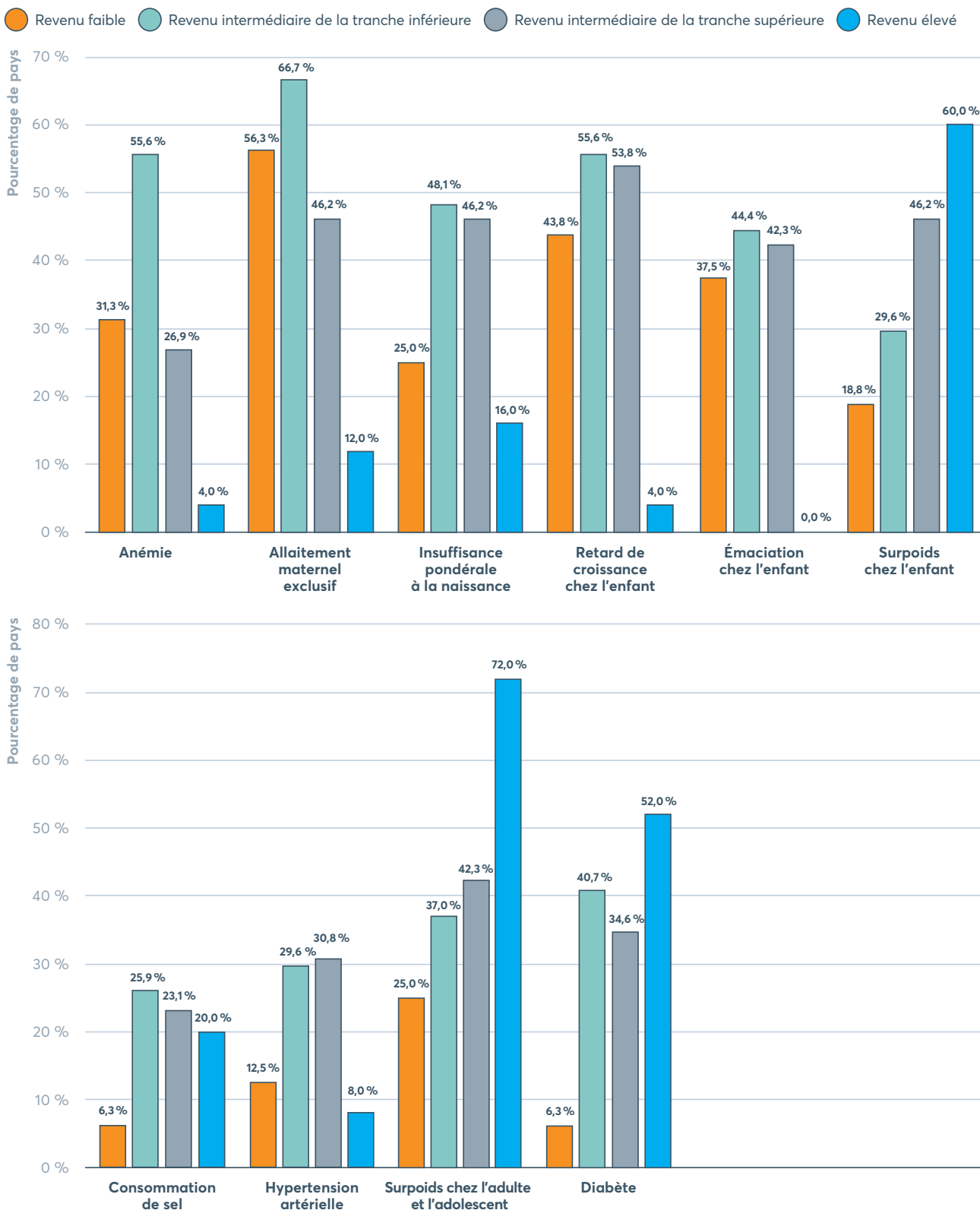
persistent toujours chez les sous-groupes de population vulnérables. Le faible degré d'attention accordé à l'allaitement dans les pays à revenu élevé est préoccupant compte tenu de l'« action à double fonction » de cette pratique dans la prévention de la sous-alimentation et de l'obésité¹⁹.

Les interventions de nutrition au sein des systèmes de santé doivent veiller à aborder la sous-alimentation et les MNT liées au régime alimentaire à l'aune de l'équité nutritionnelle afin de garantir leur inclusivité et de ne laisser personne pour compte. De telles stratégies axées sur la population doivent être fondées sur des preuves et reconnaître que la société peut faire face de manière inégale et simultanée à différentes formes de malnutrition, afin de résoudre les iniquités et de cibler les populations en fonction des besoins.

Les gouvernements doivent également veiller à ne pas négliger la corruption (ou la fraude dans le secteur de la santé), car elle compromet gravement la réalisation de la couverture sanitaire universelle, en amplifiant les iniquités en matière d'accès aux soins de santé et en entraînant des résultats sanitaires et économiques pernicieux²⁰. D'après les estimations, la corruption dans le monde nous prive chaque année de plus de 500 milliards de dollars US de ressources sanitaires, soit plus que le montant annuel nécessaire pour atteindre les cibles des ODD relatives à la santé, à savoir 371 milliards de dollars US²¹. La corruption dans le secteur des soins de santé peut prendre plusieurs formes et toucher tous les pays d'une manière ou d'une autre, entravant la fourniture et l'accès aux services de santé essentiels²². Il faut soigneusement prendre en compte et intégrer la réglementation contre la corruption, et exercer le suivi pertinent afin de garantir un accès équitable aux soins de santé.

FIGURE 3.2

Inclusion des objectifs, des cibles ou des indicateurs relatifs aux cibles mondiales de nutrition dans les plans du secteur de la santé de 94 pays, par groupe de revenu, 2016-2017



Source : Analyse approfondie du GNPR2³³.

Remarques : les barres représentent le pourcentage (%) de pays dans un groupe de revenu donné qui ont inclus des objectifs de nutrition relatifs aux cibles mondiales de nutrition dans leurs plans sectoriels de santé. Sur les 167 pays déclarant avoir mis en place des politiques nutritionnelles en 2016-2017, 95 ont signalé s'être dotés de plans sectoriels de santé comprenant des objectifs de nutrition à part entière. Parmi eux, 94 (tous les pays à l'exception de Nioué) sont classés dans les groupes de revenu national brut par tête suivants : revenu élevé (25 pays, soit 26,6 %), revenu intermédiaire de la tranche supérieure (26 pays, soit 27,7 %), revenu intermédiaire de la tranche inférieure (27 pays, soit 28,7 %) et faible revenu (16 pays, soit 17 %)²⁴. Le manque de représentativité au sein et entre les groupes de revenu est susceptible d'affecter les généralisations.

Personnel de santé

Le personnel de santé, qui est au cœur du système de prestation des soins de santé, est composé principalement de professionnels de la santé et de prestataires de soins de santé, dont les médecins, les spécialistes de la nutrition (diététiciens ou nutritionnistes), le personnel infirmier et les sages-femmes, les gestionnaires de la santé et le personnel auxiliaire. On compte parmi eux des professionnels compétents et des travailleurs de la santé non professionnels, issus des secteurs public et privé, dont certains sont rémunérés et d'autres pas²⁵.

La couverture sanitaire universelle ne peut être réalisée que si les capacités du personnel de santé sont étendues. Par capacités du personnel de santé on entend globalement la disponibilité (volume des effectifs et offre), la distribution (recrutement, affectation et maintien) et la performance (productivité et qualité des services fournis)²⁶. Les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire se heurtent à d'importantes lacunes et à une distribution inéquitable du personnel de santé qualifié. C'est là une entrave majeure à la fourniture de services de santé essentiels²⁷ et l'on s'attend à ce que la situation empire²⁸.

S'agissant de la nutrition, ce manque d'équité de la distribution est encore plus accusé. La densité de spécialistes formés en matière de nutrition²⁹ (pour 100 000 personnes) a été identifiée comme une bonne mesure des capacités³⁰. Les normes définissant le niveau acceptable de cet indicateur n'ont pas encore été établies, mais les chiffres actuels n'en sont pas moins nettement trop bas. Sur les 194 pays qui ont fait l'objet d'une enquête, 159 ont répondu, dont 126 ont fourni des informations détaillées permettant une évaluation. Le nombre médian de spécialistes de la nutrition formés n'est que de 2,3³¹ pour 100 000 personnes³². D'après le GNPR2, seuls 23 pays comptent 10 nutritionnistes diplômés ou plus pour 100 000 personnes³³. Cette même source révèle que les régions des Amériques et du Pacifique occidental de l'OMS affichent les densités les plus élevées à cet égard (médiane de 3,7 et 4,2 pour 100 000 personnes respectivement), tandis que la région Afrique arrive en fin de classement (médiane de 0,9 pour 100 000 personnes) et compte six pays totalement privés de spécialistes de la nutrition³⁴. Les normes de qualité en matière de formation en nutrition (diplômes nationaux et comité de certification), et les exigences de formation continue sont également essentielles pour garantir la qualité des soins de nutrition fournis. Il est révélateur que les licences et les systèmes de qualification nationaux pour les diététiciens et les nutritionnistes soient actuellement largement inexistantes dans les pays à plus faible revenu³⁵.

Confier les interventions de nutrition à un éventail de professionnels de la santé faciliterait l'intégration de la nutrition dans les plateformes de santé et contribuerait à atténuer les iniquités en matière d'accès. Dans le cadre du renforcement des services de nutrition au sein du système de santé, il convient d'augmenter le nombre de nutritionnistes qualifiés. En fonction du type d'intervention et du contexte de chaque pays, d'autres professionnels de la santé peuvent et doivent jouer un rôle important dans le domaine de la nutrition. Quant aux médecins, pierres angulaires de la fourniture des soins de santé, il serait utile de leur exiger des connaissances et des compétences minimales en matière de nutrition, acquises par exemple, au cours d'un enseignement spécialisé obligatoire et de formations continues. Cela étant, à l'heure actuelle, les médecins n'ont pas toujours les moyens d'assurer des soins de nutrition efficaces et de grande qualité³⁶. Des critères similaires doivent être mis en place pour l'ensemble des principaux prestataires de soins de santé, comme le personnel infirmier et les sages-femmes, afin de garantir que tous les professionnels de la santé intervenant dans le domaine de la nutrition ont systématiquement suivi une formation rigoureuse.

Il importe en outre de reconnaître le rôle fondamental que jouent les travailleurs en première ligne, comme le personnel de santé communautaire, pour répondre à la demande accrue de services de nutrition essentiels à moindre coût et, notamment, en cas de pénurie de personnel clé (un problème qui peut s'aggraver dans les situations de crise humanitaire). Il est impératif de faire en sorte que ce personnel suive une formation en nutrition adéquate et qu'il ait les moyens de fournir des soins de nutrition de qualité. Mais les programmes de formation en nutrition avant l'emploi destinés aux agents de santé ne s'étendent généralement que sur 20 heures et les capacités des formateurs sont limitées³⁷.

Les solutions technologiques novatrices, telles que les applications mobiles, constituent des outils prometteurs pour l'harmonisation des traitements et des protocoles et pour l'amélioration des soins³⁸. Les incitations d'ordre financier ou autre, comme les formations et les promotions, la reconnaissance de la communauté, le parrainage et la supervision étayant le développement professionnel (et le soutien à l'adhésion aux protocoles), peuvent influencer sensiblement sur la satisfaction et la performance du personnel de santé en première ligne³⁹. À l'inverse, l'absence d'incitations, comme l'augmentation de la charge et du temps de travail, et les retards dans le paiement des salaires peuvent se traduire par une baisse de la motivation et du rendement, voire l'interruption de la fourniture de soins⁴⁰. Le nombre, la nature et les rôles des travailleurs en première ligne doivent être soigneusement pris en compte et dûment intégrés dans la prestation des services de nutrition en fonction des besoins et du contexte propres à chaque pays.

Les programmes de formation et d'éducation des prestataires de soins de santé dans leur ensemble doivent être institutionnalisés et adaptés à l'évolution intrinsèque de la fourniture de soins de nutrition – englobant l'éventail complet des formes de malnutrition et des régimes alimentaires malsains – pour garantir que chaque membre du personnel de santé donne le meilleur de soi. Les systèmes de santé nationaux, dotés de soins de nutrition pleinement intégrés, doivent, d'une part, soigneusement définir leurs besoins s'agissant du nombre, de la distribution et de l'ensemble des compétences des agents de santé fournissant les soins de nutrition, et, d'autre part, améliorer leur performance en facilitant leur développement professionnel. C'est là un aspect essentiel pour assurer l'excellence des soins de santé primaires et l'accès de tous à des services de nutrition de qualité.

Financement des systèmes de santé

Le financement adéquat des soins de nutrition pleinement intégrés dans les systèmes de santé est déterminant pour mettre en place la couverture sanitaire universelle et assurer un accès équitable aux services de nutrition. Dans sa déclaration sur la couverture sanitaire universelle, l'Assemblée générale des Nations Unies reconnaît « l'importance fondamentale de l'équité, de la justice sociale et des mécanismes de protection sociale [...] pour assurer un accès universel [...] à des services de santé [...] accessibles à tous, en particulier à ceux qui sont vulnérables [ou marginalisés] sans que cela n'entraîne de difficultés financières⁴¹ ».

Les stratégies de facturation à l'acte limitent l'accès et excluent les populations vulnérables ; la voie à suivre pour assurer un accès juste et équitable pour tous est la gratuité au point de services et l'adaptation des services aux besoins de la population.

Étant donné la nature cachée de certaines formes de malnutrition et le fait que la perception des apports nutritionnels et de leur qualité varie d'un individu à l'autre, il est probable que les personnes qui ont le plus besoin de soins nutritionnels s'en privent s'ils sont payants. Cet aspect représente un problème majeur en matière d'équité car la prise en charge des frais relatifs aux soins de nutrition et de santé considérés comme n'étant pas urgents est susceptible d'être rédhibitoire pour les personnes ayant des ressources limitées et partant, de les exposer à un risque accru de conséquences néfastes pour la santé. Le financement de la nutrition est donc crucial pour mettre en place et maintenir des soins de nutrition équitables et de grande qualité pour tous et en particulier pour les personnes qui en ont le plus besoin.

Si les fonds alloués aux interventions de nutrition ont augmenté ces dernières années, moins de la moitié des pays comptant des politiques en la matière se sont dotés de plans opérationnels connexes chiffrés (58 pays sur 149)⁴². Ces plans s'articulent autour d'actions spécifiques et sensibles à la nutrition ; quant aux plans de financement des soins de santé, ils sont élaborés séparément et se centrent sur les investissements nécessaires dans le système de santé, dont la nutrition devrait faire partie intégrante (par exemple, s'agissant des systèmes d'information sanitaire, du personnel et des infrastructures de santé, et de la préparation aux urgences sanitaires). Cette absence de coordination rend difficile l'intégration et la budgétisation de la nutrition dans les plans de financement des soins de santé, à moins que ces plans ne soient bien alignés sur d'autres plans de nutrition multisectoriels.

La modélisation des prévisions en matière de besoins en ressources portant sur 67 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a révélé qu'il faudrait 371 milliards de dollars US supplémentaires par an pour atteindre les cibles des ODD relatives à la santé, dont trois quarts serviraient à renforcer les systèmes de santé. Cela représente une occasion de chiffrer et d'intégrer la nutrition dans les systèmes de santé dans le cadre du renforcement des infrastructures. Sur le quart des fonds restants, destinés à la prévention et au contrôle des maladies, et à d'autres coûts spécifiques aux programmes, la nutrition ne représenterait que 5 %⁴³.

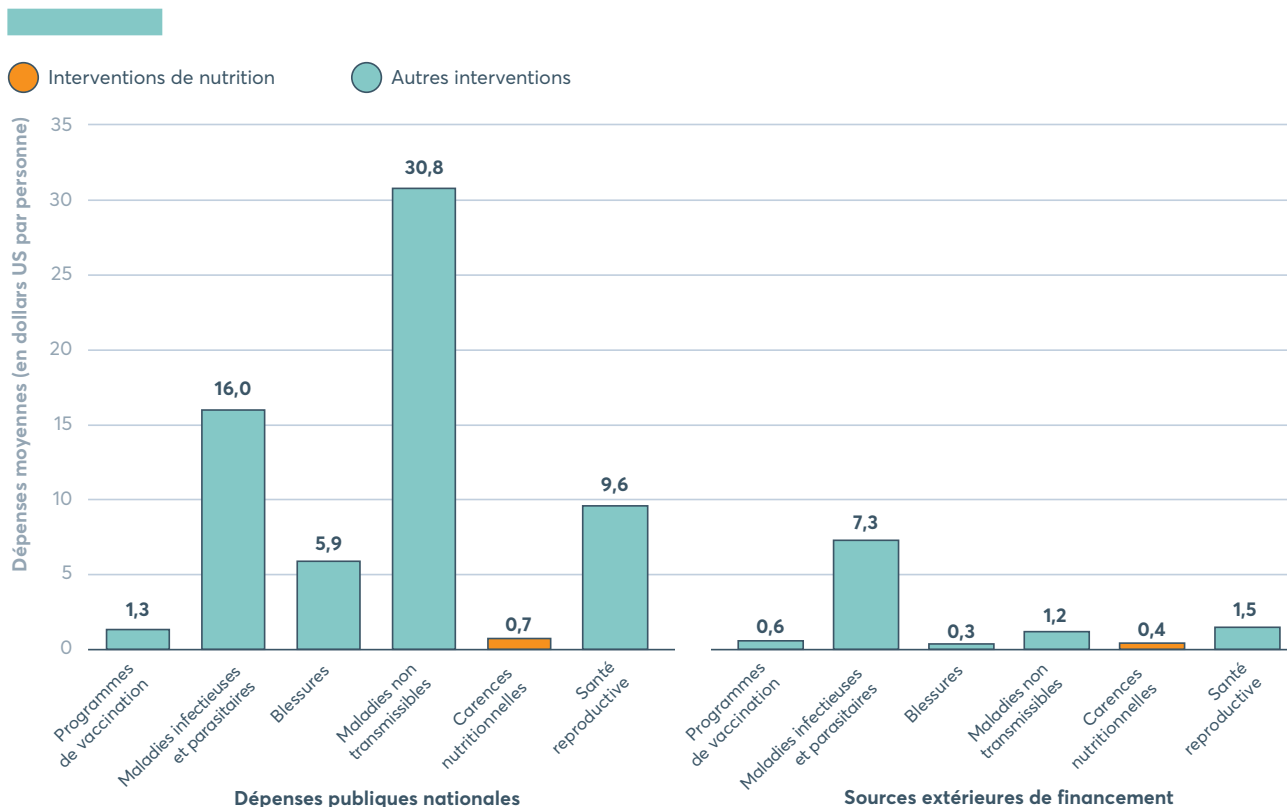
Les données fournies par 48 pays pour la plupart à faible revenu adhérant au Système de comptes de la santé montrent que les dépenses publiques moyennes consacrées aux « carences nutritionnelles⁴⁴ » sont de 1,87 dollar US par personne – soit la part la plus faible de toutes les catégories de maladies évaluées (figure 3.3). La part du financement de cette catégorie en provenance de sources extérieures est encore plus faible : 1,11 dollar US par personne. Fondamentalement, les dépenses en nutrition ne sont pas proportionnelles au fardeau de la malnutrition.

Dans presque tous les pays, les dépenses en soins de santé continuent d'augmenter de manière spectaculaire, les maladies chroniques liées au régime alimentaire constituant un facteur important de cette évolution⁴⁵. Compte tenu des fardeaux économiques et des maladies dus aux régimes alimentaires malsains, les gouvernements et les décideurs doivent reconnaître le rôle crucial que la nutrition peut jouer dans l'amélioration de notre santé et la réduction des coûts écrasants des soins de santé. La définition d'interventions de nutrition aussi efficaces que rentables, voire permettant de faire des économies, qui peuvent être intégrées dans le système de santé permettrait de sauver des vies et de réduire les dépenses de santé.

Étant donné que les États-Unis sont durement touchés par les MNT liées au régime alimentaire⁴⁶, les efforts récents qui y sont menés en vue d'intégrer la nutrition dans les soins de santé peuvent servir de base de réflexion dans d'autres contextes. Les stratégies innovantes en matière de soins de santé visant à promouvoir une alimentation plus saine, comme la mise en place de prescriptions médicales de produits alimentaires sains dans le cadre de vastes programmes publics connexes, peuvent aboutir à des avancées significatives dans le domaine de la santé⁴⁷. De tels programmes ont le potentiel de présenter un rapport coût-efficacité excellent dans les différents groupes de population, y compris ceux déterminés par l'âge, l'appartenance ethnique, le niveau d'éducation, le revenu et le handicap, contribuant ainsi à combler toute inégalité potentielle⁴⁸. Du point de vue des soins de santé, de telles interventions de nutrition peuvent être aussi, voire plus, rentables que de nombreuses interventions médicales actuelles, comme les statines en soins primaires ou le traitement médical de l'hypertension⁴⁹.

FIGURE 3.3

Dépenses annuelles par catégorie de maladie dans 48 pays, 2016



Source : Base de données mondiale de l'OMS sur les dépenses de santé⁵⁰.

Remarques : les données disponibles correspondent à 48 pays qui ont communiqué des informations sur leurs dépenses annuelles pour au moins une catégorie de maladie. Le nombre de pays disposant de données pour une catégorie de maladie donnée varie, allant de 39 à 42.

L'une des stratégies prometteuses de nutrition au sein des soins de santé consiste à incorporer, dans le cadre des soins ordinaires, les évaluations cliniques normalisées (dont les outils de dépistage nutritionnel) portant sur la qualité de l'alimentation et sur l'insécurité alimentaire dans des dossiers médicaux électroniques⁵¹; autre exemple, les repas adaptés médicalement pour les patients à risque élevé, confrontés à l'insécurité alimentaire et souffrant de maladies chroniques complexes⁵². En fonction du contexte de chaque pays et des besoins de la population, l'adaptation ou l'élargissement de telles interventions peuvent être envisagés afin de couvrir la gamme complète et les conséquences des régimes alimentaires malsains. Les partenariats public-privé peuvent également contribuer à étayer les stratégies de nutrition à travers le système de santé, comme cela est envisagé et mis en œuvre aux États-Unis⁵³.

Un groupe d'experts, dirigé par la Banque mondiale, a étudié de multiples interventions de santé ciblant les pays à plus faible revenu en s'intéressant à leur coût, leur efficacité, la faisabilité de leur mise œuvre, et leur capacité

à produire des résultats importants⁵⁴. En 2017, il a proposé deux ensembles d'interventions devant être envisagés par les pays œuvrant à définir leur stratégie nationale en matière de soins de santé : la couverture sanitaire universelle essentielle (EUHC, de l'anglais *Essential Universal Health Coverage*), qui comprend 218 interventions, et un ensemble hautement prioritaire (HPP, de l'anglais *Highest Priority Package*), qui est composé d'un sous-ensemble de 97 interventions relatives à l'EUHC, sélectionnées à l'aune de critères plus rigoureux. La plupart des stratégies comprises dans l'EUHC se caractérisent par leur équitabilité et leur excellent rapport coût-efficacité (tableau 3.1).

Pour étendre la couverture des services de nutrition, il est essentiel de faire en sorte que les actions essentielles en nutrition soient au cœur des ensembles d'interventions ciblant la couverture sanitaire universelle, et que les interventions de nutrition soient dotées de ressources suffisantes et intégrées plus efficacement dans différentes plateformes étayant les prestations médicales. L'affectation équitable des fonds permettant l'intégration durable de la nutrition dans les systèmes de santé contribue de manière

TABLEAU 3.1

Interventions de nutrition comprises dans la couverture sanitaire universelle essentielle définie par la Banque mondiale en 2017

VERSION RÉVISÉE DU NOM DES INTERVENTIONS (COMPRISES DANS DE NOMBREUX ENSEMBLES OU EXIGEANT UNE CLARIFICATION)	COMPRIS DANS LES ENSEMBLES DE PRIORITÉS SANITAIRES	RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ	RÉSULTAT EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ
Conseils aux mères sur la fourniture de soins thermaux aux nourrissons prématurés (contact peau à peau et report des bains)	Oui	Élevé	Modéré
Dépistage et prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et, en cas de complications, orientation	Oui	Élevé	Optimal
Promotion de l'allaitement ou de l'alimentation complémentaire par des agents de santé non professionnels	Oui	Modéré	Optimal
Fourniture de suppléments en fer et en acide folique aux femmes enceintes et fourniture de supplémentation alimentaire ou calorique aux femmes enceintes issues de ménages en situation d'insécurité alimentaire	Oui	Modéré	Optimal
Fourniture de supplémentation en zinc et en vitamine A aux enfants conformément aux lignes directrices de l'OMS, et fourniture de supplémentation alimentaire aux femmes et aux enfants issus de ménages en situation d'insécurité alimentaire	Oui	Élevé	Optimal
Éducation en matière de santé sexuelle, de nutrition et de mode de vie sain dispensée dans les établissements scolaires	Non	Faible	s.o.
Distribution massive de médicaments contre la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, les helminthes transmis par le sol, le trachome, le trématode d'origine alimentaire	Oui	Élevé	Optimal

Source : Watkins *et al.*, 2017⁵⁵.

Remarques : adapté de la source ; rapport coût-efficacité : aucune donnée = aucune donnée sur l'évaluation économique n'est disponible ; mauvais rapport coût-efficacité = le rapport coût-efficacité différentiel (RCED) est supérieur à 4 100 dollars US par année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) évitée ; faible rapport coût-efficacité = le RCED se situe entre 1 301 dollars US et 4 100 dollars US par AVCI évitée ; rapport coût-efficacité modéré = le RCED se situe entre 251 dollars US et 1 300 dollars US par AVCI évitée. rapport coût-efficacité élevé = le RCED est généralement inférieur à 250 dollars US par AVCI évitée ; optimal = l'âge du décès ajusté selon la santé est supérieur à 50 ans (meilleur potentiel pour aider les personnes les plus défavorisées) ; modéré = l'âge du décès ajusté selon la santé se situe entre 40 et 49 ans ; pire = l'âge du décès ajusté selon la santé est inférieur à 40 ans.

déterminante à l'efficacité et à l'équité accrues de la couverture sanitaire universelle. Cela peut se faire en élaborant un plan chiffré qui : garantit l'efficacité et le bon rapport coût-efficacité des interventions de nutrition ; s'appuie sur l'analyse de l'efficacité des allocations concernant les zones géographiques et les interventions clés ; prend en considération le partage des coûts avec d'autres interventions et des partenariats public-privé ; et ne cesse de contrôler les dépenses en rapport avec le suivi et l'évaluation des performances.

Accès aux médicaments essentiels

La capacité à fournir des soins nutritionnels équitables adaptés aux besoins dépend fondamentalement de l'accès et de la mise à disposition de technologies et de produits essentiels en matière de nutrition. Ces derniers, comme les médicaments essentiels, doivent être « disponibles, dans le contexte d'un système de santé fonctionnant de façon satisfaisante, à tout moment en quantité suffisante et sous la forme pharmaceutique appropriée dont la qualité peut être garantie, et à un prix accessible pour les personnes et les communautés⁵⁶ ». Le suivi de la disponibilité et de l'utilisation des produits de nutrition essentiels et l'amélioration des processus de production, de la chaîne d'approvisionnement, du suivi des stocks et des modèles de distribution locaux peuvent contribuer à garantir que les technologies et les produits nutritionnels sont disponibles au moment et à l'endroit opportuns et pour les personnes qui en ont le plus besoin.

L'inclusion des produits nutritionnels dans les Listes modèles de médicaments essentiels (LME) peut faciliter leur intégration dans les chaînes d'approvisionnement nationales, et faciliter l'accès au financement du développement et des allègements fiscaux afin de soutenir la production locale. La LME de l'OMS, qui fait office de guide pour le développement de LME nationales et institutionnelles, est mise à jour tous les deux ans⁵⁷. La dernière édition en date comprend plusieurs produits en rapport avec la nutrition, comme le fer, l'acide folique, le zinc (seulement pour la diarrhée), les micronutriments en poudre, la vitamine C, le calcium, la vitamine D, l'iode, quelques vitamines B et la vitamine A⁵⁸.

La plupart des 137 pays qui se sont dotés d'une LME en 2017 y ont intégré l'ensemble des produits en rapport avec la nutrition, à l'exception des micronutriments en poudre, qui ont été ajoutés en 2019⁵⁹. Cependant, d'autres produits importants en matière de nutrition, tels que les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) prescrits aux enfants souffrant de malnutrition aiguë

sévère, ne sont pas encore inclus dans les LME de l'OMS⁶⁰. Compte tenu de l'importance de ces LME dans la promotion des soins de santé primaires, l'inclusion de ces produits en rapport avec la nutrition pourrait soutenir la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et d'autres problèmes de santé liés au régime alimentaire.

Outre l'accès à des produits essentiels dans le domaine de la nutrition, nous devons accélérer le développement de solutions technologiques adaptées au terrain et à bas coût pour évaluer l'état nutritionnel, et garantir un soutien nutritionnel en temps voulu et un suivi actif afin de mesurer la conformité et les progrès des interventions. Parmi les exemples de solutions technologiques, citons les outils et les dispositifs anthropométriques pour mesurer le poids à la naissance ou dépister les problèmes de santé tels que la malnutrition aiguë sévère, le surpoids ou l'obésité⁶¹, ainsi que les techniques non invasives, comme les applications mobiles, pour mesurer les carences en micronutriments⁶² ou d'autres biomarqueurs des apports nutritionnels⁶³. De telles technologies ont le potentiel de compléter les évaluations cliniques et les outils de dépistage traditionnels, et de faciliter le dépistage et le diagnostic des maladies liées à la nutrition sur le lieu de soins, et peuvent être collectivement intégrées aux pratiques courantes. Certains de ces dispositifs sont déjà disponibles, tandis que d'autres se trouvent à différents stades de mise au point.

La fourniture de conseils à distance (par téléphone ou en ligne) constitue une autre option aussi prometteuse que peu coûteuse pour améliorer l'accès aux soins de nutrition de qualité. Ces interventions dites numériques ont été utilisées pour les problèmes de poids et les MNT, et en complément d'un soutien nutritionnel pendant la grossesse et l'allaitement, entre autres⁶⁴. Elles présentent de multiples avantages, y compris : étendre les services de nutrition au-delà des installations dédiées afin d'atteindre les communautés plus isolées ou difficiles à joindre ; atteindre les individus qui ne se déplacent généralement pas jusqu'aux cliniques et passent sous le radar de la surveillance de routine ; et donner la possibilité aux pays ayant des ressources limitées de mettre en œuvre des actions en faveur de la nutrition intégrée, en particulier pour combattre le surpoids, l'obésité et d'autres MNT liées au régime alimentaire. Les technologies nouvelles ou simplifiées qui permettent d'accroître la portée, l'ampleur et la rapidité des évaluations ou des prestations ouvrent la voie au renforcement de l'équité et de la qualité des interventions.

Prestation des services de santé

De nombreuses données factuelles suggèrent que l'intégration des services de nutrition dans les systèmes de santé constitue une approche équitable, efficace et présentant un bon rapport coût-efficacité. Néanmoins, la mesure dans laquelle les interventions de nutrition doivent

être intégrées dans le système de santé n'est pas claire, pas plus que ne l'est la notion d'une intégration réussie. De plus, dans de nombreux pays en développement, la couverture est insuffisante⁶⁵. En Inde, la récente initiative Transformation of Aspirational Districts met en avant l'intégration et la prestation abouties de services de nutrition équitables dans le cadre d'un projet plus vaste de transformation des soins de santé (Gros plan 3.1).

GROS PLAN 3.1

Promouvoir l'équité et la justice sociale : une initiative pour transformer les districts ambitieux en Inde (Transformation of Aspirational Districts)

Alok Kumar, Rajan Sankar et Basanta Kumar Kar

En Inde, une femme sur deux en âge de procréer est anémique, un enfant sur trois âgé de moins de 5 ans présente un retard de croissance, et un enfant sur cinq âgé de moins de 5 ans est émacié. Les inégalités en matière de retard de croissance sont criantes, la prévalence étant nettement supérieure dans les zones rurales, avec 10,1 % de plus que dans les zones urbaines. Le taux de surpoids ou d'obésité atteint 20,7 % chez les femmes adultes et 18,9 % chez les hommes adultes. Compte tenu de la coexistence de la sous-alimentation, d'une part, et du surpoids ou de l'obésité, de l'autre, l'Inde fait face au double fardeau de la malnutrition⁶⁶.

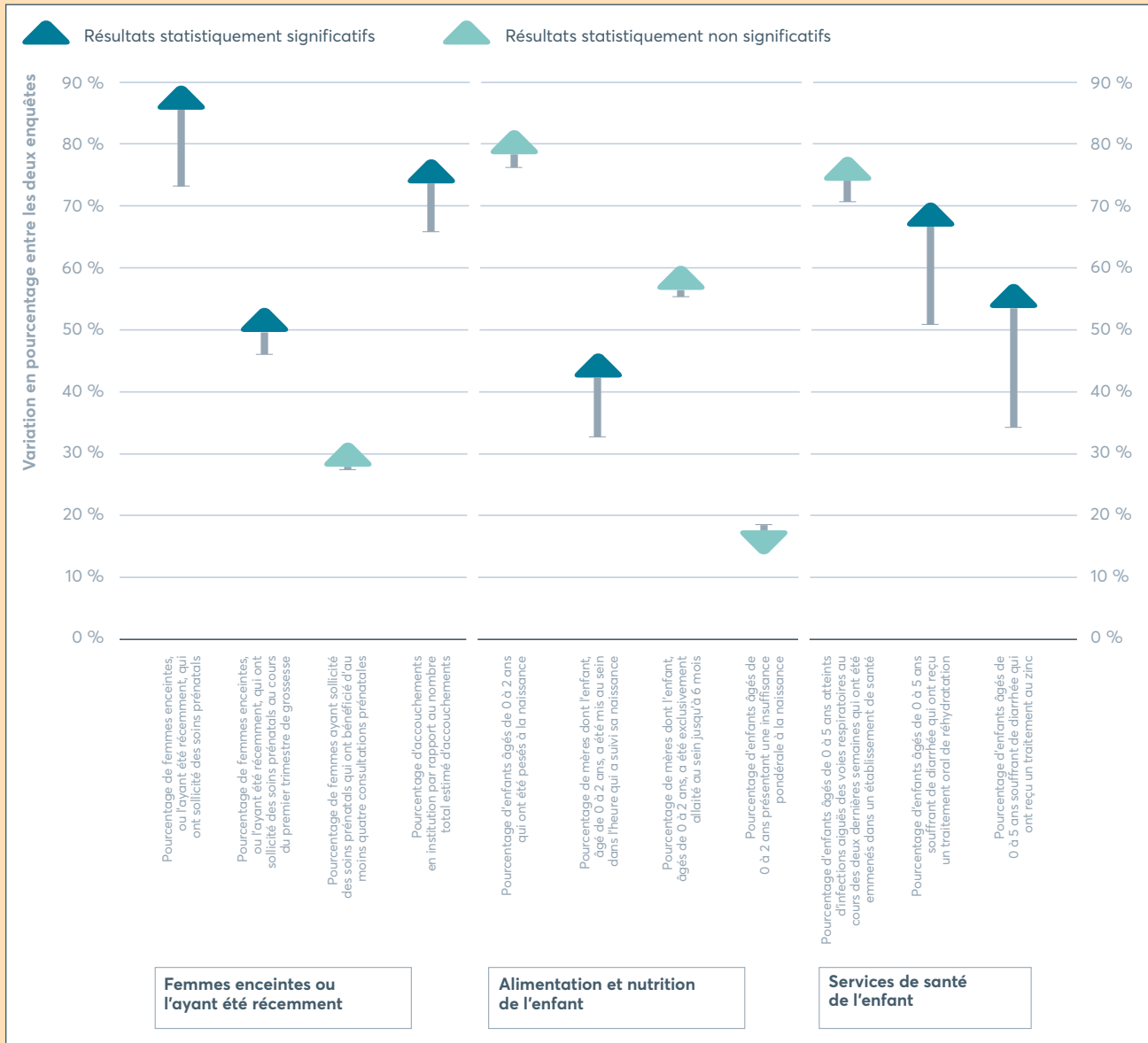
Consciente du décalage existant entre la qualité de vie de l'ensemble de ses citoyens et la remarquable croissance économique affichée par le pays ces dix dernières années, et des différences majeures se manifestant au sein des États en matière d'indicateurs de développement économique et social, l'Inde a lancé le programme Transformation of Aspirational Districts en janvier 2018. Cette initiative unique place la résolution de l'iniquité, de l'injustice sociale et de l'exclusion sur le devant de la scène dans 115 « districts ambitieux » répartis dans 28 États présentant des poches de sous-développement, et s'appuie sur un effort concerté pour améliorer le fonctionnement des services – dont la santé, la nutrition, l'éducation, les infrastructures, l'agriculture et les ressources en eau. Le programme a pour objectif de réduire l'hétérogénéité des conditions de vie en Inde et d'améliorer la capacité de l'ensemble des individus à participer pleinement à l'économie en transformant de manière efficace et rapide les districts ciblés.

Plus particulièrement, l'un des objectifs consiste à accroître le nombre de femmes et d'enfants issus de ces districts suivis, pendant la fenêtre d'opportunités de 1 000 jours, par les agents sanitaires et sociaux accrédités et les travailleurs d'Anganwadi⁶⁷ et bénéficiant d'une batterie d'interventions de santé et de nutrition convergentes. Ces dernières sont, entre autres, quatre visites de soins prénatals, la supplémentation en fer pendant la grossesse, la prise en charge de l'anémie, l'augmentation du nombre d'accouchements en institution et à domicile assistés par un agent de santé qualifié, l'initiation précoce à l'allaitement, les conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la mesure du poids à la naissance, le suivi de la croissance de l'enfant, et la prise en charge de la diarrhée à l'aide de sels de réhydratation orale et de zinc.

La réalisation d'enquêtes sur les ménages semestrielles en vue d'évaluer la couverture et la qualité des interventions constitue l'une des principales innovations de ce programme. Les résultats en matière de santé et de nutrition affichent des progrès encourageants (figure 3.4). On doit en partie ces progrès à l'approche inclusive axée sur une prise en compte rigoureuse des réalités sur le terrain, qui garantit que les districts demeurent centrés sur le développement inclusif.

FIGURE 3.4

Interventions au titre de l'initiative Delivery of Poshan Abhiyaan (Mission nationale en faveur de la nutrition) dans les districts ambitieux : résultats de deux enquêtes sur les ménages



Source : Quatrième enquête nationale sur la santé des familles (National Family Health Survey, NFHS-4), champions du changement (Champions of Change), districts ambitieux (Aspirational District), Institution nationale pour la transformation de l'Inde (NITI Aayog), Mission nationale pour la nutrition (Poshan Abhiyaan), ministère de la Promotion de la femme et de l'enfant, gouvernement de l'Inde.

Remarque : la longueur de la ligne indique l'ampleur des changements (delta) entre les deux séries d'enquêtes ; une flèche ascendante représente un changement positif, tandis qu'une flèche descendante indique un changement négatif.

Les gouvernements locaux et des États se font concurrence en termes d'efforts ciblés et soutenus, et de résultats, ce qui contribue à l'amélioration de l'exécution du programme. Les équipes de mise en œuvre au niveau des districts s'appuient sur les estimations portant sur des zones réduites et résultant d'analyses statistiques sophistiquées des données relatives aux ménages ; ces « renseignements sur le développement » guident l'action directe sur le terrain.

L'ensemble des sources de ce Gros plan sont disponibles dans les références⁶⁸.

Les services de santé disponibles doivent satisfaire à des normes de qualité minimales afin de garantir l'accès de toutes les personnes aux soins dont elles ont besoin. Si la structure, la coordination et le type de services de santé disponibles varient d'un pays à l'autre, il est cependant possible d'identifier les éléments essentiels d'une « bonne prestation des services » à l'aune de laquelle les progrès peuvent être évalués. Ces éléments sont, entre autres : l'exhaustivité, l'accessibilité, la couverture, la continuité, la qualité, l'accent mis sur la personne, la coordination, la redevabilité et l'efficacité⁶⁹. Il est de plus en plus reconnu qu'une nutrition optimale constitue la base d'une vie saine – et qu'elle doit faire partie intégrante de la prestation des services de santé. Néanmoins, les données disponibles permettant de comprendre le type et l'étendue des iniquités existantes dans la prestation des services de nutrition sont insuffisantes.

Le GNPR2 signale qu'en 2016-2017, la plupart des pays comptaient des systèmes de santé effectuant des interventions dans les domaines de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant (120 pays sur 122), de la promotion de régimes alimentaires sains (76 pays sur 119), et de la supplémentation en vitamines et en minéraux (96 pays sur 131)⁷⁰. L'analyse des enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) entre 2012 et 2018, utilisant la couverture comme mesure de la prestation des services, révèle que la couverture médiane des interventions ciblant les mères, les nourrissons et les jeunes enfants est insuffisante dans les pays à faible revenu et dans les pays

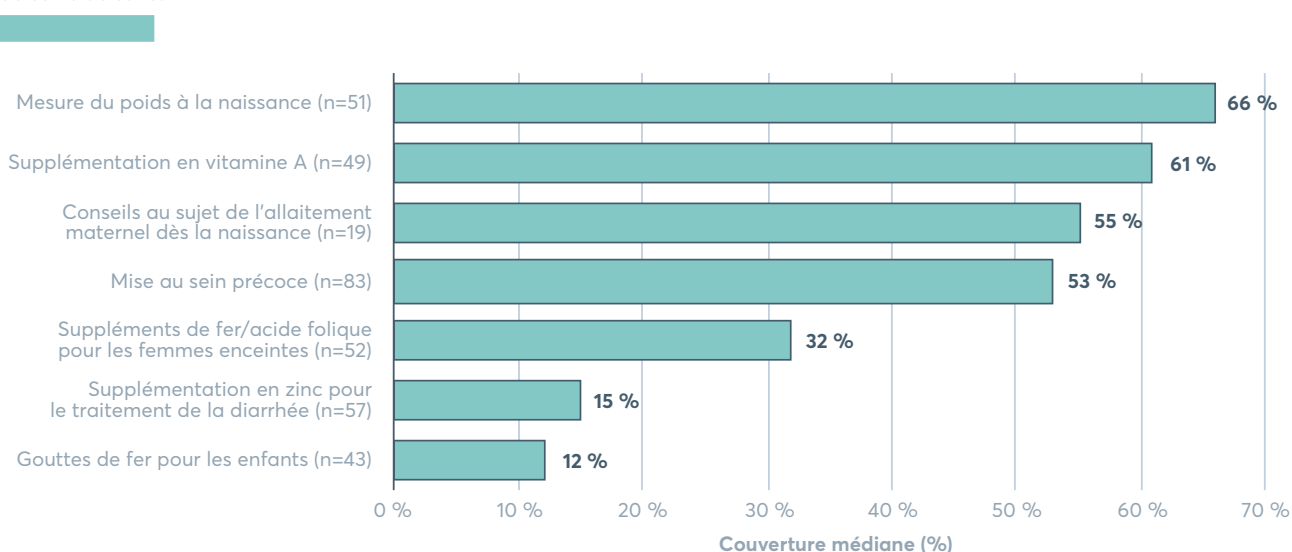
à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (figure 3.5). Les taux médians étaient seulement de : 12 % pour la supplémentation en fer pour les enfants, 15 % pour la supplémentation en zinc pour les enfants et 32 % pour la supplémentation en fer et en acide folique pour les femmes enceintes.

Les interventions mieux intégrées dans les soins périnataux ou réalisées parallèlement à la vaccination affichent de meilleures valeurs s'agissant de la couverture des populations cibles : la mesure du poids à la naissance arrive en tête (66 %), suivie de la supplémentation en vitamine A pour les enfants âgés de moins de 5 ans (61 %), des conseils en matière d'allaitement dès la naissance (55 %) et de l'initiation précoce à l'allaitement (53 %).

En ce qui concerne la couverture de la population, à l'exception de l'initiation précoce à l'allaitement, elle est plus élevée pour les groupes les plus riches que pour les groupes les plus pauvres (figure 3.6). Les principales différences absolues en matière de richesse concernent la mesure du poids à la naissance (33,2 %), les conseils en matière d'allaitement dès la naissance (22,3 %) et la supplémentation en fer et en acide folique pour les femmes enceintes (17,4 %). Ces résultats suggèrent de potentielles iniquités dans la prestation de soins de nutrition anténatals et postnatals principalement dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Cela peut entraîner une détérioration des résultats dans le domaine de la santé et souligne la nécessité de renforcer la prestation de soins de nutrition.

FIGURE 3.5

Population couverte par une sélection d'interventions ciblant les mères, les nourrissons et les jeunes enfants dans les établissements de soins de santé



Source : Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) publiées entre 2012 et 2018, données disponibles les plus récentes utilisées par les pays.

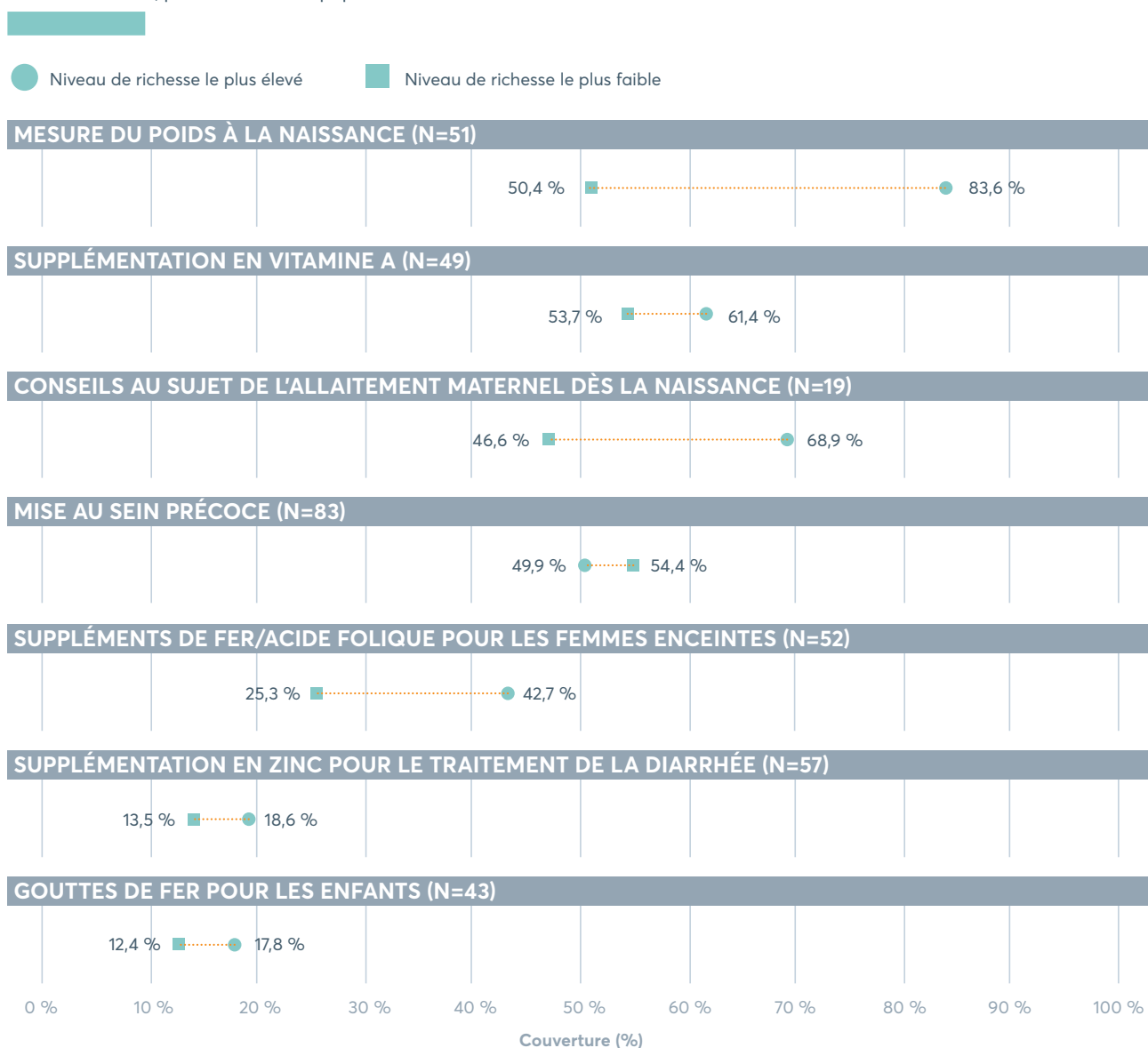
Remarques : On entend par « population couverte » la proportion de personnes ayant bénéficié d'une intervention ou de traitements spécifiques. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre total de pays disposant de données sur une intervention de nutrition donnée.

La couverture des interventions de nutrition dans les soins de santé se situe généralement loin derrière celle des services de santé traditionnels (« sans rapport avec la nutrition »). À titre d'exemple, dans le cadre de l'analyse de 35 pays à plus faible revenu couverts par plusieurs enquêtes démographiques et de santé (figure 3.7), la couverture médiane en matière de supplémentation en fer et en acide folique pendant la grossesse (33,4 %) ne représente que la moitié de la couverture médiane relative aux quatre visites ou plus de soins anténatals (66,6 %).

Il importe d'étendre de telles analyses à d'autres interventions de nutrition et de comprendre les raisons susceptibles d'être à l'origine de ces iniquités de couverture, qui, à terme, se traduisent par des résultats de santé sous-optimaux. Il est essentiel, pour renforcer la prestation des soins de nutrition, d'améliorer l'adhésion et la conformité des interventions de nutrition assurées par des nutritionnistes qualifiés ; la prise en charge des effets néfastes potentiels et les conseils ciblés peuvent être utiles à cet égard.

FIGURE 3.6

Population couverte par une sélection d'interventions ciblant les mères, les nourrissons et les jeunes enfants dans les établissements de soins de santé, par richesse de la population

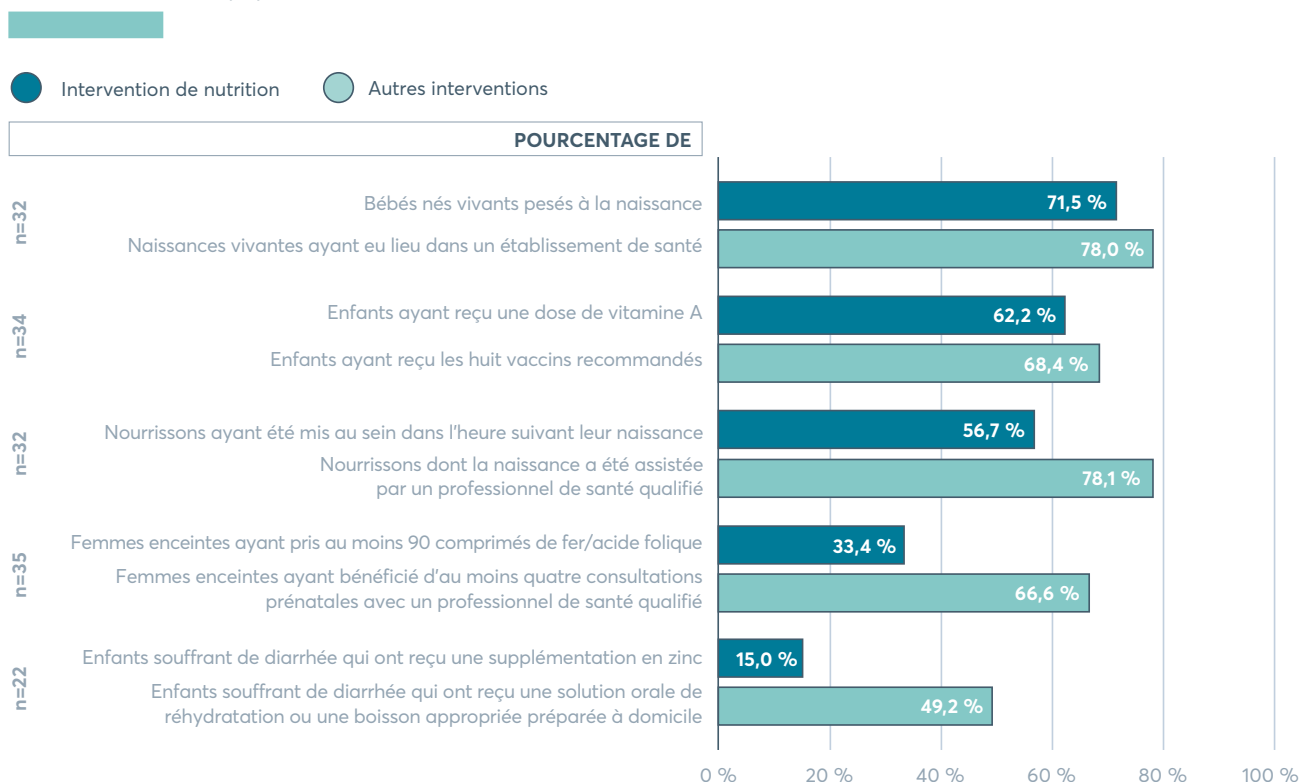


Source : Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) publiées entre 2012 et 2018, données disponibles les plus récentes utilisées par les pays.

Remarques : On entend par « population couverte » la proportion de personnes ayant bénéficié d'une intervention ou de traitements spécifiques. Les interventions sont classées suivant le pourcentage (%) médian de couverture de la population globale, comme illustré dans la figure 3.5. Le score de richesse repose sur les actifs détenus par les ménages ; on distingue les ménages « pauvres » (quintile de richesse le plus bas) et les ménages « riches » (quintile de richesse le plus élevé).

FIGURE 3.7

Population couverte par les interventions de « nutrition » et les interventions « sans rapport avec la nutrition » ciblant les mères et les enfants dans 35 pays



Source : Enquêtes démographiques et de santé (EDS) publiées entre 2012 et 2018, données disponibles les plus récentes utilisées par les pays.
 Remarque : on entend par « population couverte » la proportion de personnes ayant bénéficié d'une intervention ou de traitements spécifiques.

Finalement, les soins de nutrition doivent faire partie intégrante des services de prestation des soins de santé afin de garantir de meilleurs résultats en matière de régime alimentaire et de santé, en particulier pour les personnes qui en bénéficieraient le plus. Les interventions collectives à multiples composantes visant des objectifs nutritionnels ou autres ont le potentiel d'être encore plus équitables et efficaces, et de présenter un meilleur rapport coût-efficacité⁷¹. Une « bonne prestation des services de nutrition » est nécessaire, avec, en parallèle, un suivi et une évaluation systématiques de toutes les dimensions connexes, et comme axe prioritaire l'équité, de sorte que les personnes réalisent et préservent leur plein potentiel de santé.

Systèmes d'information sanitaire

Il est essentiel pour un éventail de parties prenantes, dont les gouvernements, les décideurs, les scientifiques et les prestataires de soins de santé, d'avoir accès à des informations fiables et à jour en matière de nutrition. Par conséquent, il est impératif que la collecte systématique d'informations (données) sur cette question devienne un élément à part entière des systèmes publics d'information sanitaire et y fasse l'objet d'un suivi. Multifonctionnels et utiles à de multiples utilisateurs, les systèmes d'information sanitaire sont conçus pour soutenir la planification, la gestion et la prise de décision dans le système de santé, dans les situations courantes comme dans les situations d'urgence⁷².

Un bon système d'information sanitaire permet de recueillir, d'analyser, de diffuser et d'utiliser des informations fiables et opportunes en matière de santé en s'appuyant sur trois piliers essentiels : la production de données à l'échelle de la population, des établissements et des individus ; la capacité à identifier, à enquêter, à communiquer et à endiguer, dans un délai raisonnable, des événements qui menacent la santé publique ; et la capacité à recueillir, à diffuser et à promouvoir l'application de ces connaissances⁷³.

L'intégration de la nutrition dans ces fonctions est essentielle pour recueillir et utiliser les données de grande qualité sur la nutrition et : évaluer l'état nutritionnel et les besoins connexes des individus et de la population ; fournir des soins de nutrition individuels rigoureux ; et concevoir, suivre et évaluer les politiques et les interventions de nutrition ciblées⁷⁴. À cette fin, il faut combler des lacunes, relever des enjeux et saisir les occasions.

Les systèmes d'information sanitaire utilisent différents types, ou sources, de données, chacun remplissant des objectifs spécifiques⁷⁵. Ces types sont, entre autres : les données individuelles sur le profil, les besoins et le traitement d'un patient déterminé (à savoir, les dossiers de santé), qui sous-tendent les soins individualisés rigoureux ; les données à l'échelle des établissements de santé (publics et privés), utiles pour documenter ou gérer les activités quotidiennes, telles que les ressources humaines, la programmation, les équipements et les fournitures, la facturation et le financement, et la couverture et la performance des services et des programmes ; les données à l'échelle de la population qui étayent la prise de décision en matière de santé publique, principalement par l'intermédiaire des enquêtes nationales démographiques et de santé ; et les informations sur la surveillance nutritionnelle dans les établissements et dans les communautés, qui servent essentiellement à couvrir les services d'urgence, comme les maladies épidémiques ou les secours d'urgence.

Optimiser les dossiers de santé (électroniques) au regard des soins de nutrition doit constituer la première étape de la prestation de services de nutrition de grande qualité, allant du dépistage, de l'évaluation, du diagnostic, de l'intervention et du suivi, à la planification de la sortie des patients⁷⁶. Les deux éléments clés nécessaires à cet égard sont l'utilisation d'un langage et d'un cadre systématiques facilitant la documentation de la prestation des soins de nutrition, comme le processus de soins en nutrition (PSN)⁷⁷, et l'inclusion des composantes de ce processus dans les dossiers de santé des patients. Ces dix dernières années, la mise en œuvre du PSN s'est intensifiée dans le monde entier⁷⁸.

Cependant, les évaluations cliniques de la qualité du régime alimentaire et de l'insécurité alimentaire, ainsi que les outils de dépistage pertinents, ne sont généralement ni normalisés ni intégrés de manière exhaustive dans les dossiers de santé⁷⁹. De même, les données relatives aux établissements de santé sont rarement optimisées pour renseigner sur la couverture et la performance des programmes préventifs ou curatifs en matière de nutrition, et ne sont pas nécessairement représentatives des services à la disposition de la population dans son ensemble⁸⁰. Cela constitue une entrave à la fourniture de soins de nutrition adaptés, en particulier à ceux qui en ont le plus besoin⁸¹, et complique la gestion du temps des professionnels de la santé⁸². L'inclusion de ces évaluations dans les dossiers de santé standard (idéalement électroniques) et les soins ordinaires permettrait de rationaliser l'intégration de la nutrition dans les soins de santé, et pourrait contribuer à réduire les fardeaux économiques et de santé⁸³.

Les données sur la nutrition à l'échelle de la population sont cruciales pour le diagnostic, la surveillance, la planification, l'évaluation et le suivi des problèmes se posant à cette même échelle. Les enquêtes sur la nutrition et la santé de grande ampleur et représentatives au niveau national, qui évaluent collectivement l'état nutritionnel et la santé de la population constituent une source clé pour ces données. Dans l'idéal, la collecte des données est individuelle, systématique, cohérente et comparable, et a recours à des méthodes et à des outils d'évaluation standard⁸⁴. Les données peuvent être ventilées et analysées selon les principales caractéristiques démographiques, comme le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique, la richesse, le statut migratoire, le handicap, le lieu de résidence, et d'autres caractéristiques pertinentes selon les contextes nationaux. Les données granulaires sont essentielles pour identifier les inégalités relatives à l'état nutritionnel chez les différents groupes de population et pour éclairer la conception et la mise en œuvre des interventions de nutrition équitables. Citons, entre autres exemples d'enquêtes régulières et de grande envergure sur la nutrition et la santé, l'enquête avec examen de santé NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey)⁸⁵ aux États-Unis, et l'enquête nationale sur la nutrition et le régime alimentaire (NDNS, National Diet and Nutrition Survey)⁸⁶ au Royaume-Uni. Ces enquêtes approfondies et détaillées ne sont cependant peut-être pas envisageables dans les pays à revenu plus faible, en raison de différents problèmes, dont leur coût élevé⁸⁷.

Dans les pays à revenu plus faible, les données sur la nutrition sont soit inexistantes soient limitées ; s'agissant des données connexes à l'échelle de la population, elles proviennent : des enquêtes nationales sur la consommation et les dépenses des ménages, qui ne tiennent pas compte des apports nutritionnels au niveau individuel et ne permettent donc pas d'évaluer les différences sociodémographiques ; des enquêtes démographiques et de santé⁸⁸ ou des enquêtes en grappes à indicateurs multiples⁸⁹, qui sont relativement peu fréquentes (environ tous les trois ans)⁹⁰ ; des enquêtes sporadiques à petite échelle ciblant des sous-échantillons de population et se prêtant peu aux généralisations ; et des données sur la nutrition relevées par les établissements de santé et les communautés en vue de résoudre d'importants problèmes de santé publique (comme les carences et la supplémentation en micronutriments, les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et l'anthropométrie ou l'état de croissance)⁹¹ ou d'éclairer le processus décisionnel dans les situations d'urgence⁹².

Ces sources recueillent rarement des données sur d'autres indicateurs importants en matière de nutrition, tels que : les apports nutritionnels, les marqueurs biologiques, et de nombreux autres indicateurs anthropométriques à l'échelle des individus, les résultats de santé connexes, la supplémentation en nutriments pendant la grossesse, l'accessibilité de l'eau salubre, les pratiques d'assainissement et d'hygiène, ou d'autres indicateurs relatifs au suivi de la couverture et de la qualité des actions en nutrition préventives ou curatives⁹³. Une cartographie récente des composantes de la nutrition au sein des systèmes d'information sanitaire dans 57 pays adhérant au Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) révèle que les informations recueillies concernent principalement les suppléments en vitamine A (48 pays), les conseils sur l'allaitement dans le cadre des soins prénatals (33 pays), et la prise en charge de la malnutrition aiguë (32 pays)⁹⁴. Seuls 18 pays recueillent régulièrement des données sur la supplémentation en fer et en acide folique pendant la grossesse.

Nous avons besoin de mécanismes permettant de rationaliser et d'améliorer la collecte, l'utilisation et l'intégration régulières de données de grande qualité sur la nutrition dans les environnements à plus faible revenu. Il importe de tirer parti des infrastructures et des ressources existantes pour accroître les capacités et améliorer les outils et la méthodologie d'évaluation de la nutrition. En même temps, c'est aussi l'occasion d'innover, compte tenu de l'augmentation rapide de la disponibilité et de l'utilisation des plateformes mobiles et d'autres technologies dans les pays à revenu plus élevé⁹⁵. L'International Dietary Data Expansion (INDDEX) Project s'emploie à lever les obstacles à la collecte de données de grande qualité sur les habitudes alimentaires et à élargir les capacités dans les pays à faible revenu, en développant et en validant les technologies rationalisées et normalisées⁹⁶. L'initiative Plateformes Nationales d'Information pour la Nutrition (NIPN) aide les pays à faible revenu à renforcer leurs systèmes d'information en matière de nutrition et à améliorer leur analyse des données afin de prévenir plus efficacement la malnutrition⁹⁷. L'initiative Data for Decisions to Expand Nutrition Transformation (DataDENT) vise à transformer la disponibilité et l'utilisation des données sur la nutrition en comblant les lacunes dans la mesure de la nutrition et en préconisant des systèmes de données sur la nutrition plus solides⁹⁸.

L'optimisation de la collecte, la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des données sur la nutrition à l'échelle des individus dans le monde entier, et leur intégration dans les systèmes d'information sanitaire représenterait une avancée majeure et un atout inestimable pour la santé publique. Le Pérou et le Guatemala sont deux exemples de pays à revenu intermédiaire ayant mis au point des systèmes d'information sanitaire mis à jour chaque année et comprenant des informations sur la nutrition⁹⁹. Plusieurs pays à faible revenu mettent actuellement sur pied leur propre système d'information sanitaire¹⁰⁰.

Aujourd'hui plus que jamais, il est essentiel d'investir dans la pleine intégration de la nutrition dans les systèmes d'information sanitaire. Cela garantira la fourniture rigoureuse de soins de nutrition ciblés, l'identification opportune des personnes exposées à un risque accru dans ce domaine, les interventions les plus rapides possible dans les situations d'urgence, la redevabilité accrue, les mesures de prévention et l'élaboration de politiques éclairées, et la gestion efficace des ressources, entre autres, financières et humaines. Les systèmes de santé et de nutrition intégraux sont, par nature, complexes mais cependant réalisables. S'ils sont mis en place, ils présenteront de multiples avantages pour la santé publique.

ACTIONS RECOMMANDÉES

- ▶ Les soins de nutrition préventifs et curatifs doivent être pleinement intégrés dans les plans nationaux du secteur de la santé, et soutenus par une approche multisectorielle renforcée. Les services de nutrition essentiels doivent faire partie de l'ensemble standard des services de soins de santé disponibles, être universels et accessibles à tous.
- ▶ Le nombre de professionnels de la nutrition qualifiés doit être augmenté afin d'améliorer la fourniture de soins de nutrition de qualité. Les agents en première ligne qui contribuent à la prestation des services de nutrition doivent suivre les formations initiales et en cours d'emploi requises, et avoir les moyens et la motivation nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches.
- ▶ Des plans de soins nutritionnels chiffrés doivent être élaborés et alignés sur les plans de financement des soins de santé. Le financement des soins de nutrition doit être intensifié et maintenu afin que toutes les personnes adoptent et conservent des pratiques alimentaires et un mode de vie les plus sains possibles.
- ▶ Les produits nutritionnels, comme les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, doivent être facilement accessibles et peu coûteux. Les solutions technologiques innovantes, telles que les conseils à distance et les applications en ligne, peuvent améliorer l'accès aux soins de nutrition de qualité, en particulier pour les personnes les plus difficiles à joindre.
- ▶ Les services de nutrition intégrés dans les systèmes de santé doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi réguliers afin de remédier aux iniquités en matière de fourniture, de couverture et d'accès.
- ▶ L'optimisation des dossiers de santé pour y inclure les soins nutritionnels doit être la base pour la mise en œuvre de services nutritionnels rigoureux et l'identification de ceux qui en ont le plus besoin. La collecte, l'analyse et la diffusion de données nutritionnelles ventilées et de grande qualité doivent être intégrées dans les systèmes publics d'information sanitaire afin d'étayer la conception et la mise en œuvre d'interventions connexes équitables.



Systemes alimentaires et équité en matière de nutrition

2009, Kokoda (Papouasie-Nouvelle-Guinée).
Une infirmière accroche une affiche dans un village situé à proximité de Kokoda.
Photo : Roger Wheatley, AusAID.

POINTS CLÉS

- 1** Les déséquilibres au sein des systèmes alimentaires contribuent grandement au manque d'équité en matière d'alimentation et de nutrition. Ils tendent notamment à limiter l'accès à des régimes alimentaires sains ou à favoriser une alimentation de faible qualité.
- 2** Les systèmes alimentaires doivent : aller au-delà d'une approche limitée à un apport énergétique ; réduire la prédominance de la production céréalière (maïs, riz et blé) ; et améliorer la disponibilité de produits alimentaires sains, comme les fruits, les légumes, les noix et les céréales complètes.
- 3** L'environnement alimentaire, au sein duquel les consommateurs choisissent ce qu'ils mangent, est inéquitable pour beaucoup du point de vue de l'accès physique, du caractère abordable, du ciblage publicitaire et du marketing ainsi que de la qualité de la nourriture.
- 4** L'interdépendance des causes de l'iniquité des systèmes alimentaires nécessite que l'on y apporte une réponse intégrée tant à l'échelle mondiale, que nationale et locale, qui réunisse les capacités de plusieurs secteurs.
- 5** L'adoption d'une approche des systèmes alimentaires tenant compte de la question de l'équité et favorisant des régimes alimentaires sains contribuerait à combler le manque d'équité et à améliorer la disponibilité, l'accessibilité et les coûts des aliments dans les environnements alimentaires locaux.
- 6** Remédier au manque d'équité dans les systèmes alimentaires, c'est s'attaquer aux déséquilibres de pouvoir : amplifier les voix de ceux qui sont exclus et demander des comptes aux puissants.

Introduction

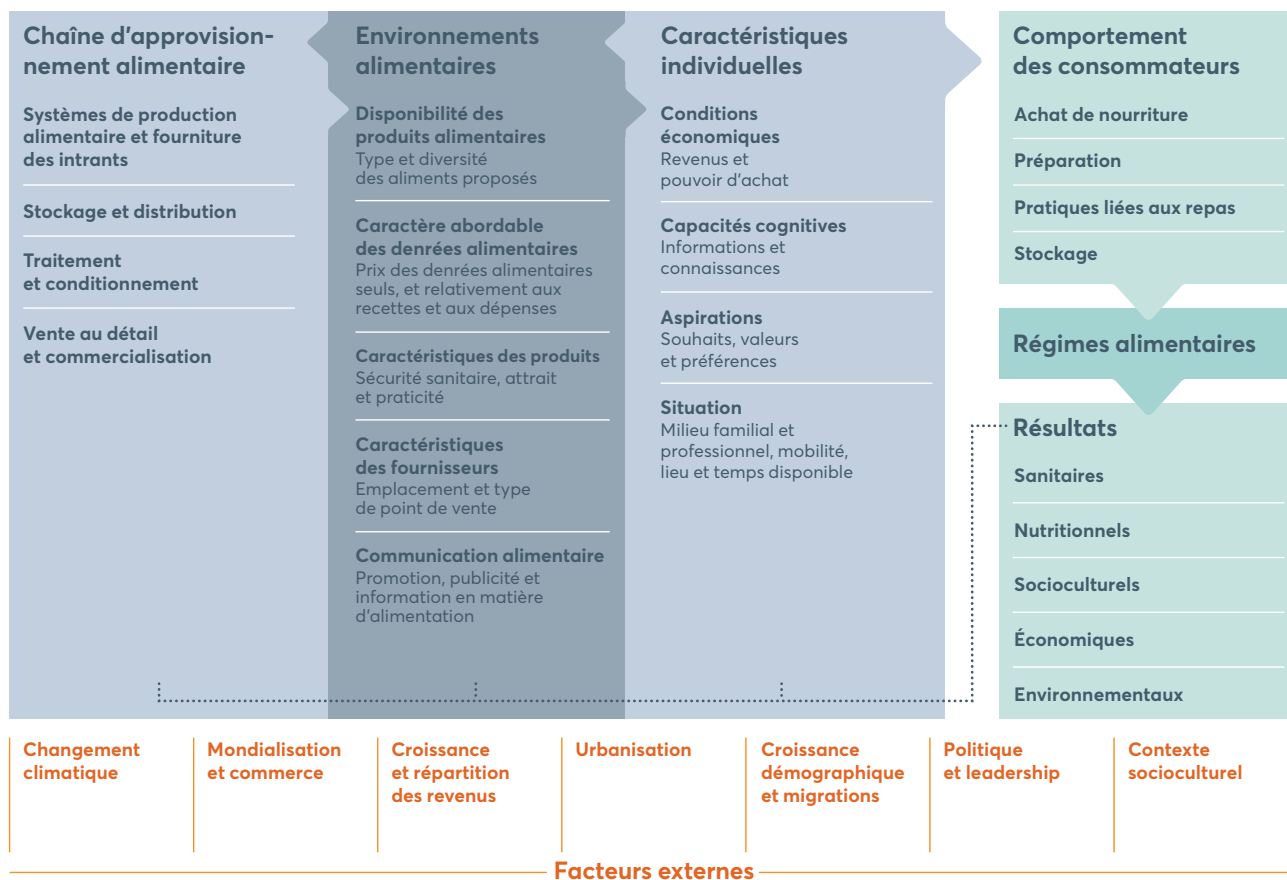
Un système alimentaire rassemble tous les éléments (y compris l'environnement, les personnes, les contributions, les processus, les infrastructures et les institutions) et les activités en lien avec la production, la transformation, la distribution, la préparation et la consommation d'aliments, ainsi que les résultats de ces activités, notamment socioéconomiques et environnementaux¹.

La notion de système alimentaire couvre différents éléments, à savoir les chaînes d'approvisionnement alimentaire, les environnements alimentaires, le comportement des consommateurs de même que des facteurs externes (figure 4.1). Ces composantes sont interdépendantes et influent collectivement sur les régimes alimentaires et sur des résultats plus généraux en matière de santé et de nutrition.

Les systèmes alimentaires évoluent rapidement, au rythme de l'urbanisation, de la mondialisation et de la libéralisation du commerce. Les environnements alimentaires sont interconnectés à l'échelle mondiale ; les chaînes d'approvisionnement sont plus longues et plus complexes. Ces changements ont des effets considérables sur l'état nutritionnel des populations. La manière dont les consommateurs se procurent de la nourriture, le type d'aliments qu'ils achètent, les modes de consommation ainsi que les significations culturelles de l'alimentation et des repas façonnent eux aussi les systèmes alimentaires.

FIGURE 4.1

Organisation du système alimentaire



Source : adapté de HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome, 2017.*

Les environnements alimentaires désignent les contextes physiques, économiques, politiques et socioculturels dans lesquels les consommateurs entrent en contact avec le système alimentaire afin de prendre des décisions concernant l'achat, la préparation et la consommation de nourriture. Ce sont les environnements alimentaires qui font le lien entre les systèmes de l'offre et ceux de la demande. En effet, ils influent à la fois sur les chaînes d'approvisionnement alimentaire et leurs fonctions, et sur les choix alimentaires et la qualité de l'alimentation de chacun à travers divers facteurs. Ils définissent notamment : le type d'aliments disponibles à un moment donné, l'accès physique des consommateurs à ces aliments, leur caractère abordable, la promotion, la publicité et les informations relatives à l'alimentation, ainsi que la qualité et la sécurité sanitaire des aliments.

Des processus injustes affectent chacune des composantes du système alimentaire, et génèrent des résultats inégaux, tels que le manque de disponibilité de produits et leur caractère peu abordable, la surabondance d'aliments de faible qualité nutritionnelle ou encore l'accès limité à une alimentation saine. L'iniquité des environnements alimentaires peut à elle seule avoir des répercussions très importantes sur la population, compte tenu du rôle crucial que jouent les environnements alimentaires en tant que déterminants sous-jacents des résultats en matière de nutrition (figure 4.1). Remédier au manque d'équité dans les environnements alimentaires pourrait permettre d'atténuer les effets sur les résultats nutritionnels dans l'ensemble des systèmes alimentaires. Certaines personnes ont un accès limité à des régimes alimentaires sains du fait du manque d'équité qui caractérise les systèmes alimentaires, ce qui favorise des résultats nutritionnels inégaux ainsi que la malnutrition sous toutes ses formes. Il convient donc d'accorder une attention particulière aux environnements alimentaires. Ce chapitre porte sur le manque d'équité dans les environnements alimentaires. Il met en lumière des solutions émergentes et des mesures concrètes.

Des environnements alimentaires inéquitables

Disponibilité de produits alimentaires

La disponibilité de produits alimentaires fait référence au type et à la diversité des aliments proposés et dépend des systèmes de production alimentaire². Afin de produire des aliments compatibles avec des régimes alimentaires de qualité, diversifiés, sûrs et sains, il convient de tenir

compte de plusieurs éléments, tels que l'accès à l'eau et aux terres, les pertes de production dans les exploitations, la réduction de la biodiversité concernant les espèces et les variétés d'aliments, ainsi que la marginalisation d'aliments traditionnels et autochtones³. L'agriculture mondiale se concentre principalement sur les céréales et les huiles de graines, ce qui n'est pas cohérent avec la plupart des recommandations nutritionnelles nationales⁴. Cette concentration agricole génère des iniquités en matière de production d'aliments complémentaires et, de fait, des déséquilibres relatifs à la disponibilité des denrées.

Le Gros plan 4.1 met en évidence que la quasi-totalité de l'augmentation de l'énergie alimentaire (calories) observée entre 1970 et 2010 concerne des cultures complémentaires, plus riches en nutriments que les aliments de base. La part des calories issues du sucre et d'édulcorants est en baisse depuis 1970. Cette tendance positive met en lumière la nécessité d'adopter une politique plus équilibrée et de mettre l'accent sur la recherche et le développement liés aux cultures complémentaires, afin d'aider les producteurs à se diversifier. Cette approche favoriserait à son tour la diversité des cultures et les régimes alimentaires sains et équilibrés.

De même, les ressources naturelles, les écosystèmes et le changement climatique influent sur la production alimentaire, et donc sur la qualité et la quantité de denrées disponibles pour les consommateurs. Par ailleurs, la demande et les choix de consommation exercent une influence sur le type de nourriture produite et sont donc susceptibles d'accroître la pression sur les écosystèmes et de contribuer au changement climatique.

La figure 4.3 montre que les aliments d'origine animale sont responsables d'une part importante des émissions de gaz à effet de serre. La production de céréales de base (dont 60 % sont destinés au fourrage)⁵, de fruits et de légumes, et l'utilisation intensive des terres agricoles et des réserves d'eau douce constituent elles aussi des agressions pour l'environnement. En outre, l'utilisation d'engrais azotés et phosphatés peut altérer la qualité des aliments. Les pratiques de production et de consommation affectent un grand nombre de personnes vivant dans des pays à faible revenu qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour s'adapter suffisamment rapidement aux changements environnementaux et qui ont un accès limité⁶ aux aliments sains. La régulation de l'environnement alimentaire concernant aussi bien l'offre que la demande (en portant une attention particulière à l'impact environnemental, à la gestion des écosystèmes et aux effets sur le changement climatique) permet d'améliorer l'équité de l'accès aux aliments et de leur disponibilité et réduire les inégalités en matière de résultats nutritionnels.

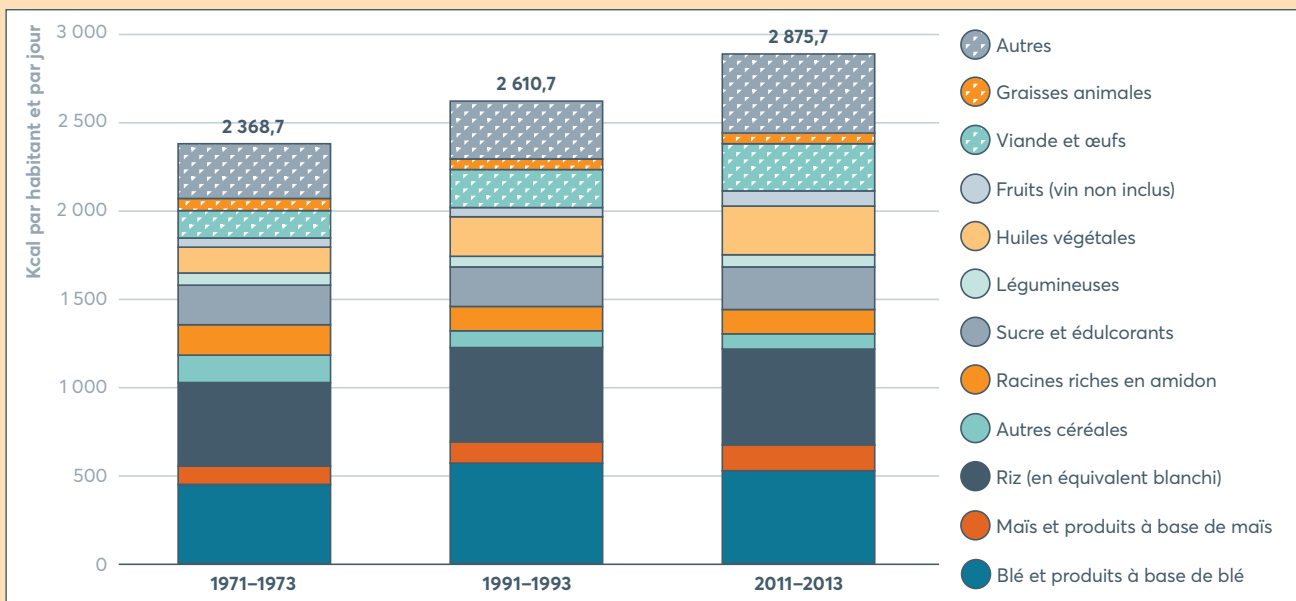
GROS PLAN 4.1

Vers un système agroalimentaire plus diversifié – en finir avec la surabondance des céréales de base

Prabhu Pingali

Les politiques agricoles sont en décalage avec les défis nutritionnels de notre époque. Les politiques agricoles ont mis du temps à réagir au problème persistant de la malnutrition en micronutriments et du retard de croissance chez les enfants, ainsi qu'aux défis plus récents du surpoids et de l'obésité⁷. Elles se concentrent très largement sur l'amélioration de la productivité des cultures céréalières de base, en particulier de riz, de blé et de maïs, bien que les besoins en matière de diversité alimentaire ne soient pas correctement couverts. La figure 4.2 indique que la consommation totale de calories par personne et par jour augmente au fil du temps, mais que la part des calories provenant de céréales de base dans l'apport total en calories diminue. En outre, elle montre que la quantité absolue de calories issues de céréales de base est en baisse depuis les années 1990.

FIGURE 4.2
Apport calorique moyen mondial par groupe d'aliments, 1971–2013



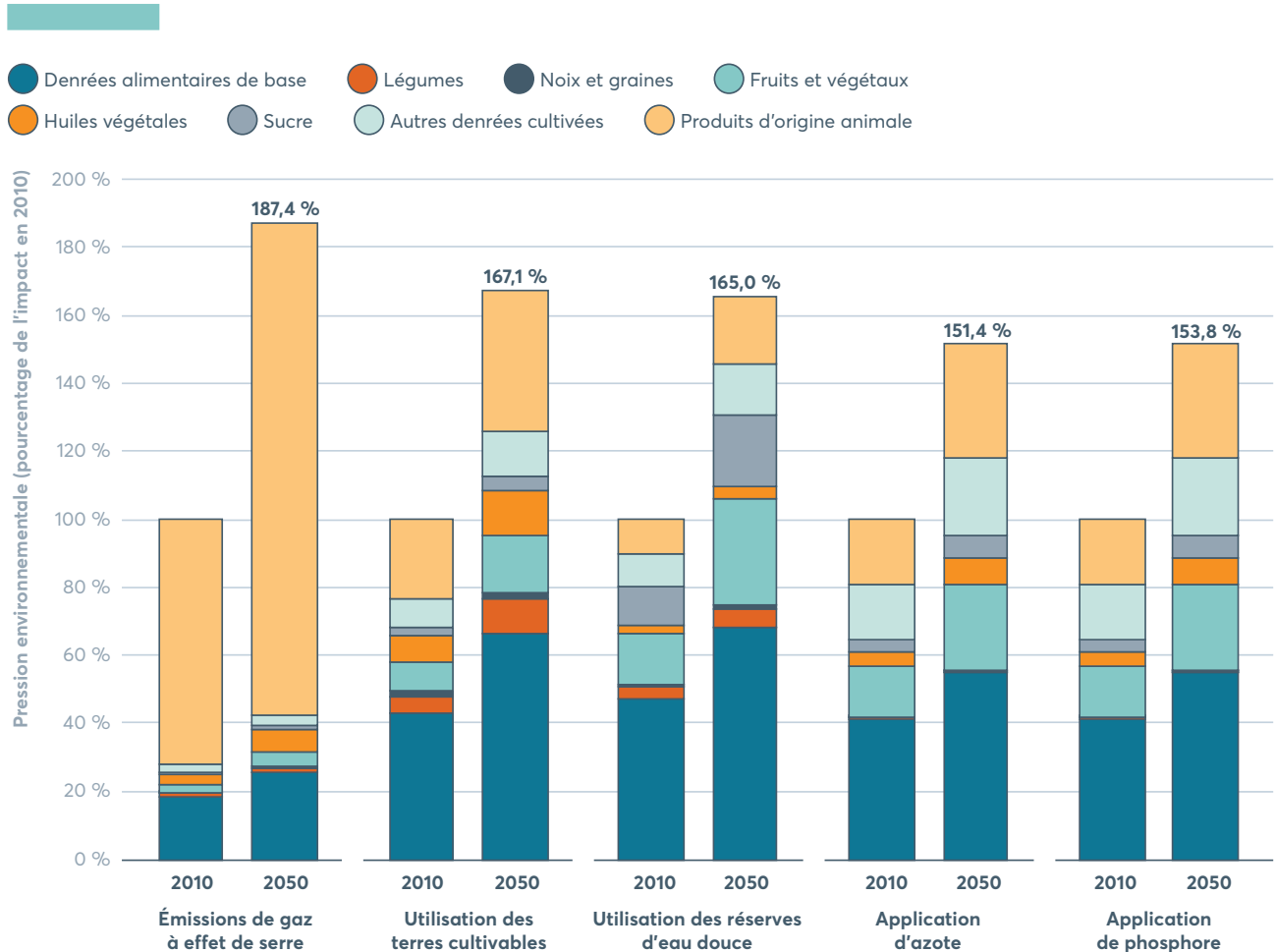
Source : Prabhu Pingali, 2015. « Agricultural policy and nutrition outcomes – getting beyond the preoccupation with staple grains ». *Food Security*, 7, p. 583-591.

La recherche et le développement financés par les donateurs a privilégié les principales denrées alimentaires de base au détriment de l'élevage et des cultures plus nutritives. À titre d'exemple, les principales denrées alimentaires de base ont traditionnellement absorbé l'essentiel du budget de recherche sur les produits primaires du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (CGIAR)⁸, une tendance qui s'est d'ailleurs accentuée à la suite de la crise des prix des denrées alimentaires de 2008⁹. Le reste du financement couvre quinze cultures, l'élevage, la pêche et l'agroforesterie. Les investissements dans la recherche et le développement doivent cibler en priorité les denrées alimentaires de base négligées telles que le sorgho, le millet et les tubercules tropicaux. Ce faisant, ils peuvent créer de nouvelles possibilités de croissance dans les environnements agricoles qui ne sont pas optimaux, et contribuer ainsi à rendre la production de produits alimentaires sains plus attrayante aux yeux des producteurs et ainsi améliorer la disponibilité d'aliments plus nutritifs, en particulier pour les populations rurales pauvres¹⁰.

Compte tenu du développement insuffisant des infrastructures de marché et du grand nombre de petits exploitants agricoles, intégrer les chaînes de valeur de l'élevage et des aliments frais signifie faire face à des coûts de transaction élevés (alimentés par les négociations, la gestion, la réglementation et l'arbitrage) ; cela dissuade les petits exploitants de diversifier leurs systèmes de production. Étant donné les liens manifestes entre la production alimentaire et la diversité alimentaire, cette situation affecte la composition du régime alimentaire¹¹. Les investissements dans les systèmes de transport, les chaînes du froid (stockage et transport sous température dirigée) et l'amélioration de la connectivité contribuent à perfectionner les marchés des denrées périssables. Les interventions institutionnelles, telles que les associations de producteurs (associations rurales formelles dont les membres se concertent pour améliorer la production, la commercialisation et les activités de transformation locales et, ce faisant, augmenter les revenus agricoles), contribuent à la diminution des coûts de transaction et facilitent l'accès au marché des petits exploitants. Une vision globale de la politique agricole exige que les gouvernements s'intéressent à d'autres cultures que les principales denrées alimentaires de base afin de garantir la disponibilité et l'accessibilité d'un panier alimentaire plus large et sain.

FIGURE 4.3

Répercussions des différents groupes d'aliments sur l'environnement



Source : Springmann et al., 2018¹².

Remarque : réserves d'eau douce = réserves d'eau douce sous forme de ruisseaux, de rivières, de lacs et de nappes aquifères.

L'accès physique des personnes à divers types d'aliments dans un environnement alimentaire donné repose sur quatre sources d'alimentation : le titre lié à la production (production de denrées alimentaires) ; le titre fondé sur la transaction marchande (achat de nourriture) ; le titre lié à son propre travail (travail contre de la nourriture) ; ainsi que le titre lié à l'héritage et au transfert (nourriture reçue en don).

Les conditions géographiques et le manque d'infrastructures adaptées peuvent restreindre la disponibilité et la distribution des aliments. C'est d'autant plus vrai pour les denrées périssables, dans les milieux ruraux et dans les régions à faible revenu où, bien souvent, le cadre de vie bâti ne permet pas de proposer une offre de produits

alimentaires sains et sûrs. Parmi les principaux facteurs qui influent sur l'accès à l'alimentation, citons notamment : la mobilité (distance jusqu'aux points d'entrée des aliments et moyens de transport disponibles) ; la santé ; le pouvoir d'achat et les prix relatifs des denrées alimentaires ; l'accès à des terres de taille et de qualité satisfaisantes, aux intrants agricoles, aux technologies et aux services ; le temps, les installations et les équipements disponibles pour préparer les aliments ; ou encore les connaissances et les compétences. Le manque d'équité en matière d'accessibilité des produits alimentaires dont pâtissent les populations rurales, défavorisées et isolées géographiquement entrave leur accès à des quantités suffisantes d'aliments sains¹³.

La mise à disposition inéquitable des infrastructures de base, concernant par exemple le logement, l'assainissement, l'énergie ou les transports, alimente en outre la vulnérabilité des populations à la malnutrition. Lorsque les infrastructures sont endommagées, notamment en cas de conflits, il peut arriver que les aliments ne soient plus disponibles ni accessibles. Dans ces situations, il devient non seulement extrêmement compliqué de se procurer des aliments sains et diversifiés, mais aussi tout simplement d'accéder à des quantités suffisantes de nourriture pour atteindre l'apport en calories recommandé.

Caractère abordable des aliments

Pour que les consommateurs puissent acheter et consommer les aliments sains disponibles dans leur environnement alimentaire, ces denrées doivent être abordables. Ce n'est pas le cas des produits riches en nutriments, comme les aliments d'origine animale, les fruits ou les légumes, pour les catégories de la population les plus vulnérables. Le niveau des prix et leur volatilité ont une incidence sur le pouvoir d'achat, le bien-être, la sécurité alimentaire, ainsi que la nutrition des ménages¹⁴.

Un régime alimentaire sain se compose de produits frais et donc plus périssables. Par conséquent, la conservation de ces produits nécessite la mise en place de chaînes du froid ou de chaînes d'approvisionnement plus courtes, comme indiqué dans le Gros Plan 4.2. De nombreux aliments bon marché sont très transformés et nocifs¹⁵. Le caractère abordable des aliments sains joue donc un rôle essentiel pour garantir un environnement alimentaire équitable pour tous. Afin de rendre les régimes alimentaires sains plus abordables et plus accessibles, il peut être judicieux d'encourager la production et la consommation de produits frais à l'échelle locale, grâce à des programmes ciblés de soutien du revenu, d'assistance nutritionnelle et de développement agricole, en vue d'inciter les agriculteurs à diversifier leurs cultures et leur alimentation.

GROS PLAN 4.2

Le coût élevé des aliments nutritifs dans les pays plus pauvres

Derek Headey

Les régimes alimentaires inappropriés pendant la grossesse et la petite enfance sont une des principales causes de la sous-alimentation pendant les premières années de vie, qui compromet la croissance physique et le développement du cerveau. Mais pourquoi les régimes alimentaires – y compris ceux des nourrissons et des jeunes enfants – sont-ils si inadéquats dans les pays moins développés ?

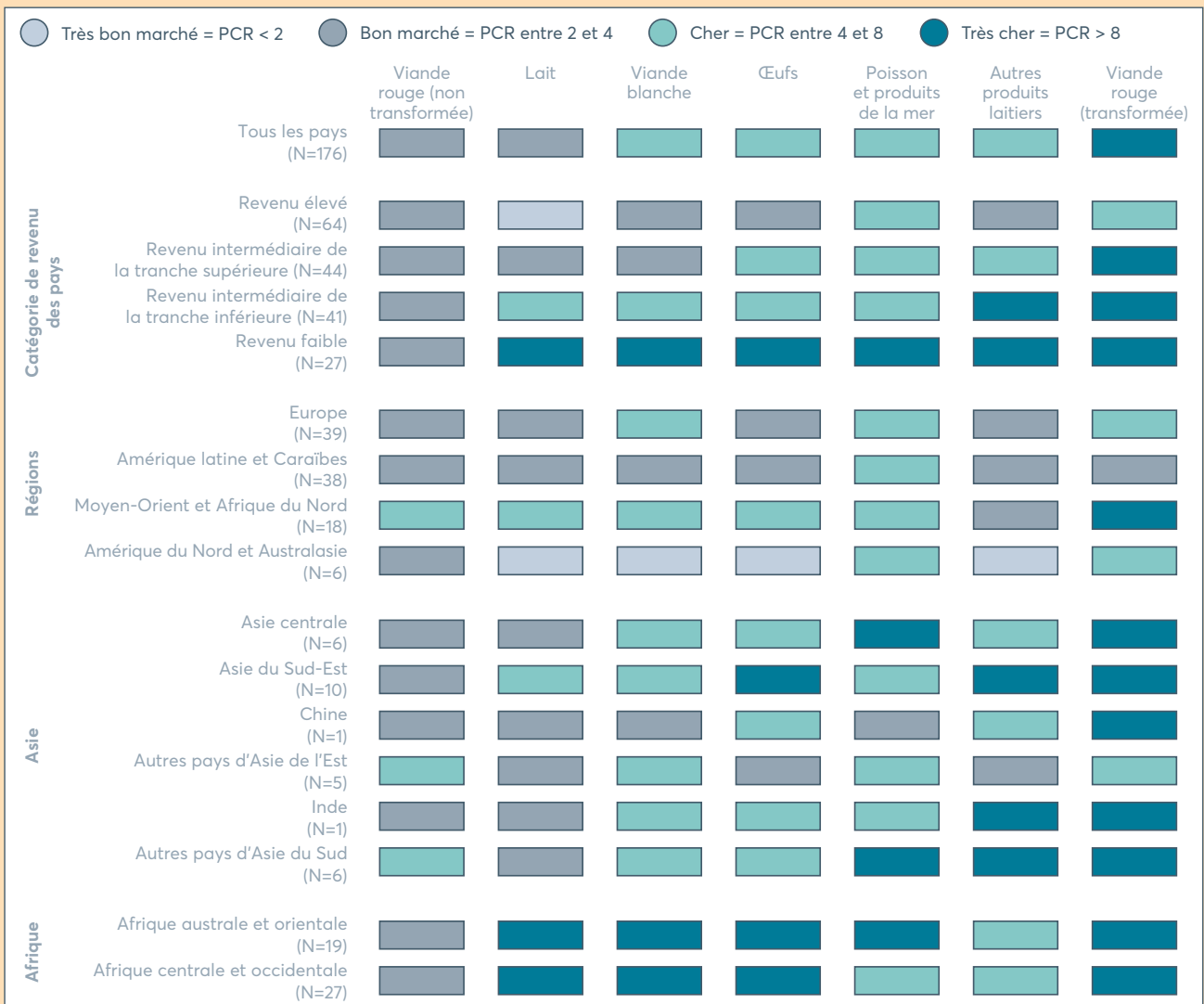
Une étude récente suggère que le caractère abordable des denrées alimentaires nutritives peut représenter une entrave plus importante qu'on ne le pense généralement. L'étude a établi le « prix calorique relatif » (PCR) de 657 produits alimentaires dans 176 pays. Le PCR permet de comparer le coût d'une calorie pour un aliment donné (par exemple, un œuf) et pour une denrée alimentaire de base (par exemple, le riz). Sur le plan conceptuel, le PCR révèle le coût qu'entraîne la diversification du régime alimentaire des populations pauvres, qui sont tributaires des féculents. Il a également pour avantage de ne pas s'appuyer sur des devises et permet donc d'effectuer relativement facilement des comparaisons internationales.

Les auteurs ont ainsi découvert que les aliments riches en nutriments sont souvent des sources de calories plus chères que les denrées alimentaires de base (figure 4.4). À titre d'exemple, au Burkina Faso, les calories d'un œuf sont environ 15 fois plus chères que celles de féculents comme le maïs, le riz et le sorgho, tandis qu'aux États-Unis, elles ne sont que 1,9 fois plus chères que celles des principales denrées alimentaires de base¹⁶. Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les œufs, le lait frais et les céréales pour nourrissons enrichies sont hors de prix pour les populations pauvres, tandis qu'en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, le poisson est relativement abordable. En Inde, les produits laitiers sont bon marché, tandis qu'en Asie du Sud-Est, le poisson est relativement peu cher.

Une analyse similaire appliquée aux fruits et aux légumes frais présente des résultats plus nuancés. Les légumes à feuilles vertes sont peu caloriques et, par conséquent, pratiquement partout onéreux (car ils doivent être consommés en grande quantité pour garantir un apport calorique suffisant). Si les fruits et les légumes riches en vitamine A sont généralement assez chers, d'autres fruits et légumes le sont moins, et, dans la plupart des régions, les légumes sont une source de calories relativement bon marché¹⁷.

Le fait que de nombreux aliments riches en nutriments aient un coût élevé pour les populations les plus exposées au risque de sous-alimentation représente un obstacle majeur à la résolution de ce problème et nécessite des mesures politiques urgentes. Le caractère abordable des aliments riches en nutriments, tant à l'échelle de l'ensemble de l'économie que des ménages les plus pauvres, doit constituer un objectif clé des politiques alimentaires équitables et sensibles à la nutrition. S'agissant de l'économie dans son ensemble, la baisse des prix résultant de l'amélioration des politiques agricoles et commerciales peut contribuer à atteindre cet objectif. En ce qui concerne les ménages les plus pauvres, le soutien ciblé au revenu, l'assistance nutritionnelle et les programmes de développement agricole qui encouragent la diversification de l'alimentation et la consommation de produits locaux peuvent favoriser l'accessibilité. L'importance cruciale que revêt l'alimentation riche en nutriments pour les nourrissons et les jeunes enfants, ainsi que pour les femmes enceintes et allaitantes justifie les efforts visant à améliorer les connaissances en matière de nutrition des soignants actuels et futurs.

FIGURE 4.4
Carte de chaleur des prix caloriques relatifs des aliments d'origine animale dans 176 pays, 2011



Source : estimations fondées sur les données décrites dans Headey et Alderman, 2019¹⁸.

Remarque : les statistiques indiquées sont les moyennes pondérées en fonction de la population du prix calorique relatif pour chaque groupe régional ou groupe de revenu, suivant le classement établi à cet égard par la Banque mondiale ; les couleurs correspondent aux catégories présentées dans la légende.

Caractéristiques des produits et des fournisseurs

Les caractéristiques des produits renvoient à la sécurité alimentaire, à la qualité et à l'attrait des aliments disponibles dans l'environnement alimentaire. Les caractéristiques des fournisseurs désignent l'emplacement et le type de point de vente. La manière dont les individus accèdent aux produits alimentaires et dont ils les préparent et les consomment évolue rapidement et dépend des denrées disponibles. Les produits emballés et transformés comptent aujourd'hui pour une part importante de nombreux régimes alimentaires à l'échelle mondiale, bien qu'ils

soient pour la plupart incompatibles avec la définition de l'OMS d'une alimentation saine¹⁹. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le précédent Rapport sur la nutrition mondiale, l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Océanie achètent le volume le plus élevé d'aliments sous emballage, même s'il tend à stagner, voire à décliner. En revanche, en Asie et en Afrique, les ventes de produits sous emballage progressent fortement. Le Gros Plan 4.3 présente la répartition des ventes de produits transformés et de boissons sucrées par catégorie de revenu des pays. Les ventes de ces aliments et boissons augmentent considérablement dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire.

GROS PLAN 4.3

Tendances mondiales et caractéristiques des ventes des boissons et des produits alimentaires transformés

Phillip Baker, Priscila Machado, Kate Sievert, Kathryn Backholer, Colin Bell et Mark Lawrence

Les aliments transformés, et plus particulièrement les « aliments ultra-transformés », tels que les snacks salés, les viandes transformées, les boissons sucrées, les confiseries, les desserts surgelés, les céréales de petit-déjeuner et les produits laitiers représentent aujourd'hui une part notable de nombreux régimes alimentaires dans le monde entier. Ils sont largement disponibles, bon marché et abondamment commercialisés. Ils présentent souvent une teneur élevée en sucres ajoutés, en graisses trans et en sel, et une faible teneur en fibres et en nutriments. Ils sont la principale source d'apport calorique dans de nombreux pays à revenu élevé, et jouent un rôle croissant dans la transition nutritionnelle en cours dans les pays en pleine mutation économique et sociale.

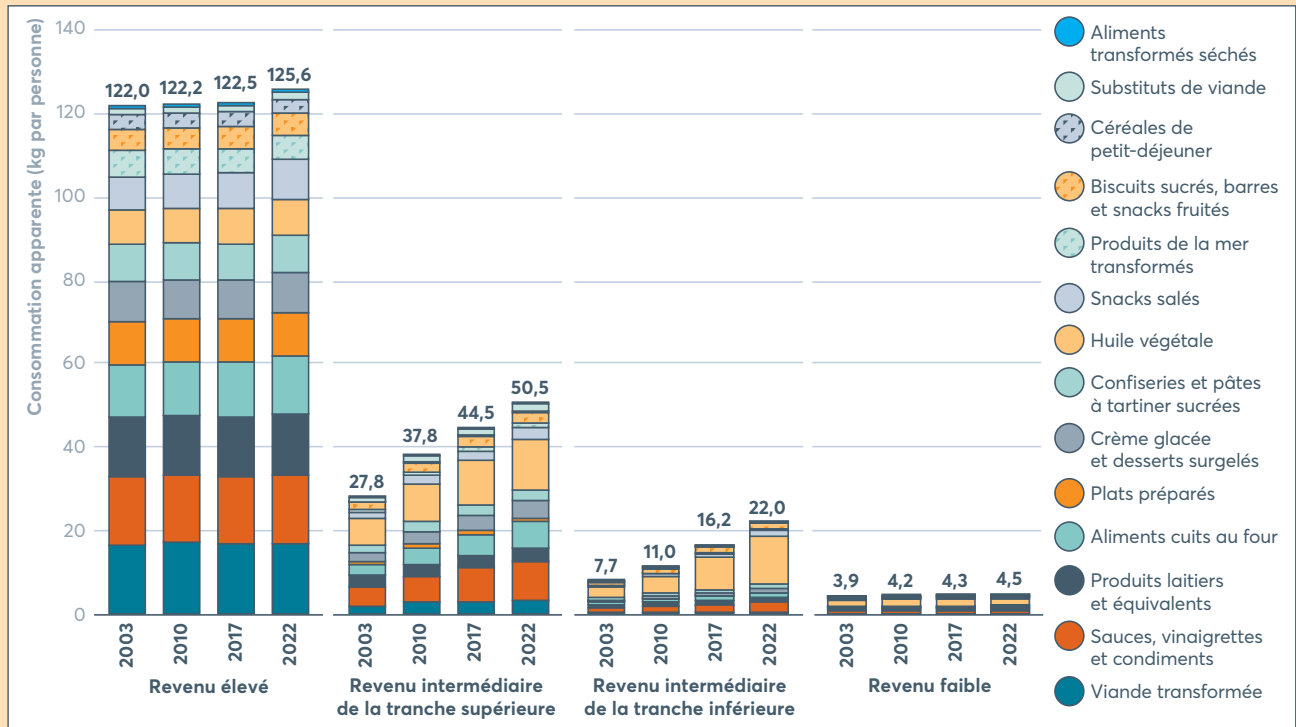
Pourtant, le rôle des aliments transformés et des boissons sucrées dans les régimes alimentaires est encore relativement mal connu, notamment dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, car ces catégories sont rarement prises en compte dans les enquêtes sur la santé et l'alimentation. En lieu et place, les données sur les ventes de l'industrie alimentaire sont souvent utilisées pour mettre en lumière l'évolution des achats de ces produits à l'échelle mondiale. Les données d'Euromonitor International révèlent les tendances dans les comportements d'achat dans le monde, et les différences entre les pays se trouvant à différents stades de transition économique et sociale. Les ventes connaissent une croissance modérée ou reculent dans de nombreux pays à revenu élevé, mais augmentent rapidement dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et de la tranche inférieure.

Les types d'aliments et de boissons achetés varient grandement d'un pays à l'autre. Dans les pays à revenu élevé, les achats d'aliments transformés couvrent un éventail plus large que dans les autres pays. Néanmoins, les achats d'aliments transformés et prêts à l'emploi, tels que les snacks salés, les biscuits sucrés, les snacks fruités, les aliments cuits au four, les viandes transformées et les substituts de viande sont en nette progression. Dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, les catégories « d'ingrédients alimentaires à usage culinaire » (huiles végétales, sauces, vinaigrettes et condiments) représentent une part nettement plus importante des achats que dans les pays à revenu élevé (figure 4.5).

Les boissons gazeuses représentent la catégorie de boissons la plus consommée à l'échelle mondiale. Néanmoins, les ventes dans cette catégorie diminuent rapidement ou stagnent dans de nombreux pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, mais progressent fortement à partir d'un faible niveau de départ dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Par ailleurs, le recul de la catégorie des boissons gazeuses dans les pays à revenu élevé est contrebalancé par la forte croissance des autres catégories de boissons – par exemple, les boissons énergétiques et sportives, ainsi que le café et le thé prêts à boire (figure 4.6).

FIGURE 4.5

Ventes de produits alimentaires transformés par niveau de revenu des pays, 2003-2017, et projections pour 2022

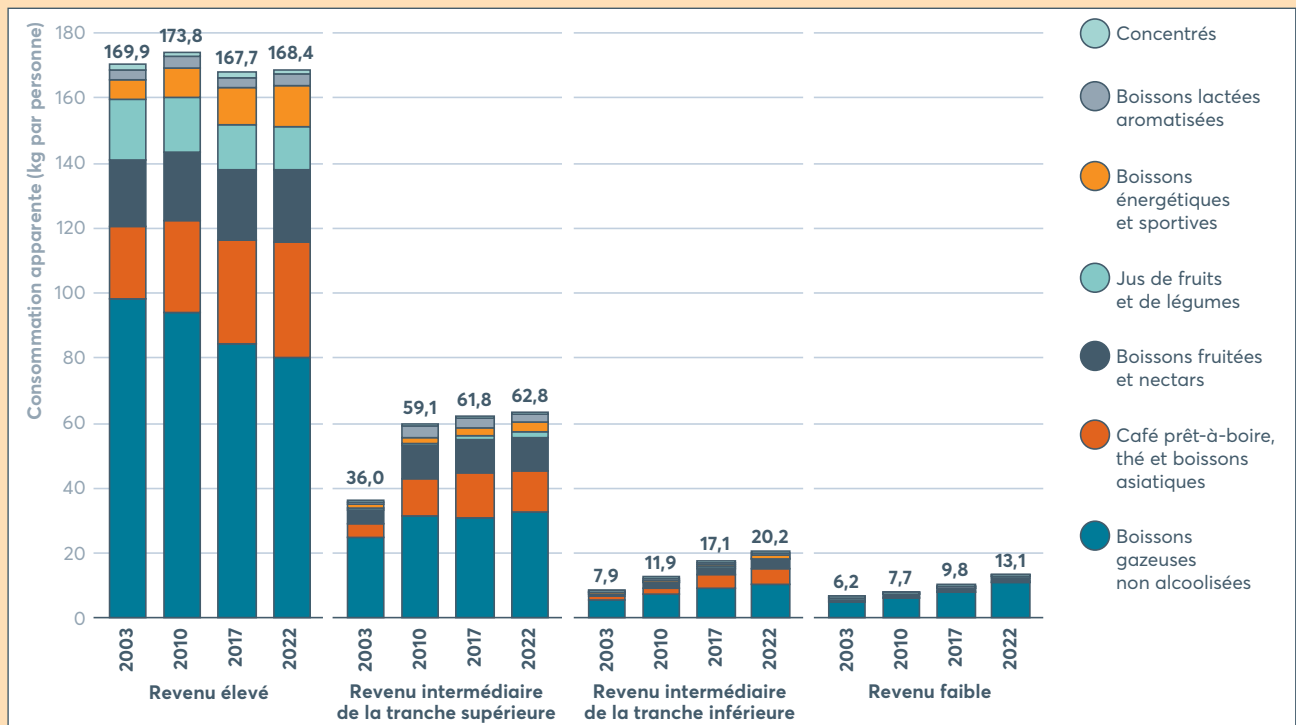


Source : données issues de la base de données sur les marchés d'Euromonitor International²⁰.

Remarque : les données issues de la base de données sur les marchés « Passport » d'Euromonitor International concernent 73 pays à revenu élevé, 55 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 43 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 34 pays à faible revenu.

FIGURE 4.6

Ventes de boissons non alcoolisées par niveau de revenu des pays, 2003-2017, et projections pour 2022



Source : données issues de la base de données sur les marchés d'Euromonitor International²¹.

Remarque : les données issues de la base de données sur les marchés « Passport » d'Euromonitor International concernent 73 pays à revenu élevé, 55 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 43 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 34 pays à faible revenu.

L'ensemble des sources de ce Gros plan sont disponibles dans les références²².

GROS PLAN 4.4

Les supermarchés et la progression de l'obésité en Afrique

Kathrin M. Demmler et Matin Qaim

Une étude récente a tenté de déterminer si l'expansion des supermarchés contribue à la progression de la surcharge pondérale et de l'obésité, et s'est appuyée à cette fin sur les données recueillies au Kenya²³, l'un des pays africains où le taux de pénétration des supermarchés est le plus élevé. L'étude s'est centrée sur les consommateurs des villes de taille moyenne. À l'issue d'une sélection aléatoire de quelque 500 ménages, des données socioéconomiques et nutritionnelles ont été recueillies auprès des hommes et des femmes adultes les composant, une première fois en 2012 puis une deuxième fois en 2015, avec, à cette occasion, l'ajout de données médicales plus détaillées.

Il s'est avéré que l'indice de masse corporelle (IMC) moyen et la proportion d'adultes en surpoids ou obèses sont plus élevés chez ceux qui font leurs courses uniquement ou en partie dans les supermarchés que chez ceux qui s'approvisionnent exclusivement chez les commerçants traditionnels (figure 4.7). Cette simple comparaison ne permet cependant pas de définir les liens de cause à effet, car d'autres facteurs sont susceptibles de distinguer les clients des supermarchés des autres consommateurs. L'analyse des liens existant entre les supermarchés et l'obésité révèle que, comparée aux commerces traditionnels, ce type de consommation entraîne une hausse moyenne de 0,64 kg/m² de l'IMC. Les estimations suggèrent également que l'approvisionnement dans les supermarchés augmente de 7 % la probabilité d'être en surpoids ou obèse (figure 4.7)²⁴.

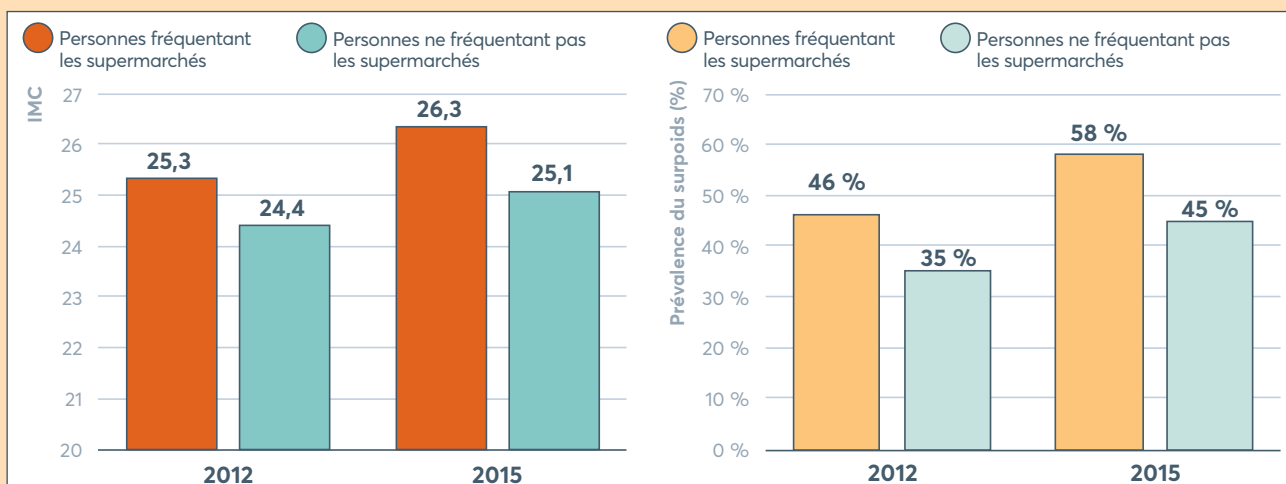
Le lien entre les taux croissants d'obésité et plusieurs maladies non transmissibles (MNT) est connu. L'évaluation des données recueillies en 2015 révèle que faire ses courses au supermarché augmente la probabilité de développer un début de diabète (de 16 %) ou un syndrome métabolique (de 7 %)²⁵.

Il est possible d'attribuer ces effets néfastes des supermarchés sur la nutrition et la santé des adultes au fait que le prix moyen par calorie des produits alimentaires est moins cher dans les supermarchés que dans les commerces traditionnels. « Les calories meilleur marché contribuent à une consommation plus importante de calories, qui est susceptible d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages dont l'apport calorique est insuffisant²⁶. » On constate cependant la prévalence du surpoids, et non plus de l'insuffisance pondérale, chez les adultes vivant dans les zones urbaines du Kenya. En outre, les clients des supermarchés ont tendance à consommer davantage de produits alimentaires transformés.

Les résultats de l'étude suggèrent que les supermarchés peuvent influencer de manière significative les habitudes alimentaires. Toutefois, gérés de manière adéquate, ils pourraient également avoir des effets positifs ; par exemple, si les aliments nutritifs avaient des prix abordables, les consommateurs pauvres y auraient davantage accès.

FIGURE 4.7

Comparaison entre les clients des supermarchés et les clients d'autres commerces au Kenya : indice de masse corporelle et surpoids, 2012 et 2015



Source : Demmler et al., 2018.

Remarque : l'IMC correspond à l'indice de masse corporelle mesuré en kg/m² ; le surpoids ou l'obésité correspondent à un IMC supérieur à 25 kg/m².

L'ensemble des sources de ce Gros plan sont disponibles dans les références²⁷.

Le développement rapide de supermarchés plus formels et de chaînes de restauration rapide influe sur le comportement des consommateurs et sur les modèles de consommation alimentaire²⁸. Si elle offre aux consommateurs une plus grande diversité de produits, cette évolution induit également des changements organisationnels majeurs dans l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement alimentaire. Il apparaît de plus en plus clairement que ce bouleversement de la distribution alimentaire se traduit par une consommation accrue de produits nocifs. Cela étant, dans plusieurs pays, le secteur informel cohabite avec le secteur formel au sein de la chaîne d'approvisionnement alimentaire et continue de jouer un rôle significatif dans la satisfaction des besoins alimentaires et nutritionnels de la population. C'est notamment le cas en Afrique subsaharienne où des commerçants informels répondent aux besoins alimentaires de nombreux ménages pauvres vivant en milieu urbain. Cependant, l'expansion des chaînes de supermarchés affaiblit ce secteur²⁹. Le Gros Plan 4.4 met en évidence les liens entre les supermarchés et l'obésité en Afrique et montre bien que l'environnement de consommation oriente les décisions et la nutrition des individus³⁰. Ce constat est préoccupant et implique d'adapter les politiques et la planification des interventions dans le but de promouvoir les résultats souhaitables en matière de nutrition.

La révolution des supermarchés redéfinit également les relations de pouvoir au sein des chaînes d'approvisionnement alimentaire³¹. Les processus d'approvisionnement des supermarchés et grands transformateurs changent les règles du jeu pour les agriculteurs et les premiers transformateurs³². Les petits producteurs sont mis à rude épreuve puisqu'ils doivent respecter les exigences et les normes en matière de volumes, de coûts, de sécurité alimentaire, de qualité et de régularité des chaînes de supermarchés, de leurs systèmes d'approvisionnement centralisés ainsi que des grands transformateurs agroalimentaires. Pour remédier au manque d'équité, il est désormais nécessaire d'accompagner les systèmes alimentaires de mécanismes de gouvernance complexes et à différentes échelles impliquant des acteurs issus des secteurs public et privé et de la société civile³³.

Commercialisation et étiquetage des produits alimentaires

Les informations fournies sur les aliments (et les méthodes de promotion et de publicité des denrées alimentaires) ont des répercussions, tant négatives que positives, sur les préférences des consommateurs, sur leur comportement d'achat et sur les modèles de consommation³⁴. Ainsi, la promotion d'aliments influe directement sur les préférences des enfants, des adolescents et des adultes de même que sur leurs connaissances en matière de nutrition, leur régime alimentaire et leur santé. La publicité en faveur de

Les iniquités du marketing alimentaire ciblant les enfants

Camila Corvalan et Fernanda Mediano

La répartition inégale de la malnutrition et des régimes alimentaires malsains en fonction des revenus et de l'appartenance ethnique est un fait reconnu³⁶. On considère que la commercialisation des aliments et des boissons à forte teneur en graisse, en sucre et en sel contribue aux comportements alimentaires inappropriés, en particulier chez les enfants³⁷, qui, devenus adultes, souffrent de maladies liées au régime alimentaire.

Des données factuelles récentes montrent que la commercialisation d'aliments malsains cible des groupes spécifiques en fonction de leurs revenus et de leur appartenance ethnique, et contribue ainsi à accroître les disparités en matière de santé. Aux États-Unis, des données factuelles révèlent que les populations afro-américaines et latino-américaines sont plus exposées que les autres aux annonces extérieures d'aliments et de boissons caloriques, peu nutritifs, et de loisirs et de transports sédentaires, tandis qu'elles sont relativement sous-exposées aux publicités vantant les boissons et les aliments nutritifs, et les biens et les services encourageant la pratique d'activités physiques³⁸. Des résultats similaires ont récemment été signalés s'agissant de la promotion de produits alimentaires à la télévision étasunienne³⁹.

Certains éléments indiquent également que les stratégies des sociétés de marketing varient en fonction de la situation économique des pays. Ainsi, l'analyse des sites Internet institutionnels des trois leaders mondiaux de la restauration rapide montre que les produits diététiques et plus sains sont davantage mis en avant dans les pays plus riches que dans les pays à revenu plus faible, et que la promotion de leurs activités philanthropiques est plus répandue dans ces derniers⁴⁰.

Les faits montrent que la promotion et la publicité des substituts du lait maternel enfreignent les réglementations, comme le code international de la commercialisation des substituts du lait maternel⁴¹, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'Afrique et d'Asie, nuisant au respect des pratiques d'allaitement recommandées⁴².

Tous ces faits irréfutables prouvent que les stratégies des sociétés de marketing ont le potentiel d'aggraver le fardeau de la malnutrition dans les pays concernés. Pour limiter la promotion disproportionnée des produits alimentaires malsains et favoriser des environnements alimentaires plus sains qui n'aggravent pas davantage les disparités à l'intérieur des pays et entre eux, les gouvernements doivent conduire des efforts réglementaires plus poussés, car les campagnes d'autoréglementation se sont révélées peu concluantes⁴³.

produits alimentaires ultras transformés est plus répandue dans les quartiers à faible revenu, et leur commercialisation progresse dans ces communautés³⁵. Le Gros Plan 4.5 met en lumière l'iniquité du marketing alimentaire ciblant les enfants en fonction du revenu et du groupe ethnique.

« L'essentiel des publicités pour l'agroalimentaire est le fait d'un petit nombre d'entreprises transnationales ; et [...] les dispositions réglementaires existantes dans les pays ne semblent pas avoir créé des environnements publicitaires télévisuels plus favorables ou sains à cet égard par rapport aux pays où de telles politiques n'existent pas⁴⁴. » Il est nécessaire de réglementer la publicité et le marketing des produits alimentaires et des boissons dans le secteur privé, et, par ailleurs, de prendre des mesures publiques, comme les campagnes d'information, afin que les consommateurs disposent de données complètes et impartiales. Il a été régulièrement observé que les campagnes d'information publique dans les médias contribuent surtout à améliorer les connaissances et les comportements des femmes et des personnes instruites et ayant un statut socioéconomique élevé⁴⁵ ; en revanche, leur efficacité est plus limitée s'agissant de l'amélioration de la santé et du régime alimentaire. Il convient de noter que cela peut aggraver les iniquités existantes et que, par conséquent, des efforts spécifiques doivent être consentis pour diffuser des informations de façon à atteindre l'ensemble des groupes de manière plus équitable⁴⁶.

L'étiquetage des produits alimentaires et la fourniture d'informations sur les emballages sont des outils importants pour éclairer les consommateurs, façonner leurs préférences et influencer sur les méthodes de l'industrie en encourageant la reformulation des produits. Ces mesures sont également utiles pour mettre en œuvre et surveiller les approches davantage axées sur les consommateurs, telles que l'étiquetage sur le devant des emballages, les restrictions publicitaires, les taxes et les subventions, ainsi que les politiques alimentaires dans les écoles. Cependant, « l'utilisation et la compréhension des principales normes en matière d'étiquetage nutritionnel – les tableaux présentant les valeurs nutritionnelles – sont nettement moins étendues chez les groupes à revenu plus faible, moins instruits et appartenant aux minorités ethniques⁴⁷. » Outre les informations nutritionnelles obligatoires, il est recommandé de privilégier les étiquetages explicatifs sur le devant des emballages (à savoir, les informations nutritionnelles accompagnées de recommandations et d'avis plutôt qu'une série de données spécifiques), qui sont susceptibles d'être compris plus facilement par les consommateurs ayant différents niveaux d'éducation.

L'étiquetage sur le devant des emballages peut fournir des informations sur les nutriments (comme l'étiquette noire au Chili) ou un résumé indicatif (tel l'étiquetage « à feux tricolores » au Royaume-Uni), mais doit toujours signaler le caractère malsain des produits alimentaires afin d'inciter les consommateurs à privilégier des aliments plus nutritifs⁴⁸. Si l'étiquetage obligatoire présente des avantages, il peut cependant entraver l'accès ou la permanence sur les marchés des petits producteurs et transformateurs.

Absence de données

Outre la collecte de données relatives à l'environnement alimentaire plus nombreuses et de meilleure qualité, nous devons comprendre ce que les personnes consomment et les critères régissant leurs choix alimentaires. Ce savoir est nécessaire pour élaborer les politiques en matière d'alimentation et de nutrition, ainsi que les recommandations nutritionnelles. Les informations complètes sur les régimes alimentaires, les sources alimentaires et les coûts associés sont donc essentielles, mais leur obtention a été difficile. Aujourd'hui, elles sont plus facilement disponibles, grâce à une meilleure utilisation des indicateurs et des enquêtes qui alimentent les bases de données plus vastes. Les études de cas sont également une source importante de renseignements. En dépit de ces améliorations, de grandes lacunes persistent en matière de connaissances au niveau national, en particulier dans les pays à faible revenu.

Les recherches sur les environnements alimentaires naissent pour la plupart dans les pays à revenu élevé et se centrent principalement sur l'obésité et les maladies non transmissibles. Si, comme mentionné dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018*, des initiatives telles qu'INFORMAS⁴⁹ sont en place dans certains pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, les informations disponibles sont cependant très rares – non seulement dans les pays à faible revenu, mais également dans les environnements alimentaires ruraux et dans les pays en proie à des conflits ou à des crises prolongées. Outre les iniquités sociales qui entravent la collecte et l'analyse des données, des problèmes se posent au sein même des cadres de recherche, à commencer par le manque de consensus quant à la définition des environnements alimentaires, et des outils et des indicateurs normalisés, comme souligné dans le Gros plan 4.6.

Environnements alimentaires dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure : identifier et combler les lacunes

Bianca Carducci, Christina Oh et Zulfiqar A. Bhutta

Un nombre croissant de publications mondiales traitent du lien existant entre l'environnement alimentaire et la santé publique. Les sujets abordés comprennent notamment la prévention efficace des maladies non transmissibles (MNT) et les stratégies de prévention et de gestion de l'environnement alimentaire, y compris la commercialisation, la promotion et les politiques en matière d'alimentation. Cependant, les lacunes des données factuelles entravent la mise au point d'interventions pertinentes, en particulier dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Par ailleurs, il est nécessaire d'atteindre un consensus sur la définition, l'objectif et l'étendue des « environnements alimentaires » afin de rationaliser les futures recherches.

Les outils et les indicateurs normalisés permettant de mesurer les environnements alimentaires suscitent également une grande diversité d'opinions. Contrairement aux pays à revenu élevé où les mécanismes formels d'acquisition des produits alimentaires se prêtent aisément aux évaluations, dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, le secteur du commerce de détail est dynamique, n'est pas réglementé et comprend une grande proportion de vendeurs de denrées alimentaires informels. Il en résulte une grande hétérogénéité des indicateurs s'agissant des points de référence (l'accessibilité des produits alimentaires), de la couverture médiatique (la promotion des aliments) et du niveau de mise en œuvre (les politiques). De plus, dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, les outils servant à évaluer les environnements alimentaires se limitent aux processus de collecte des données nécessitant une main-d'œuvre importante, tandis que les pays plus riches ont recours aux systèmes de positionnement global et d'information géographique, à la télédétection et aux images transmises par satellite. De même, d'autres dimensions de l'environnement alimentaire, telles que la sécurité alimentaire et la qualité des aliments, sont souvent difficiles à évaluer dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, où les réglementations gouvernementales, insuffisantes, ne sont pas respectées, et où l'instabilité constitue une entrave.

L'environnement alimentaire des ménages est un espace essentiel qui encadre les décisions d'achat et la préparation des aliments, et détermine les attitudes, les connaissances, les préférences et les comportements alimentaires. Cependant, on ne sait que peu de choses sur les mesures efficaces adaptées à ce niveau. Il est urgent d'atteindre un consensus sur les outils et les indicateurs fiables et valides dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure afin d'évaluer l'impact sur les résultats en matière de santé.

Les publications traitant de l'environnement alimentaire doivent mieux rendre compte des participants des pays à faible revenu, des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et des zones rurales, afin d'éclairer la définition des besoins en santé en fonction des déterminants démographiques. Enfin, on constate plusieurs lacunes dans les recherches empiriques au niveau de l'analyse des données, dont les variables confusionnelles qui nécessitent des corrections, et la ventilation insuffisante des données, par exemple, par niveau de revenu, par sexe et par âge.

En résumé, il faut investir dans la recherche sur les environnements alimentaires, en tenant compte des lacunes en matière de connaissances clés, afin d'aborder l'évolution de la transition nutritionnelle et la croissance du double fardeau de la malnutrition dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure⁵⁰. Il faut en outre promouvoir les référentiels de données en libre accès, y compris les bases de données commerciales et les mégadonnées.

Résoudre les iniquités

Si de nombreuses iniquités sociales existent dans les systèmes alimentaires, un seul ensemble de facteurs soutient les déséquilibres de pouvoir dans les différents systèmes alimentaires. Ces déséquilibres résultent de l'influence de l'industrie agroalimentaire, des décideurs du développement international et des donateurs. De tels groupes influencent la manière dont les gouvernements structurent leurs systèmes et leurs environnements alimentaires, et affectent également les consommateurs marginalisés les plus pauvres, qui en sont exclus. Tous ces facteurs déterminent les types d'aliments auxquels les personnes ont accès au quotidien. Il existe « une tension implicite entre les mesures prises par les gouvernements pour encourager les investissements et, ce faisant, promouvoir la sécurité alimentaire et la croissance économique, et les mesures qu'ils mettent en place afin de réduire la consommation des aliments ultra-transformés et de prévenir les MNT liées au régime alimentaire⁵¹. »

« Dans le contexte d'une approche axée sur les droits, les systèmes alimentaires inéquitables et dysfonctionnels, et les environnements alimentaires malsains affectent principalement, entre autres, les consommateurs à faible revenu, les populations pauvres rurales et urbaines, les petits exploitants et les agriculteurs de subsistance [...], les peuples autochtones⁵² », les petits détaillants, les transformateurs et les distributeurs.

La résolution des iniquités en matière d'alimentation et de nutrition passe par l'amélioration de la répartition des possibilités de mener une vie saine et épanouissante. Les gouvernements et d'autres acteurs du système alimentaire privilégient généralement les interventions centrées sur les efforts à l'échelle des individus⁵³. Si l'action directe peut être utile, il importe également de prendre en considération la répartition sous-jacente et inégale des facteurs qui étayent la possibilité d'avoir un régime alimentaire sain⁵⁴ (figure 1.1). Si cette question ne reçoit pas l'attention voulue, les iniquités en matière d'alimentation et de nutrition persisteront, voire, s'intensifieront. Les choix alimentaires ne sont pas une simple décision personnelle : l'alimentation et les régimes alimentaires sont déterminés par le contexte et par des facteurs sociaux ancrés, systémiques et parfois imperceptibles. De nouveaux mécanismes de redevabilité et de prise de décision sont nécessaires pour atténuer les dynamiques inégales du pouvoir.

Les stratégies exigeant un faible niveau d'intervention individuelle sont plus efficaces et équitables pour tous⁵⁵. Loin de se limiter à ajuster quelques éléments spécifiques et mineurs au sein des systèmes alimentaires, il faut élargir les efforts pour s'attaquer aux moteurs de la mauvaise nutrition à l'échelle des systèmes, comme le suggèrent des publications récentes, dont : le rapport de la Commission EAT-Lancet sur l'alimentation, la planète et la santé⁵⁶ ; l'article de la Commission Lancet sur la synergie d'épidémies constituée par l'obésité, la sous-alimentation et le changement climatique⁵⁷ ; et la série d'articles de la revue *The Lancet* sur le double fardeau de la malnutrition⁵⁸.

Une approche axée sur l'équité des systèmes alimentaires qui promeuvent des régimes alimentaires sains envisagerait donc, dans l'idéal, de résoudre les iniquités au niveau des situations immédiates dans lesquelles les personnes naissent, vivent, travaillent et se divertissent. Par ailleurs, elle aborderait directement la disponibilité, l'accessibilité et le prix des denrées alimentaires dans les environnements alimentaires locaux⁵⁹.

« Les décideurs doivent créer des cadres réglementaires et fiscaux rigoureux [à l'abri des conflits d'intérêts] pour guider les personnes établissant les régimes alimentaires à partir de nos systèmes alimentaires⁶⁰. »

« Les politiques commerciales et de subvention doivent s'aligner davantage sur celles qui favorisent les régimes alimentaires sains⁶¹. » Les efforts volontaires du secteur des entreprises en matière d'autoréglementation sont inégaux et insuffisants : si les interventions de certains acteurs de l'industrie agroalimentaire concourent à la santé publique, leurs seuls efforts ne suffisent pas. L'encadré 4.1 met en avant certaines des collaborations et actions positives du secteur agroalimentaire visant à promouvoir la santé et une nutrition saine. Les mouvements sociaux et les organisations de la société civile peuvent contribuer à rééquilibrer le pouvoir dans le système alimentaire afin d'instaurer des systèmes sains dans l'intérêt général des personnes dont les voix ne se font pas entendre.

ENCADRÉ 4.1

Domaines dans lesquels le secteur privé peut contribuer à améliorer la nutrition

En vertu des principes des droits fondamentaux, le secteur privé de l'alimentation et des boissons a pour double responsabilité de promouvoir une alimentation saine et de prévenir le développement de régimes alimentaires malsains. Ce secteur doit respecter les codes de conduite en vigueur, et les gouvernements et la société civile doivent exiger des organisations qu'elles honorent leurs engagements. Dans certains cas, les objectifs commerciaux servent également les intérêts du public. Citons, à titre d'exemple, le réseau des entreprises SUN⁶², créé en 2015, qui est le pôle commercial du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN). Le réseau des entreprises SUN en Indonésie a identifié les cinq principaux domaines dans lesquels le secteur privé peut contribuer à l'amélioration de la nutrition :

1. Agriculture et nutrition : investir dans l'innovation technologique.
2. Enrichissement des aliments à grande échelle : ajouter des vitamines essentielles aux denrées alimentaires et aux condiments.
3. Aliments formulés spécialement pour des groupes ciblés : accroître leur disponibilité.
4. Programmes de nutrition ciblant la main-d'œuvre : faire comprendre aux employés l'importance des aliments nutritifs.
5. Soutien des interventions sensibles à la nutrition : renforcer les systèmes de santé sous-jacents⁶³.

Avec ces approches, les entreprises du secteur alimentaire peuvent contribuer à accroître l'accès des consommateurs aux aliments nutritifs et, ce faisant, améliorer de manière significative leurs régimes alimentaires et leur santé. L'étiquetage transparent, la diminution de la teneur en graisses, en sucres, et en sels des produits, et la fortification de ces derniers avec des nutriments essentiels figurent parmi les mesures qui doivent être mises en place⁶⁴. Pour leur part, les gouvernements imposent des réglementations pour contraindre ce secteur à faire davantage. À titre d'exemple, le Danemark a interdit les produits contenant des graisses trans, et l'Afrique du Sud a été le premier pays à légiférer sur la teneur maximale en sel des aliments⁶⁵. Les entreprises du secteur alimentaire peuvent également collaborer avec le secteur de la nutrition afin d'améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits.

Quelques solutions émergentes

- L'optimisation des subventions agricoles et l'augmentation des investissements publics contribuent à la production de produits agricoles et alimentaires plus sains. À titre d'exemple, une option consiste à intensifier les dépenses en matière de recherche sur l'élevage et les cultures biofortifiées ; la réduction des subventions sur les denrées de base et le soutien accru aux aliments plus sains, comme les légumes, les fruits, les fruits à coque et le poisson constituent une autre possibilité.
- L'appui aux transports publics et aux chaînes d'approvisionnement plus courtes favorise la commercialisation d'aliments frais et contribue à l'amélioration de l'accès des groupes défavorisés aux produits alimentaires sains et à la réduction des iniquités en matière de régime alimentaire.
- Les politiques doivent promouvoir les points de vente d'aliments sains et l'amélioration de l'accès physique aux produits alimentaires, notamment dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, où l'urbanisation se développe. De telles politiques doivent s'appuyer sur le secteur informel de l'alimentation.
- Les transferts en espèces permettent de rendre le prix des aliments plus abordable et stimulent l'évolution des systèmes alimentaires. Cependant, ils doivent être accompagnés de mesures politiques complémentaires, d'un ensemble d'objectifs politiques clairement définis et d'une évaluation rigoureuse⁶⁶.
- Les instruments fiscaux (tels que les taxes sur les boissons sucrées et les produits alimentaires malsains) et les mécanismes de réglementation (comme les interdictions) promeuvent les régimes alimentaires plus sains et tiennent l'industrie alimentaire responsable de ses actes. Selon le type de système alimentaire et les contextes local et national, les taxes et les subventions peuvent influencer la consommation et les choix alimentaires.
- La limitation de la publicité des produits alimentaires ultra-transformés, la fourniture de recommandations nutritionnelles, l'amélioration de l'étiquetage et la réglementation des allégations de santé sur les emballages visent à créer un environnement alimentaire équitable permettant aux consommateurs de faire des choix éclairés sans être induits en erreur.
- Il faut, en s'appuyant sur les politiques et les investissements nécessaires, diversifier la production alimentaire et réduire la culture de céréales de base au profit d'autres cultures vivrières plus diversifiées, et améliorer les chaînes de valeur afin d'accroître les revenus des petits exploitants agricoles.

ACTIONS RECOMMANDÉES

Il est nécessaire d'associer un éventail de stratégies et d'interventions, afin de rendre les régimes alimentaires plus sains, plus durables, et plus équitables pour tous. Les interventions ciblant les environnements alimentaires doivent être incluses et accompagner les politiques agricoles and d'approvisionnement alimentaire. À cette fin, il faut coordonner les actions locales, nationales et mondiales dans de multiples secteurs tels que l'agriculture, la santé et les transports. L'ensemble des parties prenantes, à savoir les pouvoirs publics, l'industrie agroalimentaire, les consommateurs et la société civile, doivent influencer sur le système alimentaire via différents leviers d'action.

- ▶ Les gouvernements doivent créer des politiques et cadres réglementaires rigoureux, et des instruments fiscaux, en vue de promouvoir les régimes alimentaires plus sains. Ils doivent également mettre en place des systèmes de suivi et de redevabilité adéquats afin de garantir le respect de ces mesures.
- ▶ L'industrie de l'agroalimentaire et des boissons doit se conformer aux codes de conduite nationaux et internationaux, y compris s'agissant des avantages en matière de santé et de nutrition pour les sociétés, et la protection et l'amélioration de l'environnement.
- ▶ La société civile doit activement identifier, définir et recommander les politiques fondées sur des données factuelles afin de promouvoir les systèmes alimentaires équitables, durables et sains, et doit tenir le gouvernement et l'industrie alimentaire responsables de leurs actes.
- ▶ Les organismes internationaux, en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes (dont les donateurs), doivent promouvoir, suivre et évaluer les progrès vers la mise en place de systèmes alimentaires sains, durables et équitables à l'échelle mondiale.



05

Financement équitable pour la nutrition

2018. Tucuru (Guatemala).
Marché municipal de Tucuru.
Photo : ONU-Femmes/Ryan Brown.



POINTS CLÉS

- 1** L'édition 2013 du Sommet Nutrition pour la croissance (N4G) a suscité une hausse soutenue des investissements dans l'aide internationale en faveur de la nutrition. L'augmentation des ressources nationales consacrées à la nutrition est mitigée et, au mieux, marginale.
- 2** On observe actuellement une stagnation des financements en faveur de la nutrition, lesquels sont en outre très inférieurs aux niveaux requis pour atteindre les cibles mondiales.
- 3** Les investissements nationaux sont essentiels pour permettre aux pays de s'appropriier les programmes et d'assurer leur durabilité. Il nous faut une direction solide et une action coordonnée pour investir en priorité dans la nutrition afin d'atteindre une plus grande équité et de meilleurs résultats en faveur des populations qui en ont le plus besoin.
- 4** Les données relatives aux modalités d'investissement en faveur de la nutrition restent insuffisantes. Il est urgent de se doter de systèmes d'information qui fournissent des données ventilées utiles à la prise de décision au niveau infranational.
- 5** On observe un déficit de financement croissant dédié à la lutte contre la malnutrition liée au surpoids, à l'obésité et aux maladies non transmissibles dans les pays pauvres.
- 6** Des preuves sérieuses sur les coûts et les avantages d'interventions multisectorielles dans le domaine de la nutrition pourraient permettre des investissements plus judicieux et plus systématiques en faveur de la nutrition dans différents secteurs.
- 7** Il est essentiel d'élaborer de nouveaux mécanismes de financement capables de compléter les sources existantes. Le sommet N4G au Japon offre l'occasion de renouveler et d'étendre les engagements financiers pris en faveur de la nutrition, et de renforcer la responsabilité.

Introduction

L'adoption d'une stratégie de financement de la nutrition axée sur l'équité peut améliorer l'efficacité et le ciblage des dépenses actuellement consacrées à la nutrition, l'objectif étant que les interventions pertinentes atteignent ceux qui en ont le plus besoin en offrant des rendements d'investissement élevés¹. Ce chapitre présente un état des lieux de la situation actuelle en matière de financement de la nutrition : mobilisation des ressources nationales et des donateurs, évolution des aides spécifiques et sensibles à la nutrition et déficits de financement. Il s'intéresse ensuite aux adaptations à apporter aux mécanismes de financement et aux investissements externes et internes consacrés à la nutrition afin de les rendre plus équitables. Il propose des approches fondées sur des acteurs et des ressources sortant des circuits conventionnels de financement, et insiste sur la nécessité d'investir dans des systèmes d'information fiables permettant de produire des données ventilées au niveau infranational afin de répondre aux besoins des groupes les plus vulnérables et les plus marginalisés.

État des lieux du financement de la nutrition

Cible mondiale

En 2017, le Cadre d'investissement pour la nutrition² fournissait une estimation des coûts et des financements nécessaires pour atteindre les cibles mondiales de nutrition fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé en matière de retard de croissance, d'anémie et d'allaitement maternel exclusif, ainsi que pour déployer à grande échelle le traitement de l'émaciation sévère d'ici à 2025. D'après ces estimations, il faudrait investir en moyenne sept milliards de dollars US annuels supplémentaires pendant plus de dix ans pour financer le déploiement à grande échelle d'interventions fondées sur des données factuelles en vue d'atteindre ces objectifs. Selon les prévisions, ce déploiement à grande échelle, associé à l'amélioration des facteurs déterminants de la sous-alimentation, permettrait de sauver les vies 3,7 millions d'enfants, de réduire de 65 millions le nombre de cas de retard de croissance et de 43 % le nombre de femmes anémiées, d'atteindre la cible fixée en matière d'allaitement maternel exclusif, et de traiter 91 millions de cas de malnutrition aiguë sévère d'ici à 2025. Dans ce même cadre, le coût moyen d'un ensemble d'interventions prioritaires « prêtes à déployer » était estimé à 2,3 milliards de dollars US annuels³.

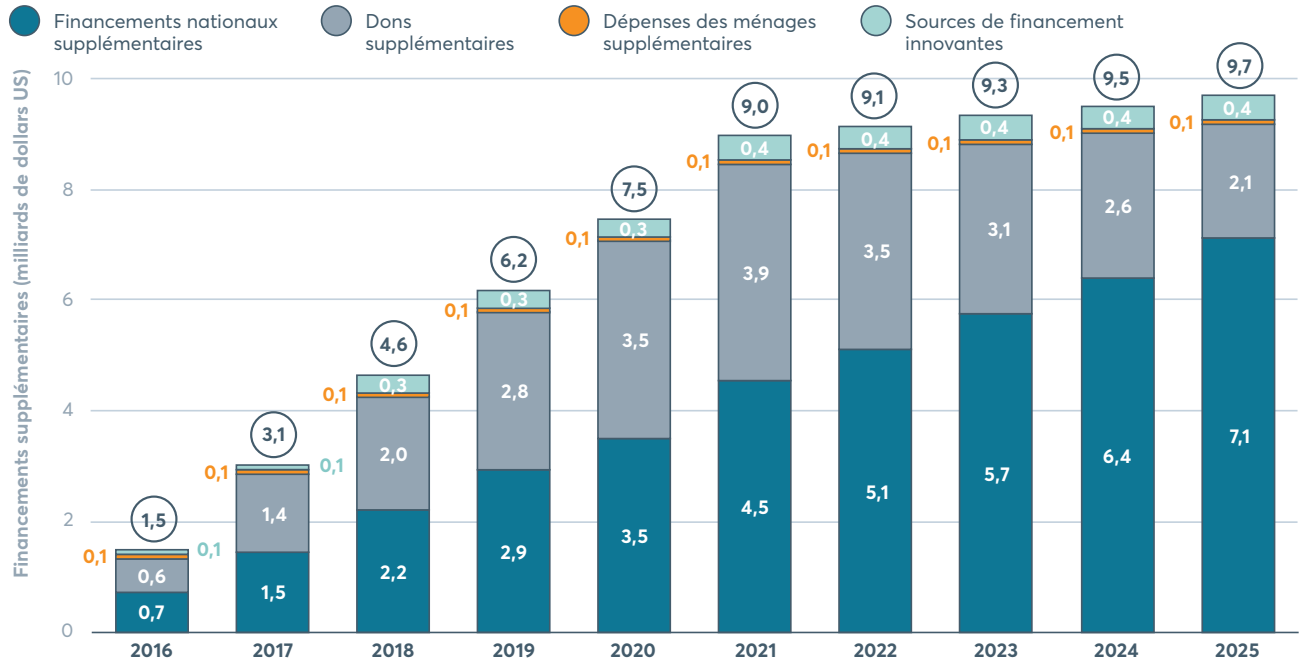
Le Cadre d'investissement pour la nutrition appelle les donateurs, les pays, les mécanismes de financement innovants, les entreprises et les consommateurs eux-mêmes à faire preuve de « solidarité internationale » pour « mobiliser les ressources nécessaires afin d'accélérer les progrès contre la malnutrition »⁴. La figure 5.1 présente le scénario de financement pour la solidarité mondiale décrit dans le Cadre d'investissement pour la nutrition, qui modélise les besoins de financement auprès des différentes sources. L'augmentation du financement supplémentaire requis pour mettre en œuvre cet ensemble d'interventions exige un engagement fort de la part des pays comme des donateurs. En outre, le Cadre d'investissement pour la nutrition appelle à accroître les autres sources d'investissement, au-delà des combinaisons de financement traditionnelles, afin de pouvoir directement mobiliser des fonds pour améliorer l'accès à une alimentation de qualité et favoriser les financements en lien avec la nutrition dans l'ensemble des secteurs.

Les deux sections suivantes examinent les dernières données disponibles sur les dépenses requises de la part des gouvernements et des donateurs en faveur du financement spécifique à la nutrition, afin d'atteindre les cibles de nutrition fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé. Il est important de souligner que ces cibles constituent un sous-ensemble de tous les résultats souhaités en matière de nutrition. Le Cadre d'investissement pour la nutrition met l'accent sur les activités et les investissements nécessaires pour atteindre ces cibles, mais ne chiffre pas les coûts liés à la réalisation des objectifs plus généraux. Il reste néanmoins un mécanisme indispensable au suivi des progrès.

Les rapports établis au titre des investissements nationaux et internationaux consacrés à la nutrition précisent s'il s'agit d'investissements spécifiques à la nutrition ou tenant compte des résultats dans ce domaine. Toutefois, ces données ne sont pas ventilées de façon à pouvoir être comparées aux objectifs du cadre. Par conséquent, l'analyse financière qui suit repose sur l'hypothèse que l'évolution du financement de la nutrition reflète généralement les progrès accomplis par rapport au cadre. Certaines avancées ont été obtenues en ce qui concerne le suivi des investissements consacrés aux actions sensibles à la nutrition et à la lutte contre les maladies non transmissibles⁵, mais celles-ci ne sont pas examinées en détail dans le présent rapport en raison de données limitées.

FIGURE 5.1

Scénario de financement de la solidarité internationale : besoins de financement supplémentaires nécessaires à la réalisation des cibles de nutrition établies par l'Assemblée mondiale de la Santé

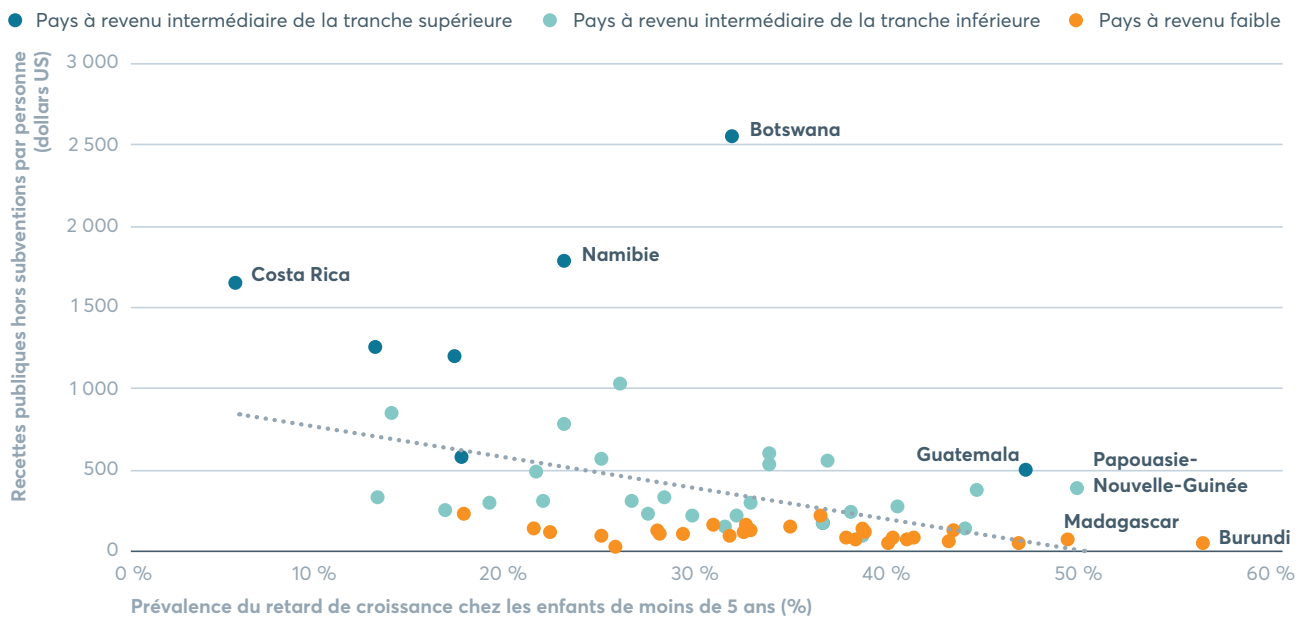


Source : adapté du Cadre d'investissement pour la Nutrition⁶.

Remarques : le scénario de financement de la solidarité internationale établit une projection des mesures à prendre pour mobiliser les 70 milliards de dollars US nécessaires sur dix ans en vue d'atteindre les cibles de l'Assemblée mondiale de la Santé. Il repose sur un ensemble de principes de financement axés sur la capacité de paiement des pays et l'estimation des dépenses de référence effectuées en 2015 par groupe de revenu. Selon ce modèle, les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure supportent la totalité des coûts de mise à l'échelle. D'ici à 2025, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et les pays à faible revenu supportent respectivement 70 % et 50 % des coûts de mise à l'échelle. Les donateurs augmentent graduellement leurs investissements au cours des six premières années et commencent à les réduire en 2021, lorsque les financements nationaux permettent de couvrir la plupart des coûts de mise à l'échelle. Le scénario de financement ne tient pas compte des coûts liés au traitement préemptif intermittent du paludisme pendant la grossesse (coût total : 416 millions de dollars US), car ces derniers sont actuellement financés par d'autres sources (Initiative présidentielle pour lutter contre le paludisme, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et, dans une certaine mesure, gouvernements nationaux).

FIGURE 5.2

Recettes publiques et prévalence du retard de croissance dans 61 pays



Source : UNICEF/OMS/Groupe de la Banque mondiale : « Joint child malnutrition estimates », Système de notification des pays créanciers du Comité d'aide au développement de l'OCDE, Banque mondiale, 2019.

Remarques : les recettes publiques hors subventions incluent les recettes fiscales et non fiscales à l'exclusion des subventions. Montants perçus en 2017, divisés par la population de 2017. Groupes de revenus tels que définis selon les groupes de pays et de crédit de la Banque mondiale, juin 2019.

GROS PLAN 5.1

La faible mobilisation des recettes nationales freine l'investissement public dans la nutrition en Somalie

Richard Watts

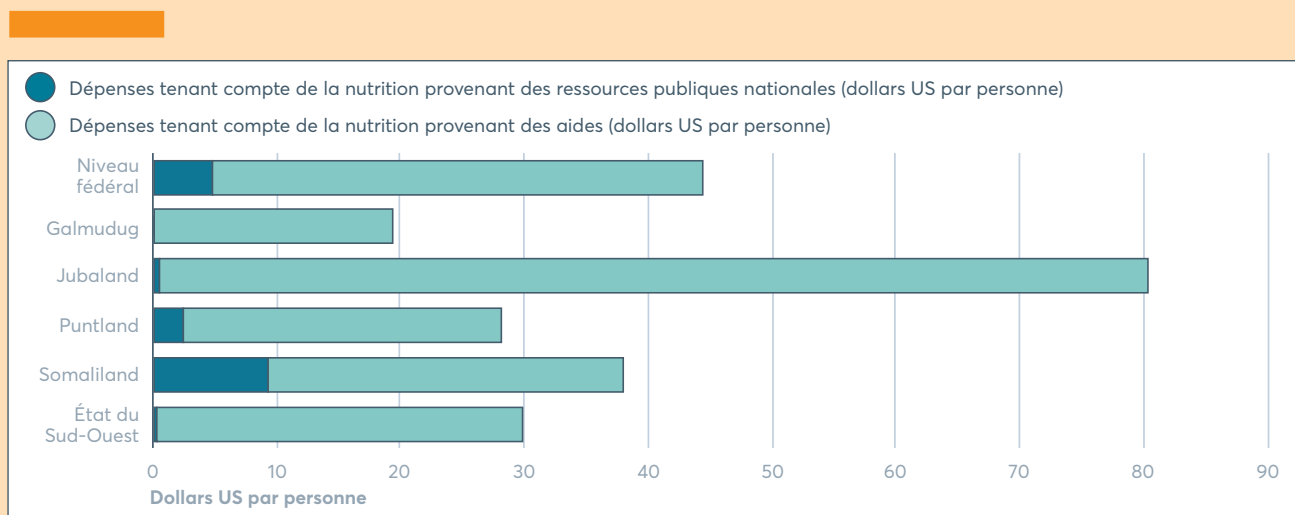
En 2018, le gouvernement fédéral de Somalie a entrepris l'analyse de son propre budget et du budget de cinq de ses États⁷. Cette étude a examiné en détail les dépenses sensibles à la nutrition financées par les ressources publiques nationales, d'une part, et la totalité des dépenses d'Aide publique au développement international déclarées aux différents États, d'autre part (figure 5.3). L'analyse a permis de tirer plusieurs conclusions majeures, présentées ci-dessous.

L'Aide publique au développement international a joué un rôle crucial dans le financement de la nutrition – en 2017, la composante de l'Aide publique au développement international destinée aux domaines sensibles à la nutrition était presque dix fois plus importante que la part des ressources publiques nationales (490 millions de dollars US contre 55 millions). Au cours de cette année, l'Aide publique au développement international ciblait essentiellement la réponse aux inondations qui ont laissé environ 3,2 millions de personnes en situation d'insécurité alimentaire sévère, entraînant une crise que les États n'étaient pas en mesure de gérer seuls.

L'investissement public national en faveur de la nutrition était sensiblement inférieur dans les nouveaux États – par rapport aux États somaliens plus anciens, l'investissement public dans la nutrition était nettement plus faible dans les États du Galmudug (0,05 dollar US par habitant), du Jubaland (0,6 dollar US par habitant) et du Sud-Ouest (0,2 dollar US par habitant).

FIGURE 5.3

Financement sensible à la nutrition provenant de l'Aide publique au développement international et des ressources publiques nationales en Somalie



Source : documents budgétaires 2017 des gouvernements fédéraux du Galmudug, du Jubaland, du Puntland, du Somaliland et du Sud-Ouest ; « Aid Flows in Somalia: Analysis of Aid Flow Data » (Flux de l'Aide publique au développement international en Somalie : analyse des données relatives aux flux de l'Aide publique au développement international), mars 2018. Ministère de la Planification, de l'Investissement et du Développement économique, gouvernement fédéral de Somalie.

Les écarts importants observés en Somalie dans la part du financement sensible à la nutrition entre l'Aide publique au développement international et les ressources publiques nationales s'expliquent principalement par la faible mobilisation des recettes nationales. À l'heure actuelle, l'assiette de recettes est très insuffisante et très dépendante des droits portuaires au niveau fédéral (port de Mogadiscio) et dans les États du Somaliland (port de Berbera) et du Puntland (port de Bosaso). Les autres États récemment formés, dépourvus de port, ont encore plus de difficultés à générer des recettes, comme le montrent les faibles niveaux d'investissement en faveur de la nutrition dans les États du Galmudug, du Jubaland et du Sud-Ouest.

Les dépenses publiques étant actuellement consacrées, pour une large part, à l'administration et à la sécurité, il sera essentiel d'accroître la mobilisation des recettes nationales afin de dégager une marge budgétaire permettant d'investir davantage dans la nutrition. Des progrès ont été réalisés à cet égard. Ainsi, le gouvernement fédéral a déclaré une augmentation de 30 % des recettes hors subventions en 2018 par rapport à 2017, et s'est doté de plans visant à créer des structures budgétaires fédérales au moyen d'un cadre de partage des recettes issues de la pêche et de l'exploitation pétrolière⁸. Toutefois, compte du contexte fragile de la Somalie, il est probable que l'appui extérieur au financement de la nutrition demeure essentiel à moyen terme.

L'ensemble des sources de ce Gros plan sont disponibles dans les références⁹.

Mobilisation des ressources nationales

D'après les estimations du Cadre d'investissement pour la nutrition, pour obtenir les financements supplémentaires qui sont nécessaires à la réalisation des cibles de nutrition établies par l'Assemblée mondiale de la Santé d'ici à 2025, il convient d'associer allocations nationales, aide publique au développement (APD) et autres mécanismes de financement¹⁰. L'appropriation des pays revêt une importance cruciale dans cette combinaison de financements, car elle permet d'assurer la direction politique et institutionnelle nécessaire à la durabilité des interventions et des résultats, et garantit le recours aux investissements et aux mécanismes adéquats. L'appropriation et l'implication des pays grâce à la mobilisation des ressources nationales sont donc des éléments indispensables¹¹.

Les pays sont confrontés à des difficultés distinctes en matière de nutrition, à des degrés variables, et dotés de moyens différents pour en supporter les coûts. Il convient néanmoins de souligner, bien que cela ne soit pas surprenant, que les pays qui portent le fardeau le plus lourd en matière de malnutrition sont souvent ceux qui sont les moins à même de financer la lutte dans ce domaine (figure 5.2).

Ces disparités sont tout aussi présentes au niveau infranational. Une étude de cas portant sur les données de financement ventilées au niveau infranational en Somalie (Gros plan 5.1) montre, d'une part, que les dépenses ne sont pas affectées en fonction des besoins, et, d'autre part, que les gouvernements infranationaux ne sont pas en mesure de dégager de recettes ni de marge budgétaire pour investir dans la nutrition.

Bien que les sources de financement national de la nutrition soient indispensables pour assurer le déploiement à grande échelle et la durabilité des interventions, en particulier dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, l'une des principales conclusions de ce rapport est que le manque de données rend presque impossible le suivi précis des progrès accomplis dans les investissements en faveur de la nutrition. Les données sont fragmentées, incomplètes ou incomparables. Par conséquent, le présent chapitre s'appuie sur un nombre limité d'évaluations réalisées dans des groupes de pays et de secteurs. Ces évaluations permettent de conclure qu'il existe très peu de données factuelles indiquant que les gouvernements augmentent leurs ressources en faveur de la nutrition. Il s'agit, au mieux, de hausses minimales, voire de reculs dans certains pays.

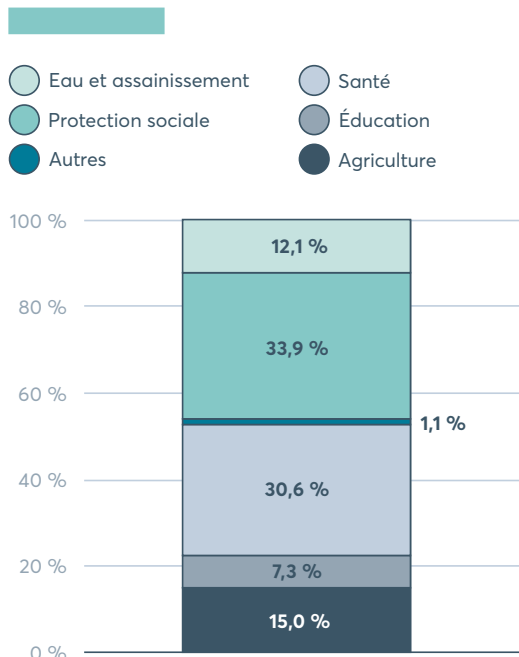
La base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales couvre 38 pays et recense les dépenses consacrées aux soins de santé par maladie, y compris les carences nutritionnelles, entre 2015 et 2017. Si elle montre une légère augmentation des dépenses totales de santé (5,6 %), les dépenses concernant les carences nutritionnelles ont baissé de 5,6 % entre 2015 et 2017, ce qui signifie que la part des dépenses de santé consacrée aux carences nutritionnelles est passée de 1,6 % à 1,4 %. Le bilan était plus positif dans les pays à faible revenu, où les dépenses consacrées à la santé et aux carences nutritionnelles ont respectivement augmenté de 23,9 % et 20,1 %¹². Une autre étude menée entre 2015 et 2016 dans 32 pays révèle que les dépenses consacrées aux interventions spécifiques à la nutrition étaient légèrement en hausse dans 12 pays, mais en baisse dans 20 pays¹³.

À partir des données mondiales disponibles, nous pouvons conclure que la part des dépenses consacrées à la nutrition reste faible dans de nombreux pays. Certaines données nationales montrent même une baisse des investissements en faveur de la nutrition. Par exemple, au Guatemala, pays considéré comme avancé en matière de politique nutritionnelle, les investissements publics nationaux affectés à la sécurité alimentaire et nutritionnelle sont en forte baisse depuis 2014¹⁴.

L'exercice de suivi budgétaire réalisé dans le cadre du mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) fournit des données sur les investissements nationaux consacrés à la nutrition dans les autres secteurs. Les dernières données recueillies auprès de 45 pays montrent que 69,4 % des dépenses consacrées aux interventions spécifiques et sensibles à la nutrition proviennent de secteurs autres que la santé, dont celui de la protection sociale presque pour moitié (figure 5.4).

FIGURE 5.4

Investissements publics nationaux consacrés à la nutrition, par secteur



Source : Exercice d'analyse budgétaire, Secrétariat du Mouvement SUN, 2019.

Remarque : à partir de 45 pays, avec des points de données allant de 2015 à 2019.

L'insuffisance des données empêche l'évaluation dans le temps des dépenses consacrées à la nutrition dans les différents secteurs. Toutefois, le manque d'investissements publics dans de nombreux secteurs qui constituent des sources importantes de dépenses sensibles à la nutrition, comme l'agriculture et l'éducation, suscite des inquiétudes quant aux investissements indirects en faveur de la nutrition¹⁵.

- Dans le secteur agricole, l'investissement public progresse peu en dehors de l'Asie de l'Est, du Pacifique, du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord¹⁶.
- Parmi les pays membres du mouvement SUN, 29 ont augmenté leurs dépenses d'éducation de 6,6 % seulement en valeur réelle entre 2015 et 2017, et 12 enregistrent une hausse inférieure à 1 % ou une baisse absolue¹⁷.
- Le secteur eau, hygiène et assainissement, où les évolutions sont contrastées, fait figure d'exception. Parmi les pays pour lesquels des données étaient disponibles, 24 ont enregistré une hausse du financement total en termes réels de 11,1 % par an entre 2017 et 2019, mais 9 ont indiqué une baisse¹⁸. Malgré ces augmentations, le déficit de financement demeure considérable, ce qui entraîne des

effets indirects sur la nutrition. Selon le dernier rapport d'analyse et d'évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable dans le monde (GLAAS)¹⁹, la majorité des pays ayant répondu au questionnaire ont déclaré qu'ils disposaient de la moitié des ressources financières nécessaires pour mettre en œuvre des plans en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène. La situation est encore plus préoccupante dans les zones rurales, d'où la nécessité d'affecter plus équitablement les ressources.

En résumé, bien que les données disponibles ne permettent pas de quantifier le déficit de financement au niveau national, les rares données disponibles indiquent que les dépenses nationales consacrées aux interventions à forte incidence en faveur de la nutrition n'atteignent pas le niveau prescrit par le Cadre d'investissement. Les enveloppes réservées à la nutrition dans les budgets sectoriels sont peu élevées. Les dépenses de nutrition sont, au mieux, en augmentation marginale, voire en baisse dans de nombreux pays. Nous devons redoubler d'efforts pour mobiliser les ressources nationales essentielles à l'obtention d'effets durables.

Mobilisation de ressources des donateurs

Les ressources des donateurs désignent l'aide extérieure apportée au déploiement des programmes de nutrition à l'échelle nationale par les pays donateurs, les donateurs multilatéraux (Union européenne, banques de développement et institutions des Nations Unies) et les donateurs privés²⁰. L'insuffisance des données disponibles limite les efforts visant à cartographier précisément ces ressources. Hormis les dépenses déclarées par les donateurs dans le cadre du processus N4G (tableau 5.1), le suivi de l'APD sensible à la nutrition est insuffisant. Il existe peu d'informations sur les dépenses et les activités des donateurs en dehors du Comité d'aide au développement de l'OCDE et des donateurs Sud-Sud. Il est indispensable d'améliorer la clarté des données pour améliorer les résultats en matière de nutrition et les efforts de coordination. Plusieurs initiatives et mécanismes de suivi des ressources allouées par les donateurs en faveur de l'Aide publique au développement international spécifique à la nutrition, ainsi que de nouveaux outils, permettent aujourd'hui d'améliorer le suivi et l'analyse de l'Aide publique au développement international consacrée à la nutrition au-delà du code-objet correspondant à l'alimentation de base²¹ (Gros plan 5.2).

Amélioration du suivi mondial des versements effectués par les donateurs

J.S. Kouassi, Mary D'Alimonte et Kedar Mankad

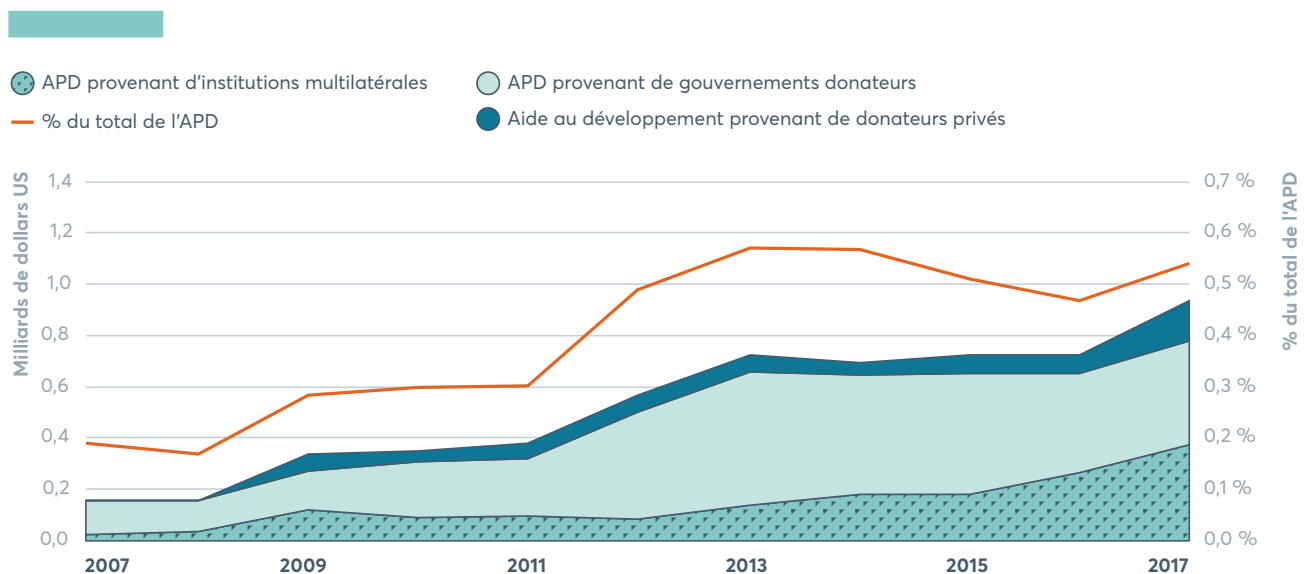
Le suivi de l'Aide publique au développement international à la nutrition est essentiel au contrôle et à la responsabilité. Le Réseau de donateurs SUN utilise les données du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du Comité d'aide au développement de l'OCDE pour comparer les dépenses avec les engagements pris lors du premier Sommet Nutrition pour la croissance (N4G) de 2013. Auparavant, les possibilités offertes par le SNPC en matière de suivi de l'Aide publique au développement international consacrée à la nutrition étaient limitées, mais les améliorations suivantes ont été récemment apportées.

- Le code-objet applicable à la nutrition de base a été modifié afin de supprimer les programmes de distribution de repas scolaires pour correspondre à la définition internationale de « spécifique à la nutrition ». De nouveaux codes-objet ont également été ajoutés au SNPC pour les MNT, ce qui facilitera le suivi des projets d'Aide publique au développement international dont une partie des investissements est consacrée à la réduction de l'exposition à une mauvaise alimentation favorisant l'obésité.
- Un marqueur politique relatif à la nutrition a été adopté volontairement afin d'améliorer le suivi de l'Aide publique au développement international dans tous les secteurs. Il a été conçu en collaboration avec le Réseau de donateurs SUN et d'autres partenaires du mouvement SUN, dont Action contre la Faim. Le Réseau de donateurs SUN, le Secrétariat du mouvement SUN et le Secrétariat de l'OCDE élaborent actuellement un guide d'appui aux organisations membres pour l'adoption et la mise en œuvre de ce marqueur politique relatif à la nutrition.
- De nouveaux organismes philanthropiques du secteur privé, comme la Children's Investment Fund Foundation, ont commencé à transmettre des données à l'OCDE. Ainsi, le SNPC peut prendre compte des informations supplémentaires sur le financement des donateurs.

Toutes ces améliorations arrivent à un moment opportun. De meilleurs systèmes de suivi de la nutrition permettront une meilleure compréhension des tendances et des lacunes en matière d'Aide publique au développement international, et pourront aider à déterminer si les populations vulnérables et marginalisées sont couvertes par des interventions adaptées. Ces modifications amélioreront la précision et la comparabilité du suivi des progrès et des engagements financiers pris par les donateurs lors du Sommet de Tokyo sur la nutrition pour la croissance (N4G).

FIGURE 5.5

Versements de l'APD affectés à la nutrition de base, 2007-2017



Source : Development Initiatives, à partir du Système de notification des pays créanciers du Comité d'aide au développement de l'OCDE. Données téléchargées le 29 janvier 2020.

Remarques : les montants de l'APD sont calculés sur la base des décaissements bruts de l'APD. Ils incluent les subventions et les prêts octroyés au titre de cette dernière, mais excluent les autres flux publics déclarés dans le cadre du SNPC du Comité d'aide au développement de l'OCDE. Les gouvernements donateurs incluent les pays membres du Comité d'aide au développement et les autres gouvernements donateurs (Koweït et Émirats arabes unis). Les institutions multilatérales incluent toutes les organisations multilatérales qui déclarent l'APD dans le cadre du SNPC du Comité d'aide au développement de l'OCDE. Les montants des donateurs privés sont calculés sur la base de l'aide privée au développement déclarée auprès du Comité d'aide au développement de l'OCDE. Cette aide inclut tous les flux internationaux de ressources concessionnelles provenant de contributions volontaires privées au profit du développement international. Ces flux correspondent aux fonds privés acheminés grâce aux ONG, aux fondations et aux activités philanthropiques des entreprises. Tous les montants sont exprimés en prix constants de 2017.

Évolution de l'Aide publique au développement international spécifique à la nutrition

Les versements déclarés par les donateurs dans le cadre du Système de notification des pays créanciers (SNPC) sous le code de la nutrition de base (un indicateur de l'Aide publique au développement international spécifique à la nutrition) et au titre de l'aide privée au développement atteignaient 1,25 milliard de dollars US en 2017, soit une augmentation moyenne de 11,3 % par an en termes réels depuis 2012 (figure 5.5). L'APD consacrée à la nutrition provenant de donateurs privés tels que des organisations philanthropiques a contribué à cette hausse, bien que celle-ci puisse être attribuée, en partie du moins, à l'amélioration des déclarations. L'évolution du volume de l'APD allouée à la nutrition de base a été moins régulière. Après cinq années de hausse entre 2008 et 2013, les chiffres ont baissé tous les ans jusqu'en 2017, où les dépenses consacrées à la nutrition de base ont atteint 0,54 % de l'APD contre 0,47 % en 2016, mais sont restées inférieures aux niveaux de 2013.

Du point de vue de l'équité, l'affectation de l'Aide publique au développement international consacrée à la nutrition en fonction des déterminants sociaux est tout aussi essentielle que son volume global. L'APD doit être affectée là où les besoins sont les plus importants et dans les pays qui sont les moins à même de répondre à ces besoins. Une première comparaison entre l'APD (planifiée ou programmée) consacrée à la nutrition de base par habitant et les indicateurs de malnutrition fait apparaître que l'Aide publique au développement cible généralement les pays présentant des taux élevés de malnutrition (figure 5.6)²². Les taux d'anémie chez les femmes en âge de procréer et de retard de croissance chez l'enfant ont une corrélation positive et statistiquement significative avec l'APD allouée à la nutrition de base par habitant²³. Par ailleurs, lorsque ces deux éléments sont examinés ensemble, le retard de croissance se révèle être un bien meilleur indicateur du pays d'affectation de ladite Aide que l'anémie.

Toutefois, la marge d'amélioration est considérable. Plusieurs pays ayant des besoins importants reçoivent des volumes d'aide nutritionnelle relativement faibles. Par exemple, le Gabon présente le deuxième taux de prévalence de l'anémie chez la femme en âge de procréer (59,1 %), mais il figure parmi les pays qui reçoivent le moins d'APD consacrée à la nutrition de base par habitant ; moins d'un demi-cent par personne entre 2015 et 2017 en moyenne. De son côté, l'Érythrée a reçu une aide moyenne de 0,03 dollar US par personne au cours des

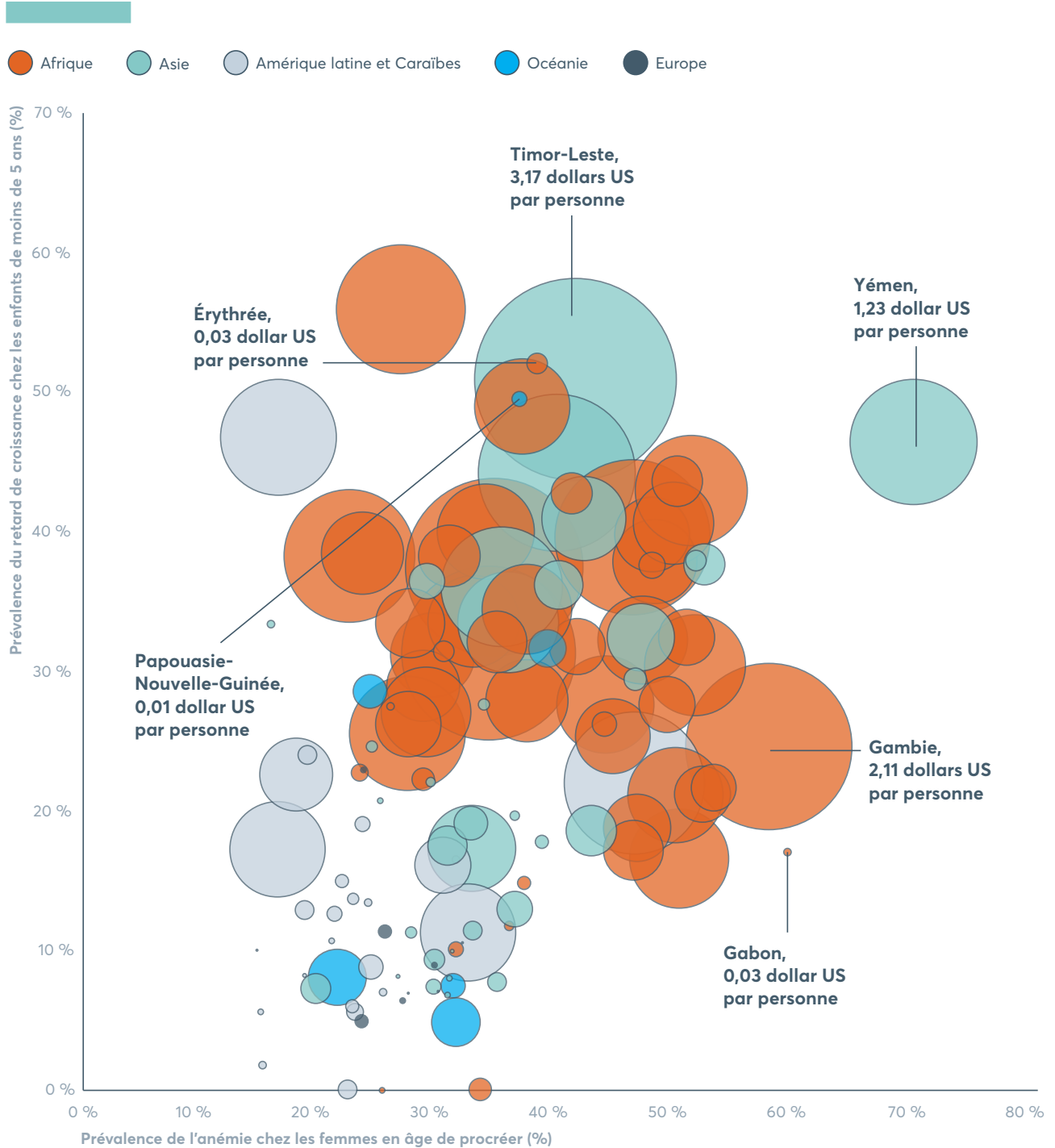
trois dernières années, malgré une prévalence du retard de croissance de 52 %, tandis que la Papouasie-Nouvelle-Guinée, où cette prévalence atteint 49,5 %, a reçu 0,01 dollar US par personne en moyenne.

Plusieurs facteurs déterminent les pays et les modalités d'affectation de l'Aide publique au développement international par les donateurs. Dans un premier temps, afin d'améliorer le ciblage de l'Aide publique au développement international, il convient de mener des études plus approfondies pour mieux comprendre ces facteurs. Néanmoins, il apparaît que de nombreux pays confrontés à des niveaux très élevés de retard de croissance et d'anémie, et recevant de très faibles volumes d'Aide publique au développement international à la nutrition de base par personne, sont en situation de fragilité. Les pays fragiles et très fragiles représentent 57 des 124 pays évalués (46 %). Pourtant, six des huit pays ayant reçu une aide moyenne inférieure à 1 dollar US par personne de 2015 à 2017, et présentant une prévalence de l'anémie chez la femme en âge de procréer supérieure à 50 % (c'est-à-dire les pays où l'Aide publique au développement à la nutrition de base est faible et où les taux de malnutrition sont élevés) appartiennent à ces catégories. De même, en examinant les pays qui reçoivent de faibles volumes d'Aide publique au développement, on constate que les 12 pays qui présentent la prévalence de retard de croissance la plus élevée figurent tous parmi ces groupes fragiles.

Les modalités de prestation de l'aide à la nutrition doivent également être analysées. Par exemple, l'Aide publique au développement international consacrée à la nutrition est également assurée dans le cadre de l'aide humanitaire, une modalité d'assistance que l'on s'attend à retrouver plus fréquemment dans les contextes fragiles. Ainsi, sur la période moyenne de 2015 à 2017, 9 des 15 pays en situation d'extrême fragilité ont reçu davantage d'Aide publique au développement international consacrée à la nutrition dans le cadre de l'aide humanitaire internationale que par l'intermédiaire de l'APD consacrée à la nutrition de base. À l'inverse, 54 des 67 pays non fragiles n'ont reçu aucune aide alimentaire humanitaire. L'Aide publique au développement consacrée à la nutrition fournie selon diverses modalités peut être motivée par différents besoins et objectifs, et soumise à la supervision de différents groupes d'acteurs. Par conséquent, il nous faut mieux comprendre les types d'aide à la nutrition fournis dans les différents contextes, ainsi que la façon dont chacun d'eux contribue aux engagements mondiaux.

FIGURE 5.6

Attribution de l'APD destinée à la nutrition de base en 2017, par taux de malnutrition des pays bénéficiaires



Source : UNICEF/OMS/Groupe de la Banque mondiale : « Joint child malnutrition estimates » ; Observatoire mondial de la santé de l'OMS ; Système de notification des pays créanciers du Comité d'aide au développement de l'OCDE ; Banque mondiale, 2019.

Remarque : la taille des cercles représente le montant moyen de l'Aide publique au développement internationale reçue en faveur de la nutrition de base en 2015, 2016 et 2017, divisé par la population de 2017 afin d'établir des montants par habitant.

Financement de l'APD consacrée à la lutte contre le surpoids, l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et les pays à faible revenu

Le financement de l'APD dédié à l'amélioration de la nutrition doit tenir compte de toutes les formes de malnutrition, ce qui inclut le surpoids, l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire. Par exemple, entre 2012 et 2016, les taux estimés de surpoids et d'obésité chez l'adulte ont augmenté dans tous les pays, y compris les plus pauvres. Par ailleurs, le coût économique des MNT liées au régime alimentaire est élevé. À l'échelle mondiale, 27,3 % des décès dus à des MNT enregistrés en 2017²⁴ ont été attribués à des facteurs de risque associés au régime alimentaire²⁵. À ce jour, les investissements réalisés par de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure étaient consacrés à la sous-alimentation. Cependant, on observe un manque croissant de financement pour la lutte contre la malnutrition liée au surpoids, à l'obésité et aux MNT. Ces problèmes ont historiquement été ceux de pays à revenu élevé où d'importantes ressources nationales ont été allouées. Toutefois, au cours de la dernière décennie, on a observé une augmentation rapide des taux de surpoids et d'obésité dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Or, ces chiffres ont été largement négligés dans l'affectation de l'Aide publique au développement consacrée à la nutrition.

D'aucuns continuent à considérer l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité comme un indicateur de réussite des mesures prises contre l'insécurité alimentaire. Il existe en outre une perception selon laquelle il est prématuré de se confronter à ces questions tant que les pays n'ont pas atteint leurs objectifs de développement économique et de réduction de la faim. Une telle approche peut avoir des effets dévastateurs sur la situation sanitaire et économique des pays à revenu faible et intermédiaire. Le surpoids, l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire sont des pathologies qui exigent souvent des traitements et des soins coûteux tout au long de la vie, or ces pays ne sont pas en mesure de les fournir à l'heure actuelle²⁶. C'est ce que souligne la série de publications du *Lancet* consacrée au double fardeau de la malnutrition :

La nouvelle réalité qui émerge fait apparaître une interconnexion entre sous-alimentation et suralimentation et, par conséquent, la nécessité d'entreprendre des actions à double fonction sur ces deux fronts pour garantir l'efficacité des solutions politiques²⁷.

Le Système de notification des pays créanciers de l'OCDE a ajouté de nouveaux codes-objet spécialement applicables aux MNT (Gros plan 5.2). L'amélioration du suivi mondial des versements effectués par les donateurs permettra d'obtenir une image plus exhaustive de l'affectation de l'Aide publique au développement international consacrée à la prévention et au traitement des MNT. En appliquant sa propre méthode de suivi des dépenses consacrées aux MNT liées au régime alimentaire, le Rapport sur la nutrition mondiale conclut que ces versements ont atteint 39,8 millions de dollars US en 2017, soit une hausse de 7,3 millions par rapport à 2016 (figure 5.7). Les engagements de financement en faveur de la lutte contre les MNT ont également augmenté, passant de 51,2 millions de dollars US en 2016 à 57,5 millions en 2017. Les versements consacrés aux MNT ont augmenté de 22,6 % entre 2016 et 2017. Parallèlement, pendant la même période, les versements en faveur du secteur de la nutrition de base ont augmenté de 21,2 %, et ceux effectués en direction des autres Aides publiques au développement sectorielles ont progressé de 5,4 % seulement. Ainsi, la part des versements consacrés aux MNT a légèrement augmenté dans le total de l'APD, passant de 0,018 % en 2016 à 0,020 % en 2017.

Compte tenu du nombre élevé de pays confrontés aux multiples fardeaux de la malnutrition, il est urgent d'adapter les systèmes de financement externes et internes afin d'élargir les investissements aux interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité contre le surpoids et l'obésité, et à celles qui ciblent la sous-alimentation. Le document d'orientation de l'OMS intitulé *Double-duty actions*²⁸ (double devoir d'intervention) explique comment un investissement à bon escient peut réduire le double fardeau de la malnutrition (les deux facettes d'une même crise) en exploitant les synergies des interventions afin de contribuer globalement à une bonne alimentation. L'amélioration de la qualité des données relatives au coût du surpoids, de l'obésité et des MNT liées au régime alimentaire dans tous les contextes facilitera la prise de décisions éclairées, notamment pour établir des cibles mondiales et nationales en matière de réduction du surpoids et de l'obésité chez l'adulte.

Suivi de l'Aide publique au développement international par rapport aux cibles de nutrition établies par l'Assemblée mondiale de la Santé

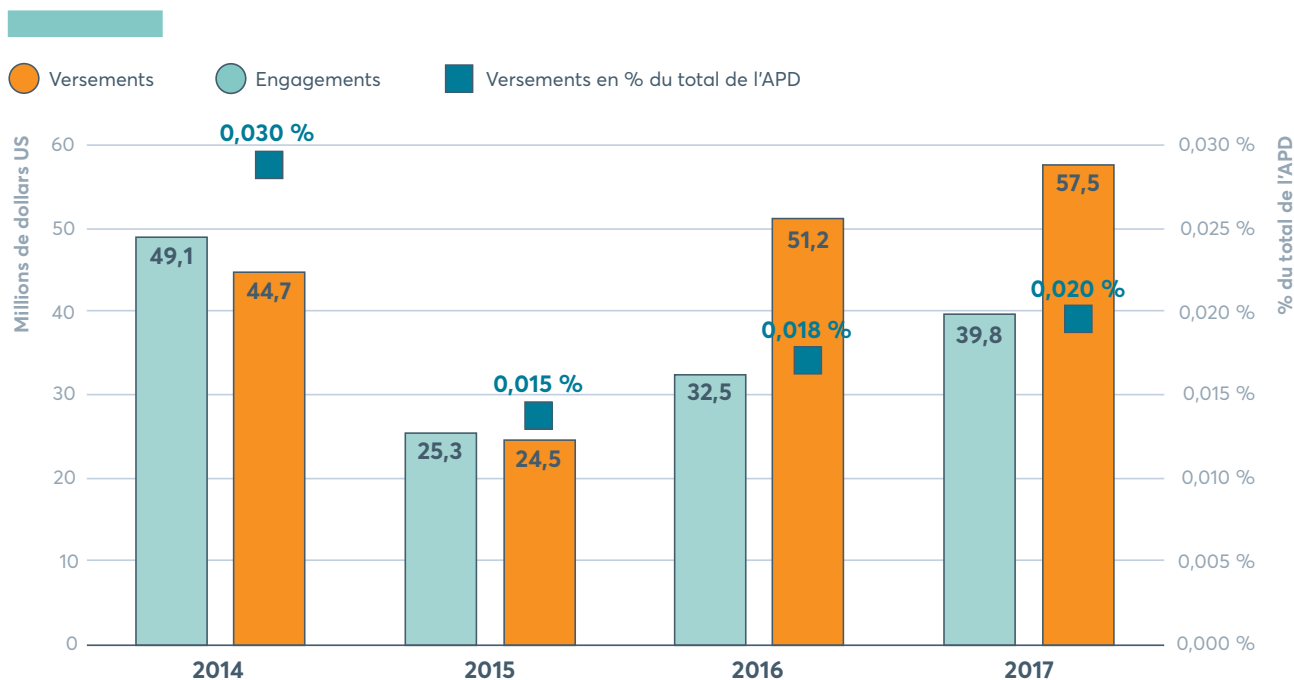
En consultation avec le Réseau de donateurs SUN, des chercheurs ont suivi l'Aide publique au développement internationale fournie par les donateurs à l'appui de l'ensemble d'interventions prioritaires du Cadre d'investissement pour la nutrition, afin de déterminer si les cibles financières des donateurs avaient été atteintes²⁹. En s'appuyant sur les données du Système de notification des pays créanciers de l'OCDE répertoriant l'Aide publique au développement enregistrée ou non sous le code de la nutrition de base, l'analyse révèle que les donateurs ont réussi à mobiliser davantage de fonds en faveur des cibles de l'Assemblée mondiale de la Santé. Entre 2015 et 2017, l'Aide publique au développement internationale allouée à l'ensemble d'interventions prioritaires a augmenté de 11 % (annualisés), passant d'1,1 milliard de dollars US à 1,4 milliard³⁰. Globalement, d'après la cartographie des versements effectués au titre du scénario de financement des interventions prioritaires du Cadre d'investissement pour la nutrition, les donateurs ont mobilisé 93 % de leur proposition de contribution aux coûts des interventions prioritaires pour 2017. Bien qu'il s'agisse d'une avancée satisfaisante, il faut aller encore plus loin : en 2017,

il manquait toujours 100 millions de dollars US d'aide de la part des donateurs pour financer les interventions prioritaires. Plus important encore, comme le montre la figure 5.1, le déficit de l'aide nécessaire au financement de l'ensemble des interventions du Cadre d'investissement pour la nutrition, chiffré à 7 millions de dollars US, va se creuser sensiblement, dans des proportions qui restent toutefois à déterminer. Comme le montre la figure 5.8, toutes les cibles n'ont pas fait l'objet des mêmes hausses de financement.

Suivi des engagements financiers pris par les donateurs lors du Sommet N4G

Le Sommet Nutrition pour la croissance (N4G) est né d'un partenariat entre les gouvernements du Royaume-Uni, du Brésil et du Japon, avec l'appui de fondations philanthropiques et d'organisations de la société civile de premier plan. Il vise à obtenir de nouveaux engagements financiers et politiques auprès des gouvernements, des donateurs, de la société civile, des Nations Unies et des entreprises, pour aider à mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes d'ici à 2030. Chaque année, le Rapport sur la nutrition mondiale fait le point sur les engagements pris par les parties prenantes dans le cadre du processus N4G. Le tableau 5.1 montre les derniers versements déclarés par les donateurs en faveur des actions spécifiques et sensibles à la nutrition entre 2010 et 2017.

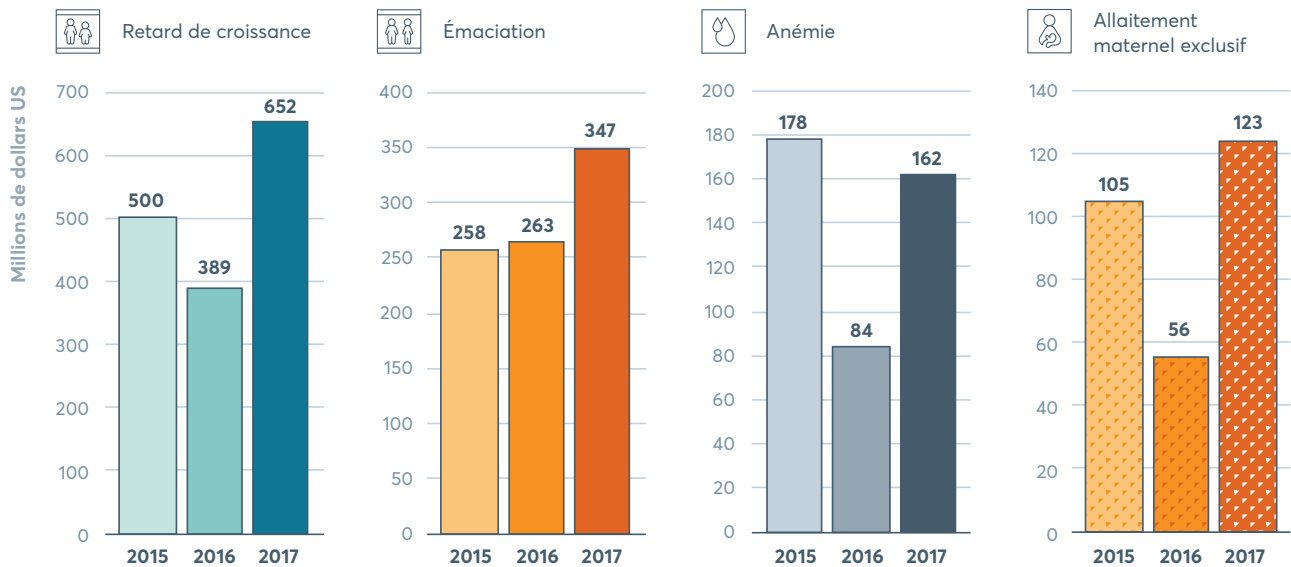
FIGURE 5.7
Dépenses des donateurs consacrées aux MNT liées au régime alimentaire



Source : Development Initiatives, à partir du Système de notification des pays créanciers du Comité d'aide au développement de l'OCDE. Données téléchargées le 11 juillet 2019.
Remarque : ce graphique présente les dépenses des donateurs enregistrées sous les codes-objet applicables aux MNT. Toutefois, les dépenses réelles des donateurs au profit de la lutte contre les MNT sont susceptibles d'être très différentes, car les investissements effectués sous de nombreux autres codes-objet auront également une incidence sur les MNT liées au régime alimentaire.

FIGURE 5.8

Versements de donateurs en faveur de différentes cibles de nutrition de l'Assemblée mondiale de la Santé



Source : Results for Development, 2019, *Tracking aid for the WHA nutrition targets: progress towards the global nutrition goals between 2015–2017*, Washington, DC : Results for Development.

Remarques : les versements effectués en faveur des cibles de l'Assemblée mondiale de la Santé ne peuvent être additionnés en raison du chevauchement des interventions. Pour en savoir plus sur les mesures et les cibles de l'ensemble d'interventions prioritaires, veuillez vous reporter aux notes figurant en fin de document³¹.

TABLEAU 5.1

Versements en faveur de la nutrition déclarés par les donateurs dans le cadre des Rapports sur la nutrition mondiale

MONTANTS DÉCLARÉS EN MILLIERS DE DOLLARS US	VERSEMENTS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION						
	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ALLEMAGNE	2 987	2 719	35 666	50 572	51 399	18 047	19 621
AUSTRALIE	6 672	16 516	s.o.	20 857	s.o.	15 639	s.o.
CANADA	98 846	205 463	169 350	159 300	108 600	97 628	93 099
ÉTATS-UNIS	82 613	229 353	288 649	263 241	382 891	296 974	195 921
FRANCE	2 895	3 852	2 606	6 005	4 660	8 572	4 339
IRLANDE	7 691	7 565	10 776	19 154	13 079	12 391	18 238
PAYS-BAS	2 661	4 007	20 216	25 025	31 604	46 331	s.o.
ROYAUME-UNI	39 860	63 127	105 000	87 000	92 400	156 000	188 294
SUISSE	0	0	0	0	0	0	0
UNION EUROPÉENNE	50 889	8	54 352	44 680	48 270	29 721	57 097
FONDATION GATES	50 060	80 610	83 534	61 700	96 500	96 616	144 532
CIFF	980	5 481	37 482	26 750	53 607	32 784	s.o.
BANQUE MONDIALE	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

MONTANTS DÉCLARÉS EN MILLIERS DE DOLLARS US	VERSEMENTS SENSIBLES À LA NUTRITION						
	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ALLEMAGNE	18 856	29 139	20 642	51 547	84 174	186 780	142 809
AUSTRALIE	49 903	114 553	s.o.	87 598	s.o.	128 706	s.o.
CANADA	80 179	90 171	s.o.	998 674	1 271 986	1 309 732	1 102 545
ÉTATS-UNIS	2 005 880	1 968 759	2 449 706	2 656 269	2 555 332	3 038 180	3 548 197
FRANCE	23 003	27 141	33 599	SR	23 781	16 446	25 991
IRLANDE	34 806	45 412	48 326	56 154	54 217	54 248	56 843
PAYS-BAS	2 484	20 160	21 616	18 274	28 422	56 510	s.o.
ROYAUME-UNI	302 215	412 737	734 700	780 500	928 300	693 000	706 334
SUISSE	21 099	28 800	29 160	26 501	43 656	42 190	59 971
UNION EUROPÉENNE	392 563	309 209	315 419	570 890	423 704	496 672	538 637
FONDATION GATES	12 320	34 860	43 500	29 200	42 000	62 619	37 289
CIFF	0	0	854	154	20 725	21 595	s.o.
BANQUE MONDIALE	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

MONTANTS DÉCLARÉS EN MILLIERS DE DOLLARS US	TOTAL						
	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ALLEMAGNE	21 843	31 858	56 308	102 119	135 573	204 827	162 430
AUSTRALIE	56 575	131 069	s.o.	108 455	s.o.	144 345	s.o.
CANADA	179 025	295 634	s.o.	1 157 974	1 380 586	1 407 360	1 195 645
ÉTATS-UNIS	2 088 493	2 198 112	2 738 356	2 919 510	2 938 223	3 335 154	3 744 118
FRANCE	25 898	30 993	36 205	s.o.	28 441	25 018	30 330
IRLANDE	42 497	52 977	59 102	75 308	67 295	66 640	75 081
PAYS-BAS	5 145	24 167	41 832	43 299	60 027	102 841	s.o.
ROYAUME-UNI	342 075	475 864	839 700	867 500	1 020 700	849 000	894 628
SUISSE	21 099	28 800	29 160	26 501	43 656	42 190	59 971
UNION EUROPÉENNE	443 452	309 217	369 771	615 570	471 974	526 393	595 734
FONDATION GATES	62 380	115 470	127 034	90 900	138 500	159 235	181 822
CIFF	980	5 481	38 336	26 904	74 332	54 379	s.o.
BANQUE MONDIALE	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Source : données fournies par les donateurs.

 Remarques : les données sont exprimées en prix courants. La plupart des donateurs ont déclaré des montants en dollars US ; lorsqu'ils ne l'ont pas fait, on utilise le taux de change annuel moyen du marché établi par l'OCDE ou l'Internal Revenue Service des États-Unis. CIFF : Children's Investment Fund Foundation ; Gates Foundation : Fondation Bill & Melinda Gates ; SR : sans réponse à notre demande de données ; s.o. : sans objet (aucun total significatif ne peut être calculé en raison de données manquantes ou obtenues à l'aide d'une méthode autre que celle du Réseau de donateurs SUN). Les calculs et les déclarations varient souvent en fonction du pays et du donateur, comme le montrent les symboles (* et +) et comme expliqué dans les notes³².

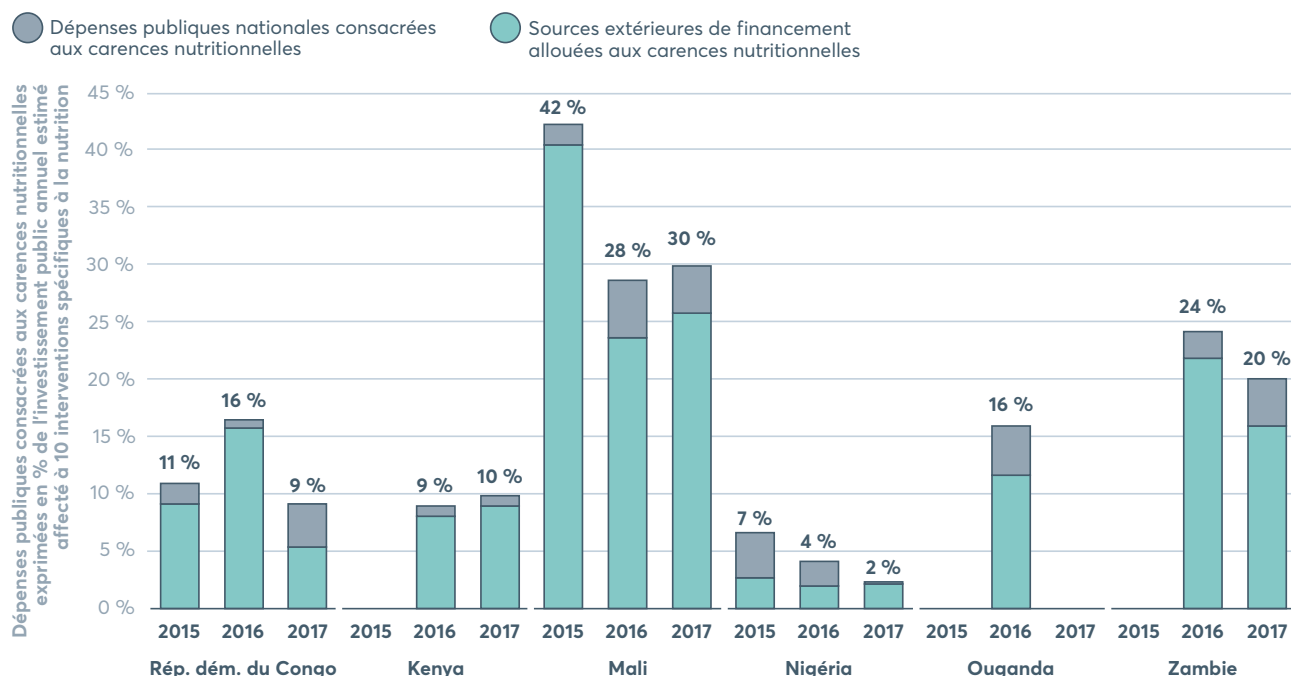
Données factuelles attestant du déficit de financement actuel de la nutrition

Il n'y a pas suffisamment de données disponibles pour quantifier le déficit global de financement en regroupant, d'un côté, les besoins chiffrés, et, de l'autre, les investissements publics nationaux et internationaux. Il est tout aussi difficile d'évaluer ce déficit à l'échelle nationale. Une évaluation réalisée par la Banque mondiale montre comment il est possible de déterminer l'évolution des déficits de financement national lorsque l'on dispose d'informations sur les besoins et les investissements des pays. En cartographiant les plans chiffrés de dix interventions spécifiques à la nutrition par rapport au financement annuel du secteur de la santé dans six pays africains, l'évaluation met en évidence un écart considérable entre les ressources nécessaires estimées et les niveaux actuels de financement assurés par les pays et les donateurs (figure 5.9). L'évaluation fait également apparaître des augmentations minimales entre 2015 et 2017, et une diminution des dépenses en glissement annuel dans certains pays tels que le Nigéria³³.

Ensemble, ces données factuelles indiquent que les dépenses nationales consacrées aux interventions à forte incidence en faveur de la nutrition ne permettront pas d'atteindre les niveaux prescrits par le Cadre d'investissement. Par conséquent, nous devons redoubler d'efforts pour mobiliser des ressources nationales comme internationales. Il est impossible à l'heure actuelle de quantifier le déficit de financement, mais les dépenses nationales restent faibles ; certains pays enregistrent des hausses marginales, et d'autres sont en recul. Les donateurs ont augmenté leurs dépenses au titre de l'ensemble des interventions prioritaires du Cadre d'investissement pour la nutrition. Toutefois, les pays restent confrontés à un déficit qui continuera à se creuser s'ils n'augmentent pas substantiellement leur financement national.

FIGURE 5.9

Financement public spécifique à la nutrition exprimé en pourcentage des besoins d'investissement dans le secteur de la santé de six pays africains



Source : base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales ; Mouvement pour le renforcement de la nutrition : *What Will it Cost?* – Six études de cas réalisées par la Banque mondiale.

Remarque : bien que les dépenses de santé consacrées aux carences nutritionnelles couvrent la majorité des interventions spécifiques à la nutrition prévues dans le Cadre d'investissement pour la nutrition, certains éléments sont susceptibles de relever d'autres secteurs (par exemple, l'allaitement maternel). Par conséquent, le déficit de financement doit être considéré comme une estimation et non comme une comparaison directe des progrès réalisés.

Stratégies de financement de la nutrition

Nous savons que les augmentations de financement actuellement constatées sont inférieures aux cibles fixées. Cependant, les données permettant d'évaluer les besoins de financement et de suivre les investissements sont loin d'être suffisantes, ce qui sappe les efforts visant à affecter les ressources là où les besoins sont les plus grands. Afin de résoudre le problème de la nutrition mondiale et de remédier à la répartition inéquitable des résultats en matière de nutrition, il convient notamment de prendre les mesures suivantes :

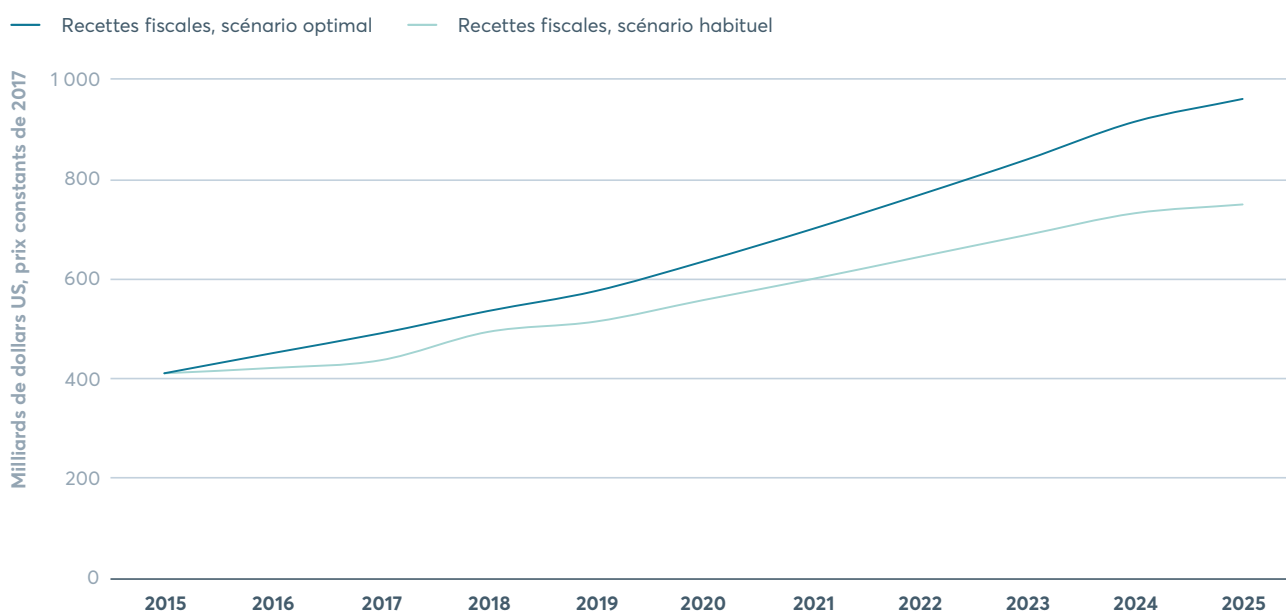
- Augmenter le financement à partir de sources nationales et extérieures ;
- Soutenir les investissements consacrés à la nutrition et aux actions sensibles à la nutrition dans l'ensemble des secteurs ;
- Tenir compte de l'équité pour mieux affecter les ressources disponibles aux populations qui en ont le plus besoin ;
- Donner la priorité aux interventions pertinentes sur le plan contextuel et fondées sur des données factuelles améliorées ;
- Élaborer des solutions de financement innovantes.

Augmentation du financement à partir de sources nationales et extérieures

Les tendances de croissance passées ont servi à établir une prévision de croissance des recettes fiscales en termes réels entre 2015 et 2025 dans la plupart des 61 pays membres du mouvement SUN. Si les recettes fiscales progressent au rythme des estimations actuelles, les gouvernements disposeront de 337,3 milliards de dollars US supplémentaires d'ici à 2025 (figure 5.10). Toutefois, si les gouvernements intensifient leurs efforts pour maximiser les recettes fiscales, ils pourront disposer de 551,8 milliards de dollars US.

FIGURE 5.10

Scénario prévu et scénario optimal de recettes fiscales dans les pays membres du mouvement SUN à l'horizon 2025



Source : rapports de consultation du FMI au titre de l'article IV.
Remarque : estimations pour 61 pays membres du mouvement SUN.

Dans les 33 pays membres du mouvement SUN pour lesquels des données étaient disponibles, l'affectation de l'augmentation des recettes fiscales aux dépenses de santé nationales relatives aux carences nutritionnelles jusqu'en 2025 est en nette progression. Le maintien du pourcentage actuel de ressources allouées aux carences nutritionnelles se traduirait par une augmentation de 72,5 % sur la période 2016-2025 en cas de statu quo, et de 83 % en cas d'optimisation du potentiel d'augmentation des recettes (figure 5.11)³⁴. En outre, si parmi les 33 pays étudiés, ceux dont la part des dépenses publiques consacrée aux carences nutritionnelles dans le total des dépenses de santé est inférieure à la valeur médiane parvenaient à atteindre la médiane d'ici à 2025, et ce, sans mettre en péril les autres secteurs de la santé, cela se traduirait par une hausse supplémentaire de 32,4 %, soit une augmentation totale de 115,4 %. Ces chiffres montrent que l'augmentation des ressources publiques nationales conjuguée au financement prioritaire de la nutrition pourrait permettre d'obtenir des financements supplémentaires non négligeables.

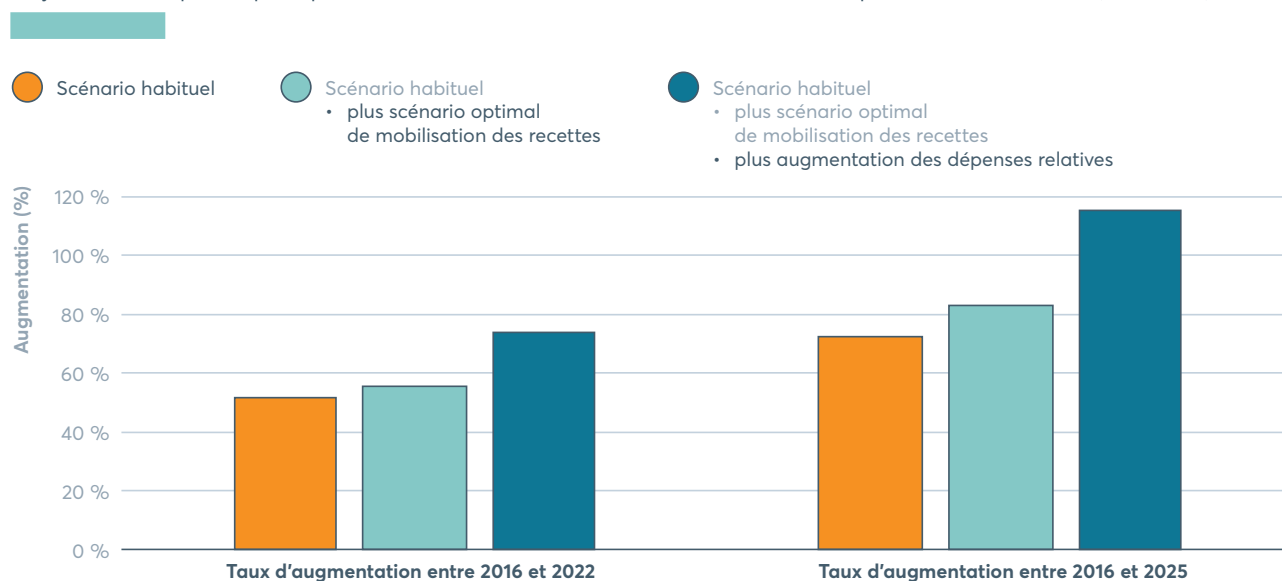
Cependant, il est important de prendre en compte l'effet que pourrait avoir la mobilisation des recettes nationales sur les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables. Les gouvernements doivent examiner la nature de leur collecte de recettes afin de s'assurer que les régimes fiscaux et les frais d'utilisation n'ont pas d'incidence disproportionnée ou négative sur les revenus des citoyens les plus pauvres et les plus vulnérables, et n'ont pas pour effet de les empêcher d'accéder aux services.

Par ailleurs, l'analyse réalisée par la Banque mondiale auprès de six pays membres du mouvement SUN (figure 5.9) démontre que, dans certains pays, l'augmentation potentielle des ressources de nutrition grâce à la hausse des recettes resterait insuffisante. Dans ce cas, les gouvernements devront augmenter la part des ressources disponibles consacrée aux interventions spécifiques et sensibles à la nutrition pour atteindre les cibles de financement.

Le potentiel d'augmentation des recettes nationales n'est pas uniforme d'un pays à l'autre. Certains pays ne prévoient aucune hausse notable de leurs recettes en raison d'autres facteurs contraignants. Dans ces pays, la priorité doit donc être donnée aux ressources extérieures pour garantir l'affectation équitable des ressources mondiales en faveur de la nutrition et accroître la mobilisation des ressources nationales, afin que les populations marginalisées et difficiles à atteindre ne soient pas laissées de côté.

FIGURE 5.11

Projection des dépenses publiques de santé consacrées aux carences nutritionnelles à partir de trois scénarios (2016-2025)



Source : rapports de consultation du FMI au titre de l'article IV ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

Remarques : estimations pour 33 pays membres du mouvement SUN. Valeurs médianes correspondant à la part du financement de la santé affectée aux carences nutritionnelles, calculée par groupe de revenu.

Investissement dans les actions sensibles à la nutrition à l'échelle multisectorielle

Dans la mesure où les déterminants de la malnutrition sont des éléments complexes et que les cibles de financement des interventions spécifiques à la nutrition sont loin d'être atteintes, il devient de plus en plus important d'aborder la nutrition dans le cadre d'approches multisectorielles élargies. Cette démarche requiert des efforts coordonnés à l'échelle des secteurs, soutenus par une volonté politique forte et un financement adéquat en vue d'accroître les investissements productifs.

La nutrition doit être pilotée au plus niveau de gouvernement national afin de rassembler les différents ministères d'exécution et de faciliter l'approbation conjointe d'un plan multisectoriel et de priorités de financement visant à mettre fin à la malnutrition. L'Examen mondial des politiques en matière de nutrition portant sur la période 2016-2017 (GNPR2)³⁵ indique une augmentation du nombre de pays disposant d'un organe de coordination de la nutrition rattaché au cabinet du président ou du premier ministre ; ce chiffre est passé de 17 % sur 90 pays (selon l'Examen mondial des politiques en matière de nutrition GNPR1 réalisé en 2009 et 2010) à 30 % sur 105 pays (selon l'Examen GNPR2 réalisé en 2016 et 2017). Il s'agit d'une avancée considérable, car il a été démontré qu'une direction politique de haut niveau facilitait la coordination et la coopération des différents secteurs et niveaux impliqués dans le système alimentaire et renforçait les capacités, contribuant ensuite à améliorer l'investissement en faveur de stratégies sensibles à la nutrition. Selon l'Examen GNPR2, les pays africains ont réalisé des progrès remarquables dans ce domaine, mais presque tous les pays des Amériques ou de la Méditerranée orientale sont dépourvus de mécanismes de gouvernance de la nutrition de haut niveau, et doivent accélérer leurs efforts pour obtenir l'engagement des plus hauts responsables de l'État.

Malgré de récents progrès en matière d'amélioration du suivi des programmes sensibles à la nutrition (comme le décrit le Gros plan 5.2), il subsiste d'importants manques de données dans les secteurs essentiels à la transformation de la nutrition : santé, agriculture, protection sociale, éducation, eau, assainissement et hygiène. Ces lacunes s'expliquent principalement par l'absence de consensus mondial sur un ensemble d'investissements prioritaires sensibles à la nutrition parmi les gouvernements et les partenaires.

S'entendre sur cette question n'est pas chose aisée, car il existe peu de données factuelles sur l'incidence de ce type d'actions sur les résultats en matière de nutrition, ainsi que sur les résultats à moyen terme en matière d'amélioration de la nutrition. En outre, l'ensemble d'actions sensibles à la nutrition est généralement propre à chaque contexte, et il sera différent selon qu'il cible le milieu rural ou urbain. Les données relatives au coût, au rendement d'investissement et à la rentabilité des interventions sont également limitées. Le Gros plan 5.3 décrit quelques-unes des initiatives actuellement menées pour enrichir la base de données factuelles, mais d'autres évaluations pourraient également aider à définir les mesures à prendre dans chaque domaine. Par exemple : dans le secteur agricole, quelles actions sensibles à la nutrition ont fait la preuve de leur efficacité ? Combien coûtera le déploiement à grande échelle de ces interventions pour atteindre les cibles des ODD ? Qui paiera – quel est le montant des fonds à mobiliser auprès des gouvernements nationaux, des entreprises et des partenaires extérieurs ? Enfin, quels sont les effets attendus et les motifs économiques de cet investissement ?

Les réponses à ces questions peuvent aider à orienter les gouvernements, les partenaires et les donateurs vers un objectif commun visant à faire en sorte que chaque secteur soit davantage sensible à la nutrition en renforçant le plaidoyer, les politiques et la mobilisation des ressources. Divers acteurs peuvent aider à combler le manque d'informations en appuyant les analyses économiques de la nutrition dans l'ensemble des secteurs. Ainsi, les donateurs peuvent financer l'évaluation économique des programmes qu'ils soutiennent (en ajoutant par exemple des modules d'établissement des coûts à l'évaluation de l'efficacité des programmes), et les organismes de mise en œuvre ou les chercheurs peuvent utiliser une stratégie commune pour faire en sorte que leurs résultats soient comparables.

GROS PLAN 5.3

Consolider la base de données factuelles sur les programmes de nutrition multisectoriels

Carol Levin, Dale Davis, Aulo Gelli, Mary D'Alimonte et Augustin Flory

Il existe peu de données factuelles concernant les coûts et les avantages des interventions multisectorielles dans le domaine de la nutrition. Ce manque de données empêche les responsables budgétaires de prendre des décisions éclairées sur les interventions à déployer en priorité lorsque les ressources sont limitées. Néanmoins, le réseau Agriculture, Nutrition and Health Academy a élaboré un cadre permettant de mesurer les coûts et les avantages des programmes de nutrition multisectoriels³⁶. Cet outil ouvre la voie à l'utilisation de critères plus économiques pour évaluer les programmes sensibles à la nutrition et, plus important encore, à des évaluations fondées sur les mêmes principes fondamentaux aux fins de normalisation et de comparaison.

Le Département de la santé mondiale de l'Université de Washington mène actuellement une nouvelle initiative baptisée « Strengthening Economic Evaluation for Multisectoral Strategies for Nutrition » (SEEMS-Nutrition, Renforcement de l'évaluation économique des stratégies multisectorielles de nutrition). Cette initiative consiste à évaluer les aspects économiques de six programmes déployés dans le domaine de la nutrition : agriculture sensible à la nutrition, interventions au niveau des systèmes alimentaires, approches fondées sur le marché visant à améliorer l'accès aux aliments nutritifs, et autres interventions multisectorielles. Les données factuelles tirées de ces études de cas nous donnent davantage d'arguments économiques à l'appui du renforcement des interventions de nutrition dans tous les secteurs. L'initiative SEEMS-Nutrition donnera également lieu à un document d'orientation adapté aux programmes mis en œuvre dans plusieurs secteurs afin d'améliorer la prise en compte de la nutrition. Ce document fournira des conseils méthodologiques sur les aspects suivants : principes et bonnes pratiques d'établissement des coûts, conception d'étude, évaluation quantitative des ressources et des résultats, estimation des coûts et des avantages, et déclaration des coûts et des avantages estimés. Les membres de la communauté œuvrant en faveur de la nutrition sont encouragés à apporter des données factuelles supplémentaires en complément de ces six études de cas. Les données obtenues grâce à cette initiative pourraient servir de base à l'élaboration d'un cadre permettant des investissements plus judicieux et plus systématiques en faveur de la nutrition dans différents secteurs.

Financement axé sur l'équité : cibler ceux qui en ont le plus besoin

Comme l'explique le chapitre 1, le manque d'équité en matière de nutrition est favorisé par différents facteurs politiques, économiques, géographiques et sociaux qui façonnent l'éventail des possibilités disponibles. La lutte contre le manque d'équité ne peut se limiter au financement, mais déterminer qui a accès à quelles ressources peut grandement aider à cette entreprise. Afin de garantir l'équité de la nutrition, les ressources doivent cibler en priorité les personnes qui en ont le plus besoin, à savoir les plus pauvres et les plus touchées par la malnutrition³⁷.

Bien qu'il ne soit pas toujours plus coûteux de cibler les personnes les plus défavorisées, l'obtention de résultats équitables dans des contextes difficiles ou des zones isolées nécessitera d'augmenter les investissements, et, dans certains cas, d'engager des coûts plus élevés par habitant. Les gouvernements doivent l'accepter s'ils entendent combler équitablement les écarts en matière de nutrition.

Toutefois, l'étude de cas démontre qu'il peut être rentable de cibler les plus pauvres, et d'autres évaluations suggèrent aujourd'hui que l'obtention de résultats dans des contextes difficiles, tels que des États fragiles, pourrait ne pas être aussi inefficace qu'on le pensait auparavant³⁸. Par exemple, une récente étude montre qu'une stratégie axée sur l'équité donnant la priorité à des soins de santé et de nutrition de qualité à destination des personnes les plus pauvres et les plus démunies peut sauver presque deux fois plus de vies que des investissements équivalents en faveur de groupes non pauvres (voir le Gros plan 5.4 ci-dessous). Une autre étude récente de modélisation menée dans 24 pays démontre qu'avec le même niveau d'investissement, une stratégie axée sur l'équité est plus rentable et permet d'obtenir une baisse plus marquée de la mortalité infantile³⁹.

Il existe peu d'études décrivant en quoi consiste une stratégie d'investissement dans la nutrition axée sur l'équité. Toutefois, selon les enseignements tirés du financement de la couverture sanitaire universelle⁴⁰, une stratégie d'investissement équitable en faveur de la nutrition doit répondre aux critères suivants : apporter un soutien à tous ceux qui en ont besoin ; permettre un accès pour tous, en tenant compte du lieu et du calendrier des services ; et supprimer l'obligation de paiement d'un droit d'utilisation des services (particulièrement important pour les services nutritionnels dont les frais sont à la charge des patients). Dans le domaine de la nutrition, la définition des termes « soutien » et « besoins » peut varier en fonction des secteurs, mais le concept peut être appliqué au financement de toutes les activités en faveur de la nutrition.

Il est nécessaire d'améliorer le ciblage aux niveaux mondial, national et infranational. À l'échelle mondiale, des analyses préliminaires portant sur l'Aide publique au développement international totale spécifique à la nutrition allouée dans le Cadre d'investissement pour la nutrition indiquent que cette Aide cible actuellement les pays à faible revenu. Toutefois, il existe peu d'aides supplémentaires ciblant spécifiquement le fardeau de la malnutrition, et certains pays continuent de recevoir un appui très insuffisant par rapport à leurs besoins⁴¹. Idéalement, un modèle plus équitable de financement de la nutrition consisterait à accroître le financement du développement, sous toutes ses formes, en direction des pays les plus touchés par la malnutrition et les moins à même de mobiliser des ressources nationales en faveur des programmes. Cette approche peut être renforcée indirectement en augmentant les investissements internationaux dans la mobilisation des ressources nationales, en particulier dans les pays dont les stratégies de développement ciblent en priorité les personnes les plus pauvres.

La lutte contre le manque d'équité est encore plus cruciale au niveau infranational. Malgré le nombre très limité de données financières disponibles à ce niveau, des études portant sur les financements publics (APD allouée à l'échelle infranationale et transferts gouvernementaux effectués à l'échelle nationale) indiquent que le financement des services sociaux tels que la santé et l'éducation ne cible pas directement les régions les plus défavorisées⁴². En outre, dans de nombreux cas, les régions pauvres reçoivent des financements par habitant moins élevés. Un examen du financement de la Banque mondiale et de la Banque africaine de développement en faveur du capital humain de 27 pays réalisé entre 2005 et 2011 a révélé que les régions présentant des taux de mortalité infantile plus élevés ne recevaient pas davantage de fonds⁴³.

Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'équité de la nutrition au niveau infranational, de plus en plus de données sont disponibles pour nous y aider. Ainsi, un examen des dépenses publiques réalisé en Tanzanie a montré que les dépenses de nutrition par enfant dans les zones de gouvernement local avaient augmenté avec la prévalence du retard de croissance. Toutefois, la plupart des transferts gouvernementaux n'étaient pas affectés aux zones de gouvernement local utilisant une évaluation tenant compte de l'équité⁴⁴. Grâce aux exercices de suivi budgétaire réalisés dans le cadre du mouvement SUN, certains pays commencent également à examiner attentivement les allocations infranationales destinées à la nutrition, ce qui fournit des données utiles sur l'équité.

Une stratégie d'investissement équitable dans la nutrition doit cibler en priorité les populations qui en ont le plus besoin. Pour cela, il faut des systèmes d'information capables d'identifier les communautés et les groupes les plus démunis et les plus marginalisés en répondant aux questions suivantes : où le fardeau de la malnutrition est-il le plus lourd, qui sont les personnes les plus touchées et pourquoi ? Il convient également de disposer d'informations sur les niveaux de couverture des interventions en cours, ainsi que sur la nature et l'ampleur des investissements destinés aux différentes régions.

Cependant, les données relatives aux dépenses consacrées à l'heure actuelle aux programmes de nutrition à partir de sources nationales et extérieures font souvent défaut. En outre, il n'existe actuellement aucune analyse portant sur l'équité du financement de la nutrition par groupe cible (en fonction du sexe, par exemple). Il est donc impératif de prendre de nouvelles mesures pour concevoir de meilleurs systèmes d'information permettant une ventilation adéquate des données au niveau infranational.

Une fois que les données sont disponibles, il est essentiel que les décisions relatives au financement de la nutrition soient également prises à l'échelle infranationale. En effet, c'est à ce niveau que les priorités et les besoins des groupes les plus vulnérables et les plus marginalisés sont mieux compris, et que se prennent les décisions finales concernant les dépenses locales. Les décideurs ont à leur disposition plusieurs outils de modélisation aux fins de plaidoyer, de décision et d'établissement des coûts⁴⁵. L'outil Optima Nutrition a pour objectif de les aider à cibler les investissements destinés à la nutrition dans le cadre des différentes interventions, afin d'accroître les effets obtenus au moyen d'une enveloppe budgétaire donnée (Gros plan 5.4)⁴⁶. Parallèlement à l'élaboration de systèmes de données ventilées, les acteurs de la nutrition peuvent également renforcer les initiatives sectorielles en faveur de l'équité qui ont une influence notable sur la nutrition (par exemple, celles qui visent à améliorer l'équité entre les sexes dans le domaine du financement de la santé).

GROS PLAN 5.4

Optima Nutrition : un outil permettant de réduire le retard de croissance chez l'enfant grâce à un meilleur ciblage des ressources

Meera Shekar, Jonathan Kweku Akuoku et Jean-Sébastien Kouassi

Historique et contexte

Selon les estimations du Cadre mondial d'investissement pour la nutrition (2017), il faudrait investir sept milliards de dollars US supplémentaires par an entre 2016 et 2025 pour atteindre quatre des cibles mondiales de nutrition. La réalisation de cet objectif nécessite d'accroître l'efficacité des dépenses en utilisant mieux les estimations des coûts liés à la nutrition, les analyses de rentabilité et les analyses coûts-avantages. Toutefois, de nombreuses questions demeurent sans réponse à ce jour :

- Quelle est l'affectation optimale des ressources entre les différentes interventions, compte tenu du budget de l'État alloué à la nutrition?
- Comment ces analyses peuvent-elles contribuer à susciter davantage d'engagements politiques nationaux en faveur de la nutrition ?
- Comment ces analyses peuvent-elles favoriser l'affectation de dotations financières pertinentes et éclairées au niveau infranational, en adéquation avec les priorités locales en matière de nutrition et à destination de ceux qui en ont le plus besoin ?

Optima Nutrition : un outil permettant d'analyser l'efficacité des allocations afin de réduire la malnutrition

L'outil Optima Nutrition a été créé en 2017 afin d'analyser les effets et les aspects économiques de la nutrition. Pour différents niveaux de financement, Optima Nutrition permet d'estimer les ressources à affecter aux multiples interventions de nutrition, ainsi que les résultats qu'il est possible d'obtenir grâce à ces dernières. Par exemple, à partir de l'enveloppe globale réservée à la nutrition dans le budget de la santé publique, Optima Nutrition fournit aux décideurs une combinaison d'investissements permettant d'optimiser les résultats obtenus. Optima Nutrition peut servir à orienter :

- les principaux documents stratégiques des pays membres du mouvement SUN (plans nationaux relatifs à la nutrition, etc.) ;
- les nouveaux investissements destinés à la nutrition ;
- les allocations budgétaires au sein des programmes ou projets de nutrition en cours aux niveaux national et infranational.

En quoi l'outil Optima Nutrition peut-il être utile aux pays membres du mouvement SUN ?

Chaque pays membre du mouvement SUN peut utiliser cet outil de modélisation pour évaluer les effets de ses interventions sur les conséquences de la malnutrition : retard de croissance, émaciation, anémie chez l'enfant et chez les femmes en âge de procréer, décès maternels et infantiles. En préparation du prochain sommet N4G, Optima Nutrition peut aider les pays membres du mouvement SUN à :

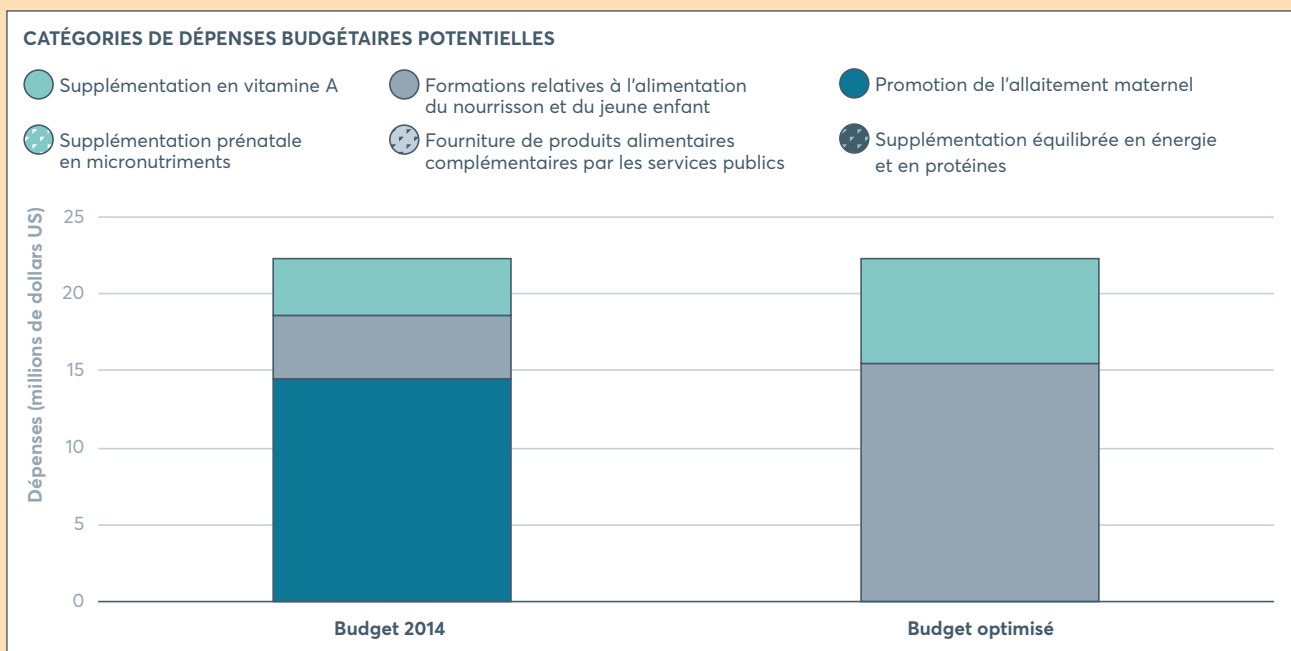
- mieux affecter un budget fixe entre les différentes interventions visant à réduire la malnutrition ;
- hiérarchiser efficacement les interventions et les zones géographiques prioritaires en cas de fonds supplémentaires disponibles ;
- estimer les réalisations qui pourraient être obtenues si la dotation ou le volume de financement actuels étaient réaffectés de manière optimale ;
- évaluer le financement minimal requis et son affectation optimale pour atteindre les cibles de nutrition.

L'outil Optima Nutrition a été utilisé pour décider de la meilleure utilisation des ressources disponibles dans sept districts du Bangladesh, grâce à un meilleur ciblage des interventions les plus rentables (figure 5.12). L'objectif était d'augmenter d'1,4 million le nombre d'enfants de 5 ans et plus ne présentant aucun retard de croissance d'ici à 2030 (soit une hausse de 5 % pour le même budget). L'objectif de réduction du retard de croissance pourrait être maximisé en réaffectant les ressources disponibles en direction d'une combinaison de deux interventions seulement : la promotion de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois et la supplémentation en vitamine A. Du point de vue de l'équité, l'analyse a également permis aux décideurs de recenser les districts où ces interventions pourraient avoir la plus forte incidence. Cet outil est de plus en plus utilisé : deux évaluations ont été réalisées (en République démocratique du Congo et au Pakistan), sept sont en cours (au Bénin, au Burkina Faso, au Burundi, au Rwanda, en Sierra Leone, dans la province pakistanaise de Sindh et au Tadjikistan), et quatre ont été demandées (en Indonésie, au Nigéria, en Tanzanie et au Togo). Ce succès démontre la nécessité de disposer d'orientations qui soient davantage fondées sur des données factuelles, et de méthodes de ciblage améliorées axées sur ceux qui en ont le plus besoin.

Actuellement, Optima Nutrition inclut principalement des interventions spécifiques à la nutrition, en raison du nombre limité de données sur les coûts et les effets des nombreuses interventions sensibles à la nutrition. L'intégration prochaine d'actions sensibles à la nutrition dans des outils tels qu'Optima Nutrition nécessitera des données factuelles plus solides sur ces interventions.

FIGURE 5.12

Optima Nutrition au Bangladesh : comparaison entre le budget prévu et le budget optimisé



Source : <http://documents.worldbank.org/curated/en/859891555500406318/pdf/Optima-Nutrition-An-Allocative-Efficiency-Tool-to-Reduce-Childhood-Stunting-by-Better-Targeting-of-Nutrition-Related-Interventions.pdf>

Optima-Nutrition-An-Allocative-Efficiency-Tool-to-Reduce-Childhood-Stunting-by-Better-Targeting-of-Nutrition-Related-Interventions.pdf

Remarques : estimation de l'allocation au titre de 2014 et allocation annuelle optimale entre les différentes interventions spécifiques à la nutrition à partir d'un budget établi par rapport aux niveaux de 2014. L'optimisation consiste à maximiser le nombre d'enfants ne présentant aucun retard de croissance à l'âge de 5 ans sur une période de 15 ans comprise entre 2016 et 2030.

L'ensemble des sources de ce Gros plan sont disponibles dans les références⁴⁷.

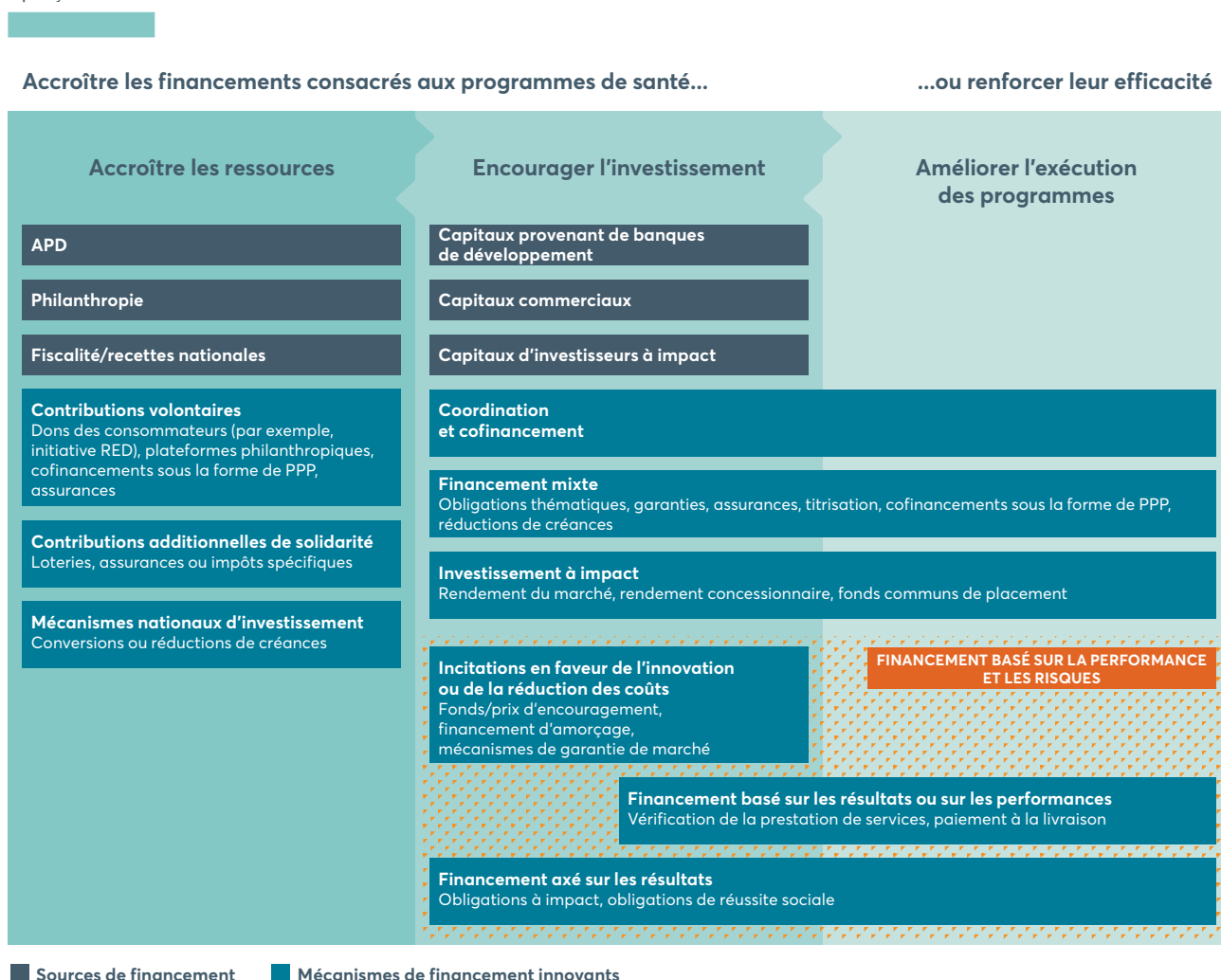
Solutions de financement innovantes

L'essentiel des nouveaux financements mobilisés pour déployer à grande échelle des interventions de nutrition multisectorielles devrait provenir des gouvernements, des donateurs et de sources privées. Parmi ces différentes modalités, le financement innovant peut aider à augmenter les ressources disponibles, à catalyser les investissements privés et à promouvoir une utilisation efficace des ressources de développement consacrées à la nutrition. La figure 5.13 donne un aperçu des principaux types de mécanismes de financement innovants.

De nombreux types de mécanismes innovants destinés à augmenter les ressources en faveur de la nutrition ont été étudiés depuis plus de dix ans, mais deux seulement ont été déployés à grande échelle jusqu'à présent : l'initiative The Power of Nutrition (décrite dans le Gros plan 5.4 du *Rapport sur la nutrition mondiale 2018*), qui a permis de mobiliser plus de 430 millions de dollars US en faveur des programmes de nutrition depuis 2015⁴⁸, et le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (Gros plan 5.5).

FIGURE 5.13

Aperçu des mécanismes de financement innovants



Source : Fonds mondial, 2018. *Update on innovative financing*, page 31. Disponible à l'adresse suivante : www.theglobalfund.org/media/7435/bm39_25-innovativefinance_update_en.pdf.

Remarques : il existe de nombreuses définitions et typologies des instruments de financement innovants du développement et de la santé mondiale. Cette typologie fonctionnelle est empruntée à une présentation simplifiée des instruments de financement innovants du Fonds mondial.

Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF)

Leslie Elder

Lancé en 2015 et rattaché à la Banque mondiale, le Mécanisme de financement mondial a pour objectif d'aider les gouvernements des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure à financer leurs programmes prioritaires en matière de santé et de nutrition. Le GFF optimise les fonds disponibles en mobilisant les ressources publiques nationales, les financements des banques de développement (Association internationale de développement [IDA] et Banque internationale pour la reconstruction et le développement [BIRD]), les financements extérieurs alignés sur les plans gouvernementaux et les ressources du secteur privé⁴⁹. En juillet 2019, le GFF avait engagé 574 millions de dollars US sur les ressources de son Fonds fiduciaire, parallèlement aux 5 milliards de dollars US octroyés par l'IDA et la BIRD dans 27 pays soutenus par le mécanisme. Le partenariat du GFF a pour ambition d'élargir son appui à 50 pays d'ici à 2023.

L'analyse de l'équité est une composante essentielle du processus d'établissement de priorités appliqué dans le cadre du mécanisme, car elle permet aux personnes les plus vulnérables de bénéficier de services de santé et de nutrition. Les approches communautaires offrent également un axe propice qui permet aux pays d'atteindre les groupes les plus vulnérables de leur population. En outre, le Mécanisme mondial de financement analyse les déterminants de la santé à travers le prisme de l'équité afin de mieux définir les priorités. Le GFF propose également d'autres stratégies innovantes visant à catalyser des ressources nationales supplémentaires en faveur de la nutrition et de la santé. Par exemple, au Guatemala, une subvention de 9 millions de dollars US versée par le mécanisme permet au gouvernement d'accéder aux financements de la BIRD à des taux d'intérêt réduits. Le gouvernement réinvestit l'argent économisé sur le paiement des intérêts dans un programme de transfert monétaire assorti de conditions, qui vise à améliorer les résultats en matière de nutrition.

Parmi les autres exemples de mécanismes de financement innovants mis en œuvre ou élaborés à l'appui de la nutrition figurent les contributions volontaires, les contributions supplémentaires de solidarité, le financement axé sur les résultats et le financement mixte.

Contributions volontaires

Ces dernières années, la mobilisation de ressources privées a permis de financer les programmes de nutrition. UNITLIFE est un fonds commun, mutualisé et évolutif créé en 2015 qui devait à l'origine utiliser les revenus de l'industrie extractive pour investir dans la lutte contre la sous-alimentation. En raison des difficultés rencontrées au cours de ses premières années d'existence, Unitlife doit être relancé en 2020, avec un nouvel axe programmatique portant à la fois sur la malnutrition et la réduction des inégalités entre les sexes dans le domaine de l'agriculture intelligente face aux changements climatiques. Ce nouveau modèle de génération de revenus repose sur les microdons volontaires réalisés lors des transactions de paiement, la mise à profit d'événements sportifs et de personnalités influentes pour encourager aux dons, et la création de dispositifs d'abondement des dons et de partage des revenus auprès des partenaires privés⁵⁰.

Contributions supplémentaires de solidarité

De plus en plus de pays instaurent des taxes sur les boissons sucrées⁵¹, et les appels se multiplient pour qu'une partie de ces recettes soit investie dans le renforcement des systèmes de santé et l'élargissement des programmes visant à encourager l'adoption de régimes alimentaires sains⁵². Ces taxes sont conçues sur le modèle des taxes sur le tabac, lesquelles se sont révélées très efficaces pour réduire le tabagisme et améliorer la santé publique.

Financement axé sur les résultats

La première obligation à impact sur le développement⁵³ intégrant une composante nutritionnelle est actuellement expérimentée au Cameroun, et d'autres obligations du même type sont à l'étude⁵⁴. Préfinancé par Grand Challenges Canada, le programme Kangaroo Mother Care a été lancé en février 2019 dans dix hôpitaux camerounais. Cette obligation à deux ans, d'un montant de 2,8 millions de dollars US, vise à réduire le nombre de décès et à améliorer la santé et l'alimentation des enfants prématurés et des nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance. Si l'expérimentation est réussie, le ministère camerounais de la Santé publique (en utilisant les fonds du Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents) et Nutrition International rembourseront à Grand Challenges Canada le montant investi, et lui verseront un petit rendement sur ce dernier⁵⁵.

GROS PLAN 5.6

Le financement mixte au service de l'amélioration de la nutrition

Greg S. Garrett

Le financement mixte désigne le financement du développement par le secteur public ou philanthropique, aux taux du marché ou à des conditions préférentielles, afin de mobiliser des investissements privés supplémentaires à l'appui de projets offrant des avantages en matière sociale et sur le plan du développement. Ce mécanisme de financement apparaît comme un moyen prometteur pour aider à combler le déficit du financement de la nutrition.

Les mécanismes de financement mixte utilisant des ressources publiques ont permis de débloquer des investissements commerciaux en faveur des chaînes de valeur des aliments nutritifs. Certains de ces mécanismes sont dirigés par l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN) et ses partenaires, comme dans les exemples qui suivent.

- Le dispositif GAIN Premix Facility inclut un fonds autorenouvelable qui fournit des crédits pour l'achat de prémélanges de vitamines et de minéraux. Ce mécanisme a permis l'octroi d'environ 80 millions de dollars US de crédit aux entreprises du secteur alimentaire en Afrique et en Asie, tout en maintenant un taux de défaut d'1 %. Près de 150 millions de personnes par an ont ainsi pu bénéficier d'aliments fortifiés depuis 2009. Les donateurs financent les coûts de base des services, tandis que le secteur privé finance le coût des vitamines et des minéraux et les frais de transaction.
- Les subventions octroyées dans le cadre de l'Alliance GAIN ont permis de conclure deux opérations de financement par emprunt avec des entreprises qui produisent et distribuent localement des aliments nutritifs en Haïti et au Kenya.
- Le dispositif de financement d'aliments nutritifs (N3F) est un nouveau fonds de financement mixte. Créé en 2018-2019, il s'agit d'un fonds de 60 millions de dollars US destiné à financer directement la dette des entreprises agroalimentaires en Afrique subsaharienne. Le fonds est actuellement dans sa phase de mise en route et lève des capitaux d'investissement. L'Alliance GAIN a commandé une évaluation des entreprises intervenant dans la chaîne de valeur des aliments nutritifs au Kenya et en Tanzanie, et soutient l'élaboration d'indicateurs d'investissement dans la nutrition. Selon les prévisions, le dispositif N3F pourrait créer un effet d'émulation dans le secteur, et être reproduit plusieurs fois.

Source : Elmer et West, 2018⁵⁶.

Financement mixte

Le financement mixte consiste à combiner des fonds provenant du secteur public ou philanthropique avec des fonds privés, ou à associer subventions et prêts afin d'accroître la concessionnalité. Les réductions de prêts ou de crédits désignent des mécanismes de financement soutenus par la Banque mondiale et d'autres donateurs clés ou institutions internationales, dans lesquels les subventions versées par des fondations ou des organismes d'Aide publique au développement bilatérale sont utilisées pour diminuer les intérêts voire le montant en principal des prêts ou crédits octroyés : 1) lorsque les résultats escomptés ont été obtenus ; 2) pour accroître la concessionnalité des prêts (Gros plan 5.6) ; ou 3) pour dégager de la capacité d'emprunt dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure en vue de financer de nouveaux programmes de nutrition. Le financement mixte de la nutrition reste relativement nouveau à ce jour mais il pourrait contribuer à réduire le déficit de financement dans ce domaine, comme l'explique le Gros plan 5.6.

ACTIONS RECOMMANDÉES

- ▶ Les gouvernements doivent augmenter les financements nationaux et envisager les flux de financement de la nutrition par rapport aux besoins de leur population, en s'appuyant sur des données démographiques ventilées, représentatives et de qualité concernant les résultats en matière de nutrition.
- ▶ Les donateurs doivent augmenter le financement et la coordination de la nutrition en intégrant la question de l'équité. Pour cela, il leur faut cibler les pays et les populations qui en ont le plus besoin, notamment ceux qui sont en situation de fragilité ou dont des possibilités de financement national de la nutrition sont limitées.
- ▶ Les gouvernements et les autres parties prenantes doivent pouvoir s'appuyer sur des analyses de situation afin de mieux cerner les goulots d'étranglement qui entravent l'amélioration de la nutrition dans les systèmes d'alimentation, de santé, d'éducation et de protection sociale. Ces évaluations permettraient d'identifier les ensembles d'interventions propres à chaque contexte avec un objectif commun : que chaque secteur soit davantage sensible à la nutrition.
- ▶ Les systèmes d'information doivent être financés pour : consolider les données relatives aux flux financiers, améliorer la coordination, réduire la fragmentation des données, et permettre la définition et l'alignement des priorités nationales en matière de nutrition.
- ▶ Il est particulièrement intéressant de recenser les innovations qui permettent d'accroître le financement de la nutrition ou de renforcer les programmes de nutrition de manière à optimiser les résultats à moindre coût. Pour cela, il est nécessaire de systématiser le recueil de données factuelles et d'améliorer le partage de connaissances sur les mécanismes et les possibilités disponibles à l'appui des décideurs.
- ▶ Le sommet japonais N4G offre aux responsables de la planification et aux décideurs une occasion unique de plaider avec force pour le renouvellement et l'élargissement des engagements financiers pris en faveur de la nutrition, en utilisant des stratégies équitables afin de maximiser les effets sur la nutrition.



06

L'équité alimentaire : une responsabilité collective

2014. Cheshire (Royaume-Uni).
Service d'un repas scolaire.
Photo : Cheshire East Council.



Nous devons lutter contre le fardeau persistant de la malnutrition de manière exhaustive

Le suivi systématique mis en place dans le cadre du *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* depuis six ans révèle une amélioration des résultats clés en matière de nutrition. Toutefois, les progrès demeurent trop lents pour atteindre les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025. Environ 149 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance, 49,5 millions sont émaciés, et 40,1 millions sont en surpoids, tandis que 677,6 millions d'adultes sont obèses. La population mondiale évolue considérablement depuis une quarantaine d'années et compte aujourd'hui beaucoup plus de personnes en surpoids ou obèses que de personnes en insuffisance pondérale, hormis dans certaines régions d'Afrique subsaharienne et d'Asie. Le fardeau de la malnutrition atteint un niveau inacceptable qui s'explique en partie par l'insuffisance criante de ressources déployées, les problèmes de mise en œuvre des politiques, programmes et interventions, ainsi que le manque de cohérence et de coordination entre les différents secteurs. Les mauvaises récoltes, la diminution de la production alimentaire et les phénomènes météorologiques extrêmes à l'origine d'inondations et de sécheresses renforcent l'insécurité alimentaire et la sous-alimentation chez les populations vulnérables.

Cela étant dit, on observe également une prise de conscience mondiale quant à la nécessité de remédier à la malnutrition de manière exhaustive, et non plus en se limitant à la seule question de la sous-alimentation. Plusieurs rapports publiés récemment mettent en lumière des initiatives visant à relever les défis de la nutrition, de l'alimentation et de la santé. Le rapport de la Commission EAT–Lancet sur les régimes alimentaires sains reposant sur des systèmes alimentaires durables souligne le lien entre les cibles de nutrition et la durabilité de l'environnement, le changement climatique ainsi que l'évolution notable vers des habitudes alimentaires saines. Il recommande en outre de mener de vastes actions multisectorielles et à plusieurs niveaux¹. L'*État de l'insécurité alimentaire dans le monde* (SOFI) 2019 met en évidence le besoin impérieux d'appliquer des politiques multisectorielles qui remédient aux inégalités à tous les niveaux². Les questions relatives à l'alimentation et à la nutrition des enfants (dans un contexte d'évolution rapide, et compte tenu de la nécessité de mettre en place des systèmes garantissant une alimentation nutritive, saine, abordable et durable) sont au centre du rapport

La situation des enfants dans le monde 2019 de l'UNICEF³. Le Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition (GLOPAN) publiera quant à lui un rapport sur les relations entre des régimes alimentaires sains et la durabilité de l'environnement en amont du Sommet de la nutrition pour la croissance qui se tiendra à Tokyo⁴. *The Lancet* a également publié récemment une série d'articles sur le double fardeau de la malnutrition qui analysent la coexistence de toutes les formes de malnutrition⁵. Le Rapport sur la nutrition mondiale vient soutenir ces efforts et vise à apporter sa contribution afin d'élargir les perspectives liées à cette problématique, en établissant un lien entre le potentiel humain, la croissance économique et la durabilité de l'environnement, d'une part, et un accès équitable à la nutrition et à la santé, d'autre part.

Nous devons adopter un programme en faveur de l'équité pour la mise en œuvre des actions en matière de nutrition

Ce rapport étudie les données ventilées selon des critères sociodémographiques et des éléments probants majeurs plutôt qu'en s'appuyant uniquement sur les moyennes nationales. Cette méthode révèle non seulement la lenteur des progrès réalisés depuis plusieurs dizaines d'années, mais aussi leur répartition inégale, ce qui se traduit par des résultats très hétérogènes. Ces inégalités sont imputables à un grand nombre de facteurs, notamment la zone géographique, la démographie, le sexe, l'âge, la situation économique et l'origine ethnique. On observe en outre des différences d'un pays à l'autre, au sein des pays, entre les groupes socioéconomiques et au sein des ménages. La reconnaissance et la promotion de l'équité doivent donc faire partie intégrante de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques en matière de nutrition.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* appelle à adopter un programme en faveur de l'équité afin de concevoir et de mener des actions relatives à la nutrition sous le prisme de la santé, dans le but de créer des environnements alimentaires propices aux régimes alimentaires sains, d'accroître et de cibler les financements, ainsi que de privilégier la collecte systématique et continue de données ventilées permettant d'orienter l'élaboration des politiques. Cette publication se fonde sur les conclusions de rapports récents et souligne l'importance de remédier au manque d'équité généralement synonyme de la mise en œuvre des

interventions nutritionnelles. Ainsi, elle présente des actions démontrables et fondées sur des données factuelles en vue d'assurer un accès équitable à la nutrition. Ce rapport insiste également sur la nécessité d'intégrer les interventions en faveur de la nutrition aux systèmes alimentaires et sanitaires, ainsi qu'à d'autres secteurs. Ces actions doivent aussi pouvoir s'appuyer sur une gouvernance et un environnement favorables à l'équité, de même que sur une allocation des ressources ciblant les populations souvent négligées.

Nous devons garantir l'équité alimentaire en agissant sur plusieurs fronts

Nous ne pourrions atteindre les objectifs de développement durable (ODD) et les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025 que si nous adoptons une approche globale et multidimensionnelle qui intègre les questions d'équité et veille à ce que les interventions viennent en aide à ceux qui en ont le plus besoin. Cette approche doit couvrir plusieurs secteurs et bénéficier de financements plus importants et ciblés, selon les principes décrits ci-après.

Une approche de la nutrition équitable et multisectorielle

La nutrition occupe une place centrale dans les objectifs de développement durable, puisque 12 ODD sur 17 comportent des indicateurs en lien avec la nutrition. L'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes contribuera à améliorer l'ensemble des résultats et aura des effets multiplicateurs significatifs sur les différents ODD. De la même manière, il est indispensable de faire progresser tous les ODD pour traiter les causes et les conséquences de la malnutrition. La prise en compte et l'inclusion proactives des actions, des objectifs et des indicateurs nutritionnels dans l'ensemble des ODD permettra d'élever la nutrition au rang de priorité transversale dans le programme de développement mondial et de favoriser la mobilisation à tous les niveaux. Outre des répercussions majeures sur la santé et l'économie, le fardeau mondial de la malnutrition a également une incidence néfaste sur l'environnement à l'échelle mondiale. Le changement climatique et les systèmes alimentaires sont intrinsèquement liés, c'est pourquoi il nous faut comprendre à la fois les effets des régimes alimentaires de mauvaise qualité sur l'environnement et l'impact du changement climatique sur l'agriculture. Les

futures recommandations sur les politiques à mener en faveur d'une nutrition optimale devront inclure la question de l'équité et tenir compte des effets potentiels sur l'environnement afin de traiter ces problématiques de manière simultanée. Cela implique de pouvoir compter sur une structure de gouvernance plus solide en matière de nutrition, y compris des mécanismes de gouvernance infranationaux et de coordination centralisée de haut niveau. Cette approche permettrait aussi de renforcer la participation et la responsabilité de tous les secteurs clés, à savoir la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement, l'alimentation, l'économie, la finance ou encore la planification.

La prise en charge nutritionnelle doit faire partie intégrante de la couverture sanitaire universelle pour garantir un accès à la nutrition véritablement équitable

Lors d'une session de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019, les dirigeants mondiaux ont signé une déclaration majeure sur la couverture sanitaire universelle. Celle-ci reconnaît que la sécurité alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments, une nutrition adaptée et durable, de même que des systèmes alimentaires résilients et sensibles à une nutrition diversifiée sont autant de facteurs essentiels à l'amélioration de la santé des populations⁶. Les dirigeants ont également souligné la nécessité d'allier une gouvernance de qualité, un leadership et un engagement politique durables au renforcement des capacités pour intégrer la nutrition dans le système de santé et favoriser la coordination et la coopération entre différents secteurs et à plusieurs niveaux de façon à venir en aide à ceux qui en ont le plus besoin.

En outre, l'intégration de la nutrition dans la couverture sanitaire universelle contribuera à assurer un accès équitable à un ensemble standard de services essentiels de nutrition universellement accessibles qui permettent d'améliorer la qualité des régimes alimentaires et de réduire l'incidence des maladies et, par conséquent, d'améliorer la santé de tous. Parmi les interventions pouvant être menées, on compte notamment l'optimisation des dossiers médicaux électroniques à des fins de dépistage et d'évaluation nutritionnels, la supplémentation en micronutriments, la promotion de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, ainsi que l'accompagnement ou le traitement de la malnutrition aiguë lorsque la prévention échoue.

Il est crucial d'adopter une approche des systèmes alimentaires axée sur l'équité pour garantir une alimentation saine, accessible et abordable pour tous

Une approche des systèmes alimentaires axée sur l'équité viserait à réduire les iniquités de production des aliments et d'accès à des régimes alimentaires sains au moyen de politiques alimentaires (dans les secteurs de l'agriculture, de l'aide alimentaire et des politiques fiscales), afin de contribuer à faire des aliments sains et produits de manière durable le choix le plus accessible, le plus abordable et le plus pratique pour tous. Les interventions axées sur la population susceptibles de venir en aide à des portions plus larges de la société et requérant peu d'efforts individuels ne devraient laisser personne de côté, en particulier les personnes au statut socioéconomique inférieur. Ces stratégies dites « en amont » se révèlent plus efficaces pour réduire les inégalités, les impacts les plus significatifs étant observés pour les interventions à volets multiples.

Les gouvernements peuvent et doivent mettre en place des réglementations pour prévenir les iniquités dans la mise en œuvre des interventions de nutrition. Ils peuvent également accorder des incitations d'ordre financier ou autre au secteur privé de façon à garantir l'accès de leur population à une alimentation saine, ainsi qu'à des informations et à une éducation suffisantes pour prendre des décisions éclairées. Les politiques budgétaires peuvent par exemple inclure des taxes sur les boissons sucrées et les produits ultra-transformés, des subventions pour les aliments sains, des programmes d'aide alimentaire, des labels nutritionnels situés sur la face avant des emballages, des campagnes médiatiques, des restrictions de commercialisation ou encore la reformulation des aliments en vue de favoriser des régimes alimentaires plus sains et de responsabiliser l'industrie agroalimentaire.

Il convient d'accroître les ressources et les allouer en priorité à ceux qui en ont le plus besoin

Les financements actuels des interventions nutritionnelles à forte incidence sont largement en deçà du niveau requis pour atteindre les cibles mondiales de nutrition. On déplore de surcroît un manque de financement croissant dans la lutte

contre la malnutrition liée au surpoids, à l'obésité et aux maladies non transmissibles (MNT). Il est indispensable d'accroître considérablement les investissements en faveur de la nutrition, à travers des financements nationaux octroyés par les gouvernements associés à une aide publique au développement et à d'autres dispositifs de financement, et de faire de l'équité une priorité en ciblant les pays et les populations qui en ont le plus besoin. Les gouvernements doivent se concentrer sur les priorités et les besoins des populations les plus vulnérables et les plus marginalisées en investissant dans des systèmes d'information fournissant des données ventilées à l'échelle infranationale et en allouant des financements à cette fin en fonction des besoins.

Le gouvernement du Japon devait accueillir le Sommet de la nutrition pour la croissance⁷ à Tokyo en 2020. Cet événement vise à mettre en lumière le rôle essentiel de la nutrition dans le développement durable et à obtenir des engagements politiques et financiers de la part des gouvernements, des donateurs, du secteur privé et d'autres acteurs pour remédier à la malnutrition sous toutes ses formes. Le Sommet a été reporté dans le contexte de la COVID-19, mais, lorsqu'il pourra se tenir, cet événement sera une occasion exceptionnelle d'agir pour remédier au manque d'équité, mobiliser de nouveaux investissements et obtenir des engagements pour vaincre la malnutrition. Concernant les engagements qui seront pris lors du Sommet de Tokyo, il conviendra de tenir compte de l'équité en ciblant les pays les plus touchés par la malnutrition et ceux qui sont moins à même d'allouer des ressources nationales aux programmes. Cela inclut notamment les États fragiles pour lesquels il est très compliqué, voire impossible, de mobiliser des recettes nationales importantes. Les pays peuvent maximiser l'impact des programmes grâce aux ressources mises à leur disposition en donnant la priorité aux interventions rentables et en ciblant les populations qui en ont le plus besoin.

Il est essentiel d'investir dans des systèmes de données et d'information ventilées

Il est essentiel de comprendre les facteurs d'inégalité des régimes alimentaires et les conséquences sanitaires associées en investissant davantage dans les systèmes de données et d'information ventilées afin de définir les priorités et de concevoir les politiques de manière éclairée. Les systèmes de suivi et de surveillance de santé publique liés à la nutrition doivent être établis de manière à évaluer systématiquement et continuellement des indicateurs nutritionnels détaillés afin d'étayer les politiques et les actions de prévention.

Tous les secteurs doivent se mobiliser et s'engager à agir

Les nombreuses formes de malnutrition s'entremêlent tout au long de la vie et entre les différentes générations. Par conséquent, il est impossible de remédier à la sous-alimentation, dont le niveau reste élevé, tout en endiguant la progression mondiale de l'obésité ainsi que d'autres MNT liées au régime alimentaire en s'appuyant sur un seul système. La lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes requiert un engagement actif dans et entre une série de secteurs et de systèmes afin de générer de meilleurs résultats à tous les niveaux et de soutenir en parallèle la réalisation des objectifs sectoriels.

Santé : le système de santé peut permettre de promouvoir une alimentation plus saine, mais également de prévenir et de traiter la malnutrition, en se concentrant aussi bien sur les résultats en matière de santé maternelle et infantile que sur les MNT liées au régime alimentaire. L'inclusion de services de nutrition de qualité dans les services de santé essentiels universellement accessibles peut véritablement permettre de combler le manque d'équité en matière de nutrition. Il est également crucial de renforcer les capacités du personnel intervenant dans le domaine de la nutrition pour garantir une prise en charge nutritionnelle équitable et de qualité. La mise en œuvre d'interventions nutritionnelles efficaces et rentables dans le cadre de nos systèmes de santé permettrait d'améliorer les habitudes alimentaires, de sauver des vies et de réduire les dépenses de santé.

Alimentation : l'adoption d'une approche des systèmes alimentaires tenant compte de la question de l'équité et favorisant des régimes alimentaires sains contribuerait à combler le manque d'équité et à améliorer la disponibilité, l'accessibilité et les coûts des aliments dans les environnements alimentaires locaux. Il est nécessaire d'associer différentes stratégies et interventions afin de rendre les régimes alimentaires plus sains, plus durables d'un point de vue environnemental et plus équitables pour tous. Les interventions doivent notamment cibler les environnements alimentaires, l'agriculture et l'offre de produits alimentaires. En outre, les parties prenantes, à savoir les pouvoirs publics, l'industrie agroalimentaire, les consommateurs et la société civile, peuvent influencer sur le système alimentaire à travers différents leviers d'action.

Éducation et information : l'amélioration de la nutrition a une incidence extrêmement positive sur les capacités cognitives et les performances physiques des enfants, et donc sur leur réussite scolaire. La qualité des programmes d'alimentation scolaire joue un rôle important pour remédier à la sous-alimentation, veiller à ce que les enfants ne soient pas trop exposés à des aliments favorisant l'obésité, assurer un revenu aux agriculteurs, encourager les enfants à continuer d'aller à l'école et les aider à améliorer leurs résultats scolaires. Les écoles peuvent aussi sensibiliser les enfants à l'importance de manger sainement, de pratiquer une activité physique et d'adopter de meilleures pratiques d'hygiène afin de les aider à faire des choix bénéfiques pour leur santé. Qui plus est, améliorer l'accès à l'éducation continue a également des effets à long terme sur l'état nutritionnel des générations futures. D'autres initiatives, comme les campagnes médiatiques et les restrictions de commercialisation, jouent également un rôle d'information et d'éducation essentiel auprès des communautés.

Secteur privé : aucune action n'a le pouvoir de répondre seule à la complexité du système alimentaire ; c'est pourquoi toutes les parties prenantes doivent se coordonner grâce à des approches complémentaires et concertées afin d'offrir des aliments sains et nutritifs. L'industrie agroalimentaire, qui est principalement gérée par le secteur privé, est de toute évidence un maillon essentiel de la chaîne d'approvisionnement alimentaire. D'un côté, on constate que les acteurs du privé se sont à plusieurs reprises opposés à la mise en œuvre de politiques en faveur d'une alimentation saine. Au vu de l'ampleur et du pouvoir politique de ce secteur, ce lobbying peut avoir une influence très négative et mérite que l'on s'y attarde. D'un autre côté, ce secteur présente des capacités importantes en matière d'innovation, de résolution de problèmes et de marketing qui pourraient se révéler très utiles pour développer, produire et commercialiser des aliments sains de manière durable et équitable. C'est désormais aux consommateurs d'impulser la demande en faveur de ces aliments, ainsi qu'aux gouvernements d'adopter des réglementations ambitieuses. Les pouvoirs publics doivent non seulement renforcer les dispositifs et cadres réglementaires exempts de conflits d'intérêts afin de contraindre l'industrie agroalimentaire à rendre des comptes, mais ils ont aussi un rôle à jouer pour promouvoir les pratiques alimentaires saines et nutritives grâce à une communication et à des campagnes publiques adaptées ainsi qu'en rendant les environnements alimentaires plus sains.

Les gouvernements, le secteur privé et la société civile doivent prendre conscience des corrélations entre les différents ODD en vue de tirer parti des investissements réalisés, des engagements pris et des actions menées par chaque secteur. La société civile doit bénéficier d'une légitimité, d'une marge de manœuvre et d'un soutien accru. Il faut en outre responsabiliser le secteur privé et renforcer la transparence des processus politiques menés par les gouvernements en faveur d'environnements alimentaires plus sains. Enfin, la société doit défendre l'intérêt général et réinvestir dans l'action collective.

Nous devons prendre des engagements SMART pour responsabiliser les différents acteurs

Le Sommet de la nutrition pour la croissance qui se tiendra à Tokyo sera l'occasion de rationaliser les mesures visant à accroître la responsabilité dans le domaine de la nutrition et de mutualiser les ressources des programmes existants afin d'obtenir des résultats communs. Pour ce faire, l'implication des autorités publiques, des organisations de la société civile et du secteur privé est primordiale. Cet événement devra mettre en lumière les tendances et les obstacles au financement en faveur de la nutrition et veiller à ce que les engagements pris soient judicieusement ciblés et demeurent pertinents pour les zones et les populations qui en ont le plus besoin. La stratégie de responsabilisation mise au point en amont du Sommet de Tokyo devra garantir que les parties prenantes de la nutrition prennent des engagements ambitieux et SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis)⁸ et qu'elles rendent des comptes au regard de ces engagements.

Nous devons agir maintenant

L'année 2020 marque l'entrée dans la deuxième moitié de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition, qui vise à prévenir toutes les formes de malnutrition éradiquer la faim dans le monde. Il ne reste donc plus que 5 ans pour atteindre les cibles mondiales de nutrition et plus que dix ans pour mener à bien le Programme de développement durable à l'horizon 2030. L'accélération des progrès dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025 repose sur les conditions suivantes :

- Des données plus détaillées et un travail collaboratif pour repérer et cibler les iniquités dans des situations où la prévalence de la malnutrition est élevée.
- Le renforcement de la gouvernance en matière de nutrition à l'échelle mondiale et une mobilisation accrue des différents acteurs.
- L'intégration complète de la dimension nutritionnelle dans la couverture sanitaire universelle.
- La réforme des systèmes alimentaires.

Ce sont autant d'éléments qui nécessitent d'accroître les financements.

Les dirigeants mondiaux doivent prendre des engagements ambitieux en faveur de la nutrition pour permettre à chacun de survivre et de prospérer. Dans cette optique et pour ne laisser personne de côté, il convient de prendre des mesures dans quatre domaines clés : la collecte, l'analyse et la communication de données sur la nutrition sensibles à l'équité ; l'utilisation d'un ensemble plus large de données factuelles sur l'équité ; des environnements, des services et des interventions propices à l'équité afin de remédier aux déterminants sociaux de la malnutrition ; ainsi qu'une gouvernance et des financements qui intègrent l'équité. La malnutrition est l'affaire de tous : chaque pays y est confronté d'une manière ou d'une autre. C'est l'un des principaux défis mondiaux auxquels nous devons faire face ; mais, ensemble, en unissant nos efforts, nous pouvons le relever.

ANNEXE 1 : INDICATEURS NUTRITIONNELS

Le Rapport sur la nutrition mondiale utilise les indicateurs suivants pour suivre les progrès réalisés dans la lutte contre la malnutrition.

Allaitement maternel exclusif	Nourrissons de 0 à 5 mois nourris exclusivement au lait maternel la veille.
Anémie chez les femmes	Femmes enceintes ayant un niveau d'hémoglobine inférieur à 110 grammes par litre au niveau de la mer. Femmes non enceintes ayant un niveau d'hémoglobine inférieur à 120 grammes par litre au niveau de la mer.
Apport en sel	Consommation moyenne de sel/sodium chez les adultes âgés de 25 ans et plus, exprimée en grammes par jour.
Diabète chez l'adulte	Adultes âgés de 18 ans et plus ayant une glycémie à jeun supérieure ou égale à 7 mmol/l, suivant un traitement contre l'hyperglycémie ou présentant des antécédents de diabète.
Diversité alimentaire minimale	Enfants âgés de 6 à 23 mois ayant bénéficié la veille d'une diversité alimentaire minimale.
Émaciation chez l'enfant	Enfants âgés de 0 à 59 mois dont l'indice poids-taille est inférieur de plus de deux écarts types à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS (émaciation modérée à sévère).
Fréquence minimale des repas	Enfants âgés de 6 à 23 mois ayant bénéficié la veille d'une fréquence minimale de repas.
Hypertension artérielle	Adultes âgés de 18 ans et plus présentant une hypertension artérielle : tension systolique et/ou diastolique $\geq 140/90$ mmHg.
Insuffisance pondérale à la naissance	Naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2 500 grammes.
Insuffisance pondérale chez l'adolescent	Enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans dont l'IMC est inférieur de plus d'un écart-type à la médiane des normes de croissance définies par l'OMS pour les enfants et les adolescents en âge d'être scolarisés.

Insuffisance pondérale chez l'adulte	Adultes âgés de 18 ans et plus présentant un IMC égal ou inférieur à 18,5 kg/m ² .
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous	Nourrissons de 6 à 8 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous la veille.
Minimum alimentaire acceptable	Enfants âgés de 6 à 23 mois ayant bénéficié la veille d'un minimum alimentaire acceptable (hors lait maternel).
Mise au sein précoce	Enfants nés dans les 24 derniers mois mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance.
Obésité chez l'adolescent	Enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans dont l'IMC est supérieur de plus de deux écarts types à la médiane des normes de croissance définies par l'OMS pour les enfants et les adolescents en âge d'être scolarisés.
Obésité chez l'adulte	Adultes âgés de 18 ans et plus présentant un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m ² .
Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 1 an	Enfants âgés de 12 à 15 mois nourris au lait maternel.
Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 2 ans	Enfants âgés de 20 à 23 mois nourris au lait maternel.
Retard de croissance chez l'enfant	Enfants âgés de 0 à 59 mois dont l'indice taille-âge est inférieur de plus de deux écarts types à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS (retard de croissance modéré à sévère).
Surpoids chez l'adolescent	Enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans dont l'IMC est supérieur de plus d'un écart-type à la médiane des normes de croissance définies par l'OMS pour les enfants et les adolescents en âge d'être scolarisés.
Surpoids chez l'adulte	Adultes âgés de 18 ans et plus présentant un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m ² .
Surpoids chez l'enfant	Enfants âgés de 0 à 59 mois dont l'indice poids-taille est supérieur de plus de deux écarts types à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS (surpoids modéré à sévère).

ANNEXE 2 : ÉVALUATION DES PROGRÈS ACCOMPLIS PAR RAPPORT AUX CIBLES MONDIALES DE NUTRITION

Le Rapport sur la nutrition mondiale permet de comparer les progrès réalisés aux niveaux national et international à l'égard des cibles mondiales de nutrition, en s'appuyant sur les dernières données disponibles.

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

Afin de déterminer si un pays est « en bonne voie » ou « en mauvaise voie » d'atteindre la cible visant à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, des estimations de la prévalence sont associées à des informations sur les taux de variation. La cible est alors appliquée au niveau national en partant de l'hypothèse selon laquelle tous les pays enregistreront une réduction relative semblable¹.

Les estimations modélisées de l'anémie sont produites par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)² ; les estimations de l'insuffisance pondérale à la naissance sont calculées par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'OMS³ ; et les estimations de l'allaitement maternel exclusif sont produites par l'UNICEF⁴. Les estimations de la prévalence nationale en matière de malnutrition infantile font l'objet d'un rapport annuel intitulé *Estimations conjointes de la malnutrition infantile*, élaboré par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale⁵.

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. Le Rapport sur la nutrition mondiale s'appuie sur les règles de suivi et de classification des progrès enregistrés dans la réalisation des six cibles de nutrition, proposées par le Groupe consultatif d'experts techniques de l'OMS/UNICEF sur la surveillance de la nutrition (TEAM). 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 nutrition⁶.

Au niveau national comme international, 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). Deux estimations du TRAM sont calculées : le TRAM requis, qui représente la valeur nécessaire pour qu'un pays atteigne la cible mondiale entre l'année de référence et 2025, et le TRAM actuel, qui reflète le niveau réel de réalisation d'un pays à partir des données disponibles entre l'année de référence et l'année la plus récente. Le TRAM requis, le TRAM actuel et la prévalence actuelle sont utilisés pour déterminer si le pays étudié est en bonne ou en mauvaise voie pour chaque indicateur (tableau A2).

En plus des critères spécifiés dans le tableau A2, des critères d'évaluation et des éléments supplémentaires doivent être pris en compte.

- Retard de croissance, émaciation, surpoids et allaitement maternel exclusif : pour pouvoir évaluer les progrès accomplis récemment, les pays doivent avoir au moins deux points de données provenant d'une enquête représentative conduite à l'échelle nationale depuis 2008, dont un pris après 2012 en vue de refléter la situation ultérieure à la période de référence.
- Si les pays ne disposent d'aucune donnée ultérieure à la période de référence (2012), l'évaluation est réservée jusqu'à ce que des données ultérieures à la période de référence soient disponibles.
- La publication d'estimations représentatives au niveau national tous les trois ans environ aide au suivi efficace des progrès et contribue à la fiabilité des évaluations.

TABLEAU A2

Méthode de suivi des progrès des pays dans la réalisation des cibles de nutrition

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

Source : Groupe consultatif d'experts techniques de l'OMS/UNICEF sur la surveillance de la nutrition. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Genève : OMS, UNICEF, 2019 ; New York, 2017.

Remarques : *TRAM requis calculé sur la base du taux de variation de la prévalence du retard de croissance correspondant à une réduction de 40 % du nombre d'enfants présentant un retard de croissance entre 2012 et 2025, en tenant compte de la croissance démographique estimée (à partir des Perspectives de la population mondiale de l'ONU). **TRAM requis calculé sur la base d'une réduction de 50 % de la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer entre 2012 et 2025. *TRAM requis calculé sur la base d'une réduction de 30 % de la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance entre 2012 et 2025. **TRAM requis calculé sur la base d'une réduction de 30 % du taux d'allaitement maternel non exclusif entre 2012 et 2025.

Cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire

Le Cadre mondial de suivi de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT) a été adopté en 2013 par l'Assemblée mondiale de la Santé afin d'assurer la mise en œuvre effective du Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT, et de suivre les progrès accomplis en matière de prévention et de maîtrise des MNT à l'échelle mondiale. Ce cadre comprend neuf cibles volontaires dont le suivi est assuré à l'aide de 25 indicateurs relatifs à la mortalité et à la morbidité liées aux MNT et aux facteurs de risque associés. L'objectif global consiste à réduire de 25 % la mortalité précoce due aux MNT d'ici à 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 ». Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2018* a permis le suivi des cibles consistant à réduire de 30 % l'apport en sel/sodium dans la population (**cible 4**), et de 25 % la prévalence de l'hypertension artérielle (**cible 6**).

Les progrès accomplis par les pays dans la réalisation des cibles de réduction de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'obésité sont mesurés à partir des estimations modélisées et des probabilités calculées par le réseau NCD Risk Factor Collaboration⁷. Ces progrès sont qualifiés comme étant « en bonne voie » si la probabilité d'atteindre la cible d'ici à 2025 est au moins égale à 0,50, ou « en mauvaise voie » si cette probabilité est inférieure à 0,50 ; la qualification « quelques progrès » n'est pas utilisée dans le cadre des cibles relatives aux MNT. Les progrès réalisés à l'échelle mondiale sont évalués de la même manière afin de déterminer la probabilité de réalisation des cibles.

Les progrès relatifs à la réduction de la consommation de sel ne sont pas évalués au niveau national. Toutefois, en s'appuyant sur les estimations de l'étude intitulée « The Global Burden of Disease » (IHME)⁸, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* estime le TRAM actuel à 0,2 %. Ce chiffre est très nettement inférieur au TRAM requis de 2,4 % pour atteindre la cible mondiale en matière de réduction de la consommation de sel à l'horizon 2025.

ANNEXE 3 : PAYS EN VOIE D'ATTEINDRE LES CIBLES MONDIALES DE NUTRITION À L'HORIZON 2025

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2020* rend compte des progrès réalisés par les pays dans la réalisation de huit des dix cibles mondiales de nutrition 2025 : anémie, insuffisance pondérale à la naissance, allaitement maternel exclusif, retard de croissance chez l'enfant, émaciation chez l'enfant, surpoids chez l'enfant (dont obésité), obésité chez l'adulte (hommes et femmes) et diabète chez l'adulte (hommes et femmes). Sur les dix cibles mondiales de nutrition fixées à l'horizon 2025, deux n'ont pas été évaluées à l'échelle nationale (la consommation de sel et l'hypertension artérielle) en raison du manque de projections comparables.

Notre évaluation s'appuie sur les meilleures données disponibles de 194 pays extraites de sources diverses. Pour en savoir plus sur les méthodes et les sources utilisées afin d'évaluer les progrès enregistrés vers la réalisation des différentes cibles, veuillez vous reporter à l'annexe 2.

Le tableau A3 présente en détail les pays qui sont en bonne voie pour atteindre une, deux, trois ou quatre cibles, ou aucune, quatre étant le nombre maximal de cibles pouvant être atteint par les pays. Il convient de noter que la disponibilité et la qualité des données varient selon les indicateurs, en raison des différentes méthodes de modélisation et méthodologies utilisées. Ainsi, il est possible que certains pays aient enregistré des progrès dans la réalisation des cibles, mais que ces derniers ne soient pas reflétés dans ces analyses. Par exemple, les données relatives aux indicateurs relatifs à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, à l'exception de ceux relatifs à l'anémie et à l'insuffisance pondérale à la naissance, sont tirées d'études couvrant principalement les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, ce qui fausse le tableau. Tous les pays disposent de données sur l'anémie, l'insuffisance pondérale à la naissance et les cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire. Toutefois, celles-ci étant fondées sur des estimations modélisées, elles peuvent ne pas refléter fidèlement la situation réelle au niveau national.

TABLEAU A3

Pays en voie d'atteindre les cibles mondiales de nutrition

EN BONNE VOIE POUR 0 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
88	50	35	13	8
Afghanistan	Allemagne	Afrique du Sud	Chili	Albanie
Algérie	Andorre	Australie	El Salvador	Arménie
Antigua-et-Barbuda	Angola	Bangladesh	État de Palestine	Belize
Arabie saoudite	Autriche	Belgique	Finlande	Eswatini
Argentine	Azerbaïdjan	Bolivie (État plurinational de)	Ghana	Kenya
Bahamas	Bosnie-Herzégovine	Burkina Faso	Islande	Mexique
Bahreïn	Brunei Darussalam	Burundi	Kazakhstan	République populaire démocratique de Corée
Barbade	Cameroun	Chine	Koweït	Sao Tomé-et-Principe
Bélarus	Canada	Côte d'Ivoire	Lesotho	
Bénin	Congo	Danemark	Pérou	
Bhoutan	Équateur	Égypte	Rwanda	
Botswana	Espagne	États-Unis d'Amérique	Serbie	
Brésil	Estonie	Guatemala	Suède	

TABLEAU A3 SUITE

EN BONNE VOIE POUR 0 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
88	50	35	13	8
Bulgarie	France	Guinée-Bissau		
Cabo Verde	Gambie	Guyana		
Cambodge	Guinée	Haïti		
Chypre	Îles Salomon	Kirghizistan		
Colombie	Indonésie	Malawi		
Comores	Israël	Mongolie		
Costa Rica	Italie	Myanmar		
Croatie	Jamaïque	Nauru		
Cuba	Japon	Norvège		
Djibouti	Lettonie	Ouganda		
Dominique	Libéria	Pakistan		
Émirats arabes unis	Lituanie	Paraguay		
Érythrée	Luxembourg	République démocratique du Congo		
Éthiopie	Malaisie	République-Unie de Tanzanie		
Fédération de Russie	Mali	Sierra Leone		
Fidji	Malte	Singapour		
Gabon	Mauritanie	Tadjikistan		
Géorgie	Monténégro	Thaïlande		
Grèce	Népal	Turkménistan		
Grenade	Niger	Turquie		
Guinée équatoriale	Nigéria	Vanuatu		
Honduras	Pays-Bas	Zimbabwe		
Hongrie	Pologne			
Îles Marshall	Portugal			
Inde	République de Corée			
Iran (République islamique d')	République dominicaine			
Iraq	Saint-Marin			
Irlande	Samoa			
Jordanie	Sénégal			
Kiribati	Soudan			
Liban	Sri Lanka			
Libye	Suisse			
Liechtenstein	Tchad			
Madagascar	Timor-Leste			
Maldives	Togo			
Maroc	Viet Nam			
Maurice	Zambie			
Micronésie (États fédérés de)				
Monaco				
Mozambique				
Namibie				
Nicaragua				

TABLEAU A3 SUITE

EN BONNE VOIE POUR 0 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
88	50	35	13	8
Nouvelle-Zélande				
Oman				
Ouzbékistan				
Palaos				
Panama				
Papouasie- Nouvelle-Guinée				
Philippines				
Qatar				
République arabe syrienne				
République centrafricaine				
République de Macédoine du Nord				
République de Moldova				
République démocratique populaire lao				
Roumanie				
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord				
Sainte-Lucie				
Saint-Kitts-et-Nevis				
Saint-Vincent-et- les-Grenadines				
Seychelles				
Slovaquie				
Slovénie				
Somalie				
Soudan du Sud				
Suriname				
Tchéquie				
Tonga				
Trinité-et-Tobago				
Tunisie				
Tuvalu				
Ukraine				
Uruguay				
Venezuela (République bolivarienne du)				
Yémen				

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 2019 ; UNICEF/OMS/Banque mondiale, « Joint Child Malnutrition Estimates Expanded Database: Stunting, Wasting and Overweight » (mars 2019, New York) ; réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2019 ; Observatoire mondial de la Santé de l'OMS, 2019 ; et *Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015*, UNICEF-OMS, 2019.

Remarques : évaluation basée sur 194 pays. Les enfants sont âgés de moins de 5 ans, et les cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire portent sur les adultes de 18 ans et plus. Les méthodologies utilisées pour le suivi des progrès diffèrent d'une cible à l'autre. Voir les définitions des indicateurs à l'annexe 1. Voir la présentation détaillée des données et des méthodes utilisées pour évaluer les progrès dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'annexe 2.

NOTES

Chapitre 1

- 1 Afshin, *et al.*, « Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet*, 393(10184), 2019 p. 1958–72.
- 2 FAO, *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde*, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fao.org/3/ca5249fr/ca5249fr.pdf>.
- 3 Réseau de sécurité alimentaire, *Global report on food crisis*. 2019 Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://reliefweb.int/report/world/global-report-food-crisis-2019>.
- 4 Ng M., Fleming T., Robinson M., *et al.*, « Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 », *The Lancet* 384(9945), 2014. Disponible en anglais à l'adresse suivante : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60460-8/fulltext).
- 5 Cibles mondiales 2025 pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/fr/>.
- 6 Cibles mondiales volontaires relatives aux quatre MNT principales. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://www.who.int/beat-ncds/take-action/targets/en/>.
- 7 Rapport sur la nutrition mondiale – Profils nutritionnels des pays (en anglais). Disponible à l'adresse suivante : <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/>.
- 8 Comité des politiques de développement des Nations Unies, *Leaving no one behind*, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2754713_July_PM_2_Leaving_no_one_behind_Summary_from_UN_Committee_for_Development_Policy.pdf.
- 9 Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Résolution des Nations Unies adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. 70/1.
- 10 Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition. Consulter la page suivante : <https://www.un.org/nutrition/fr>.
- 11 Development Initiatives, *Rapport sur la nutrition mondiale 2017 : la nutrition au service des ODD*, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://globalnutritionreport.org/reports/2017-global-nutrition-report/>.
- 12 Norheim O. F. et Asada Y., « The ideal of equal health revisited: definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice ». *International Journal for Equity in Health*, 8:40, 2009. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19922612 ; UNSCN, « Advancing equity, equality and non-discrimination in food systems: pathways to reform ». UNSCN News 43, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.unscn.org/en/Unscn-news?idnews=1838.
- 13 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.
- 14 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.
- 15 Pour une version actualisée, consulter la page suivante : *La situation des enfants dans le monde*, 2019. New York : UNICEF, p. 97.
- 16 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.

-
- 17 Pour une version actualisée, consulter la page suivante : *La situation des enfants dans le monde, 2019*. New York : UNICEF, p. 97.
- 18 « L'OCDE définit la fragilité comme la conjonction d'une exposition à des risques et d'une capacité insuffisante de l'État, du système et/ou des populations locales de gérer, d'absorber ou d'atténuer ces risques. La fragilité peut avoir des conséquences dommageables comme la violence, la déliquescence des institutions, des déplacements, des crises humanitaires ou d'autres situations d'urgence. » La fragilité peut également être considérée sous le prisme des interactions multiples entre les différentes formes de fragilité, y compris le Cadre de l'OCDE sur la fragilité : fragilité économique, environnementale, politique, de sécurité et sociétale (OCDE, *États de fragilité 2016 : comprendre la violence*, 2016. Disponible à l'adresse suivante : https://www.oecd-ilibrary.org/development/etats-de-fragilite-2016_9789264269996-fr).
- 19 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/ ; Baker Phillip, Hawkes Corinna, Wingrove Kate, *et al.*, « What drives political commitment for nutrition? A review and framework synthesis to inform the United Nations Decade of Action on Nutrition », *BMJ Global Health* 3(1): e000485, 2018.
- 20 Phumzile Mlambo-Ngcuka, « Opening remarks by UN Women Executive Director at the 62nd session of the UN Commission on the Status of Women », 2018.
- 21 PNUD, *What does it mean to leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/what-does-it-mean-to-leave-no-one-behind-.html.
- 22 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/, p. 50-59.
- 23 PNUD, *What does it mean to leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/what-does-it-mean-to-leave-no-one-behind-.html.
- 24 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/, p. 50-59 ; Barros F.C., Victora C.G., Scherpbier R. *et al.*, « Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries ». *Revista de Saúde Pública*, 2010, 44(1): p. 1-16.
- 25 Campbell J., Hirnschall G. et Magar V., « Mettre un terme à la discrimination dans les établissements de soins ». Commentaires. Genève : l'Organisation mondiale de la Santé, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news-room/commentaries/detail/ending-discrimination-in-health-care-settings>.
- 26 PNUD, *What does it mean to leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/what-does-it-mean-to-leave-no-one-behind-.html, p. 13-14.
- 27 Thow, A. M., et Nisbett, N., « Trade, nutrition, and sustainable food systems ». *The Lancet*, 2019, 394(10200): p. 716-18.
- 28 Hagensars, L. L., Jeurissen, P. P. T., et Klazinga, N.S., « The taxation of unhealthy energy-dense foods (EDFs) and sugar-sweetened beverages (SSBs): an overview of patterns observed in the policy content and policy context of 13 case studies ». *Health Policy*, 2017, 121(8): p. 887-94. (doi:10.1016/j.healthpol.2017.06.011) ; Swinburn, B.A., Kraak, V.I., Allender, S., *et al.*, « The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report ». *The Lancet*, 2019, 393(10173): p. 791-846.
- 29 PNUD, *What does it mean to leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/what-does-it-mean-to-leave-no-one-behind-.html, p. 14.

-
- 30 Barros, F. C., Victora, C. G., Scherpbier, R., et al., « Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries ». *Revista de Saúde Pública*, 2010, 44(1): p. 1–16 ; Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, 2008. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.
- 31 Irish Aid, *A better world. Ireland's policy for international development*, 2019.
- 32 Hawkes, C., et Halliday, J., *What makes urban food policy happen? Insights from five case studies*. Panel international d'experts sur les systèmes alimentaires durables, 2017.
- 33 Brighton and Hove Food Partnership, Brighton and Hove Connected, Community Works, the Living Coast, Brighton and Hove National Health Service Clinical Commission Group, Brighton and Hove City Council, *Brighton and Hove Food Strategy Action Plan – 2018–2023*.
- 34 Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., et al., « The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report ». *The Lancet*, 2019, 393(10173): p. 791–846.
- 35 Consulter la page suivante : <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
- 36 *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, adopté lors du Sommet des Nations Unies sur le développement durable, le 25 septembre 2015. Disponible à l'adresse suivante : https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F.
- 37 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/, p. 2.
- 38 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.
- 39 Consulter la page suivante: www.gov.uk/dfid-research-outputs/thinking-and-working-politically-gsdrc-professional-development-reading-pack-no-13.
- 40 Résumé dans Gillespie, et al., « The politics of reducing malnutrition: building commitment and accelerating progress ». *The Lancet*, 2014, 382(9891), p. 552–69 ; Nisbett, et al., « What drives and constrains effective leadership in tackling child undernutrition? Findings from Bangladesh, Ethiopia, India and Kenya ». *Food Policy*, 53, mai 2015, p. 33–45 ; et Baker, et al., « Addressing trade policy as a macro-structural determinant of health: The role of institutions and ideas ». *Global Social Policy*, 2018, 18(1), p : 94–101.
- 41 Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, *Rapport sur la nutrition mondiale 2015 : mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition et de développement durable*. « Chapitre 9 – Évaluer si l'engagement a été respecté ». Washington, DC : Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, 2015.
- 42 FAO, *Right to food: lessons learnt in Brazil*, 2007. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.fao.org/3/a-a1331e.pdf.
- 43 <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=2&sublinkid=967&lid=587>
- 44 Smith, L. C., et Haddad, L., « Reducing child undernutrition: past drivers and priorities for the post-MDG era ». *World Development*, 2015, volume 68 : p. 180–204. Les auteurs se sont appuyés sur les indicateurs du Guide international des risques pays (ICRG) publié par le Political Risk Services Group en 2013. Un ensemble d'indicateurs similaires est présenté dans le projet relatif aux Indicateurs mondiaux de la gouvernance de la Banque mondiale (disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://info.worldbank.org/governance/wgi/>).
- 45 ONU-Femmes, Women Count et le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, *Progress on the Sustainable Development Goals. The Gender Snapshot 2019*, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2019/09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2019.

-
- 46 ONU-Femmes, Women Count et le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, *Progress on the Sustainable Development Goals. The Gender Snapshot 2019*, 2019. Disponible en anglais à l'adresse www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2019/09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2019.
 - 47 Bhutta, *et al.*, « Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? », *The Lancet*, 2013, 382(9890), p. 452–77.
 - 48 Ruel, *et al.*, « Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? » *The Lancet*, 2013, 382(9891).
 - 49 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.
 - 50 Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.
 - 51 Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., *et al.*, « The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report ». *The Lancet*, 2019, 393(10173): p. 791–846.
 - 52 Comité de la sécurité alimentaire mondiale. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fao.org/cfs/cfs-home/fr/>.
 - 53 Mouvement pour le renforcement de la nutrition. Disponible à l'adresse : <https://scalingupnutrition.org/fr/>.
 - 54 ONU Climat, Conférence des Parties. Disponible à l'adresse suivante : <https://unfccc.int/fr>.
 - 55 Consulter la page suivante : <https://scalingupnutrition.org/fr/pays-sun/a-propos-des-pays-sun/>.
 - 56 La présente édition du Rapport sur la nutrition mondiale s'appuie sur les dernières données disponibles au moment où l'analyse a été menée.

Chapitre 2

- 1 Rapport sur la nutrition mondiale – Profils nutritionnels des pays (en anglais). Disponible à l'adresse suivante : <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/>.
- 2 Rapport sur la nutrition mondiale – Profils nutritionnels des pays (en anglais). Disponible à l'adresse suivante : <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/>.
- 3 Rapport sur la nutrition mondiale – Profils nutritionnels des pays (en anglais). Disponible à l'adresse suivante : <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/>.
- 4 L'OMS définit le « double fardeau » comme la coexistence, tout au long de la vie, de la sous-alimentation et de la surcharge pondérale, de l'obésité ou de maladies non transmissibles liées à l'alimentation, chez les individus et au sein des ménages et des populations. Pour plus d'informations, voir : « The double burden of malnutrition », *Lancet series*, décembre 2019. Disponible à l'adresse : www.thelancet.com/series/double-burden-malnutrition.
- 5 OCDE, *États de fragilité 2018*. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd.org/fr/developpement/etats-de-fragilite-2018-9789264308916-fr.htm>.
- 6 L'émaciation est une forme de malnutrition aiguë. Dans les contextes d'urgence humanitaire, on signale généralement la prévalence de la malnutrition aiguë globale, qui inclut à la fois l'émaciation et l'œdème bilatéral prenant le godet, plutôt que la prévalence de l'émaciation seule. Cependant, le terme « émaciation » est souvent employé pour désigner la malnutrition aiguë globale.
- 7 Manuel relatif aux situations d'urgence du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Disponible à l'adresse : <https://emergency.unhcr.org/entry/32604/acute-malnutrition-threshold>.
- 8 OMS, *The management of nutrition in major emergencies*. OMS, Genève, 2000 ; De Onis M., Borghi E., Arimond M. *et al.*, « Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years », *Public Health Nutrition*, 22:1, p. 175–179, 2019. DOI : 10.1017/S1368980018002434.

-
- 9 Young H. et Marshak A., « Persistent global acute malnutrition », Friedman School of Nutrition Science and Policy, Université Tufts, 2018 ; cadre 2018 de l'OCDE sur la fragilité – approche multidimensionnelle visant à mesurer l'ampleur de la fragilité des différents pays. Elle s'articule autour de cinq domaines clés : la fragilité politique, sociétale, économique, environnementale et sécuritaire. Les risques renvoient aux facteurs susceptibles d'influer sur la position attendue des pays dans le cadre de chacun de ces domaines. Les pays se voient attribuer des scores pour chaque domaine en fonction de ces risques, et ces scores sont ensuite combinés pour former une note globale de fragilité des pays (www3.compareyourcountry.org/states-of-fragility/about/0/).
 - 10 L'émaciation est une forme de malnutrition aiguë. Dans les contextes d'urgence humanitaire, on signale généralement la prévalence de la malnutrition aiguë globale, qui inclut à la fois l'émaciation et l'œdème bilatéral prenant le godet, plutôt que la prévalence de l'émaciation seule. Cependant, le terme « émaciation » est souvent employé pour désigner la malnutrition aiguë globale.
 - 11 Cadre 2018 de l'OCDE sur la fragilité – approche multidimensionnelle visant à mesurer l'ampleur de la fragilité des différents pays. Elle s'articule autour de cinq domaines clés : la fragilité politique, sociétale, économique, environnementale et sécuritaire. Les risques renvoient aux facteurs susceptibles d'influer sur la position attendue des pays dans le cadre de chacun de ces domaines. Les pays se voient attribuer des scores pour chaque domaine en fonction de ces risques, et ces scores sont ensuite combinés pour former une note globale de fragilité des pays (www3.compareyourcountry.org/states-of-fragility/about/0/).
 - 12 *Rapport sur la nutrition mondiale 2018 : sensibiliser pour stimuler l'action en matière de nutrition*. Development Initiatives, Chapitre 2, « Le fardeau de la nutrition mondiale ». Disponible à l'adresse : https://globalnutritionreport.org/documents/452/Chapitre_2_2018_Rapport_sur_la_Nutrition_Mondiale.pdf.
 - 13 Cyril S., Oldroyd J. C. et Renzaho A., « Urbanisation, urbanicity, and health: a systematic review of the reliability and validity of urbanicity scales », *BMC Public Health*, 13, article n° 513, 2013. Disponible à l'adresse : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-513>.
 - 14 Le niveau d'instruction de la mère est qualifié de « supérieur » (enseignement secondaire ou études supérieures) ou d'« inférieur » (aucune éducation formelle ou uniquement un enseignement primaire).
 - 15 Tous les chiffres sont arrondis à la première décimale, mais les écarts sont calculés à partir des chiffres non arrondis. Par conséquent, l'écart arrondi à la première décimale peut différer de celui entre les deux chiffres arrondis.
 - 16 Yosef S. et Goulden J., « Commitments and accountability: Peru's unique nutrition journey », dans Gillespie S., Hodge J., Yosef S. et Pandya-Lorch R. (dir.), *Nourishing millions: Stories of change in nutrition*. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), Washington, D. C., 2016, p. 125–132. Disponible à l'adresse : <http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/130409>.
 - 17 Paredes M., « Weak Indigenous Politics in Peru », Centre de recherche sur l'inégalité, la sécurité humaine et l'ethnicité (CRISE), Université d'Oxford, 2008. Disponible à l'adresse : <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08bc0e5274a27b2000d25/wp33.pdf> ; Anticona Huaynate C. F., Pajuelo Travezaño M. J., Correa M. *et al.*, « Diagnostics barriers and innovations in rural areas: insights from junior medical doctors on the frontlines of rural care in Peru », *BMC Health Services Research*, 15:454, 2015. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1114-7>.
 - 18 Kinyoki D. K. *et al.*, « Mapping child growth failure across low- and middle-income countries », *Nature*, 577, p. 231–234, 2020. DOI : 10.1038/s41586-019-1878-8 et DOI : 10.1038/s41591-020-0807-6.
 - 19 IHME, « Local burden of disease – child growth failure », 2017. Disponible à l'adresse : <https://vizhub.healthdata.org/lbd/cgf>.
 - 20 IHME, « Low- and middle-income country child growth failure geospatial estimates 2000–2017 », 2020. Disponible à l'adresse : <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/lmic-child-growth-failure-geospatial-estimates-2000-2017>
 - 21 La prévalence pour 2017 est ici calculée à partir d'un modèle axé sur diverses enquêtes réalisées entre 1998 et 2018. Cette méthode diffère de celle utilisée pour obtenir les données de prévalence citées dans le reste de ce chapitre, puisque cette dernière s'appuie sur les données d'enquête les plus récentes depuis 2000 disponibles pour chaque pays. Les estimations de probabilité se basent sur les estimations de prévalence de 2012 lorsque la plupart des pays ont adopté les cibles mondiales de nutrition. Pour en savoir plus sur les méthodes de l'IHME, consulter : Kinyoki D. K. *et al.*, « Mapping child growth failure across low- and middle-income countries », *Nature*, 577, p. 231–234, 2020. DOI : 10.1038/s41586-019-1878-8 et DOI : 10.1038/s41591-020-0807-6.
 - 22 Marini A., Rokx C. et Gallagher P., « Standing tall: Peru's success in overcoming its stunting crisis ». Groupe de la Banque mondiale, 2017.

-
- 23 Kinyoki D. K. et al., « Mapping child growth failure across low- and middle-income countries », *Nature*, 577, p. 231–234, 2020. DOI : 10.1038/s41586-019-1878-8.
 - 24 *The Lancet*, « Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1968 population-based measurement studies with 19.2 million participants », 2016. Disponible à l'adresse : [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30054-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30054-X/fulltext).
 - 25 *The Lancet*, « Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1968 population-based measurement studies with 19.2 million participants », 2016. Disponible à l'adresse : [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30054-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30054-X/fulltext).
 - 26 Banque mondiale, classification des pays en fonction de leur revenu : actualisation 2019-2020 (en anglais). Disponible à l'adresse : <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
 - 27 Cadre 2018 de l'OCDE sur la fragilité – approche multidimensionnelle visant à mesurer l'ampleur de la fragilité des différents pays. Elle s'articule autour de cinq domaines clés : la fragilité politique, sociétale, économique, environnementale et sécuritaire. Les risques renvoient aux facteurs susceptibles d'influer sur la position attendue des pays dans le cadre de chacun de ces domaines. Les pays se voient attribuer des scores pour chaque domaine en fonction de ces risques, et ces scores sont ensuite combinés pour former une note globale de fragilité des pays (www3.compareyourcountry.org/states-of-fragility/about/0/).
 - 28 Global Burden of Disease Collaborators, « Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet*, (393:10184), 2019. Disponible à l'adresse : [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)30041-8/fulltext) ; Micha R., Peñalvo J. L., Cudhea F. et al., « Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States », *JAMA*, 317:9, 2017. Disponible à l'adresse : <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2608221> ; Mozaffarian D., Fahimi S., Singh, G. M. et al., « Global sodium consumption and death from cardiovascular causes », *The New England Journal of Medicine*, 371, 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1304127>.
 - 29 Micha R., Peñalvo J. L., Cudhea F. et al., « Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States », *JAMA*, 317(9), 2017. Disponible à l'adresse : <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2608221>.
 - 30 Global Dietary Database, 2015. Disponible à l'adresse : www.globaldietarydatabase.org/.
 - 31 *The Lancet*, « Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants », 2016. 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).
 - 32 Cadre 2018 de l'OCDE sur la fragilité – approche multidimensionnelle visant à mesurer l'ampleur de la fragilité des différents pays. Elle s'articule autour de cinq domaines clés : la fragilité politique, sociétale, économique, environnementale et sécuritaire. Les risques renvoient aux facteurs susceptibles d'influer sur la position attendue des pays dans le cadre de chacun de ces domaines. Les pays se voient attribuer des scores pour chaque domaine en fonction de ces risques, et ces scores sont ensuite combinés pour former une note globale de fragilité des pays (www3.compareyourcountry.org/states-of-fragility/about/0/).
 - 33 Pour plus d'informations, consulter les données mondiales relatives au coût des conséquences de l'obésité fournies par la Fédération mondiale contre l'obésité. Disponibles à l'adresse : <http://www.worldobesity.org/resources/resource-library/calculating-the-costs-of-the-consequences-of-obesity> (consulté le 31 mars 2020).
 - 34 Fédération internationale du diabète (FID), « Atlas du diabète de la FID » (9^e édition). FID, Bruxelles, 2019. Disponible à l'adresse : <https://diabetesatlas.org/fr/>.
 - 35 Fédération internationale du diabète, « Atlas du diabète de la FID » (9^e édition). FID, Bruxelles, 2019. Disponible à l'adresse : <https://diabetesatlas.org/fr/>.
 - 36 Fédération internationale du diabète, « Atlas du diabète de la FID » (9^e édition). FID, Bruxelles, 2019. Disponible à l'adresse : <https://diabetesatlas.org/fr/>.
 - 37 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), « Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants », *The Lancet*, 387:10027, 2016, p. 1513–1530.

Chapitre 3

- 1 Nations Unies, Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, « *Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé* », 2019.
- 2 *The Lancet*, Nutrition series: « Maternal and child nutrition », 2013 ; Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, « Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study », *PLoS Medicine*, 16:3, e1002761, 2019.
- 3 OMS. *Nutrition et couverture sanitaire universelle*. OMS, Genève, 2019 (WHO/NMH/NHD/19.24). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 4 OMS et UNICEF, *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. OMS, Genève, 2018.
- 5 OMS, *Technical Series on Primary Health Care. Building the economic case for primary health care: a scoping review*, 2018.
- 6 OMS et UNICEF, *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. OMS, Genève, 2018.
- 7 UNICEF, *La situation des enfants dans le monde, 2019. Enfants, nourriture et nutrition : Bien grandir dans un monde en mutation*. UNICEF, New York, 2019 ; L'état de la malnutrition aiguë. Disponible à l'adresse : <https://acutemalnutrition.org/fr> (consulté en février 2020).
- 8 OMS, *Essential nutrition actions: Mainstreaming nutrition through the life-course*. OMS, Genève, 2019.
- 9 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, « Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study ». *PLoS Medicine*, 16:3, e1002761, 2019 ; Mozaffarian D., Angell S. Y., Lang T. *et al.*, « Role of government policy in nutrition-barriers to and opportunities for healthier eating ». *BMJ*, 361, k2426, 2018 ; Micha R., Peñalvo J. L., Cudhea F. *et al.*, « Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States », *JAMA*, 317:9, 2017, p. 912-924 ; Huang Y., Pomeranz J., Wilde P. *et al.*, « Adoption and Design of Emerging Dietary Policies to Improve Cardiometabolic Health in the US », *Current Atherosclerosis Reports*, 20:5, 2018 p. 25 ; Mozaffarian D., Liu J., Sy S. *et al.*, « Cost-effectiveness of Financial Incentives and Disincentives for Improving Food Purchases and Health Through the US Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP): A Microsimulation Study », *PLoS Medicine*, 15:10, e1002661, 2018 ; Astrup A., Bertram H. C., Bonjour J. P. *et al.*, « WHO draft guidelines on dietary saturated and trans fatty acids: time for a new approach? », *BMJ*, 366, l4137, 2019 ; Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care », *JAMA Internal Medicine*, 179:6, 2019, p. 793-795.
- 10 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, « Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study ». *PLoS Medicine*, 16:3, e1002761, 2019.
- 11 Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care », *JAMA Internal Medicine*, 179: 6, 2019, p. 793-795 ; Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health », *The Conversation*, 2019. Disponible à l'adresse : <https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650>.
- 12 Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care », *JAMA Internal Medicine*, 179:6, 2019, p. 793-795 ; Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health », *The Conversation*, 2019. Disponible à l'adresse : <https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650>.
- 13 OMS, *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. OMS, Genève, 2007.
- 14 OMS, *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. OMS, Genève, 2007.
- 15 OMS, *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. OMS, Genève, 2007.
- 16 Manyazewal, T., « Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities ». *Archives of Public Health*, 75:50, 2017. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0221-9>.

-
- 17 OMS, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. OMS, Genève, 2018.
 - 18 OMS, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. OMS, Genève, 2018.
 - 19 Hawkes C., Ruel M. T., Salm L. *et al.*, « Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms ». *The Lancet*, 395:10218, 2020, p. 142-155.
 - 20 Nicholas L. H., Hanson C., Segal J. B. *et al.*, « Association between treatment by fraud and abuse perpetrators and health outcomes among Medicare beneficiaries ». *JAMA Internal Medicine*, 2019. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4771> ; Transparency International, *The ignored pandemic: how corruption in healthcare service delivery threatens universal health coverage*, 2019. Disponible à l'adresse : <http://ti-health.org/wp-content/uploads/2019/03/IgnoredPandemic-WEB-v2.pdf>.
 - 21 Stenberg K., Hanssen O., Edejer T. T. *et al.*, « Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries ». *The Lancet Global Health*, 5:9, e875-e887, 2017 ; Transparency International, *The ignored pandemic: how corruption in healthcare service delivery threatens universal health coverage*, 2019. Disponible à l'adresse : <http://ti-health.org/wp-content/uploads/2019/03/IgnoredPandemic-WEB-v2.pdf>.
 - 22 Nicholas L. H., Hanson C., Segal J. B. *et al.*, « Association between treatment by fraud and abuse perpetrators and health outcomes among Medicare beneficiaries ». *JAMA Internal Medicine*, 2019. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4771>.
 - 23 OMS, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. OMS, Genève, 2018.
 - 24 Banque mondiale, classification des pays en fonction de leur revenu : actualisation 2019-2020 (en anglais). Disponible à l'adresse : <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
 - 25 OMS, *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. OMS, Genève, 2007 ; OMS et UNICEF, *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. OMS, Genève, 2018, p. 11.
 - 26 McPake B., Maeda A., Araujo E. C. *et al.*, « Why do health labour market forces matter? » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 91:11, 2013, p. 841-846.
 - 27 Scheil-Adlung X., « Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 91:11, 2013, p. 888 ; Anand S. et Barnighausen T., « Health workers at the core of the health system: framework and research issues ». *Health Policy*, 2012, 105:2–3, p. 185-191.
 - 28 Liu J. X., Goryakin Y., Maeda A. *et al.*, « Global health workforce labor market projections for 2030 ». *Human Resources for Health*, 2017, 15:1, p. 11 ; Campbell J., Dussault G., Buchan J. *et al.*, *A universal truth: no health without a workforce*. Rapport du troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, Recife (Brésil). Global Health Workforce Alliance et OMS, Genève, 2013.
 - 29 Les professionnels de la nutrition ont suivi une formation pour mener une carrière dans ce domaine, les deux principaux métiers reconnus à cet égard dans la plupart des pays étant les diététiciens et les nutritionnistes (qui regroupent, entre autres, les scientifiques de la nutrition, les épidémiologistes de la nutrition et les nutritionnistes de santé publique). Forts de leur formation aux pratiques nutritionnelles, ces spécialistes possèdent les compétences nécessaires et satisfont aux critères requis pour être accrédités ou adhérer aux associations nationales ou mondiales de nutritionnistes ou de diététiciens.
 - 30 OMS, *Cadre mondial de suivi de la nutrition : guide pratique pour le suivi des avancées par rapport aux cibles mondiales 2025*. OMS, Genève, 2017.
 - 31 L'écart interquartile s'étend de 0,6 à 6,6.
 - 32 OMS, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. OMS, Genève, 2018.
 - 33 Huit pays dans la région des Amériques, trois dans la région de la Méditerranée orientale, sept dans la région Europe, un dans la région de l'Asie du Sud-Est et quatre dans la région du Pacifique occidental (régions de l'OMS).

-
- 34 Un pays dans la région des Amériques, un dans la région de la Méditerranée orientale et quatre dans la région Europe (régions de l'OMS).
- 35 Sodjinou R., Bosu W. K., Fanou N. *et al.*, « A systematic assessment of the current capacity to act in nutrition in West Africa: cross-country similarities and differences ». *Global Health Action*, 7, 24763, 2014.
- 36 Crowley J., Ball L. et Hiddink G. J., « Nutrition in medical education: a systematic review ». *The Lancet Planetary Health*, 2019, 3:9, e379-e389.
- 37 OMS, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. OMS, Genève, 2018 ; Delisle H., Shrimpton R., Blaney S. *et al.* « Capacity-building for a strong public health nutrition workforce in low-resource countries ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2017, 95:5, p. 385-388.
- 38 World Vision, « mHealth application for acute malnutrition ». Disponible à l'adresse : www.wvi.org/nutrition/mhealth-CMAM-app (consulté en février 2020) ; Frank T., Keane E., Roschnik N. *et al.*, « Developing a mobile health app to manage acute malnutrition: a five-country experience ». *Field Exchange*, 2017.
- 39 USAID, African strategies for health. « Les acteurs régionaux face au problème du financement de la santé en Afrique : Avantages comparatifs, défis et opportunités », 2016. Disponible à l'adresse : http://www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/health_financing_landscape_analysis_technical_brief_20may2016_fr.pdf.
- 40 USAID, African strategies for health. « Les acteurs régionaux face au problème du financement de la santé en Afrique : Avantages comparatifs, défis et opportunités », 2016. Disponible à l'adresse : http://www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/health_financing_landscape_analysis_technical_brief_20may2016_fr.pdf.
- 41 Nations Unies, Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, « Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé », 2019.
- 42 OMS, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. OMS, Genève, 2018.
- 43 Stenberg K., Hanssen O., Edejer T.T. *et al.*, « Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries ». *The Lancet Global Health*, 5:9, e875-e887, 2017.
- 44 Les informations relatives à cette catégorie de maladie concernent généralement les dépenses relatives aux programmes de supplémentation en vitamines et en minéraux, aux programmes de lutte contre la malnutrition aiguë, et aux programmes ciblant spécifiquement la nutrition ; il est cependant possible que le temps consacré par le personnel aux activités de nutrition intégrées dans d'autres services de santé (par exemple, les services de santé reproductive) ne soit pas pris en compte. Il en va de même pour les dépenses liées aux programmes de distribution d'aliments d'appoint et aux programmes d'urgence humanitaire.
- 45 Jardim T. V., Mozaffarian D., Abrahams-Gessel S. *et al.*, « Cardiometabolic disease costs associated with suboptimal diet in the United States: a cost analysis based on a microsimulation model ». *PLoS Medicine*, 6:12, e1002981, 2019 ; Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition, *The cost of malnutrition: why policy action is urgent*. Londres, 2016 ; Fédération mondiale contre l'obésité, « Calculating the costs of the consequences of obesity », 2017. Disponible à l'adresse : www.worldobesity.org/resources/resource-library/calculating-the-costs-of-the-consequences-of-obesity.
- 46 Micha R., Peñalvo J. L., Cudhea F. *et al.*, « Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States », *JAMA*, 317:9, 2017, p. 912-924.
- 47 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, 2019. « Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study ». *PLoS Medicine*, 16:3, e1002761.
- 48 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, 2019. « Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study ». *PLoS Medicine*, 16:3, e1002761.
- 49 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, 2019. « Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study ». *PLoS Medicine*, 16:3, e1002761.
- 50 OMS, Global Health Expenditure Database (GHED). Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/nha/database>.

-
- 51 Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care », *JAMA Internal Medicine*, 179: 6, 2019, p. 793-795 ; Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health », *The Conversation*, 2019. Disponible à l'adresse : <https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650>.
- 52 Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care », *JAMA Internal Medicine*, 179: 6, 2019, p. 793-795 ; Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health », *The Conversation*, 2019. Disponible à l'adresse : <https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650> ; California Food is Medicine Coalition, Programme Medically tailored meals, 2018. Disponible à l'adresse : <https://calfimc.org/> (consulté en février 2020).
- 53 Wholesome Wave, Wholesome Rx: programme de prescription de fruits et légumes. Disponible à l'adresse : www.wholesomewave.org/how-we-work/produce-prescriptions (consulté en février 2020).
- 54 Watkins D. A., Jamison D. T., Mills A. et al., « Universal health coverage and essential packages of care ». Dans : Jamison D. T., Gelband H. et al. (dir.), *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*. Washington, D. C., 2017.
- 55 Watkins D. A., Jamison D. T., Mills A. et al., « Universal health coverage and essential packages of care ». Dans : Jamison D. T., Gelband H. et al. (dir.), *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*. Washington, D. C., 2017.
- 56 OMS, « Access to essential medicine » (chapitre 4). Dans *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. OMS, Genève, 2010.
- 57 OMS, « Technical consultation, 2018. Nutrition-related products and the WHO Model List of Essential Medicines: practical considerations and feasibility ». OMS, Genève ; OMS, Liste modèle des médicaments essentiels. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/> (consulté en février 2020).
- 58 OMS, *Essential nutrition actions: Mainstreaming nutrition through the life-course*. OMS, Genève, 2019 ; Comité OMS d'experts de la sélection et de l'utilisation des médicaments essentiels, *The selection and use of essential medicines (including the 21st WHO Model List of Essential Medicines and the 7th WHO Model List of Essential Medicines for Children)*. OMS, Genève, 2019.
- 59 Global Essential Medicines, 2017. Disponible à l'adresse : <https://global.essentialmeds.org/dashboard/medicines> (consulté en février 2020).
- 60 OMS, « Technical consultation: nutrition-related health products and the World Health Organization Model List of Essential Medicines – practical considerations and feasibility, Geneva, 20–21 September 2018 ». Rapport de réunion (WHO/NMH/NHD/19.1). OMS, Genève, 2019.
- 61 Cashin K. et Oot L., « Guide to anthropometry: a practical tool for program planners, managers, and implementers ». Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA)/FHI 3602018 Washington, D. C., 2018.
- 62 Mannino, R. G., Myers, D. R., Tyburski, E. A. et al., « Smartphone app for non-invasive detection of anemia using only patient-sourced photos ». *Nature Communication*, 9:4924, 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.nature.com/articles/s41467-018-07262-2>.
- 63 Pico C., Serra F., Rodriguez A. M. et al., « Biomarkers of nutrition and health: new tools for new approaches ». *Nutrients*, 11:5 ; 2019.
- 64 OMS, *Essential nutrition actions: Mainstreaming nutrition through the life-course*. OMS, Genève, 2019 ; OMS, *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. OMS, Genève, 2019.
- 65 Salam R. A., Das J. K. et Bhutta Z. A., « Integrating nutrition into health systems: what the evidence advocates ». *Maternal and Child Nutrition*, 15 Suppl 1: e12738, 2019.
- 66 Quatrième enquête nationale sur la santé des familles (National Family Health Survey, NFHS-4), Inde. 2015-2016.
- 67 Système de soins de santé primaires en Inde.
- 68 NFHS-4, champions du changement (Champions of Change), districts ambitieux (Aspirational District), Institution nationale pour la transformation de l'Inde (NITI Aayog), Mission nationale pour la nutrition (Poshan Abhiyaan), ministère de la Promotion de la femme et de l'enfant, gouvernement de l'Inde.

-
- 69 Organisation mondiale de la Santé, « Health service delivery » (chapitre 1), dans *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. OMS, Genève, 2010.
- 70 OMS, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. OMS, Genève, 2018, p.133.
- 71 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, « Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study ». *PLoS Medicine*, 16:3, e1002761, 2019 ; Huang Y., Pomeranz J., Wilde P. *et al.*, « Adoption and Design of Emerging Dietary Policies to Improve Cardiometabolic Health in the US », *Current Atherosclerosis Reports*, 20:5, 2018, p. 25 ; Watkins D. A., Jamison D. T., Mills A. *et al.*, « Universal health coverage and essential packages of care ». Dans : Jamison D.T., Gelband H. *et al.* (dir.), *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*. Washington, D. C., 2017.
- 72 OMS, *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. OMS, Genève, 2007 ; OMS, *Access to essential medicine (chapter 3)*, in *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. OMS, Genève, 2010.
- 73 OMS, *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. OMS, Genève, 2007.
- 74 Micha R., Coates J., Leclercq C. *et al.*, « Global dietary surveillance: data gaps and challenges ». *Food and Nutrition Bulletin*, 39:2, 2018, p. 175-205 ; Kight C. E., Bouche J. M., Curry A. *et al.*, « Consensus recommendations for optimizing electronic health records for nutrition care ». *Nutrition in Clinical Practice*, 35:1, 2020, p. 12-23.
- 75 OMS, « Health service delivery » (chapitre 3), dans *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. OMS, Genève, 2010.
- 76 Kight C. E., Bouche J. M., Curry A. *et al.*, « Consensus recommendations for optimizing electronic health records for nutrition care ». *Nutrition in Clinical Practice*, 35:1, 2020, p. 12-23.
- 77 Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee, « Nutrition care process and model part I: the 2008 update ». *Journal of the American Dietetic Association*, 108:7, 2008, p. 1113-1117 ; Swan W. I., Vivanti A., Hakel-Smith N. A. *et al.*, « Nutrition care process and model update: toward realizing people-centered care and outcomes management ». *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117:12, 2017, p. 2003-2014 ; Swan W. I., Pertel D. G., Hotson B. *et al.*, « Nutrition care process (NCP) update part 2: developing and using the NCP terminology to demonstrate efficacy of nutrition care and related outcomes ». *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119:5, 2019, p. 840-855.
- 78 Kight C. E., Bouche J. M., Curry A. *et al.*, « Consensus recommendations for optimizing electronic health records for nutrition care ». *Nutrition in Clinical Practice*, 35:1, 2020, p. 12-23 ; Lovestam E., Bostrom A. M. et Orrevall Y., « Nutrition care process implementation: experiences in various dietetics environments in Sweden ». *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117:11, 2017, p. 1738-1748 ; Kim E. M. et Baek H. J., « A survey on the status of nutrition care process implementation in Korean hospitals ». *Clinical Nutrition Research*, 2:2, 2013, p. 143-148 ; European Federation of the Associations of Dietitians Professional Practice Committee, « Vision paper: the implementation of a nutrition care process (NCP) and standardized language (SL) among dietitians in Europe », 2014. Lovestam E., Vivanti A., Steiber A. *et al.*, « The International Nutrition Care Process and Terminology Implementation Survey: towards a global evaluation tool to assess individual practitioner implementation in multiple countries and languages ». *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119:2, 2017, p. 242-260 ; Vivanti A., Lewis J. et O'Sullivan T. A., « The nutrition care process terminology: changes in perceptions, attitudes, knowledge and implementation amongst Australian dietitians after three years ». *Nutrition and Dietetics*, 75:1, 2018 p. 87-97.
- 79 Kight C. E., Bouche J. M., Curry A. *et al.*, « Consensus recommendations for optimizing electronic health records for nutrition care ». *Nutrition in Clinical Practice*, 35:1, 2020, p. 12-23 ; Lovestam E., Bostrom A. M. et Orrevall Y., « Nutrition care process implementation: experiences in various dietetics environments in Sweden ». *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117:11, 2017, p. 1738-1748 ; Vivanti A., Lewis J. et O'Sullivan T. A., « Successful long-term maintenance following nutrition care process terminology implementation across a state-wide health-care system ». *Nutrition and Dietetics*, 74:4, 2017, p. 372-380.
- 80 Salam R. A., Das J. K. et Bhutta Z. A., « Integrating nutrition into health systems: what the evidence advocates ». *Maternal and Child Nutrition*, 15 Suppl 1: e12738, 2019.
- 81 City S. W., Kamel A., Garvan C. *et al.*, « Optimizing the electronic health record to standardize administration and documentation of nutritional supplements ». *BMJ Quality Improvement Reports*, 6:1, 2017 ; Sriram K., Sulo S., VanDerBosch G. *et al.*, « A comprehensive nutrition-focused quality improvement program reduces 30-day readmissions and length of stay in hospitalized patients ». *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 41:3, 2017, p. 384-391.

-
- 82 Rossi M., Campbell K. L. et Ferguson M., « Implementation of the nutrition care process and international dietetics and nutrition terminology in a single-center hemodialysis unit: comparing paper vs electronic records » *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114:1, 2014, p. 124-130.
- 83 Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care », *JAMA Internal Medicine*, 179:6, 2019, p. 793-795 ; Mozaffarian D., Mande J. et Micha R., « Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health », *The Conversation*, 2019. Disponible à l'adresse : <https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650> ; Vivanti A., Lewis J. et O'Sullivan T. A., « The nutrition care process terminology: changes in perceptions, attitudes, knowledge and implementation amongst Australian dietitians after three years ». *Nutrition and Dietetics*, 75:1, 2018 p. 87-97 ; Miller P. E., Miller N., Faith J. et al., « Implementation and evaluation of outcomes related to the nutrition care process through the use of electronic health records ». *Journal of the American Dietetic Association*, 110:9 (Supplement): A86, 2010.
- 84 Micha R., Coates J., Leclercq C. et al., « Global dietary surveillance: data gaps and challenges ». *Food and Nutrition Bulletin*, 39:2, 2018, p. 175-205.
- 85 Centre national de statistiques sur la santé des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, « National health and nutrition examination survey ». Disponible à l'adresse : www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm (consulté en février 2020).
- 86 « National diet and nutrition survey ». Disponible à l'adresse : www.gov.uk/government/collections/national-diet-and-nutrition-survey (consulté en février 2020).
- 87 Micha R., Coates J., Leclercq C. et al., « Global dietary surveillance: data gaps and challenges ». *Food and Nutrition Bulletin*, 39:2, 2018, p. 175-205.
- 88 USAID, Enquêtes démographique et de santé. Disponibles à l'adresse : <https://dhsprogram.com/> (consulté en février 2020).
- 89 UNICEF, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples. Disponibles à l'adresse : <https://mics.unicef.org/> (consulté en février 2020).
- 90 Tuffrey V. et Hall A., « Methods of nutrition surveillance in low-income countries ». *Emerging Themes in Epidemiology*, 13:4, 2016.
- 91 OMS, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. OMS, Genève, 2018 ; Mouvement pour le renforcement de la nutrition, *Mapping information systems for nutrition in SUN Countries*, 2017.
- 92 USAID, « Nutrition in emergencies: technical guidance brief », 2019. Disponible à l'adresse : www.usaid.gov/global-health/health-areas/nutrition/technical-areas/nutrition-emergencies-technical-guidance-brief (consulté en février 2020) ; OMS, *The management of nutrition in major emergencies*. OMS, Genève, 2000.
- 93 OMS, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. OMS, Genève, 2018 ; Mouvement pour le renforcement de la nutrition, *Mapping information systems for nutrition in SUN Countries*, 2017 ; Mouvement pour le renforcement de la nutrition, *Nourrir la planète et ses habitants. Rapport d'avancement 2019 du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN)*, 2019.
- 94 Mouvement pour le renforcement de la nutrition, *Mapping information systems for nutrition in SUN Countries*, 2017.
- 95 Eldridge A. L., Piernas C., Illner A. K. et al., « Evaluation of new technology-based tools for dietary intake assessment – an ILSI Europe dietary intake and exposure task force evaluation ». *Nutrients*, 11:1, 2018.
- 96 Coates J., Colaiezzi B., Bell W. et al., *INDDEx priority technical criteria and review of technology-assisted 24-hour recall software programs*, 2016.
- 97 Plateformes nationales d'information pour la nutrition (NIPN). Disponible à l'adresse : <http://www.nipn-nutrition-platforms.org/?lang=fr> (consulté en février 2020).
- 98 Data for Decisions to Expand Nutrition Transformation (DataDENT). Disponible à l'adresse : <https://datadent.org/> (consulté en février 2020).
- 99 Mouvement pour le renforcement de la nutrition, *Mapping information systems for nutrition in SUN Countries*, 2017.
- 100 NIPN. Disponible à l'adresse : <http://www.nipn-nutrition-platforms.org/?lang=fr> (consulté en février 2020) ; Mouvement pour le renforcement de la nutrition, *Scaling up nutrition in practice: information systems for nutrition*, 2014.

Chapitre 4

- 1 HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome, 2017.
- 2 HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome, 2017.
- 3 HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome, 2017.
- 4 Herforth *et al.*, « A Global Review of Food-Based Dietary Guidelines ». *Advances in Nutrition*, 10(4), 2019, p. 590-605. DOI : 10.1093/advances/nmy130.
- 5 Pingali P., « Agricultural policy and nutrition outcomes – getting beyond the preoccupation with staple grains ». *Food Security*, 7, 2015, p. 583-591. DOI : 10.1007/s12571-015-0461-x.
- 6 Fanzo J. *et al.*, « Climate change and variability: what are the risks for nutrition, diets, and food systems? ». Document de travail de l'IFPRI, 01645, 2017.
- 7 Pingali P., « Agricultural policy and nutrition outcomes – getting beyond the preoccupation with staple grains ». *Food Security*, 7, 2015, p. 583-591. DOI : 10.1007/s12571-015-0461-x.
- 8 www.cgiar.org (consulté le 2 mars 2020).
- 9 Pingali P., « Agricultural policy and nutrition outcomes – getting beyond the preoccupation with staple grains ». *Food Security*, 7, 2015, p. 583-591. DOI : 10.1007/s12571-015-0461-x.
- 10 Pingali P. et Sunder N., « Transitioning toward nutrition sensitive food systems in developing countries ». *Annual Review of Resource Economics*, 9, 2017, p. 439-459.
- 11 « L'agriculture et les systèmes de production agricole influent sur la disponibilité et l'accessibilité économique des aliments ainsi que sur la qualité et la diversité de ces derniers. » HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome, 2017.
- 12 Springmann M., Clark M., Mason-D'Croz D. *et al.*, « Options for keeping the food system within environmental limits ». *Nature*, 562(7728), 2018, p. 520. DOI : 10.1038/s41586-018-0594-0.
- 13 Richardson A. S., Boone-Heinonen J., Popkin B. M. *et al.*, « Are neighbourhood food resources distributed inequitably by income and race in the USA? Epidemiological findings across the urban spectrum », *BMJ Open*, 2, e000698, 2012. DOI : 10.1136/bmjopen-2011-000698 ; Azétsop J. et Joy T. R., « Access to nutritious food, socioeconomic individualism and public health ethics in the USA: a common good approach », *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 8(16), 2013. DOI : 10.1186/1747-5341-8-16.
- 14 Voir l'indice d'accessibilité des ménages du Pietermaritzburg Economic Justice & Dignity Group (décembre 2019, en anglais). Disponible à l'adresse : <https://pmbejd.org.za/index.php/advocacy>.
- 15 Friel S. et Baker P. I., « Equity, food security and health equity in the Asia Pacific region ». *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 18(4), 2009, p. 620-632.
- 16 Headey D. et Alderman H., « The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents ». *The Journal of Nutrition*, 2019. Figure 1, p. 2024. Disponible à l'adresse : <https://academic.oup.com/jn/article-abstract/149/11/2020/5535433>.
- 17 Headey D. et Alderman H., « The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents ». *The Journal of Nutrition*, 2019. Figure 1, p. 2024. Disponible à l'adresse : <https://academic.oup.com/jn/article-abstract/149/11/2020/5535433>.
- 18 Headey D. et Alderman H., « The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents ». *The Journal of Nutrition*, 2019. Figure 1, p. 2024. Disponible à l'adresse : <https://academic.oup.com/jn/article-abstract/149/11/2020/5535433>.
- 19 *Rapport sur la nutrition mondiale 2018 : sensibiliser pour stimuler l'action en matière de nutrition*. Development Initiatives.
- 20 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.

- 21 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.
- 22 Monteiro C. A., Moubarac J. C., Cannon G. *et al.*, « Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system ». *Obesity Reviews*, 14, 2013, p. 21-28 ; Poti J. M., Mendez M. A., Ng S. W. *et al.*, « Is the degree of food processing and convenience linked with the nutritional quality of foods purchased by US households? ». *American Journal of Clinical Nutrition*, 101(6), 2015, p. 1251-1262 ; Monteiro C. A., Levy R. B., Claro R. M. *et al.*, « Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil ». *Public Health Nutrition*, 14(1), 2011, p. 5-13 ; Popkin B. M., « Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases ». *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(2), 2006, p. 289-298 ; Popkin B. M., Adair L. S. et Ng S. W., « Global nutrition transition: the pandemic of obesity in developing countries ». *Nutrition Reviews*, 70(1), 2012, p. 3-21 ; Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition, *Food systems and diets: facing the challenges of the 21st Century*. Londres, 2016 ; Baker P. et Friel S., « Processed foods and the nutrition transition: evidence from Asia ». *Obesity Reviews*, 15(7), 2014, p. 564-577 ; da Costa Louzada M. L. D. C., Ricardo C. Z., Martínez Steele E. *et al.*, « The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil ». *Public Health Nutrition*, 21(1), 2018, p. 94-102 ; Chen Y. C., Huang Y. C., Lo Y. C. *et al.*, « Secular trend towards ultra-processed food consumption and expenditure compromises dietary quality among Taiwanese adolescents ». *Food & Nutrition Research*, 62, 2018 ; Martínez Steele E., Popkin B. M., Swinburn B. *et al.*, « 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 ; Moubarac J. C., Batal M., da Costa Louzada M. L. *et al.*, « Consumption of ultra-processed foods predicts diet quality in Canada ». *Appetite*, 108, 2017, p. 512-520 ; Rauber F., da Costa Louzada M. L., Martínez Steele E. *et al.*, « Ultra-processed food consumption and chronic non-communicable diseases-related dietary nutrient profile in the UK (2008–2014) ». *Nutrients*, 10(5), 2018 ; Schnabel L., Kesse-Guyot E., Allès B. *et al.*, « Association between ultraprocessed food consumption and risk of mortality among middle-aged adults in France ». *JAMA Internal Medicine*, 2019 ; Rico-Campà A., Martínez-González M. A., Alvarez-Alvarez I. *et al.*, « Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study ». *BMJ*, 2019. DOI : 365:1949 ; Juul F., Martínez Steele E., Parekh N. *et al.*, « Ultra-processed food consumption and excess weight among US adults ». *British Journal of Nutrition*, 120(1), 2018, p. 90-100 ; da Costa Louzada M. L., Baraldi L. G., Martínez Steele E. *et al.*, « Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults ». *Preventive Medicine*, 81, 2015, p. 9-15 ; 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, p. 1433-1440 ; Nardocci M., Leclerc B. S., da Costa Louzada M. L. *et al.*, « Consumption of ultra-processed foods and obesity in Canada ». *Canadian Journal of Public Health*, 2018 ; 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, p. 358-366 ; Rauber F., Campagnolo P. D., Hoffman D. J. *et al.*, « Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study ». *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 25(1), 2015, p. 116-122 ; Srouf B., Fezeu L. K., Kesse-Guyot E. *et al.*, « Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé) ». *BMJ*, 2019. DOI : 365:1451 ; Fiolet T., Srouf B., Sellem L. *et al.*, « Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort ». *BMJ*, 2018. DOI : 360:k322 ; Schnabel L., Buscail C., Sabate J. M. *et al.*, « Association between ultra-processed food consumption and functional gastrointestinal disorders: results From the French NutriNet-Santé cohort ». *The American Journal of Gastroenterology*, 2018 ; Melo B., Rezende L., Machado P. *et al.*, « Associations of ultra-processed food and drink products with asthma and wheezing among Brazilian adolescents ». *Pediatric Allergy and Immunology*, 2018.
- 23 Reardon T. *et al.*, « The rise of supermarkets in Africa, Asia, and Latin America ». *American Journal of Agricultural Economics*, 85(5), 2003, p. 1140-1146 ; Timmer C. P., « Do supermarkets change the food policy agenda? » *World Development*, 37(11), 2009, p. 1812-1819.
- 24 Battersby J. et Watson V., 2018. « Addressing food security in African cities ». *Nature Sustainability*, 1, 2018, p. 153-155. DOI : 10.1038/s41893-018-0051-y.
- 25 Demmler K. M., Ecker O. et Qaim M., « Supermarket shopping and nutritional outcomes: a panel data analysis for urban Kenya ». *World Development*, 102, 2018, p. 292-303.
- 26 Reardon T. et Timmer C. P., « The rise of supermarkets in the global food system », dans Von Braun J. et Diaz-Bonilla E. (dir.), *Globalization of food and agriculture and the poor*, Oxford University Press, Oxford, Royaume-Uni, 2008, p. 189 ; Lang T. et Barling D., « Food security and food sustainability: reformulating the debate ». *The Geographical Journal*, 178(4), 2012, p. 313-326. Disponible à l'adresse : www.jstor.org/stable/23360870
- 27 Reardon T., Timmer C. P., Barrett C. B. et Berdegue J., « The rise of supermarkets in Africa, Asia, and Latin America ». *American Journal of Agricultural Economics*, 85(5), 2003, p. 1140-1146.

-
- 28 Lang T. et al., *Food policy: integrating health, environment and society*. Oxford University Press, Oxford (Royaume-Uni), 2009 ; Biénabe E., Rival A. et Loeillet D. (dir.), *Sustainable development and tropical agri-chains*. Springer, Dordrecht, 2017.
- 29 Demmler K. M., Ecker O. et Qaim M., « Supermarket shopping and nutritional outcomes: a panel data analysis for urban Kenya ». *World Development*, 102, 2018, p. 292-303.
- 30 Demmler K. M., Ecker O. et Qaim M., « Supermarket shopping and nutritional outcomes: a panel data analysis for urban Kenya ». *World Development*, 102, 2018, p. 292-303.
- 31 Demmler K. M., Klasen S., Nzuma J. M. et Qaim M., « Supermarket purchase contributes to nutrition-related non-communicable diseases in urban Kenya ». *PLoS One*, 12(9), 2017.
- 32 Qaim M., « How 'supermarketisation' affects nutrition and health in Kenya ». *Rural 21, The International Journal for Rural Development*, 53(2), 2019.
- 33 Demmler K. M., Ecker O. et Qaim M., « Supermarket shopping and nutritional outcomes: a panel data analysis for urban Kenya ». *World Development*, 102, 2018, p. 292-303 ; Demmler K. M., Klasen S., Nzuma J. M. et al., « Supermarket purchase contributes to nutrition-related non-communicable diseases in urban Kenya ». *PLoS One*, 12, e0185148, 2017 ; Qaim M., « How 'supermarketisation' affects nutrition and health in Kenya ». *Rural 21, The International Journal for Rural Development*, 53(2), 2019.
- 34 HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome, 2017, p. 30.
- 35 Stuckler D., McKee M., Ebrahim S. et al., « Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco ». *PLoS Med*, 9(6), e1001235, 2012. DOI : 10.1371/journal.pmed.1001235.
- 36 *Rapport sur la nutrition mondiale 2018 : sensibiliser pour stimuler l'action en matière de nutrition*. Development Initiatives, p. 50.
- 37 Sadeghirad B., Duhaney T., Motaghipisheh S. et al., « Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials ». *Obesity Reviews*, 17(10), 2016, p. 945-959 ; Boyland E. J. et al., « Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and non-alcoholic beverage advertising on intake in children and adults ». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(2), 2016, p. 519-533.
- 38 Yancey A. K. et al., « A cross-sectional prevalence study of ethnically targeted and general audience outdoor obesity-related advertising ». *The Milbank Quarterly*, 87(1), 2009, p. 155-184. DOI : 10.1111/j.1468-0009.2009.00551.x.
- 39 Harris J. L., Frazier III, W., Kumanyika S. et Ramirez A. G., *Increasing disparities in unhealthy food advertising targeted to Hispanic and Black youth*. Rudd Center for Food Policy & Obesity, Université du Connecticut, 2019.
- 40 Bragg M. A., Eby M., Arshonsky J. et al., « Comparison of online marketing techniques on food and beverage companies' websites in six countries ». *Global Health*, 13(1), 2017, p. 79. DOI : 10.1186/s12992-017-0303-z.
- 41 OMS, *Code internationale de commercialisation des substituts du lait maternel*. OMS, Genève, 1981.
- 42 Pereira C., Ford R., Feeley A. B. et al., « Cross-sectional survey shows that follow-up formula and growing-up milks are labelled similarly to infant formula in four low and middle income countries ». *Maternal and Child Nutrition*, 12(S2), 2016, p. 91-105. DOI : 10.1111/mcn.12269 ; Champeny M., Pereira C., Sweet L. et al., « Cross-sectional survey shows that follow-up formula and growing-up milks are labelled similarly to infant formula in four low and middle income countries ». *Maternal and Child Nutrition*, 12(S2), 2016, p. 126-139. DOI : 10.1111/mcn.12272 ; Piwoz E. G. et Huffman S. L., « The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices ». *Food and Nutrition Bulletin*, 36(4), 2015, p. 373-386. DOI : 10.1177/0379572115602174.
- 43 Vergeer L., Vanderlee L., Potvin Kent M. et al., « The effectiveness of voluntary policies and commitments in restricting unhealthy food marketing to Canadian children on food company websites ». *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 44(1), 2019, p. 74-82. DOI : 10.1139/apnm-2018-0528 ; Potvin Kent M., Smith J. R., Pauzé E. et L'Abbé M., « The effectiveness of the food and beverage industry's self-established uniform nutrition criteria at improving the healthfulness of food advertising viewed by Canadian children on television ». *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 2018, p. 57. DOI : 10.1186/s12966-018-0694-0 ; Kraak V. I. et Story M., « An accountability evaluation for the industry's responsible use of brand mascots and licensed media characters to market a healthy diet to American children ». *Obesity Reviews*, 16(6), 2015, p. 433-453. DOI : 10.1111/obr.12279 ; Galbraith-Emami S. et Lobstein T., « The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review ». *Obesity Reviews*, 14(12), 2013, p. 960-974. DOI : 10.1111/obr.12060.

-
- 44 Kelly B. *et al.*, « Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries ». *Obesity Reviews*, 20(S2), 2019, p. 116-128. DOI : 10.1111/obr.12840.
- 45 Cluss P. A., Ewing L., King W. C. *et al.*, « Nutrition knowledge of low-income parents of obese children ». *Translational Behavioral Medicine*, 3(2), 2013, p. 218-225.
- 46 Lorenc T., Petticrew M., Welch V. et Tugwell P., « What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67, 2013, p. 190-193.
- 47 Friel S., Hattersley L., Ford L. et O'Rourke K., « Addressing inequities in healthy eating ». *Health Promotion International*, 30(S2), 2015, p. ii77-ii88. DOI : 10.1093/heapro/dav073.
- 48 World Cancer Research Fund International, *Building momentum: lessons on implementing a robust sugar sweetened beverage tax*. Disponible à l'adresse : www.wcrf.org/int/policy/our-publications/lessons-implementing-sugar-sweetened-beverage-tax.
- 49 INFORMAS est un réseau mondial de chercheurs et d'organisations de défense de l'intérêt général qui a pour objet de surveiller, d'étalonner et de soutenir les interventions des secteurs public et privé visant à développer les environnements alimentaires sains et à réduire l'obésité, les maladies non transmissibles (MNT) et les inégalités connexes.
- 50 Bixby H., Bentham J., Zhou B. *et al.*, « Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults ». *Nature*, 569, 2019, p. 260-264. DOI : 10.1038/s41586-019-1171-x.
- 51 Thow A. M. et McGrady B., « Protecting policy space for public health nutrition in an era of international investment agreements ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 92, 2014, p. 139-145. DOI : [dx.doi.org/10.2471/BLT.13.120543](https://doi.org/10.2471/BLT.13.120543).
- 52 HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome, 2017.
- 53 Adams J., Mytton O., White M. et Monsivais P., « Why are some population interventions for diet and obesity more equitable and effective than others? The role of individual agency ». *PLoS Medicine*, 13(4), e1001990, 2016. DOI : 10.1371/journal.pmed.1001990.
- 54 Friel S., Pescud M., Malbon E. *et al.*, « Using systems science to understand the determinants of inequities in healthy eating ». *PLoS One*, 12(11), e0188872, 2017. DOI : 10.1371/journal.pone.0188872.
- 55 Adams J., Mytton O., White M. et Monsivais P., « Why are some population interventions for diet and obesity more equitable and effective than others? The role of individual agency ». *PLoS Medicine*, 13(4), e1001990, 2016. DOI : 10.1371/journal.pmed.1001990.
- 56 Willett W., Rockström J., Loken B. *et al.*, « Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems ». *The Lancet*, 2-8 février 2019.
- 57 Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., *et al.*, « The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report ». *The Lancet*, 23 février-1^{er} mars 2019.
- 58 « The double burden of malnutrition », *Lancet series*, décembre 2019. Disponible à l'adresse : www.thelancet.com/series/double-burden-malnutrition.
- 59 Friel S., Hattersley L., Ford L. et O'Rourke K., « Addressing inequities in healthy eating ». *Health Promotion International*, 30(S2), 2015, p. ii77-ii88. DOI : 10.1093/heapro/dav073.
- 60 Fanzo J. et Davis C., « Can diets be healthy, sustainable, and equitable? » *Current Obesity Reports*, 8, 2019, p. 495-503. DOI : 10.1007/s13679-019-00362-0.
- 61 Fanzo J. et Davis C., « Can diets be healthy, sustainable, and equitable? » *Current Obesity Reports*, 8, 2019, p. 495-503. DOI : 10.1007/s13679-019-00362-0.
- 62 Voir la page Internet du Mouvement pour le renforcement de la nutrition consacrée au réseau du secteur privé. Disponible à l'adresse : <https://scalingupnutrition.org/fr/promoteurs-du-mouvement-sun/sun-business-network/> (consulté le 4 mars 2020).
- 63 Article du réseau du secteur privé du Mouvement pour le renforcement de la nutrition : « Rôle du secteur privé dans l'amélioration de la nutrition lors du Congrès d'Asie sur la nutrition ». Disponible à l'adresse : <https://scalingupnutrition.org/fr/news/role-du-secteur-prive-dans-lamelioration-de-la-nutrition-lors-du-congres-dasie-sur-la-nutrition/> (consulté le 4 mars 2020).

-
- 64 Acton R. B., Jones A. C., Kirkpatrick S. I. et al., « Taxes and front-of-package labels improve the healthiness of beverage and snack purchases: a randomized experimental marketplace ». *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(46), 2019. DOI : 10.1186/s12966-019-0799-0.
 - 65 Voir l'article publié sur le site Internet de l'OMS et disponible (en anglais) à l'adresse : <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/denmark-trans-fat-ban-pioneer-lessons-for-other-countries>.
 - 66 Banque mondiale, « Improving children's nutrition through cash transfers to poor mothers », 2014. Disponible à l'adresse : <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2014/12/17/improving-childrens-nutrition-through-cash-transfers-to-poor-mothers>.

Chapitre 5

- 1 Carrera C., Azrack A., Begkoyian G. et al., « The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach ». *The Lancet*, 2012, 380, p. 1341-1351, doi: 10.1016/S0140-6736(12)61378-6.
- 2 Banque mondiale, *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* (Shekar M., Kakietek J., Dayton Eberwein J. et Walters D.). Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale, 2017.
- 3 L'ensemble prioritaire inclut les interventions suivantes : supplémentation prénatale en micronutriments pendant la grossesse ; conseil sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant ; supplémentation en fer et en acide folique chez les filles scolarisées âgées de 15 à 19 ans ; supplémentation en vitamine A ; traitement de la malnutrition aiguë sévère ; campagnes nationales et politiques sociales de promotion de l'allaitement maternel ; enrichissement des denrées de base (farine de blé et de maïs) ; estimation des coûts de renforcement des capacités, de suivi et d'évaluation ; et élaboration de politiques d'appui à ces interventions. L'ensemble prioritaire inclut également le traitement présomptif intermittent du paludisme pendant la grossesse dans les régions à endémie palustre, bien que cette intervention ne fasse l'objet d'aucun suivi.
- 4 Banque mondiale, *Investing in nutrition: the foundation for development – an investment framework to reach the global nutrition targets*. Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale, 2016. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <http://documents.worldbank.org/curated/en/963161467989517289/Investing-in-nutrition-the-foundation-for-development-an-investment-framework-to-reach-the-global-nutrition-targets>.
- 5 D'après le cadre publié par l'OMS sur les « meilleurs investissements » permettant de combattre les maladies non transmissibles (MNT), la stratégie la plus rentable consiste à réduire les régimes alimentaires malsains, avec un rendement attendu de près de 13 dollars US pour 1 dollar US investi. Pour la première fois, les besoins de financement pour lutter contre les MNT sont clairement établis. Toutefois, les mécanismes de suivi des financements permettant d'évaluer les progrès réalisés n'ont pas encore été mis en place (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf>).
- 6 Banque mondiale, *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* (Shekar M., Kakietek J., Dayton Eberwein J. et Walters D.). Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale, 2017, p. 170.
- 7 Le Somaliland se considère comme un État indépendant.
- 8 Fonds monétaire international (Département Moyen-Orient et l'Asie centrale), *Somalia: 2019 Article IV Consultation-Second Review Under the Staff-Monitored Program*, Rapport de pays n° 19/256, 2019 ; Development Initiatives, *Somalia: an overview of poverty, vulnerability and financing*, 2016. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <http://www.devinit.org/wp-content/uploads/2016/08/Somalia-an-overview-of-poverty-vulnerability-and-financing.pdf>.
- 9 L'analyse budgétaire réalisée par le gouvernement fédéral somalien en 2018 a bénéficié de l'appui technique du consortium MQSUN+ lors du quatrième cycle de l'exercice d'analyse budgétaire du mouvement SUN (non publié). Par la suite, dans le cadre de l'appui du consortium MQSUN+ au Rapport sur la nutrition mondiale, et avec l'autorisation du gouvernement fédéral somalien, l'analyse budgétaire a été utilisée pour élaborer ce Gros plan en y ajoutant des données et des analyses supplémentaires sur la mobilisation des recettes.

-
- 10 Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, les dépenses publiques peuvent provenir des recettes fiscales, des emprunts auprès des partenaires de développement ou d'autres sources. Il est souvent difficile d'identifier l'origine du financement des programmes sociaux. Cet élément doit être pris en compte lors de l'analyse des flux à l'échelle nationale. Certains prêts ou subventions de développement peuvent être considérés comme faisant partie du budget de l'État.
- 11 Dans cette section, nous utilisons les termes « dépenses », « investissements » ou « financements » (en fonction de la source d'information utilisée) pour désigner les ressources que les gouvernements consacrent aux interventions nutritionnelles.
- 12 OMS, Base de données mondiale de l'OMS sur les dépenses de santé, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/nha/database> (consulté le 27 mars 2020) ; Banque mondiale, Obligations globales de référence (en dollars US courants), 2020, base de données consultée le 25 mars 2020 ; déflateurs calculés sur la base de l'analyse des déflateurs du CAD de l'OCDE par Development Initiatives, et des prévisions de PBI publiées dans les *Perspectives de l'économie mondiale* du FMI, avril 2019.
- 13 Clift J. et D'Alimonte M., « Domestic financing for nutrition ». Blog, R4D, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.r4d.org/blog/domestic-financing-for-nutrition/ (consulté le 4 mars 2020).
- 14 Plateformes nationales d'information pour la nutrition (NIPN), *Inspiring the shift from nutrition policy to implementation, how existing data can support nutrition decision-making in Guatemala*, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.nipn-nutrition-platforms.org/IMG/pdf/nipn_guatemala_case_study_-_brief_-_july_2019.pdf.
- 15 Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, *Rapport sur les politiques alimentaires mondiales*, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.ifpri.org/publication/2018-global-food-policy-report ; base de données de l'UNESCO sur les dépenses d'éducation, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://en.unesco.org/themes/education/databases>.
- 16 Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, *Rapport sur les politiques alimentaires mondiales*, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.ifpri.org/publication/2018-global-food-policy-report.
- 17 Base de données de l'UNESCO sur les dépenses d'éducation, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://en.unesco.org/themes/education/databases>.
- 18 Analyse et évaluation mondiales de l'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS), *Systèmes nationaux d'appui à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène: Rapport sur la situation mondiale en 2019*, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331757/9789240002494-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 19 Analyse et évaluation mondiales de l'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS), *Systèmes nationaux d'appui à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène: Rapport sur la situation mondiale en 2019*, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331757/9789240002494-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 20 Il est difficile de suivre et de quantifier les contributions du secteur privé philanthropique et de la société civile, bien que celles-ci puissent constituer une source de financement non négligeable. En raison du peu de données disponibles, ces contributions ne sont pas reflétées de manière exhaustive.
- 21 L'OCDE tient plusieurs listes de codes utilisées par les donateurs pour déclarer et classer leurs flux d'Aide publique au développement international dans les bases de données du CAD. Code-objet applicable à la nutrition de base : 12240.
- 22 Il n'existe pas de corrélation avec l'Aide publique au développement internationale consacrée à la nutrition fournie dans le cadre de l'aide humanitaire telle que décrite dans les documents du Service de surveillance financière de l'OCHA. Parmi les 121 bénéficiaires de l'APD destinée à la nutrition de base, on constate une corrélation positive de 0,51 entre l'APD destinée à la nutrition de base par personne (sur une moyenne de trois ans entre 2015 et 2017) et la prévalence du retard de croissance. Lorsque l'aide humanitaire (également sur une moyenne de trois ans entre 2015 et 2017) est ajoutée à l'APD destinée à la nutrition de base et divisée par la population, cette corrélation tombe à 0,36.
- 23 Les coefficients de corrélation entre l'APD affectée à la nutrition de base en 2017 et l'anémie et le retard de croissance sont respectivement de 0,30 et 0,51. Lorsque ces indicateurs sont examinés ensemble au moyen d'un test t, le retard de croissance se révèle être un bien meilleur indicateur de la destination de l'APD par personne affectée à la nutrition de base que l'anémie, avec une valeur p pour l'anémie et le retard de croissance respectivement égale à 0,25 et 5,47e-07.

-
- 24 « Global Burden of Disease », Institute for Health Metrics and Evaluation, résultats chez les adultes âgés de plus de 25 ans.
- 25 GBD 2015 Risk Factors Collaborators, « Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 ». *The Lancet*, 2016, 388:10053, p. 1659-1724, doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8) ; Melaku Y. A., Renzaho A., Gill T. K. *et al.*, « Burden and trend of diet-related non-communicable diseases in Australia and comparison with 34 OECD countries, 1990–2015: findings from the Global Burden of Disease Study 2015 ». *European Journal of Nutrition*, 2019, 58:3, p. 1299-1313.
- 26 Ngaruiya C., Hayward A., Post L. *et al.*, « Obesity as a form of malnutrition: over-nutrition on the Uganda "malnutrition" agenda ». *Pan African Medical Journal*, 2017, 28:49.
- 27 Série du Lancet consacrée au double fardeau de la malnutrition, décembre 2019. Disponible à l'adresse : www.thelancet.com/series/double-burden-malnutrition.
- 28 Organisation mondiale de la Santé, *Double-duty actions for nutrition*. Document d'orientation. Genève : OMS, 2017. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255414/WHO-NMH-NHD-17.2-eng.pdf?ua=1>.
- 29 Results for Development, *Tracking aid for the WHA nutrition targets: progress towards the global nutrition goals between 2015–2017*, Washington, DC : Results for Development, 2019.
- 30 Results for Development, *Tracking aid for the WHA nutrition targets: progress towards the global nutrition goals between 2015-2017*. Washington, DC : Results for Development, 2019.
- 31 L'ensemble prioritaire inclut les interventions suivantes : supplémentation prénatale en micronutriments pendant la grossesse ; conseil sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant ; supplémentation en fer et en acide folique chez les filles scolarisées âgées de 15 à 19 ans ; supplémentation en vitamine A ; traitement de la malnutrition aiguë sévère ; campagnes nationales et politiques sociales de promotion de l'allaitement maternel ; enrichissement des denrées de base (farine de blé et de maïs) ; estimation des coûts de renforcement des capacités, de suivi et d'évaluation ; et élaboration de politiques d'appui à ces interventions. L'ensemble prioritaire inclut également le traitement présomptif intermittent du paludisme pendant la grossesse dans les régions à endémie palustre, bien que cette intervention ne fasse l'objet d'aucun suivi.

-
- 32 Banque mondiale : ne déclare pas ses versements dans le cadre du Rapport sur la nutrition mondiale, et rend compte uniquement des engagements pris au titre du processus N4G. Pour la Banque mondiale, ces engagements sont juridiquement contraignants et peuvent être considérés comme des versements. Toutefois, les chiffres déclarés n'étant pas comparables à ceux des versements effectués par les autres donateurs, ils ne sont pas présentés dans le tableau.
- Agence japonaise de coopération internationale : les données relatives aux interventions de l'agence dans le domaine de la nutrition ont été adressées séparément à l'équipe du Rapport sur la nutrition mondiale, et n'incluent pas les chiffres d'autres organismes gouvernementaux japonais. En 2018, les versements affectés aux interventions spécifiques et sensibles à la nutrition étaient en hausse par rapport à 2016, atteignant respectivement 487 millions de yens (4,4 millions de dollars US), contre 273 millions de yens (2,51 millions de dollars US) précédemment, et 19 945 millions de yens (181 millions de dollars US) contre 17 090 millions de yens (157 millions de dollars US) précédemment.
- Australie : les versements sont déclarés tous les deux ans dans le cadre du Rapport sur la nutrition mondiale.
- Méthode utilisée par le Canada : 1) pour les versements spécifiques à la nutrition, on utilise le code-objet 12240 correspondant à la nutrition de base pour déclarer les versements dans le cadre du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du CAD de l'OCDE ; 2) pour les versements sensibles à la nutrition, on utilise un sous-ensemble prédéfini de codes SNPC liés aux résultats sensibles à la nutrition pour identifier d'éventuels projets sensibles à la nutrition. On évalue ensuite manuellement chaque projet identifié selon les critères du mouvement SUN, puis on applique l'allocation proportionnelle correspondante aux codes SNPC des projets validés. Le chiffre global est calculé en appliquant le taux de change annuel moyen du marché en 2016 afin de déclarer les montants en dollars US.
- Union européenne : Lors du sommet N4G, l'Union européenne a engagé 3,5 milliards d'euros en faveur d'interventions de nutrition sur la période 2014-2020. Union européenne : 1) pour les versements spécifiques à la nutrition, on recense tous les versements déclarés au CAD au titre des engagements spécifiques à la nutrition pris jusqu'ici, et on applique la méthode SUN (100 % du montant des versements) ; 2) pour les versements sensibles à la nutrition, on recense tous les versements déclarés au CAD au titre des engagements sensibles à la nutrition pris jusqu'ici, et on applique la méthode SUN (100 % ou 25 % du montant des versements, selon que l'engagement correspondant a été classé comme « essentiellement sensible à la nutrition » ou « partiellement sensible à la nutrition »). Un engagement désigne un accord financier juridiquement contraignant conclu entre l'Union européenne et un partenaire. Les chiffres des versements déclarés par l'Union européenne correspondent au montant total des engagements pris jusqu'à présent. Les versements de fonds suivants sont effectués selon l'échéancier précisé dans chaque contrat, les progrès de mise en œuvre et le taux d'utilisation des fonds par le partenaire.
- France : 4,7 millions de dollars US déclarés au titre des versements spécifiques à la nutrition en 2015. La seule différence entre les montants déclarés par la France dans le système du CAD de l'OCDE et dans le cadre du Rapport sur la nutrition mondiale est la contribution au mouvement SUN, qui a été comptabilisée comme un versement spécifique à la nutrition pour les besoins de notre rapport.
- Allemagne : les chiffres représentent les versements effectués en faveur de la nutrition par le ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement et le ministère fédéral de l'Alimentation et de l'Agriculture.
- Suisse : n'utilise pas le code de la nutrition de base, et ne déclare donc aucune dépense spécifique à la nutrition.
- Royaume-Uni : les chiffres représentent les versements effectués en faveur de la nutrition par le Ministère du développement international du Royaume-Uni seulement ; le montant déclaré pour 2016 inclut un financement par abondement spécifique à la nutrition de 45 millions de dollars US ; le montant déclaré pour 2017 inclut un financement par abondement spécifique à la nutrition de 89 millions de dollars US.
- États-Unis : La composante sensible à la nutrition est calculée différemment des autres pays. Pour les versements spécifiques à la nutrition, le gouvernement américain utilise le code-objet 12240 correspondant à la nutrition de base dans le SNPC du CAD de l'OCDE, qui couvre les activités mises en œuvre dans le cadre du Programme McGovern-Dole International Food for Education and Child Nutrition. Il couvre également la partie de l'« aide alimentaire d'urgence » (code SNPC 72040) et de l'« aide alimentaire au développement » (code SNPC 52010) inscrite au Titre II du Programme Vivres pour la paix définie comme relevant de la nutrition (composante programmatique 3.1.9) dans le Cadre de l'aide extérieure du gouvernement américain. Cette composante programmatique vise à réduire la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans. Pour atteindre cet objectif, les partenaires de développement appliquent une stratégie préventive durant les 1 000 premiers jours – de la grossesse jusqu'à l'âge de deux ans. Les programmes utilisent un ensemble d'interventions synergiques spécifiques à la nutrition et tenant compte de cette question qui contribuent à réduire la malnutrition chronique et aiguë en améliorant les services de santé préventifs et curatifs : surveillance et promotion de la croissance ; eau, assainissement et hygiène ; vaccination ; déparasitage ; santé reproductive et planification familiale ; et prévention et traitement du paludisme.
- 33 Cette évaluation porte uniquement sur les dépenses de santé consacrées aux carences nutritionnelles. Il se peut que certaines des dix interventions, ou certaines de leurs composantes, relèvent d'autres secteurs. Par conséquent, les pourcentages indiqués constituent une estimation plutôt qu'une appréciation globale des progrès réalisés en matière de financement du cadre d'investissement.
- 34 Bien que le montant du déficit global ne soit pas établi, il est certain que des investissements supplémentaires contribueraient à le réduire.

-
- 35 Organisation mondiale de la Santé, *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Genève : OMS, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275990/9789241514873-eng.pdf?ua=1>.
- 36 Levin C., Masters W., Gelli A. *et al.*, *Economic evaluation of multisectoral actions for health and nutrition*. Agriculture, Nutrition and Health Academy Working Group of Economic Evaluations. *Innovative Methods and Metrics for Agriculture and Nutrition Actions programme*, Londres, 2019.
- 37 Leigh C., Buschmann M., Fiala O. *et al.*, *Follow the money: equitably financing child survival*. The Save the Children Fund, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : https://resourcecentre.savethechildren.net/node/15083/pdf/follow_the_money_online_version.pdf.
- 38 Consulter, par exemple : Brookings, *Aid effectiveness in fragile states: how bad is it and how can it improve?*, 2016. Disponible en anglais à l'adresse suivante : https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/12/global_121616_brookeshearer.pdf ; Gisselquist R., « Good aid in hard places: learning from "successful" interventions in fragile situations », 2015. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13533312.2015.1059732.
- 39 UNICEF, *Réduire les écarts : l'importance des investissements en faveur des enfants les plus pauvres*, 2017. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unicef.org/media/49116/file/UNICEF_The_power_of_investing_in_the_poorest_children_FR.pdf.
- 40 Banque mondiale, *Thinking about equity in health financing: a framework*, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <http://pubdocs.worldbank.org/en/870381524235352323/Health-financing-and-equity-framework-FINAL-20180417-1750.pdf>.
- 41 R4D, *Tracking aid for the WHA nutrition targets: targeting countries most in need*, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.r4d.org/resources/tracking-aid-for-the-wha-nutrition-targets-targeting-countries-most-in-need/.
- 42 Manuel M., Coppard D., Dodd A. *et al.*, *Subnational investment in human capital*. ODI et Development Initiatives, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/12663.pdf.
- 43 Manuel M., Coppard D., Dodd A. *et al.*, *Subnational investment in human capital*. ODI et Development Initiatives, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/12663.pdf.
- 44 UNICEF, *Nutrition public expenditure review: mainland Tanzania and Zanzibar*, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : [www.unicef.org/esaro/PER-of-Nutrition-in-Tanzania-and-Zanzibar-\(2018\).pdf](http://www.unicef.org/esaro/PER-of-Nutrition-in-Tanzania-and-Zanzibar-(2018).pdf).
- 45 Pour en savoir plus, veuillez consulter les ressources du Nutrition Modeling Consortium à l'adresse suivante : <https://www.nyas.org/programs/nutrition-modeling-consortium/?tab=resources>.
- 46 Pearson R., Killedar M., Petravic J. *et al.*, « Optima Nutrition: an allocative efficiency tool to reduce childhood stunting by better targeting of nutrition-related interventions ». *BMC Public Health*, 2018, 18:384. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5294-z>.
- 47 Pearson R., Killedar M., Petravic J. *et al.*, « Optima Nutrition: an allocative efficiency tool to reduce childhood stunting by better targeting of nutrition-related interventions ». *BMC Public Health*, 2018, 18:384. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5294-z>.
- 48 Nutrition pour la croissance, « Join The Power of Nutrition in transforming the way the world tackles undernutrition », 2020. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <http://www.powerofnutrition.org/nutrition-for-growth-join-the-power-of-nutrition-in-transforming-the-way-the-world-tackles-undernutrition/>.
- 49 Mécanisme de financement mondial, « Modèle de financement », 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.globalfinancingfacility.org/fr/modele-de-financement>.
- 50 Action contre la Faim, *Mécanismes de financements innovants dans la nutrition : quels enseignements tirés à ce jour ?*, 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.actioncontrelafaim.org/wp-content/uploads/2019/01/Financements-innovants-%C3%A0_la_nutrition_ACFPolicybrief2018.pdf.
- 51 Au moment de la rédaction du présent rapport, 73 pays avaient mis en place des taxes sur les boissons sucrées au niveau national, et une zone non membre de l'OMS et deux États membres de l'OMS s'étaient dotés de taxes de même nature au niveau infranational.

-
- 52 Consulter, par exemple : UNICEF, *Mise en œuvre de taxes sur les boissons sucrées : un aperçu des approches actuelles et des bénéfices potentiels pour les enfants*, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://scalingupnutrition.org/fr/news/mise-en-oeuvre-de-taxes-sur-les-boissons-sucres-queles-sont-les-approches-actuelles/> ; Organisation mondiale de la Santé, *Taxes on sugary drinks: why do it?*, 2017. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260253>.
- 53 Dans le cadre d'une obligation à impact sur le développement, des investisseurs avancent des fonds destinés à la mise en œuvre d'interventions sociales, des organismes prestataires œuvrent à l'obtention des résultats convenus, et des donateurs, essentiellement publics, remboursent aux investisseurs le capital investi et leur versent un rendement sur ce dernier si – et seulement si – des éléments probants vérifiés indépendamment attestent de l'obtention des résultats convenus. Groupe de travail sur les obligations à impact sur le développement, *Investing in social outcomes: development impact bonds*. Center for Global Development, 2013. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.cgdev.org/publication/investing-social-outcomes-development-impact-bonds.
- 54 Mécanisme de financement mondial, « La toute 1^{re} obligation à impact sur le développement en son genre lancée au Cameroun pour sauver des nouveau-nés » (communiqué de presse), 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.globalfinancingfacility.org/fr/la-toute-1ere-obligation-a-impact-sur-le-developpement-en-son-genre-lancee-au-cameroun-pour-sauver>.
- 55 Pour en savoir plus sur le programme Kangaroo Mother Care, veuillez consulter la page suivante : www.socialfinance.org.uk/projects/cameroon-kangaroo-mother-care.
- 56 Elmer P. et West E., Programme de financement des aliments nutritifs : « Investment opportunities in nutritious foods value chains in Kenya and Tanzania ». Genève : GAIN et iGravity, 2018.

Chapitre 6

- 1 Willett W., Rockström J., Loken B. *et al.*, « Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. » *The Lancet*, 2019, 393 (10170), p. 447 à 92, [doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4).
- 2 Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), « L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde. Se prémunir contre les ralentissements et les fléchissements économiques. » Rome : FAO, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fao.org/3/ca5162fr/ca5162fr.pdf>.
- 3 UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2019 : enfants, nourriture et nutrition*. New York : UNICEF, 2019.
- 4 Le deuxième Rapport de prospective du Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition sera publié à l'été 2020. Il proposera des solutions stratégiques afin d'améliorer la qualité des régimes alimentaires en suivant une approche des systèmes alimentaires qui favorise la disponibilité, l'accessibilité physique et financière, l'attrait et la durabilité d'une alimentation saine pour tous. Disponible à l'adresse suivante : www.glopan.org/foresight2 (consulté le 4 mars 2020).
- 5 Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.thelancet.com/series/double-burden-malnutrition.
- 6 Nations Unies, *Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé*, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://undocs.org/fr/A/RES/74/2>.
- 7 « Sommet de la nutrition pour la croissance Tokyo 2020. Vision et feuille de route – Août 2019. » Disponible à l'adresse : https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2020/02/Tokyo-N4G-VisionRoadmap_FRA.pdf (consulté le 5 mai 2020).
- 8 Plusieurs guides ont été publiés sur la formulation d'engagements dans le cadre du Sommet Nutrition pour la croissance. L'un d'eux est disponible en anglais à l'adresse : <https://nutritionforgrowth.org/make-a-commitment> (consulté le 4 mars 2020). Un autre guide publié en 2019 est disponible à l'adresse : https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2020/01/N4G_CommitmentGuide_FRA.pdf. Le guide de l'Organisation mondiale de la Santé sur la prise d'engagements SMART est disponible en anglais à l'adresse : www.who.int/nutrition/decade-of-action/smart_commitments (consulté le 5 mars 2020).

Annexe 2

- 1 Pour obtenir des informations plus détaillées et plus approfondies sur la méthode à utiliser en vue d'assurer le suivi des progrès dans la réalisation des cibles mondiales 2025 pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, consulter : 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 ; New York : UNICEF, 2019.
- 2 OMS, Statistiques mondiales sur la santé 2019. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/gho/data/node.imr.ANEMIAPW?lang=fr#>.
- 3 UNICEF et OMS, *Low birthweight estimates*, édition 2019. Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/nutrition/publications/UNICEF-WHO-lowbirthweight-estimates-2019/en/.
- 4 UNICEF, Bases de données mondiales de l'UNICEF : alimentation du nourrisson et du jeune enfant. New York : Division de l'analyse de données, de la planification et du suivi de l'UNICEF, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <http://data.unicef.org/nutrition/iycf> (consulté le 3 février 2020).
- 5 UNICEF/OMS/Banque mondiale, *Joint Child Malnutrition*, édition 2019. New York, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/resources/dataset/malnutrition-data>. (consulté le 3 février 2020).
- 6 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 ; New York : UNICEF, 2019.
- 7 Réseau NCD Risk Factor Collaboration, Disponible à l'adresse suivante : <http://ncdrisc.org/data-downloads.html>.
- 8 « Global Burden of Disease », Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

APD	Aide publique au développement	SMART	Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini
CAD	Comité d'aide au développement	SNPC	Système de notification des pays créanciers (Comité d'aide au développement)
EDS	Enquête démographique et de santé	SUN	Mouvement pour le renforcement de la nutrition
GFF	Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
GNPR	Examen mondial des politiques en matière de nutrition	US	États Unis
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires	WHA	Assemblée mondiale de la Santé
IMC	Indice de masse corporelle		
LME	Liste des médicaments essentiels		
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples		
MNT	Maladie non transmissible		
N4G	Nutrition pour la croissance		
NMNJE	Alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant		
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques		
ODD	Objectif de développement durable		
OMS	Organisation mondiale de la Santé		
ONU	Organisation des Nations Unies		
R4D	Results for Development		

GLOSSAIRE

Action à double fonction

L'expression « à double fonction » a été inventée pour qualifier les actions (intervention, programme ou politique) dans le domaine de la nutrition ayant la capacité de combattre à la fois la sous-alimentation et le surpoids, l'obésité ou d'autres MNT liées au régime alimentaire. Par exemple, la promotion efficace de l'allaitement au sein peut prévenir le retard de croissance et réduire la probabilité de MNT liées au régime alimentaire au cours de la vie.

Actions sensibles à la nutrition

Les actions sensibles à la nutrition sont des interventions, des programmes ou des politiques mis en œuvre dans d'autres secteurs que celui de la nutrition, qui luttent contre les déterminants sous-jacents (désignés par le terme « déterminants sociaux » dans le présent rapport) de la nutrition et du développement du fœtus et de l'enfant et intègrent des objectifs et actions précis en lien avec la nutrition. Ces autres secteurs peuvent être l'agriculture, la santé, la protection sociale, le développement du jeune enfant, l'éducation ou l'eau et l'assainissement. Les déterminants sociaux ciblés par les actions sensibles à la nutrition sont notamment la pauvreté, l'insécurité alimentaire, le manque d'accès aux soins de santé adaptés et les services de santé et les services d'eau et d'assainissement inadaptés.

Actions spécifiques à la nutrition

Les actions spécifiques à la nutrition désignent des interventions, des programmes ou des politiques conçus pour avoir un impact direct sur les déterminants immédiats de la nutrition. Ces actions comprennent notamment la promotion de pratiques parentales, de soins, d'alimentation et de consommation alimentaire et nutritionnelle adaptées, ainsi que la prévention de maladies infectieuses. La promotion de l'allaitement au sein, la gestion des maladies et le traitement de la malnutrition aiguë en situation d'urgence en sont des exemples.

Agir sur l'équité pour mettre fin à la malnutrition

Une action (intervention, programme ou politique) en matière de nutrition peut être considérée comme sensible à l'équité (ou équitable) si elle tient spécifiquement compte de l'équité et des modalités de lutte contre de potentielles inégalités lors de sa conception, son suivi et son évaluation.

Agro-transformation

Transformation de produits agricoles en aliments dans le but de les rendre propres à la consommation humaine ou animale, ou en fibres, carburants ou matières premières en vue d'une transformation ultérieure. Cette transformation peut inclure différentes techniques de conservation ou de traitement, telles que le séchage, la mise en conserve ou l'ensilage.

Aide au développement et aide publique au développement (APD)

« L'aide publique au développement international » (couramment désignée par le terme « aide ») 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), qui est définie par le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme une aide (gouvernementale) internationale fournie aux pays et territoires sur la Liste des bénéficiaires de l'APD, ou à des institutions multilatérales qui ont pour but de favoriser le développement économique et d'améliorer la protection sociale.

Aliments autochtones

Un système alimentaire autochtone désigne l'air et l'ensemble des terres, eaux et sols, ainsi que les espèces de plantes, d'animaux et de champignons culturellement significatifs qui ont permis de nourrir une population autochtone pendant des milliers d'années. Les systèmes alimentaires autochtones sont mieux décrits d'un point de vue écologique qu'en termes économiques néoclassiques. Dans ce contexte, les aliments autochtones désignent les aliments qui ont été plantés, cultivés, cueillis, préparés, conservés, partagés ou commercialisés au sein de territoires spécifiques en respectant les valeurs d'interdépendance, de respect, de réciprocité et de respect de l'écologie.

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. Il existe plusieurs formes d'anémie, dont les causes et les traitements diffèrent. Les causes les plus courantes de l'anémie sont les carences nutritionnelles causées par un apport inadéquat (ou insuffisant) en minéraux (en particulier en fer) et en vitamines dans l'alimentation.

Biodiversité

La biodiversité fait référence à la variété et la variabilité des organismes vivants sur Terre, y compris les plantes, les animaux et les micro-organismes, tels que les champignons et les bactéries.

Chaînes de valeur de l'élevage et des aliments

Les **chaînes de valeur des aliments** intègrent tout le processus économique de la production alimentaire, y compris l'exploitation agricole, la transformation et l'élimination de tout déchet ou emballage. Les **chaînes de valeur des aliments** qui se veulent durables génèrent d'importants bénéfices pour la société et prennent en compte les impacts environnementaux plus larges. Les chaînes de valeur de l'élevage comprennent une série d'activités impliquées dans la fabrication d'un produit d'origine animale tel que la viande, le lait, les œufs, la laine, le cuir ou le fumier. Elles incluent toutes les étapes de production, de transformation et de livraison aux clients finaux.

Cibles mondiales de nutrition

Les cibles mondiales de nutrition correspondent ici aux cibles relatives à la fois à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant et aux MNT liées au régime alimentaire. Ces cibles ont été adoptées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2012 (cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant) et de 2013 (cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire), avec pour objectif de les atteindre d'ici à 2025. Les cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025 comprennent des cibles pour chacun des six indicateurs relatifs à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, à savoir l'insuffisance pondérale à la naissance, le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, l'anémie chez les femmes en âge de procréer et l'allaitement maternel exclusif. Par ailleurs, elles comptent des cibles pour quatre indicateurs relatifs aux MNT liées au régime alimentaire chez l'adulte, tels que la consommation de sel, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité.

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

Les cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant correspondent à six cibles mondiales adoptées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2012, et devant être atteintes d'ici à 2025. Elles portent sur l'insuffisance pondérale à la naissance, le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, l'anémie chez les femmes en âge de procréer et l'allaitement maternel exclusif. Par exemple, la cible 1 vise à « réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui présentent un retard de croissance ».

Cibles relatives aux maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire	Les cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire (ou à la nutrition) représentent quatre des dix cibles mondiales de nutrition adoptées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2013 devant être atteintes d'ici à 2025. Elles portent notamment sur la consommation de sel, l'hypertension artérielle, l'obésité chez l'adulte et le diabète chez l'adulte. Par exemple, la cible 4 vise une « réduction relative de 30 % de la consommation moyenne de sel/sodium dans la population ».
Code-objet	Les codes-objet sont utilisés par les donateurs déclarant leurs financements au Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération de développement économiques afin de consigner la destination des fonds plus précisément qu'en se basant sur le simple 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, mieux aligné sur la définition des investissements spécifiques à la nutrition donnée par la revue <i>The Lancet</i> et des actions essentielles en nutrition de l'OMS.
Couverture sanitaire universelle	La couverture sanitaire universelle, également désignée par les termes « soins de santé universels », est un système de soins de santé dans lequel l'ensemble de la population a un accès garanti aux services de soins de santé essentiels, sans rencontrer de difficultés financières. La couverture sanitaire universelle est explicitement incluse dans l'objectif de développement durable 3, qui appelle tous les pays à œuvrer à garantir que chacun individu ait accès à un ensemble minimum d'interventions sanitaires de grande qualité, sans rencontrer de difficultés financières. En 2019, l'Assemblée générale des Nations Unies a, pour la première fois, porté particulièrement son attention sur la couverture sanitaire universelle, en s'engageant à l'atteindre à l'horizon 2030. Le principe qui sous-tend cet engagement est celui du droit fondamental à une santé et un bien-être optimaux, qui ne serait pas réservé uniquement aux plus aisés.
Denrées de base et céréales de base	Les denrées de base désignent des denrées alimentaires, végétales ou animales, consommées régulièrement et en telle quantité qu'elles constituent la plus grande partie de l'alimentation et fournissent généralement une large proportion des besoins caloriques et nutritionnels. Bien que ces denrées de base varient d'une zone géographique à l'autre, l'écrasante majorité des denrées de base à travers le monde sont des céréales, telles que le maïs, le riz ou le blé.
Diversité alimentaire	La diversité alimentaire (ou variété alimentaire) fait référence à la variété, en nombre et en type d'aliments, du régime alimentaire d'une personne sur une période de référence donnée. Toutefois, les avis divergent quant au calcul normalisé optimal devant être utilisé pour évaluer la diversité alimentaire. La diversité alimentaire peut également être utilisée comme mesure de substitution à la sécurité alimentaire, à l'apport suffisant en énergie ou nutriments et à la qualité de l'alimentation.
Données géospatiales	Les données géospatiales sont des informations relatives à des événements, des objets ou des phénomènes propres à une zone géographique spécifique. Ces données peuvent avoir trait, entre autres, à des prévisions météorologiques, des systèmes de navigation par satellite, des publications géolocalisées sur les réseaux sociaux (ou géomarquage) et les taux de malnutrition. La zone géographique est un des modes de ventilation des données sur la nutrition, au même titre que le niveau de richesse ou le sexe. L'utilisation de données géospatiales peut aider à comprendre où vivent les personnes souffrant de malnutrition.
Données sur la nutrition sensibles à l'équité	Les données sur la nutrition peuvent être considérées comme sensibles à l'équité lorsqu'elles sont suffisamment détaillées (ou ventilées) pour identifier les inégalités en matière de possibilités ou d'accès (c'est-à-dire les iniquités) et les inégalités de résultats. Cela peut désigner par exemple des données ventilées à l'échelle locale et selon les principales caractéristiques des populations, telles que l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, le niveau d'éducation et le niveau de richesse.

Double fardeau de la malnutrition	Le « double fardeau » de la malnutrition est un terme utilisé pour désigner la coexistence de la sous-alimentation (y compris du retard de croissance, de l'émaciation, de l'insuffisance pondérale et de la <i>carence en micronutriments</i>) et du surpoids, de l'obésité et d'autres MNT liées au régime alimentaire. Plusieurs formes de malnutrition peuvent coexister (ou se chevaucher) à n'importe quel niveau de la population : à savoir au niveau du pays, de la ville, de la communauté, du ménage et de l'individu. Par exemple, un pays peut afficher des niveaux élevés d'anémie et d'obésité et un enfant peut souffrir à la fois d'un retard de croissance et de surpoids.
Égalité et inégalité	L'inégalité fait référence aux différences, aux variations et aux disparités en matière de santé et de conditions de vie entre les personnes (individus et groupes de population) qui sont le résultat (ou la conséquence) de systèmes et processus injustes qui conditionnent la vie quotidienne (<i>voir Équité et iniquité</i>). Les inégalités en matière de nutrition sont les différences de résultats en matière de nutrition des différentes populations, notamment concernant l'apport alimentaire, l'état nutritionnel et les troubles ou maladies connexes, influencés par exemple par la zone géographique, l'âge, le genre, l'origine ethnique et le niveau de richesse.
Émaciation	Les enfants atteints d'une maigreur excessive en raison de la sous-alimentation sont dits « émaciés ». Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'émaciation chez l'enfant correspond à un indice poids-âge supérieur à deux écarts-types sous la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS. Les enfants émaciés sont plus susceptibles de présenter un retard de croissance. Voir l'annexe 1 pour la définition de l'émaciation utilisée dans le présent rapport.
Environnement alimentaire	Les environnements alimentaires sont les circonstances physiques, économiques, politiques et socioculturelles qui affectent l'accessibilité physique et financière, la disponibilité et les perceptions culturelles et sensorielles des denrées alimentaires. À leur tour, ces circonstances influencent les choix alimentaires des populations lors de l'achat, de la préparation et de la consommation, ainsi que leur état nutritionnel.
Équité et iniquité	L'équité se concentre sur les possibilités plutôt que sur les résultats et intègre l'idée de justice. L'iniquité comprend également une dimension morale et peut se définir comme une inégalité en matière de possibilités ou l'absence d'accès équitable aux systèmes et processus qui conditionnent la vie quotidienne, engendrant des inégalités (ou des résultats ou conséquences inégaux). En d'autres termes, l'égalité des chances, ou l'équité, influence l'égalité des résultats. Ici, l' équité en matière de nutrition se concentre sur les possibilités et les obstacles au sein des systèmes alimentaires et des systèmes de santé qui affectent l'accès à la santé, à une alimentation abordable et à une prise en charge nutritionnelle de qualité, conduisant à des résultats inégaux en matière de nutrition (ou des inégalités en matière de nutrition).
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. Si une personne présente plusieurs facteurs de risque pour une maladie donnée, elle est plus susceptible de la contracter. Les facteurs de risque sont considérés comme modifiables ou non modifiables. Les facteurs de risques modifiables peuvent évoluer en fonction du mode de vie (comme le régime alimentaire, le tabagisme et l'activité physique) et des conditions environnementales. Les facteurs non modifiables, tels que l'âge, le sexe et l'origine ethnique, ne peuvent pas être changés. Par exemple, une consommation de sel élevée est un facteur de risque modifiable lié au régime alimentaire qui augmente les risques de contracter une maladie coronarienne.

Fragilité	La fragilité fait référence à une capacité insuffisante de l'État, du système ou des populations locales à gérer, absorber ou atténuer les risques auxquels ils font face, les rendant vulnérables à toute une série de chocs. La fragilité peut avoir des conséquences négatives, telles que des violences, une crise humanitaire ou d'autres situations d'urgence.
Insuffisance pondérale	Il s'agit d'une forme de sous-alimentation. Une personne est dite en insuffisance pondérale lorsque son poids ou son indice poids-taille est trop faible pour son âge. Voir l'annexe 1 pour la définition de l'insuffisance pondérale en fonction de l'âge utilisée dans le présent rapport.
Intervention axée sur la population	Une intervention (ou approche) axée sur la population désigne une intervention auprès d'un groupe d'individus ou de l'ensemble d'une population, à la différence d'une intervention axée sur les individus qui sera mise en œuvre à une échelle individuelle.
Maladies non transmissibles (MNT) et MNT liées au régime alimentaire	Les MNT sont des maladies chroniques non infectieuses à longue durée de vie qui évoluent lentement. Elles sont causées par une association de facteurs de risques modifiables et non modifiables, tels que le mode de vie et le comportement, l'environnement, la physiologie et la génétique. Il en existe quatre types principaux : les maladies cardiovasculaires (maladie coronarienne, AVC, etc.), les diabètes, les cancers et les affections respiratoires chroniques. L'obésité est considérée à la fois comme une maladie chronique et comme un facteur de risque d'autres MNT. Les MNT relatives à l'alimentation (ou la nutrition) sont désignées par le terme « MNT liées au régime alimentaire ». Celles-ci comprennent essentiellement l'obésité, les maladies cardiovasculaires, les diabètes et certains cancers.
Maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire	Voir Maladies non transmissibles (MNT) .
Malnutrition	La malnutrition, sous toutes ses formes, correspond à la fois à la sous-alimentation (y compris au retard de croissance, à l'émaciation, à l'insuffisance pondérale et à la carence en micronutriments) et au surpoids, à l'obésité et à d'autres MNT liées au régime alimentaire. Elle désigne diverses maladies liées au régime alimentaire causées par le manque de calories, de nutriments ou d'aliments de qualité (sains), ou par l'excès d'aliments de piètre qualité (néfastes pour la santé).
Micronutriments et carence en micronutriments	Les micronutriments sont des composants de l'alimentation, communément appelés vitamines et minéraux. Bien qu'ils soient indispensables, de petites quantités de micronutriments suffisent à maintenir un individu en bonne santé. Les micronutriments incluent des minéraux tels que le fer, le calcium, le sodium, le magnésium, le zinc et l'iode, et des vitamines telles que la vitamine A, les vitamines du groupe B (à l'instar des folates), la vitamine C et la vitamine D. Les carences en micronutriments sont causées par l'absorption ou la consommation inadaptée (ou insuffisante) d'un ou de plusieurs minéraux ou vitamines, ce qui contribue à un état nutritionnel sous-optimal. Bien que moins courante, la surconsommation de certains micronutriments, généralement due à une prise excessive de compléments, peut également avoir des effets indésirables (toxicité en micronutriments).

Obésité et surpoids	Une personne souffre d'obésité ou de surpoids lorsqu'elle présente une accumulation excessive de tissus adipeux pouvant entraîner un risque pour sa santé. Cette masse grasseuse excessive est plus élevée dans le cas de l'obésité que celui du surpoids. En fonction de l'âge, les critères de classification du surpoids ou de l'obésité diffèrent. L'indice de masse corporelle (IMC), soit le poids d'une personne en kilogrammes divisé par sa taille en mètres au carré, est utilisé comme outil de classification des adultes en surpoids ou obèses à l'échelle de la population. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère qu'un adulte est en surpoids lorsque celui-ci présente un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m ² et obèse lorsque son IMC est supérieur ou égal à 30 kg/m ² . Voir l'annexe 1 pour les définitions du surpoids et de l'obésité selon l'âge, telles qu'utilisées dans le présent rapport.
Petits exploitants agricoles et agriculteurs de subsistance	L'expression « petits exploitants agricoles » désigne les producteurs ruraux, principalement dans les pays en développement, qui cultivent la terre essentiellement avec l'aide d'une main-d'œuvre familiale et pour qui cette activité constitue la principale source de revenus. L'agriculture de subsistance désigne une stratégie de subsistance qui consiste à consommer directement la majeure partie de la production, peu ou pas d'intrants sont achetés et seule une faible proportion des produits cultivés sont vendus.
Retard de croissance	Les enfants souffrent d'un retard de croissance lorsque leur croissance et leur développement sont perturbés, en raison d'une mauvaise alimentation, d'infections répétées et d'une stimulation psychosociale inadaptée. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le retard de croissance (modéré ou sévère) correspond à un indice taille-âge supérieur à deux écarts-types sous la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS. Les enfants qui présentent un retard de croissance sont aussi plus susceptibles d'être émaciés. Voir l'annexe 1 pour la définition du retard de croissance utilisée dans le présent rapport.
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 de l'individu, du ménage, ou d'une zone géographique (aux échelons national, régional ou mondial).
Sous-alimentation	La sous-alimentation est un état de santé lié au régime alimentaire qui résulte d'une consommation d'aliments insuffisante pour couvrir les besoins énergétiques et nutritionnels. Elle désigne notamment le fait d'être en insuffisance pondérale, d'être trop petit (retard de croissance) ou trop maigre (émaciation) pour son âge ou sa taille, ou de présenter des carences en vitamines et minéraux (micronutriments). Est sous-alimentée toute personne souffrant de sous-alimentation.
Supermarchés	Un supermarché est un magasin dans lequel la plupart des espaces de vente sont consacrés aux aliments frais et transformés et qui sert un groupe de revenu élargi. Les supermarchés peuvent également faire partie des chaînes de vente au détail en respectant les normes privées relatives à la qualité et la sécurité alimentaires.
Système alimentaire	Un système alimentaire rassemble tous les éléments (y compris l'environnement, les personnes, les contributions, les processus, les infrastructures et les institutions) et les activités en lien avec la production, la transformation, la distribution, la préparation et la consommation d'aliments, ainsi que les résultats de ces activités, notamment socioéconomiques et environnementaux.
Universalité	Le principe d'universalité dans le domaine de la nutrition fait référence à une approche inclusive qui garantit à chacun un accès juste aux ressources et aux services dont il a besoin pour atteindre une santé nutritionnelle optimale.

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES EN LIGNE

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

globalnutritionreport.org/resources

Les **profils nutritionnels nationaux** (Country Nutrition Profiles) rassemblent les meilleures données disponibles sur la nutrition chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, ainsi que des informations sur la couverture des interventions, les déterminants, le financement de la nutrition et la démographie :

- Au niveau mondial
- Dans 6 régions et 21 sous-régions
- Dans 194 pays

L'**outil de suivi des progrès réalisés à l'égard des engagements « Nutrition pour la croissance »** (Nutrition for Growth Commitment Tracking) présente les dernières données disponibles sur les engagements pris par les parties prenantes aux sommets Nutrition pour la croissance en vue de mettre fin à la malnutrition :

- Gouvernements
- Donateurs
- Entreprises
- Organisations de la société civile
- Organismes des Nations Unies

Les **études de cas et dossiers** (Case Studies and Briefings) décrivent des exemples de pays ou de domaines dans lesquels des progrès sont réalisés afin d'améliorer les résultats en matière de nutrition, et mettent en lumière les mesures qui peuvent être prises pour accélérer les progrès vers un monde débarrassé de toute forme de malnutrition.

La rubrique **À propos de la malnutrition** (About Malnutrition) apporte un éclairage sur les différents types de malnutrition et sur les raisons pour lesquelles la malnutrition est une question importante, tout en soulignant le rôle du plaidoyer dans la réalisation d'un monde libéré de la malnutrition.

Pour en savoir plus sur les efforts considérables fournis par les organisations et les groupes qui progressent vers l'amélioration des résultats en matière de nutrition à travers le monde, consultez le blog du **Rapport sur la nutrition mondiale** à l'adresse suivante :

globalnutritionreport.org/blog

GROS PLANS

- GROS PLAN 2.1 :** **Le fossé entre zones urbaines et zones rurales au Pérou**
Jordan Beecher
- GROS PLAN 2.2 :** **Utiliser les cadres d'analyse géostatistique pour estimer le fardeau du retard de croissance, de l'émaciation et du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans à l'échelle infranationale**
Damaris K. Kinyoki, Amelia Apfel, Megan F. Schipp, Lucas Earl, Julia Devin et Simon I. Hay
- GROS PLAN 3.1 :** **Promouvoir l'équité et la justice sociale : une initiative pour transformer les districts ambitieux en Inde (Transformation of Aspirational Districts)**
Alok Kumar, Rajan Sankar et Basanta Kumar Kar
- GROS PLAN 4.1 :** **Vers un système agroalimentaire plus diversifié – en finir avec la surabondance des céréales de base**
Prabhu Pingali
- GROS PLAN 4.2 :** **Le coût élevé des aliments nutritifs dans les pays pauvres**
Derek Headey
- GROS PLAN 4.3 :** **Tendances mondiales et caractéristiques des ventes des boissons et des produits alimentaires transformés**
Phillip Baker, Priscila Machado, Kate Sievert, Kathryn Backholer, Colin Bell et Mark Lawrence
- GROS PLAN 4.4 :** **Les supermarchés et la progression de l'obésité en Afrique**
Kathrin M. Demmler et Matin Qaim
- GROS PLAN 4.5 :** **Les iniquités du marketing alimentaire ciblant les enfants**
Camila Corvalan et Fernanda Mediano
- GROS PLAN 4.6 :** **Environnements alimentaires dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure : identifier et combler les lacunes**
Bianca Carducci, Christina Oh et Zulfiqar A. Bhutta
- GROS PLAN 5.1 :** **La faible mobilisation des recettes nationales freine l'investissement public dans la nutrition en Somalie**
Richard Watts
- GROS PLAN 5.2 :** **Amélioration du suivi mondial des versements effectués par les donateurs**
J.S. Kouassi, Mary D'Alimonte et Kedar Mankad
- GROS PLAN 5.3 :** **Consolider la base de données factuelles sur les programmes de nutrition multisectoriels**
Carol Levin, Dale Davis, Aulo Gelli, Mary D'Alimonte et Augustin Flory
- GROS PLAN 5.4 :** **Optima Nutrition : un outil permettant de réduire le retard de croissance chez l'enfant grâce à un meilleur ciblage des ressources**
Meera Shekar, Jonathan Kweku Akuoku et Jean-Sébastien Kouassi
- GROS PLAN 5.5 :** **Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF)**
Leslie Elder
- GROS PLAN 5.6 :** **Le financement mixte au service de l'amélioration de la nutrition**
Greg S. Garrett

ENCADRÉS

- ENCADRÉ 1.1 :** Quelles sont les causes de l'iniquité ?
- ENCADRÉ 1.2 :** Équité : gros plan sur la justice, la vulnérabilité et la non-discrimination
- ENCADRÉ 1.3 :** Élaborer des actions équitables en matière de nutrition
- ENCADRÉ 4.1 :** Domaines dans lesquels le secteur privé peut contribuer à améliorer la nutrition

FIGURES

- FIGURE 1.1 :** Cadre d'équité nutritionnelle
- FIGURE 1.2 :** Comment les parties prenantes peuvent-elles remédier au manque d'équité dans la nutrition ?
- FIGURE 2.1 :** Progrès à l'échelle mondiale dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition 2025
- FIGURE 2.2 :** Prévalence mondiale des indicateurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et à la nutrition chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte
- FIGURE 2.3 :** Progrès à l'échelle nationale dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025
- FIGURE 2.4 :** Cartographie des formes cumulées de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, d'anémie chez les femmes en âge de procréer et de surpoids chez les femmes adultes
- FIGURE 2.5 :** Formes cumulées de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, d'anémie chez les adolescentes et les femmes, et de surpoids chez les femmes adultes, réparties par niveau de fragilité
- FIGURE 2.6 :** Inégalités en matière d'indicateurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant entre les zones urbaines et rurales, les sexes, les niveaux de richesse et le niveau d'éducation de la mère
- FIGURE 2.7 :** Inégalités en matière de retard de croissance, d'émaciation et de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, ventilées par zone géographique, sexe, niveau de richesse et niveau d'éducation
- FIGURE 2.8 :** Inégalités en matière de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans entre les zones rurales et urbaines et les niveaux de richesse au Pérou, 2017
- FIGURE 2.9 :** Prévalence du retard de croissance, de l'émaciation et du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, dans une zone d'étude divisée en cellules de 5 km x 5 km, 2017
- FIGURE 2.10 :** Variation annualisée de la prévalence du retard de croissance en fonction des inégalités de richesse chez les enfants de moins de 5 ans dans 80 pays, répartis par niveau de fragilité, 2000-2018
- FIGURE 2.11 :** Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans par niveau de richesse, dans différents pays, 2000-2017

-
- FIGURE 2.12 :** Prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans en fonction du sexe, 2000-2016
- FIGURE 2.13 :** Prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans et chez les adultes, en fonction du niveau de revenu des pays, 2016
- FIGURE 2.14 :** Prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les adultes en fonction du sexe, 2000-2016
- FIGURE 2.15 :** Variation mondiale annualisée des inégalités de prévalence de l'obésité entre les hommes et les femmes adultes, en fonction du niveau de fragilité, 2000 et 2016
- FIGURE 2.16 :** Prévalence mondiale de l'hypertension artérielle et du diabète chez les adultes, en fonction du sexe, 2000-2015
- FIGURE 3.1 :** Cadre pour l'intégration équitable de la nutrition dans les systèmes de santé
- FIGURE 3.2 :** Inclusion des objectifs, des cibles ou des indicateurs relatifs aux cibles mondiales de nutrition dans les plans du secteur de la santé de 94 pays, par groupe de revenu, 2016-2017
- FIGURE 3.3 :** Dépenses annuelles par catégorie de maladie dans 48 pays, 2016
- FIGURE 3.4 :** Interventions au titre de l'initiative Delivery of Poshan Abhiyaan (Mission nationale en faveur de la nutrition) dans les districts ambitieux : résultats de deux enquêtes sur les ménages
- FIGURE 3.5 :** Population couverte par une sélection d'interventions ciblant les mères, les nourrissons et les jeunes enfants dans les établissements de soins de santé
- FIGURE 3.6 :** Population couverte par une sélection d'interventions ciblant les mères, les nourrissons et les jeunes enfants dans les établissements de soins de santé, par richesse de la population
- FIGURE 3.7 :** Population couverte par les interventions de « nutrition » et les interventions « sans rapport avec la nutrition » ciblant les mères et les enfants dans 35 pays
- FIGURE 4.1 :** Organisation du système alimentaire
- FIGURE 4.2 :** Apport calorique moyen mondial par groupe d'aliments, 1971-2013
- FIGURE 4.3 :** Répercussions des différents groupes d'aliments sur l'environnement
- FIGURE 4.4 :** Carte de chaleur des prix caloriques relatifs des aliments d'origine animale dans 176 pays, 2011
- FIGURE 4.5 :** Ventes de produits alimentaires transformés par niveau de revenu des pays, 2003-2017, et projections pour 2022
- FIGURE 4.6 :** Ventes de boissons non alcoolisées par niveau de revenu des pays, 2003-2017, et projections pour 2022
- FIGURE 4.7 :** Comparaison entre les clients des supermarchés et les clients d'autres commerces au Kenya : indice de masse corporelle et surpoids, 2012 et 2015
- FIGURE 5.1 :** Scénario de financement de la solidarité internationale : besoins de financement supplémentaires nécessaires à la réalisation des cibles de nutrition établies par l'Assemblée mondiale de la Santé
- FIGURE 5.2 :** Recettes publiques et prévalence du retard de croissance dans 61 pays
- FIGURE 5.3 :** Financement sensible à la nutrition provenant de l'Aide publique au développement international et des ressources publiques nationales en Somalie
- FIGURE 5.4 :** Investissements publics nationaux consacrés à la nutrition, par secteur

-
- FIGURE 5.5 :** Versements de l'APD affectés à la nutrition de base, 2007-2017
- FIGURE 5.6 :** Attribution de l'APD destinée à la nutrition de base en 2017, par taux de malnutrition des pays bénéficiaires
- FIGURE 5.7 :** Dépenses des donateurs consacrées aux MNT liées au régime alimentaire
- FIGURE 5.8 :** Versements de donateurs en faveur de différentes cibles de nutrition de l'Assemblée mondiale de la Santé
- FIGURE 5.9 :** Financement public spécifique à la nutrition exprimé en pourcentage des besoins d'investissement dans le secteur de la santé de six pays africains
- FIGURE 5.10 :** Scénario prévu et scénario optimal de recettes fiscales dans les pays membres du mouvement SUN à l'horizon 2025
- FIGURE 5.11 :** Projection des dépenses publiques de santé consacrées aux carences nutritionnelles à partir de trois scénarios (2016-2025)
- FIGURE 5.12 :** Optima Nutrition au Bangladesh : comparaison entre le budget prévu et le budget optimisé
- FIGURE 5.13 :** Aperçu des mécanismes de financement innovants

TABLEAUX

- TABLEAU 1.1 :** Actions prioritaires pour atteindre l'équité en matière de nutrition
- TABLEAU 3.1 :** Interventions de nutrition comprises dans la couverture sanitaire universelle essentielle définie par la Banque mondiale en 2017
- TABLEAU 5.1 :** Versements en faveur de la nutrition déclarés par les donateurs dans le cadre des Rapports sur la nutrition mondiale
- TABLEAU A2 :** Méthode de suivi des progrès des pays dans la réalisation des cibles de nutrition
- TABLEAU A3 :** Pays en voie d'atteindre les cibles mondiales de nutrition

Le [Rapport sur la nutrition mondiale](#) (GNR) est la première évaluation indépendante mondiale portant sur la situation nutritionnelle à l'échelle internationale. Il fournit les meilleures données disponibles, des analyses approfondies et des avis d'experts fondés sur des éléments probants afin d'inciter à l'action en faveur de la nutrition là où les besoins sont les plus urgents.

Le Rapport sur la nutrition mondiale est une initiative multipartite regroupant des [institutions internationales](#) sous la direction d'[experts de la nutrition](#). Il a été lancé en 2014 à la suite du premier sommet [Nutrition pour la croissance](#) afin de rendre compte des progrès accomplis par rapport aux cibles mondiales de nutrition et aux engagements pris pour les atteindre.

En fournissant un [compte rendu](#) exhaustif, des [profils nutritionnels nationaux](#) interactifs et un [suivi des engagements « Nutrition pour la croissance »](#), le Rapport sur la nutrition mondiale met en lumière le fardeau de la malnutrition et souligne les progrès accomplis et les solutions éprouvées en matière de lutte contre la malnutrition à travers le monde.

Nous nous inscrivons dans une démarche de rassemblement, conçue pour et avec les communautés qui ont le pouvoir d'agir. En éclairant le débat sur la nutrition, nous souhaitons inciter à l'action en vue de créer un monde débarrassé de toute forme de malnutrition.



PARTENAIRES 2020



THE AGA KHAN UNIVERSITY



BILL & MELINDA GATES foundation

