



2014

**NUTRITION
MONDIALE
RAPPORT**

**MESURES ET
REDEVABILITÉ**
EN VUE D'ACCÉLÉRER
LES PROGRÈS MONDIAUX
EN MATIÈRE DE NUTRITION

Ce rapport jette la lumière sur l'étendue de la malnutrition dans le monde, et sur les succès et les obstacles de la lutte contre ce fléau. Des millions d'enfants et de femmes souffrent toujours de malnutrition et chaque pays subit son lot de problèmes nutritionnels. Chacun doit par conséquent concevoir des stratégies appropriées afin de fournir une réponse concertée. La tâche n'est pas aisée. Nous avons tous nos priorités et nos préoccupations, qui canalisent notre attention, nos ressources, notre énergie et notre engagement politique. Pour l'Éthiopie, par exemple, aucun pays ne peut atteindre une croissance humaine et économique durable sans préserver le socle du capital humain que représentent les premiers stades de la vie. Pour obtenir les résultats les plus efficaces et les plus efficaces possibles, il est impératif de mettre en conformité et harmoniser les plans des partenaires avec ceux du gouvernement. Cela nécessite non seulement une augmentation des ressources monétaires en faveur de la nutrition, mais également une optimisation des montants investis.

KESETEBIRHAN ADMASU BIRHANE MINISTRE DE LA SANTÉ, RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE DÉMOCRATIQUE D'ÉTHIOPIE

Je félicite les auteurs du *Rapport sur la nutrition mondiale* et salue leurs recommandations claires et décisives sur les actions à mener. Les données et les faits nous invitent à plus d'ambition et de redevabilité. Il n'y a pas de solution miracle, mais de nombreux pays montrent que des avancées sont possibles. Le Mouvement Renforcement de la nutrition continuera d'offrir une tribune ouverte à tous ceux qui prennent fait et cause pour la nutrition.

TOM ARNOLD COORDONNATEUR PAR INTÉRIM DU MOUVEMENT RENFORCEMENT DE LA NUTRITION (SUN)

Il faut agir sur plusieurs fronts pour mettre fin à la malnutrition dans le monde. Le secteur de la santé ne peut le faire tout seul. Mais l'engagement politique prend de l'ampleur. Plus nombreux sont les pays qui savent ce qu'il faut faire pour assurer l'accès à une alimentation saine pour tous. Ce rapport nous permettra de suivre les progrès dans la réalisation des objectifs mondiaux en matière de nutrition, et d'identifier les secteurs qui ont besoin de d'investissements plus importants.

MARGARET CHAN DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* est galvanisant et tombe à pic. Son aperçu sur la sous-alimentation et la suralimentation nous rappelle qu'il est urgent d'améliorer la nutrition, comme préconisé par le Mouvement Renforcement de la nutrition et le Défi « Faim Zéro ». Il met en évidence les domaines d'action et contribue à renforcer la redevabilité en matière de nutrition, tout en nous guidant et en offrant des critères pour forger des alliances avec les chaînes d'approvisionnement pour l'alimentation et la santé, un travail auquel le PAM participe activement.

ERTHARIN COUSIN DIRECTEUR EXÉCUTIF, PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL

Comme ce rapport le rappelle, une bonne alimentation est le pilier du développement durable. La malnutrition affecte tous les pays (Nord, Sud, Est et Ouest). Nous avons donc tous intérêt à travailler de concert pour éradiquer ce fléau. Nous savons ce qu'il faut faire pour améliorer la nutrition, mais nous devons continuer à renforcer le soutien politique pour renforcer ces actions. Ce rapport y contribue en identifiant les domaines où les progrès tardent, en proposant des mesures pour accélérer le processus et en formulant des recommandations pour une plus grande redevabilité de toutes les parties prenantes envers les mesures prises pour éradiquer la malnutrition.

SHENGGEN FAN DIRECTEUR GÉNÉRAL, INSTITUT INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LES POLITIQUES ALIMENTAIRES

Les résultats mis en évidence dans ce rapport témoignent d'un véritable engagement à rassembler les données actuelles sur la malnutrition ; ils prouvent que des progrès notables ont été réalisés par rapport aux engagements pris au sommet Nutrition pour la croissance de 2013. Les décideurs doivent tenir compte de la nécessité de privilégier la collecte de données nutritionnelles plus nombreuses et de meilleure qualité afin d'améliorer la vie des plus pauvres dans les années à venir.

MELINDA GATES CO-PRÉSIDENTE, FONDATION BILL & MELINDA GATES

Le rapport offre une tribune indispensable pour le suivi des progrès en matière de nutrition. L'importance accordée à des partenariats productifs pour accélérer les améliorations est particulièrement pertinente puisque la communauté internationale s'est engagée à agir lors de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition. Notre génération réunit toutes les conditions pour relever le Défi « Faim Zéro » et faire de toutes les formes de malnutrition une relique du passé. Fidèle à notre constitution et à la responsabilité qui nous incombe de contribuer à éradiquer la faim et relever les niveaux de nutrition, la FAO est engagée aux côtés de toutes les parties prenantes pour y parvenir.

JOSÉ GRAZIANO DA SILVA DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE

La nutrition est l'un des investissements les plus rentables que nous puissions faire pour les enfants. Elle est fondamentale à la réalisation de tous nos objectifs de développement durable. Toutefois, jusqu'à maintenant, ce sujet a été oublié. Les choses ont commencé à changer avec la montée en puissance du Mouvement Renforcement de la nutrition, soutenu par plus de 50 pays, et l'engagement des gouvernements, des organisations internationales, de la société civile et des communautés. Ce rapport souligne les progrès que nous avons accomplis et l'impérieuse nécessité de faire plus, en fixant des objectifs ambitieux et en engageant notre responsabilité dans leur réalisation. Car, lorsque nous perdons le plein potentiel d'un enfant, nous perdons une partie de notre avenir commun.

ANTHONY LAKE DIRECTEUR EXÉCUTIF DE L'UNICEF

Je suis heureuse de constater les progrès réalisés dans la réduction de la malnutrition. Nous sommes maintenant mieux informés sur la complexité de ce fléau. Notre réponse doit donc être appropriée, multidimensionnelle et globale. Elle nécessite des interventions pays par pays et une approche multipartite. Il s'agira, au niveau communautaire, de faire évoluer les croyances, les habitudes et les pratiques. Nous devons commencer tôt, avec la santé de la mère et jusqu'aux 1000 premiers jours de la vie et au-delà.

GRAÇA MACHEL FONDATRICE, GRAÇA MACHEL TRUST

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* démontre, à l'appui de données et exemples multiples, ce que nous savons tous : l'amélioration de l'état nutritionnel est essentielle au développement durable. Il nous incombe à tous d'assurer que les actions et les investissements répondent réellement aux réalités de ceux pour qui les multiples effets de la malnutrition ne sont pas un concept abstrait mais une réalité quotidienne. L'accès à des données fiables et à jour permet aux décideurs d'utiliser les ressources le plus efficacement possible. Cet accès est également essentiel pour s'assurer du respect et de la tenue des engagements par toutes les parties prenantes.

DAVID NABARRO REPRÉSENTANT SPÉCIAL DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DES NATIONS UNIES POUR LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET LA NUTRITION

2014



**MESURES ET
REDEVABILITÉ**

EN VUE D'ACCÉLÉRER
LES PROGRÈS MONDIAUX
EN MATIÈRE DE NUTRITION

PUBLICATION RÉVISÉE PAR LES PAIRS

Ce rapport a été rédigé par un groupe d'experts indépendants (GEI) commis à cette tâche par le Groupe des parties prenantes pour le rapport sur la nutrition mondiale. La rédaction a été un effort collectif des membres du GEI appuyés par des analystes et rédacteurs supplémentaires, cités ci-dessous :

Lawrence Haddad, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC ; **Endang Achadi**, Université d'Indonésie, Jakarta ; **Mohamed Ag Bendeck**, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome ; **Arti Ahuja**, Promotion de la femme et de l'enfant, Odisha, Inde ; **Komal Bhatia**, Institute of Development Studies (Institut des études de développement), Brighton, Royaume-Uni ; **Zulfiqar Bhutta**, Center for Global Child Health, Hospital for Sick Children, Toronto (service de santé infantile mondiale de l'hôpital des enfants malades de Toronto), et Center of Excellence in Women and Child Health (Centre d'excellence pour la santé des femmes et des enfants), Université d'Aga Khan, Karachi, Pakistan ; **Monika Blössner**, Organisation mondiale de la santé, Genève ; **Elaine Borghi**, Organisation mondiale de la santé, Genève ; **Esi Colecraft**, Université du Ghana, Accra ; **Mercedes de Onis**, Organisation mondiale de la santé, Genève ; **Kamilla Eriksen**, Université de Cambridge, Royaume-Uni ; **Jessica Fanzo**, Columbia University, New York ; **Patrizia Fracassi**, *Scaling Up Nutrition Secretariat* (Secrétariat du Mouvement Renforcement de la nutrition), Genève ; **Elizabeth Kimani**, Centre africain de recherches sur la population et la santé, Nairobi ; **Eunice Nago**, Université d'Abomey-Calavi, Bénin ; **Julia Krasevec**, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York ; **Holly Newby**, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York ; **Rachel Nugent**, Université de Washington, Seattle ; **Stineke Oenema**, Interchurch Organization for Development Cooperation - Alliance ICCO (Organisation inter-églises de coopération au développement / ICCO), Utrecht, Pays-Bas ; **Yves Martin-Prével**, Institut de recherche pour le développement, Marseille, France ; **Judith Randel**, Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni ; **Jennifer Requejo**, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Organisation mondiale de la santé, Genève ; **Tara Shyam**, Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni ; **Emorn Udomkesmalee**, Université de Mahidol, Bangkok, Thaïlande ; et **K Srinath Reddy**, Public Health Foundation of India (Fondation de la Santé publique en Inde), New Delhi.

Les auteurs des encadrés sont les suivants :

Endang Achadi (avec des remerciements à Sudarno Sumarto et Taufik Hidayat), Université d'Indonésie, Jakarta ; **Jose Luis Alvarez**, Action contre la Faim, Royaume-Uni (ACF), Londres ; **Michael Anderson**, Children's Investment Fund Foundation, Londres ; **Fernando Arriola**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala ; **Komal Bhatia**, Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni ; **Claire Blanchard**, Save the Children Royaume-Uni, Londres ; **Jennifer Bryce** et collègues, Université Johns Hopkins, Baltimore, USA ; **Jesús Bulux**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala ; **Shruthi Cyriac**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), Washington, DC ; **Andrew Dillon**, Michigan State University, East Lansing, USA ; **Kamilla Eriksen**, Université de Cambridge, Royaume-Uni ; **Jessica Fanzo**, Columbia University, New York ; **Joel Gittelsohn**, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (École de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins), Baltimore, USA ; **Carla Guillén**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala ; **Lawrence Haddad**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), Washington, DC ; **Corinna Hawkes**, Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC), Londres ; **Derek Headey**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), Washington, DC ; **Cecibel Juárez**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala ; **Inge Kauer**, Access to Nutrition Foundation (Fondation accès à la nutrition), Utrecht, Pays-Bas ; **Joyce Kinabo**, Sokoine University of Agriculture (Université agricole de Sokoine), Morogoro, Tanzanie ; **Patrick Kolsteren**, Université de Gand, Belgique ; **Annamarie Kruger**, North-West University, Afrique du Sud ; **Carl Lachat**, Université de Gand, Belgique ; **Purnima Menon**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), Washington, DC ; **Eunice Nago**, Université d'Abomey-Calavi, Bénin ; **Nicholas Nisbett**, Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni ; **Deanna Kelly Olney**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), Washington, DC ; **Marcellin Ouédraogo**, Helen Keller International, Ouagadougou, Burkina Faso ; **Abdoulaye Pedehombga**, Helen Keller International, Ouagadougou, Burkina Faso ; **Clara Picanyol**, Oxford Policy Management, Oxford, Royaume-Uni ; **Jennifer Requejo**, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Organisation mondiale de la santé, Genève ; **Marie Ruel**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), Washington DC ; **Lisa Smith**, TANGO International, Tucson, USA ; **Boyd Swinburn**, Université d'Auckland, Nouvelle-Zélande ; **Dolf te Lintelo**, Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni ; **Jonathan Tench**, Réseau des entreprises SUN ; **Otto Velasquez**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala ; **Daniel Wang**, Harvard School of Public Health (École de santé publique de Harvard), Cambridge, USA ; **Walter Willett**, Harvard School of Public Health (École de santé publique de Harvard), Cambridge, EU.

Nous remercions les contributions de Rafael Flores-Ayala, membre du GEI, Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour la lutte contre les maladies et la prévention), Atlanta.

Copyright © 2014 International Food Policy Research Institute. Tous droits réservés. Pour toute autorisation de reproduction, contacter la Division Gestion des communications et des connaissances à l'adresse suivante : ifpri-copyright@cgiar.org.

Citation suggérée: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, 2014. *Rapport 2014 sur la nutrition mondiale: mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition*, Washington, DC.

Cet ouvrage est une traduction d'un texte original publié en anglais par l'IFPRI. En cas de divergence entre le texte original et la traduction, la version originale fait foi. Référence anglaise exacte : International Food Policy Research Institute. 2014. *Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition*. Washington, DC.

Toutes les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. Les frontières et les dénominations utilisées n'impliquent pas leur reconnaissance ou leur acceptation officielle par l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI).

Institut international de recherche sur les politiques alimentaires

2033 K Street, NW
Washington, DC 20006-1002 USA
Téléphone: +1-202-862-5600
www.ifpri.org

ISBN: 978-0-89629-571-1

DOI: <http://dx.doi.org/10.2499/9780896295711>

CONTRIBUTION À LA PRODUCTION

Éditeurs: Heidi Fritschel, Terra Carter, John Whitehead et Andrew Marble

Conception de la page couverture: Julia Vivalo

Conception et mise en page: Julia Vivalo et David Popham

TABLEAUX DES MATIÈRES

Informations complémentaires en ligne	ix
Remerciements.....	x
Abréviations	xii
Résumé	xiii
Chapitre 1 Introduction	2
Chapitre 2 La nutrition est essentielle au développement durable	7
Chapitre 3 Les progrès vers la réalisation des objectifs nutritionnels de l'AMS sont trop lents.....	15
Chapitre 4 La coexistence de différentes formes de malnutrition est la « nouvelle normalité»	22
Chapitre 5 La couverture des interventions spécifiques à la nutrition doit être améliorée	29
Chapitre 6 Les interventions liées aux facteurs sous-jacents de l'état nutritionnel sont importantes, mais elles doivent contribuer davantage à la nutrition	38
Chapitre 7 L'environnement propice ne s'améliore pas assez rapidement	47
Chapitre 8 Il est nécessaire de renforcer la redevabilité en matière de nutrition	56
Chapitre 9 Quelles sont les investissements prioritaires pour améliorer les données sur la nutrition ?	67
Chapitre 10 Messages et recommandations clés	72
Annexe 1 Le profil nutritionnel pays : un instrument d'action	76
Annexe 2 Quels pays sont en voie d'atteindre plusieurs cibles de l'AMS ?	78
Annexe 3 Quels pays sont en bonne voie d'atteindre des cibles AMS, et lesquelles ?	80
Annexe 4 Dépenses des bailleurs de fonds consacrées aux interventions et programmes spécifiques à la nutrition et y contribuant	85
Annexe 5 Quel est le degré de redevabilité du <i>rapport sur la nutrition mondiale</i> ?	87
Annexe 6 Disponibilité des données sur les indicateurs du profil nutritionnel pays	88
Notes	92
Bibliographie.....	96

ENCADRÉS

Encadré 1.1 Types d'investissements dans la nutrition	4
Lawrence Haddad	
Encadré 2.1 Nutrition et objectifs de développement durable : il n'y a pas de temps à perdre	11
Michael Anderson	
Encadré 2.2 Quelques nouvelles données provenant d'Inde : et si... ..	12
Lawrence Haddad, Komal Bhatia et Kamilla Eriksen	
Encadré 2.3 Comment l'état indien du Maharashtra a réduit le retard de croissance chez les enfants ?	13
Lawrence Haddad	
Encadré 2.4 L'amélioration des facteurs sous-jacents de la nutrition peut-elle aider à atteindre les objectifs de l'AMS ?	14
Lisa Smith et Lawrence Haddad	
Encadré 4.1 Malnutrition aux États-Unis et au Royaume-Uni	25
Jessica Fanzo	

ENCADRÉS (SUITE)

Encadré 4.2	Vecteurs régionaux de la malnutrition en Indonésie.....	26
	Endang achadi avec des remerciements à Sudarno Sumarto et Taufik Hidayat	
Encadré 4.3	Inde : collecte de données sur la nutrition au niveau des districts	27
	Purnima Menon et Shruthi Cyriac	
Encadré 4.4	Cibler les groupes minoritaires à risque aux États-Unis	28
	Jennifer Requejo et Joel Gittelsohn	
Encadré 5.1	Mesurer la couverture des programmes pour traiter la malnutrition aiguë sévère	37
	Jose Luis Alvarez	
Encadré 6.1	Tendances de la qualité de l'alimentation chez les adultes aux États-Unis	41
	Daniel Wang et Walter Willett	
Encadré 6.2	Comment le Bangladesh a-t-il réussi à réduire aussi rapidement son retard de croissance ?	43
	Derek Headey	
Encadré 6.3	Utilisation d'une plateforme agricole au Burkina Faso pour améliorer la nutrition pendant les 1 000 premiers jours de vie	45
	Deanna Kelly Olney, Andrew Dillon, Abdoulaye Pedehombga, Marcellin Ouédraogo et Marie Ruel	
Encadré 7.1	Y a-t-il une meilleure méthode de suivi des dépenses en faveur de la nutrition ?	48
	Clara Picanyol	
Encadré 7.2	Suivi des crédits financiers en faveur de la nutrition : l'expérience du Guatemala.....	49
	Jesús Bulux, Otto Velasquez, Cecibel Juárez, Carla Guillén et Fernando Arriola	
Encadré 7.3	Un outil d'évaluation des progrès des gouvernements pour créer des environnements propices à une alimentation saine	51
	Boyd Swinburn	
Encadré 7.4	Engager les fabricants de produits alimentaires et de boissons grâce à l'outil <i>Access to Nutrition Index</i>	52
	Inge Kauer	
Encadré 7.5	Comment le Brésil a réduit le retard de croissance chez les enfants et amélioré les pratiques d'allaitement maternel.....	54
	Jennifer Requejo	
Encadré 8.1	Renforcer la nutrition par le biais des entreprises	61
	Jonathan Tench	
Encadré 8.2	Comment les organisations de la société civile peuvent renforcer leur engagement en faveur de la nutrition	62
	Claire Blanchard	
Encadré 8.3	Renforcer la capacité de la société civile à promouvoir l'adoption de politiques sur l'obésité et les maladies non transmissibles	63
	Corinna Hawkes	
Encadré 8.4	Le suivi communautaire peut-il renforcer la redevabilité en matière de nutrition ?.....	64
	Nick Nisbett et Dolf te Lintelo	
Encadré 8.5	Plateformes nationales d'évaluation : un potentiel pour la nutrition.....	65
	Jennifer Bryce et collègues	
Encadré 8.6	État des données sur la nutrition en Afrique à des fins de redevabilité et d'apprentissage	66
	Carl Lachat, Joyce Kinabo, Eunice Nago, Annamaria Kruger et Patrick Kolsteren	

FIGURES

Figure 1.1	Cadre conceptuel de ce rapport 5	5
Figure 2.1	Rapports coûts-avantages de l'élargissement des interventions spécifiques à la nutrition visant à réduire le retard de croissance dans certains pays.....	9

Figure 3.1	Taux de référence et réduction annuelle du retard de croissance	17
Figure 3.2	Taux de référence et réduction annuelle de la surcharge pondérale des moins de 5 ans	18
Figure 3.3	Pourcentage de nourrissons de 0-5 mois exclusivement allaités, par région, vers 2000 et 2012	19
Figure 3.4	Alcidence moyenne de l'insuffisance pondérale à la naissance par sous-région des Nations Unies (en %)	19
Figure 3.5	Prévalence moyenne de l'anémie chez les femmes en âge de procréer par sous-région des Nations Unies (en %).....	20
Figure 3.6	Nombre de pays en bonne voie d'atteindre les objectifs nutritionnels mondiaux de l'AMS	21
Figure 3.7	Nombre de pays en bonne voie d'atteindre chacun des objectifs mondiaux de l'AMS.....	21
Figure 3.8	Nombre de pays disposant de données pour déterminer l'état de l'objectif de l'AMS pour quatre indicateurs de l'AMS.....	21
Figure 3.9	Nombre de pays avec des données manquantes pour au moins un indicateur de l'AMS, par région.....	21
Figure 4.1	Prévalence du retard de croissance et de la surcharge pondérale chez les moins de 5 ans pour les quintiles de richesse les plus élevés et les plus bas (%).....	27
Figure 5.1	Part moyenne des femmes recevant des suppléments de fer et acide folique pendant au moins 90 jours au cours de la grossesse (en %).....	31
Figure 5.2	Taux de référence et croissance annuelle de l'allaitement maternel, d'après les deux dernières enquêtes.....	31
Figure 5.3	Taux de régime acceptable minimal et d'émaciation	32
Figure 5.4	Taux de diversité alimentaire minimale et de retard de croissance.....	32
Figure 5.5	Couverture moyenne de la supplémentation en vitamine A (en %)	33
Figure 5.6	Couverture du traitement au zinc de la diarrhée.....	33
Figure 5.7	Couverture de l'iode du sel	34
Figure 5.8	Couverture géographique du traitement de la MAS en fonction du taux d'émaciation sévère chez les moins de 5 ans	35
Figure 6.1	Tendances de la sous-alimentation par sous-région	39
Figure 6.2	Les tendances de la sous-alimentation et de la surconsommation par région	39
Figure 6.3	Tendances de la surconsommation de calories dans une série de pays.....	40
Figure 6.4	Tendances de l'accès à des services améliorés d'eau et d'assainissement dans les sous-régions d'Afrique et d'Asie	40
Figure 6.5	Tendances au niveau de la scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire.....	42
Figure 6.6	Densité des professionnels de la santé pour 1 000 habitants	42
Figure 6.7	Part des dépenses publiques consacrées à quatre secteurs liés à la nutrition (%)	44
Figure 6.8	Part des dépenses publiques consacrées à quatre secteurs liés à la nutrition dans une série de pays africains (%), 2010.....	44
Figure 7.1	Engagements financiers de 13 bailleurs de fonds en faveur de la nutrition	50
Figure 7.2	Décassements de 10 bailleurs de fonds en faveur de la nutrition	50
Figure 7.3	Pourcentage de pays ayant un score élevé pour chaque indicateur d'environnement propice.....	53
Figure 7.4	Scores des modes pour les marqueurs de progrès en matière de transformation institutionnelle dans les pays SUN.....	55

TABLEAUX

Tableau 1.1	Publics concernés par ce rapport : individus, organisations et réseaux	4
Tableau 2.1	Coûts humains et économiques de la malnutrition.....	8
Tableau 2.2	Comment la nutrition peut contribuer aux objectifs de développement durable (ODD) proposés	10
Tableau 2.3	Cibles de nutrition de l'assemblée mondiale de la santé (AMS)	11
Tableau 2.4	Comment les objectifs nutritionnels peuvent être intégrés aux 169 ODD	12

TABLEAUX (SUITE)

Tableau 3.1	Progrès vers la réalisation des objectifs mondiaux de l'AMS	16
Tableau 3.2	Évolution des taux d'émaciation	19
Tableau 3.3	Règles proposées par l'OMS pour déterminer si un pays est en bonne voie ou non d'atteindre les objectifs mondiaux de l'AMS	20
Tableau 4.1	Pays expérimentant simultanément des problèmes de retard de croissance, d'émaciation et de surcharge pondérale chez les moins de 5 ans	23
Tableau 4.2	Pays expérimentant un cumul de maigreur et de petite taille chez les femmes en âge de procréer, et de surcharge pondérale chez les femmes adultes.....	24
Tableau 4.3	Pays expérimentant un cumul de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, d'anémie chez les femmes en âge de procréer et de surcharge pondérale chez les adultes.....	25
Tableau 4.4	Tendances des inégalités en matière de retard de croissance	28
Tableau 5.1	État des données de couverture concernant les interventions spécifiques à la nutrition	30
Tableau 5.2	Couverture de la supplémentation en fer et acide folique pendant la grossesse.....	31
Tableau 5.3	Synthèse des régimes alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants	32
Tableau 5.4	Pays ayant une faible couverture pour les cinq interventions spécifiques à la nutrition.....	34
Tableau 5.5	Interventions spécifiques à la nutrition avec les taux de couverture les plus faibles pour 37 pays	35
Tableau 5.6	Estimations directes actuelles de la couverture du traitement de la MAS.....	36
Tableau 6.1	Nombre de pays vulnérables aux facteurs sous-jacents de la sous-alimentation	42
Tableau 6.2	Pays les plus vulnérables pour chacun des facteurs sous-jacents	44
Tableau 6.3	Exemples de types d'investissements sectoriels contribuant davantage à la nutrition.....	46
Tableau 7.1	Régions présentant des faiblesses dans les politiques de lutte contre l'hypertension et le diabète	55
Tableau 8.1	Taux de réponses aux demandes de rapports sur les progrès envers les engagements N4G	57
Tableau 8.2	Progrès réalisés par les pays dans les engagements N4G	58
Tableau 8.3	Progrès réalisés par les OSC dans leurs engagements N4G	59
Tableau 8.4	Auto-évaluations des entreprises concernant leurs engagements N4G sur l'alimentation des ressources humaines	59
Tableau 8.5	Progrès des entreprises dans le respect de leurs engagements N4G	60
Tableau 8.6	Progrès des Nations Unies dans le respect de leurs engagements N4G	61
Tableau 8.7	Progrès des donateurs dans le respect de leurs engagements N4G non financiers	62
Tableau 8.8	Progrès d'autres organisations dans le respect de leurs engagements N4G	63
Tableau 9.1	Lacunes des données : un obstacle à la prise des mesures nécessaires	68
Tableau 9.2	Année de la dernière enquête contenant des mesures anthropométriques pour les enfants de moins de 5 ans dans la base de données de l'AMS	69
Tableau 9.3	Quelques points essentiels des notes techniques 4 à 12 sur les manières de combler certaines lacunes.....	71
Tableau A.1	Guide des profils nutritionnels pays.....	77
Tableau A.2	Pays en voie d'atteindre plusieurs cibles AMS	78
Tableau A.3	Progrès des pays sur les quatre cibles de l'AMS	80
Tableau A.4	Dépenses des bailleurs de fonds consacrées aux catégories spécifiques à la nutrition et y contribuant, en 2010 et 2012 (milliers \$EU).....	86
Tableau A.5	Appliquer le cadre de redevabilité aux processus propres au rapport.....	88
Tableau A.6	Nombre de pays disposant de données pour chaque indicateur.....	89

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE EN LIGNE

Les documents complémentaires suivants sont disponibles à l'adresse: www.globalnutritionreport.org.

Profils nutritionnels

Profil nutritionnel global (données disponibles pour 82 indicateurs à l'échelle mondiale)

Profils nutritionnels des pays (données disponibles pour 82 indicateurs pour chacun des 193 États membres des Nations Unies)

Notes techniques

- Note technique 1 Profil nutritionnel des pays : indicateurs, définitions et sources
- Note technique 2 Analyse LiST pour le Groupe d'experts indépendants *du Rapport sur la nutrition mondiale*, Zulfiqar Bhutta
- Note technique 3 Consommation excessive (et gaspillage) de nourriture, Carlo Cafiero
- Note technique 4 Vers des systèmes alimentaires durables, sains et rentables : nutrition et gestion durable des ressources, Comité permanent de l'Organisation des Nations Unies sur la nutrition
- Note technique 5 Apprendre des expériences de prévisions de dépenses des pays : questions techniques à aborder en priorité Helen Connolly
- Note technique 6 Mesurer et faire le suivi de la question de l'accès pour la sécurité alimentaire : indicateurs actuels et recommandations pour les futurs investissements, Marie T. Ruel, Terri J. Ballard et Megan Deitchler
- Note technique 7 Les voix de la faim : quelles sont les parties du monde où l'insécurité alimentaire est la plus aiguë ? Carlo Cafiero
- Note technique 8 Évaluation des capacités : la nécessité d'investir dans le renforcement des capacités en nutrition dans la région ouest-africaine, Roger Sodjinou
- Note technique 9 Lacunes des données sur l'insuffisance pondérale à la naissance, Holly Newby
- Note technique 10 Mesurer la surcharge pondérale et l'obésité : un besoin d'harmonisation et de perfectionnement, Rachel Nugent, Mercedes de Onis, Komal Bhatia, Kamilla Eriksen, Gretchen Stevens et Yves Martin-Prevel
- Note technique 11 Les pays du mouvement SUN évaluent leurs progrès personnels dans les plateformes multipartites pilotées par les pouvoirs publics, Secrétariat SUN
- Note technique 12 Vitamines et minéraux dans le monde : ce que nous savons et futurs défis, Luz Maria De-Regil

Tableaux de suivi N4G

Progrès des pays : tableau de suivi N4G

Progrès des entreprises : tableau de suivi N4G

Progrès des organisations de la société civile : tableau de suivi N4G

Progrès non financiers des bailleurs de fonds : tableau de suivi N4G

Progrès des autres organisations : tableau de suivi N4G

Progrès des Nations Unies : tableau de suivi N4G

Versions plus complètes des encadrés dans ce rapport

Données et plateforme de visualisation

REMERCIEMENTS

Le Groupe d'experts indépendants (GEI) pour le *Rapport sur la nutrition mondiale* souhaite remercier un grand nombre de personnes et d'organisations pour leur soutien et leurs contributions à l'élaboration et la livraison du rapport 2014.

Nous adressons nos remerciements à l'équipe chargée de la rédaction et de l'analyse des données : Lawrence Haddad, Jessica Fanzo, Kamilla Eriksen et Komal Bhatia, avec l'aide de Julia Krasevec. Nous remercions également le Secrétariat du rapport, basé au Institute of Development Studies (IDS) et coordonné par Tara Shyam.

Le GEI exprime sa gratitude au directeur général de l'Institut de recherche sur les politiques alimentaires, M. Shenggen Fan, et au Directeur de la Gestion des communications et des connaissances (CKM) Gwendolyn Stansbury, ainsi qu'aux membres de l'équipe CKM, notamment Tamar Abrams, Melanie Allen, Luz Marina Alvare, Mulugeta Bayeh, Terra Carter, Heidi Fritschel, Simone Hill-Lee, Andrew Marble, Andrea Pedolsky, David Popham, Nilam Prasai, Ghada Shields, Julia Vivalo et John Whitehead. Nous apprécions tout particulièrement l'appui administratif de Lynette Aspillera, David Governey et Catherine Gee.

Nous remercions également les personnes suivantes pour l'aide apportée au niveau des données : Allison Pepper (Flour Fortification Initiative – Initiative d'enrichissement de la farine) pour l'accès aux données ; Ann Biddlecom (Division de la population des Nations Unies) pour les informations sur les besoins non satisfaits de planification familiale ; Anne Peniston, Richard Greene, Elizabeth Jordan-Bell et Robbin Boyer (Agence américaine pour le développement international [USAID]) pour la clarification des données ; Bingxin Yu (IFPRI) pour les données SPEED ; Carlo Cafiero et Piero Conforti (Organisation pour l'alimentation et l'agriculture des Nations Unies [FAO]) pour l'accès aux données sur la surconsommation ; Caryn Bredenkamp et Leander Buisman (Banque mondiale) pour les tendances du retard de croissance dans les données par quintile de richesse ; Leslie Elder et Andrea Spray (Banque mondiale) pour la clarification des données ; Erin McLean (Gouvernement du Canada) pour la clarification des données ; David Clark (UNICEF) pour les dernières données sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; Liliana Carvajal (UNICEF) pour les informations sur le traitement au zinc de la diarrhée ; Holly Newby, Julia Krasevec, Arachana Dwivedi et David Clark (UNICEF) pour l'aide sur l'accès aux données et leur interprétation ; Jere Behrman (Université de Pennsylvanie) pour des conseils sur la littérature la plus récente sur les retombées économiques de la nutrition ; John Hoddinott (IFPRI) pour les nouvelles projections des coûts et avantages ; Juan Feng (Banque mondiale) pour la définition des indicateurs de pauvreté ; Lisa Smith (TANGO International) pour des conseils sur les modèles et l'accès à certaines données sur les facteurs de base et sous-jacents ; Manos Antoninis (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [UNESCO]) pour des conseils sur les indicateurs sur la scolarisation des femmes dans le secondaire ;

Matthew Greenslade (Département britannique pour le développement international [DFID]) pour des conseils sur des données de protection sociale ; Mercedes de Onis, Monika Blössner et Elaine Borghi (Organisation mondiale de la santé [OMS]) pour l'appui à l'accès aux données et des conseils sur les méthodes ; les points focaux SUN et les partenaires dans le pays pour la réalisation des exercices d'auto-évaluation sur la transformation institutionnelle des pays SUN et l'équipe MDF (Irma Alpenidze, Mike Zuyderduyn et Ingrid Oomes) ainsi que l'équipe du secrétariat du Mouvement SUN (Patrizia Fracassi, Shaoyu Lin, Martin Gallagher, Kwame Akoto-Danso, Pau Blanquer, Delphine Babin-Pellier et Fanny Granchamp) pour la collecte et l'analyse des données ; Rajith Lakshman, Maria Fe Celi Reyna et Woody Wong Espejo (IDS) pour le travail sur l'examen des documents de politique de développement ; Rolf Luyendijk (UNICEF) pour les données et conseils sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; et DolfteLintelo (IDS), Gretchen Stevens (OMS), Jose Luiz Alvares Moran (Coverage Monitoring Network, Action Contre la Faim) et Luz Maria De-Regil (Initiative pour les micronutriments) pour leur participation au Groupe Accès aux données du rapport.

Nous adressons également nos remerciements à Jennifer Requejo, Lina Mahy, et au Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition ainsi qu'à Pau Blanquer, Patrizia Fracassi, Rachel Nugent, Endang Achadi, Steve Wiggins, Mercedes de Onis et Clara Picanyol, pour l'appui dont nous avons bénéficié pour la mise en place des encadrés (au-delà du statut d'auteur) présentés dans le rapport de cette année.

Nos remerciements vont à Anna Taylor, Tanya Vert et Rob Hughes (DFID) ; Delphine Babin Pellier, Kwame Akoto-Danso, Martin Gallagher, Patrizia Fracassi, Pau Blanquer et Fanny Granchamp (Secrétariat du Mouvement SUN) ; Jessica Meeker et Kat Pittore (IDS) ; Jonathan Tench (réseau des entreprises SUN) ; et Lina Mahy (Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition) pour avoir facilité le suivi des engagements N4G.

Le GEI remercie Richard Horton et Pamela Das du *Lancet* pour avoir facilité l'examen par les pairs du rapport et remercie les autres réviseurs anonymes du *Lancet*. Nous remercions ceux qui ont fait d'autres commentaires et observations sur le projet de rapport, notamment : Jennifer Rigg et Rebecca Olson (1000 jours) ; Kate Goertzen (ACTION) ; Juliet Attenborough (Département australien des Affaires étrangères et du Commerce) ; Ellen Piwoz, Shawn Baker et Neil Watkins (Fondation Bill & Melinda Gates) ; Sabine Triemer (BMZ-ministère fédéral allemand de la Coopération économique) ; Jennifer Goosen et Erin McClean (Gouvernement du Canada) ; Jo Lofthouse, Michael Anderson et Augustin Flory (Children's Investment Fund Foundation [CIFF]) ; Joseph Patrick Ngang (Collectif des ONG pour la sécurité alimentaire et le développement rural) ; Joanna Francis (Concern Worldwide) ; Generation Nutrition) ; John Cordaro (Mars) ; Pedro Campo-Llopis, Catherine Chazaly et Patrice Moussy (Commission européenne) ; Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ; Glen Tarman, Sabrina de Souza et Sandra Mutuma (Action

Contre la Faim, Royaume-Uni, Génération Nutrition) ; Stuart Gillespie (IFPRI); Marc van Ameringen et Jonathan Tench (Global Alliance for Improved Nutrition – Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition[GAIN] et le réseau des entreprises SUN) ; Aslam Shaheen et Qadir Baloch (Harvest Plus Pakistan) ; Mags Gaynor (Irish Aid); Iris Bollemeijer (International Medical Corps) ; David Nabarro (Secrétariat du Mouvement SUN) ; Nicholas Nisbett (IDS) ; Kathryn Russell et Anupama Dathan (ONE Campaign) ; Robert Hecht, Arathi Rao, Tae Min Kim et Aparna Kamath (Results for Development) ; Marie Rumsby (Save the Children Royaume-Uni, Road to Rio Group); Marie Ruel (IFPRI); Alexandre Ghelew (Coopération suisse au développement); Syngenta; Hannah Schellander et James Jansen (ministère britannique de l'Environnement, de l'Alimentation et des Affaires rurales) ; Anna Taylor et Rob Hughes (DFID) ; Werner Schultink, Yarlini Balarajan et France Begin (UNICEF) ; Lina Mahy (Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition) ; Anne Peniston (USAID) ; Véronique Lagrange et Dacia Whitsett-Morrow (US Dairy Export Council) ; Yael Velleman (WaterAid) ; Leslie Elder et Juan Feng (Banque mondiale) ; Martin Bloem, LynnDaKiess, Saskia Depee et Natalie Rae Aldern (Programme alimentaire mondial [PAM]) ; et Francesco Branca (OMS).

Nous sommes également reconnaissants à Alan Dangour (London School of Hygiene and Tropical Medicine – École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres), Anna Taylor (DFID) et Jo Lofthouse (CIFF) qui n'ont cessé de nous encourager depuis le début ; Peter Godwin et Sujaya Misra pour leurs commentaires et idées sur le cadre de redevabilité et de légitimité ; et à ceux qui nous ont fait part de leurs commentaires et idées lors de l'élaboration de la note thématique du *Rapport sur la nutrition mondiale* au début de l'année 2014.

Le GIE aimerait remercier le Groupe des parties prenantes de ce rapport pour son engagement tout au long de l'élaboration du rapport : les co-présidents Edith Mkawa (Secrétaire permanent, Bureau du Président, Malawi, Point Focal SUN) et Jane Edmonson (DFID), Abdoulaye Ka (Cellule de lutte contre la malnutrition [CLM], Sénégal), Anna Lartey (FAO), Chris Osalosokpunwu (point focal SUN, Nigéria), David Nabarro (bureau du Secrétaire général des Nations Unies, SUN), Ferew Lemme (Éthiopie), Francesco Branca (OMS), Jésus Búlux (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Présidence de la République [SESAN], Guatemala), Martin Bloem (PAM), Nina Sardjunani (Bappenas, Indonésie), Jean-Pierre Halkin (Commission européenne, Réseau des bailleurs de fonds SUN), Jennifer Goosen (Gouvernement du Canada, Réseau des bailleurs de fonds SUN), John Cordaro (Mars, réseau des entreprises SUN), Kate Houston (Cargill, réseau des entreprises SUN), Lucy Sullivan et Jennifer Rigg (1000 jours, réseau des OSC SUN), M. Aslam Shaheen (Pakistan), Marc Van Ameringen (GAIN, réseau des entreprises SUN), Michael Anderson (CIFF), Milton Rondo (Brésil), Shawn Baker (Fondation Bill & Melinda Gates, réseau des bailleurs de fonds SUN), Tom Arnold (Concern Worldwide, réseau des OSC SUN) et Werner Schultink (UNICEF).

Nos remerciements vont enfin aux organisations qui ont apporté un appui financier à l'élaboration du rapport 2014 : 1000 jours, la Fondation Bill & Melinda Gates, le programme de recherche du CGIAR sur l'agriculture pour la nutrition et la santé, le Children's Investment Fund Foundation (Fondation de fonds d'investissement de l'enfant), la Commission européenne, le Gouvernement du Canada, Irish Aid, et le Département britannique pour le développement international (DFID).

ABRÉVIATIONS

AMS	Assemblée mondiale de la santé
EDS	Enquête démographique et de santé
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FAP	Femmes en âge de procréer
IMC	Indice de masse corporelle
MAD	Régime minimal acceptable (<i>Minimum Acceptable Diet</i>)
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MDD	Diversité alimentaire minimale (<i>Minimum Diet Diversity</i>)
MICS	Enquêtes en grappes à indicateurs multiples
MNT	Maladie non transmissible
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PDDAA	Programme détaillé de développement de l'agriculture africaine
PPA	Parité des pouvoirs d'achat
SUN	Renforcement de la nutrition (<i>Scaling Up Nutrition</i>)
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TRAM	Taux de réduction annuel moyen
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

RÉSUMÉ

UNE ALIMENTATION ÉQUILBRÉE EST LE SOCLE SUR LEQUEL REPOSE LE BIEN-ÊTRE HUMAIN. AVANT LA NAISSANCE ET PENDANT LA PETITE ENFANCE, ELLE FAVORISE une évolution saine du cerveau et un développement plus solide du système immunitaire. Une bonne alimentation sauve les jeunes enfants de la mort et leur fournit les moyens de croître et de développer tout leur potentiel. Au cours de la vie humaine, elle favorise un meilleur apprentissage à l'école ; des mères mieux nourries mettent au monde des enfants mieux nourris, et les adultes ont plus de chances d'être productifs et de gagner des salaires plus élevés. À l'âge mûr, elle prépare le métabolisme à lutter contre les maladies liées aux changements dans le régime alimentaire et l'activité physique. En l'absence de ce socle, la vie et les moyens de subsistance d'un être humain reposent sur des sables mouvants.

POINTS CLÉS

- 1. Une bonne nutrition est essentielle au développement durable.**
 - La malnutrition affecte la quasi-totalité des pays du monde.
 - Un plus grand nombre d'indicateurs de la nutrition doivent être intégrés au cadre de redevabilité des objectifs de développement durable.
- 2. Nous devons nous engager à accélérer les progrès en matière de nutrition et à intégrer cet objectif aux ODD pour 2030.**
 - Les objectifs de développement durable pour 2030 doivent être plus ambitieux que de simples extrapolations des tendances des objectifs de l'Assemblée mondiale de la santé pour 2025. Un nouveau consensus doit être trouvé sur ce qui est réalisable.
- 3. À ce jour, aucun pays n'est en voie d'atteindre les objectifs nutritionnels de l'Assemblée mondiale de la santé, mais nombre d'entre eux réalisent de bons progrès dans les indicateurs cibles.**
 - D'autres études de cas de haute qualité sont nécessaires pour comprendre pourquoi certains pays font des progrès et d'autres non.
- 4. La coexistence de différentes formes de malnutrition est la « nouvelle normalité ».**
 - Les ressources et l'expertise en matière de nutrition doivent être plus adaptées à la nature évolutive de la malnutrition.
- 5. Nous devons élargir la couverture des programmes spécifiques à la nutrition à un plus grand nombre de personnes dans le besoin.**
 - Une plus grande attention doit être accordée aux données de couverture, un moyen important d'évaluer la présence sur le terrain, là où cela compte.
- 6. Une plus grande part des investissements visant à améliorer les facteurs sous-jacents de la nutrition devraient être conçus pour avoir un impact plus fort sur les résultats nutritionnels.**
 - Nous devons continuer à faire le suivi de la part des ressources nutritionnelles allouées aux facteurs sous-jacents.
 - Nous devons également fournir davantage d'indications sur la conception et la mise en œuvre de ces approches afin d'en améliorer l'efficacité et la portée.
- 7. Il faut davantage contraindre les bailleurs de fonds, les pays et les agences à rendre compte de leurs engagements envers l'amélioration de la nutrition.**
 - Les parties prenantes doivent œuvrer à l'élaboration, au pilotage et à l'évaluation de nouveaux mécanismes de redevabilité. Les efforts de la société civile visant à renforcer la redevabilité doivent être soutenus.
 - Nous devons fixer des objectifs ou des normes pour les dépenses en faveur de la nutrition.
- 8. Le suivi des dépenses en faveur de la nutrition pose des problèmes, et il est de ce fait difficile de demander des comptes aux responsables.**
 - Les efforts de suivi des ressources financières doivent être intensifiés pour toutes les parties prenantes de la nutrition.
- 9. La nutrition a besoin d'une révolution des données.**
 - Parmi les nombreuses lacunes en matière d'informations, celles qui ont le plus besoin d'être comblées sont celles qui limitent les actions prioritaires et entravent la redevabilité.
- 10. Les champions nationaux de la nutrition doivent être reconnus et soutenus, et leur nombre doit augmenter.**
 - Nous devons pourvoir les postes vacants de première ligne, soutenir les programmes de leadership nutritionnel et concevoir des programmes de recherche dirigés par les pays.

Une bonne alimentation est également au cœur de l'agenda de développement durable, qui prend forme avec les objectifs de développement durable (ODD) en cours de discussion. Elle apporte un soutien intrinsèque tout au long du cycle de vie et à travers les générations. Elle favorise la résilience individuelle face aux chocs et aux incertitudes engendrés par le changement climatique et les fluctuations extrêmes des prix. Elle permet de générer les innovations nécessaires pour relever le défi commun de l'amélioration des conditions de vie des générations actuelles et futures, de manière écologiquement durable.

Ce *Rapport sur la nutrition mondiale* est le premier d'une série annuelle. Il suit les progrès réalisés dans le monde pour l'amélioration de l'état nutritionnel, identifie les obstacles au changement, souligne les possibilités d'action, et contribue à un renforcement de la redevabilité en matière de nutrition. La série de rapports résulte d'un engagement des signataires du sommet Nutrition pour la croissance de 2013 ; elle est soutenue par un large éventail de parties prenantes et réalisée par un groupe d'experts indépendants, en partenariat avec un grand nombre de contributeurs externes.

Ce rapport présente un certain nombre de caractéristiques uniques. Premièrement, il a une portée mondiale. La quasi-totalité des pays expérimente une forme quelconque de malnutrition et aucun pays ne peut considérer la « bonne nutrition » comme un acquis. Deuxièmement, le rapport s'adresse aux décideurs, praticiens, scientifiques et défenseurs dans tous les pays parce que la réalisation des objectifs mondiaux passe d'abord par des actions nationales. Il rassemble de nombreuses données des pays et autres de manière accessible, et met en évidence les expériences d'un grand nombre de pays d'Afrique, d'Asie, Europe, Amérique latine et Caraïbes, Amérique du Nord et Océanie. Troisièmement, le renforcement de la redevabilité en matière de nutrition est également un élément clé. Une grande partie des caractéristiques de la malnutrition – dont ses effets à long terme, la nécessité de forger des alliances pour la combattre, et le manque de visibilité de certaines de ses manifestations – posent des problèmes de redevabilité. Nous identifions donc des actions pour renforcer les mécanismes, les acteurs et les informations clés afin de nous aider à rendre compte de nos efforts visant à accélérer l'amélioration de l'état nutritionnel. Enfin, le rapport est réalisé par un groupe d'experts indépendants chargé de rendre compte des progrès réalisés et d'évaluer les engagements nutritionnels de manière indépendante et en s'appuyant autant que possible sur des faits.

Pour les auteurs, ce rapport est en soi une intervention contre la malnutrition : il est conçu pour redéfinir la malnutrition en tant que défi mondial, pour relever nos ambitions sur le rythme de sa réduction et pour redynamiser les interventions à cette fin. Pour ce faire, nous réunissons un ensemble varié d'indicateurs clés sur l'état nutritionnel, les actions et les ressources pour l'ensemble des 193 États membres des Nations Unies. Nous analysons ces données à la fois pour évaluer les progrès réalisés à travers le monde et localiser les progrès et les expériences de chaque pays par rapport aux tendances mondiales et régionales. Par ailleurs, nous offrons un mécanisme de redevabilité pour les engagements pris par les 96 signataires du sommet N4G, en suivant et en évaluant les progrès signalés par les signataires eux-mêmes vis à vis de leurs déclarations d'intention.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Le rapport présente un certain nombre de résultats sur les progrès réalisés dans l'amélioration de l'état nutritionnel, le renforcement de l'action en faveur de la nutrition, le respect des engagements

pris par les signataires du Pacte en faveur de la nutrition pour la croissance, et la réduction des lacunes dans les données.

Progrès dans l'amélioration de l'état nutritionnel

- 1. L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL EST ESSENTIELLE POUR ASSURER UN DÉVELOPPEMENT DURABLE.** Nous résumons les données probantes afin de montrer que l'amélioration de l'état nutritionnel contribuera fortement à la réalisation des ODD relatifs à la pauvreté, l'alimentation, la santé, l'éducation, le genre et l'emploi. Nous montrons également que les investissements dans la nutrition présentent des rendements élevés. Nous évaluons les nouveaux indices de rentabilité des interventions pour le renforcement de la nutrition dans 40 pays. Dans ces derniers, l'indice de rentabilité moyen est de 16, indiquant que chaque dollar, roupie, birr ou peso investi rapportera en moyenne 16 fois plus. L'indice de rentabilité des investissements dans la nutrition est hautement compétitif par rapport aux investissements dans les routes, l'irrigation et la santé.
- 2. LA MALNUTRITION TOUCHE LA QUASI-TOTALITÉ DES PAYS.** Tous les pays du monde qui collectent des données sur la nutrition, à l'exception de deux, sont exposés à une des formes suivantes de malnutrition : retard de croissance, anémie ou surcharge pondérale chez les adultes. Si les taux d'anémie dans les deux pays d'exception étaient supérieurs de 0,6 point de pourcentage, tous les pays du monde disposant de données sur la nutrition seraient considérés comme exposés à l'une de ces trois formes de malnutrition.
- 3. À L'ÉCHELLE MONDIALE, LE MONDE N'EST PAS EN BONNE VOIE D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS MONDIAUX DE NUTRITION FIXÉS PAR L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (AMS).** Selon les hypothèses actuelles, les prévisions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'UNICEF montrent que le monde est loin d'atteindre l'un ou l'autre des six objectifs de nutrition de l'AMS. À l'échelle mondiale, peu de progrès ont été réalisés dans la réduction des taux d'anémie, de l'insuffisance pondérale à la naissance, de l'émaciation et de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans. Les progrès dans l'augmentation des taux d'allaitement maternel exclusif ont été tout aussi médiocres. Des progrès plus importants ont été accomplis dans la réduction des taux de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, mais pas suffisamment pour atteindre l'objectif mondial dans le cadre des prévisions actuelles.
- 4. CEPENDANT, À L'ÉCHELLE INDIVIDUELLE, DE NOMBREUX PAYS RÉALISENT DES PROGRÈS DANS L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION.** Si les objectifs mondiaux de l'AMS étaient appliqués aux pays, combien d'entre eux seraient en bonne voie d'atteindre les objectifs fixés ? Sur les quatre indicateurs de l'AMS pour lesquels nous pouvons procéder à des évaluations nationales, 99 pays disposent de données suffisantes. Sur les 99 pays, 68 sont en bonne voie de réaliser au moins un des quatre objectifs mondiaux de l'AMS, contre 31 qui n'ont réalisé aucun progrès. Parmi les 109 pays possédant des données sur le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, 22 sont en voie d'atteindre l'objectif de l'AMS. Sur les 123 pays disposant de données sur l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, 59 sont en voie d'atteindre l'objectif de réduction de l'émaciation. Parmi les 107 pays ayant des données sur la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, 31 sont en voie d'atteindre l'objectif fixé. Enfin (et c'est une grande préoccupation), seuls 5

pays sur les 185 qui ont des données sur l'anémie sont en voie d'atteindre l'objectif de réduction de l'anémie. De nombreux enseignements peuvent être tirés de l'expérience des pays, mais ce potentiel n'est pas exploité faute d'études de cas qui examinent le large éventail de facteurs influant sur les progrès.

- 5. IL Y A UNE BONNE RAISON DE FIXER DES OBJECTIFS PLUS AMBITIEUX POUR AMÉLIORER LA NUTRITION.** En quoi cette affirmation est-elle cohérente dans un monde qui est loin d'atteindre les objectifs mondiaux de l'AMS ? Tout d'abord, la variété des expériences nationales montre qu'il existe de nombreux exemples de progrès qui constituent une source d'inspiration. En deuxième lieu, les expériences de l'État indien du Maharashtra, du Bangladesh, du Brésil et des États-Unis prouvent que des améliorations importantes peuvent se produire à moyen terme grâce à une action déterminée et soutenue sur une période de 6-12 ans. Si quelques grands pays améliorent leur performance, cela changerait la base des projections antérieures de progrès. Enfin, pour l'Inde, le deuxième pays le plus peuplé au monde, les nouvelles données préliminaires du pays indiquent une amélioration beaucoup plus rapide que prévu des indicateurs de l'AMS. Par exemple, si les nouvelles estimations préliminaires ne subissent pas d'autres ajustements importants, le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance en Inde aura déjà baissé de plus de 10 millions.
- 6. LE VISAGE DE LA MALNUTRITION EST EN MUTATION : LES PAYS SONT CONFRONTÉS AUX FARDEAUX COMPLEXES ET IMBRIQUÉS DE LA MALNUTRITION.** La plupart des pays subissent une combinaison de problèmes de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, d'anémie chez les femmes en âge de procréer et de surcharge pondérale chez les adultes ; moins de 20 pays ne sont touchés que par une seule de ces formes de malnutrition. Ces différents fléaux sont liés non seulement au niveau physiologique, mais aussi au niveau des ressources et de la politique. Les chercheurs et praticiens doivent concevoir en urgence des outils et des stratégies pour fixer des priorités et un échelonnement des actions pertinentes dans ces contextes complexes. Compte tenu de ces multiples fardeaux et de la tendance à la décentralisation des programmes de nutrition, des analyses ventilées des résultats nutritionnels sont plus que jamais nécessaires. Il s'agit d'une grosse lacune en matière de données, même si ce problème ne concerne pas tous les pays.

Progrès dans le renforcement des actions en faveur de la nutrition

- 7. LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION EST FAIBLE.** Le manque de données de couverture nationales pour les interventions spécifiques à la nutrition témoigne d'une faible couverture des programmes eux-mêmes. Sur les 12 interventions principales identifiées comme cruciales pour la réduction de la sous-alimentation, les données nationales de nombreux pays ne couvrent que 3 mesures (supplémentation en vitamine A, traitement au zinc de la diarrhée et iodation universelle du sel). Vu l'absence de progrès dans les taux d'émaciation, le manque de données de couverture sur les programmes de lutte contre la malnutrition aiguë modérée et sévère (MAM et MAS) reste un grand sujet de préoccupation. La couverture géographique est faible, y compris dans les pays confrontés

à de nombreux cas de MAS. Les estimations des couvertures directes sont nécessaires pour évaluer correctement l'accès des personnes à un traitement à la fois pour la MAM et la MAS. Il faut trouver les moyens d'obtenir la meilleure combinaison entre les enquêtes indépendantes rapides et les enquêtes nationales périodiques pour estimer la couverture de la MAM et MAS en temps opportun et de façon crédible.

- 8. LES FACTEURS SOUS-JACENTS DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL S'AMÉLIORENT.** Les facteurs sous-jacents – tels que l'offre alimentaire, l'eau potable et l'assainissement, l'éducation et les soins de santé – peuvent contribuer dans une grande mesure à l'amélioration de l'état nutritionnel. Les estimations de la sous-alimentation fondées sur l'offre alimentaire sont en baisse, mais avec 805 millions de personnes en dessous d'un seuil minimum de calories en 2012–2014, elles restent élevées. L'accès aux services améliorés d'eau et d'assainissement est en constante amélioration, même si de grosses lacunes persistent en matière de couverture en Afrique de l'Est, de l'Ouest et centrale pour l'eau, et en Asie du Sud et du Sud-Est et dans la plupart des régions africaines, pour l'assainissement. Les tendances en matière de scolarisation des femmes au secondaire sont positives pour toutes les régions, même si le taux n'atteint que 50 % en Afrique. Les services de santé, cependant, font encore défaut en Afrique et en Asie. L'Europe compte le nombre le plus élevé de médecins pour 1 000 habitants (3,5), et l'Afrique le nombre le plus bas (0,5), tandis que l'Amérique du Nord enregistre le nombre le plus élevé d'infirmières et de sages-femmes pour 1 000 habitants (9,8) et l'Afrique, le nombre le plus bas (1,3). L'Asie recense deux fois plus de personnel de santé communautaire pour 1 000 habitants que l'Afrique, mais les chiffres sont bas pour les deux régions (1,4 contre 0,7).
- 9. LE POTENTIEL D'EXPANSION DES RESSOURCES POUR DES PROGRAMMES CONTRIBUANT À LA NUTRITION EST ÉVIDENT, LA QUESTION EST COMMENT ?** Les investissements dans les programmes et les approches contribuant à la nutrition qui abordent les facteurs sous-jacents de la malnutrition peuvent être des composantes importantes d'un portefeuille d'actions visant à améliorer l'état nutritionnel. Nous présentons des données sur les dépenses publiques dans les secteurs connexes de l'agriculture, de l'éducation, de la santé et de la protection sociale. Les gouvernements font des choix budgétaires différents selon les secteurs, et le niveau des dépenses varie selon les régions et en leur sein. Les dépenses en faveur de la protection sociale grimpent rapidement dans de nombreux pays africains et asiatiques, ouvrant de belles perspectives de renforcement des interventions contribuant à la nutrition. Mais peu de données probantes nous renseignent sur la manière dont ces interventions sur les facteurs sous-jacents peuvent contribuer davantage à la nutrition. Le rapport propose quelques idées pour l'agriculture ; la protection sociale ; l'éducation ; la santé ; et l'eau, l'assainissement et l'hygiène.
- 10. À CE JOUR, LES PAYS SONT DANS L'INCAPACITÉ DE FAIRE LE SUIVI DE LEURS ENGAGEMENTS FINANCIERS EN FAVEUR DE LA NUTRITION.** Plusieurs outils existent pour ce faire et des investissements seront nécessaires pour renforcer les capacités organisationnelles à cet effet. Le Guatemala offre une étude de cas constructive. Les dépenses des bailleurs de fonds sont un peu plus claires que celles des pays. Entre 2010 et 2012, les engagements de 13 bailleurs de fonds sur des interventions spécifiques à la nutrition ont augmenté

de 39 %, et les décaissements de 30 %. Les engagements spécifiques à la nutrition des bailleurs de fonds ont baissé de 14 %, mais les décaissements contribuant à la nutrition des 10 bailleurs de fonds ayant fourni des données ont enregistré une hausse de 19 %. La proportion de l'aide publique au développement décaissée en faveur de la nutrition en 2012 était à peine supérieure à 1 %. Les rapports des bailleurs de fonds sur la nutrition sont de plus en plus harmonisés, mais il reste encore beaucoup à faire en raison des disparités de définition et de calendrier.

- 11. LES POLITIQUES, LOIS ET INSTITUTIONS SONT IMPORTANTES POUR LE RENFORCEMENT DE LA NUTRITION.** Ces éléments peuvent être mesurés. L'approche de notation du mouvement SUN est remarquable car il s'agit d'un processus participatif qui stimule la réflexion des parties prenantes sur la manière dont ils peuvent renforcer une action coordonnée en faveur de la nutrition. Les évaluations des politiques, des lois et des institutions peuvent révéler des décalages, comme la coexistence de faibles environnements politiques sur le diabète et des populations avec des taux de glycémie élevés.

Suivi des engagements N4G

- 12. LA PRODUCTION D'UN RAPPORT SUR LES ENGAGEMENTS DU SOMMET NUTRITION POUR LA CROISSANCE (N4G) DE 2013 A ÉTÉ DIFFICILE POUR L'ENSEMBLE DES GROUPES DE SIGNATAIRES.** De précieux enseignements ont été tirés de cette « année de référence ». Quatre-vingt-dix pour cent des signataires ont répondu aux demandes d'actualisation sur leurs engagements N4G. Très peu de signataires étaient « en mauvaise voie » de réaliser leurs engagements, même si beaucoup d'évaluations « par clair » ont été enregistrées en raison du manque de précision des engagements et des réponses fournies. Concernant les progrès dans les objectifs N4G, aucun groupe n'a exprimé des préoccupations particulières, du moins à cette étape précoce de la période de rapport 2013-2020. L'évaluation sera renforcée en 2015 par plus de données, des processus plus simplifiés, et sans doute des participants plus motivés qui auront compris comment leurs réponses seront présentées.
- 13. LA REDEVABILITÉ EN MATIÈRE DE NUTRITION PEUT ET DOIT ÊTRE RENFORCÉE.** Les acteurs de la société civile ont un rôle particulièrement important à jouer dans le renforcement de la redevabilité, même s'ils ont besoin d'appui pour être plus efficaces. Les plateformes nationales d'évaluation et les mécanismes communautaires de rétroaction sont des moyens prometteurs de renforcer la redevabilité en matière de nutrition, mais ils doivent être pilotés et évalués. Les systèmes nationaux et internationaux de recherche sur la nutrition, dirigés par les pays eux-mêmes, sont susceptibles de favoriser une plus grande redevabilité au niveau national.

Réduction des lacunes en matière de données

- 14. IL EXISTE BEAUCOUP DE LACUNES DANS LES DONNÉES SUR LES RÉSULTATS, LES PROGRAMMES ET LES RESSOURCES NUTRITIONNELS.** Par exemple, pour quatre des six indicateurs de l'AMS pour lesquels des règles permettent de distinguer entre les pays « en bonne voie » et ceux « en mauvaise voie », seuls 60 % des 193 pays membres des Nations Unies disposent de données permettant d'évaluer si le niveau de leur contribution les met sur la « bonne voie » ou la « mauvaise voie » pour réaliser les

objectifs mondiaux de l'AMS. Pour les pouvoirs publics et les agences des Nations Unies, la priorité est de s'assurer que tous les pays peuvent faire un rapport sur les indicateurs de l'AMS. Pour identifier les lacunes en matière de données au-delà des indicateurs de l'AMS, nous avons posé la question suivante : dans quels domaines ces lacunes nous empêchent-elles de privilégier les questions prioritaires et les mesures qui doivent être prises pour réduire la malnutrition ? Nous avons identifié trois indicateurs de l'état nutritionnel (l'anémie, la surcharge pondérale/l'obésité et l'insuffisance pondérale à la naissance) où les progrès sont lents, avec des actions qui pourraient être freinées par ces lacunes. Nous avons également identifié des lacunes qui, à notre sens, peuvent freiner le renforcement et la combinaison spécifique au contexte des interventions spécifiques à la nutrition, de celles qui contribuent à la nutrition et celles qui visent à favoriser un environnement propice. Au nombre de ces lacunes figurent les données sur les capacités des pays à mettre en œuvre et à renforcer les actions de nutrition, les coûts des programmes et le suivi des ressources financières. De nombreuses décisions sur la priorité à accorder à la production des données manquantes doivent être prises au niveau national, sur la base des politiques, des plans et stratégies de nutrition.

- 15. IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE COLLECTER DE NOUVELLES DONNÉES POUR COMBLER TOUTES LES LACUNES DANS LES DONNÉES.** Nous avons identifié plusieurs moyens de combler les carences en données : (1) en utilisant mieux les données existantes, (2) en renforçant la qualité de la collecte des données existantes, (3) en améliorant la comparabilité des données entre les pays, (4) en collectant de nouvelles données lorsqu'elles ne suffisent pas à garantir une bonne redevabilité, et (5) en augmentant la fréquence de la collecte dans le cadre des enquêtes nationales sur la nutrition. Trois à quatre principales lacunes ont été identifiées dans chacun de ces cinq domaines, et des solutions visant à les combler ont été proposées. Bon nombre de ces lacunes peuvent être évitées en investissant dans le renforcement des capacités des analystes en nutrition, des gestionnaires de programmes et des unités de politiques, qui pourront ainsi faire un meilleur usage des données existantes.

ON PEUT AMÉLIORER PLUS RAPIDEMENT LA NUTRITION : LA REDEVABILITÉ EST LE MOT-CLÉ

La quasi-totalité des pays est touchée par des taux de malnutrition élevés. Les pays doivent faire cause commune et exploiter les occasions d'apprendre les uns des autres. Il est clair que les pays à faible revenu ne disposent pas d'un monopole sur les problèmes de malnutrition et que les pays à revenu élevé ne détiennent pas un monopole sur les solutions.

Si nous ne réussissons pas à intensifier nos actions, notre échec aura des conséquences retentissantes et les futures générations paieront le prix fort. Notre génération a l'opportunité mais aussi la capacité d'écarter ces scénarios catastrophiques. Nous n'y parviendrons qu'en agissant stratégiquement et efficacement, dans le cadre d'alliances, et à grande échelle. Et nous devons être redevables de nos actions.

La série annuelle des *rapports sur la nutrition mondiale* – leurs données, analyses, exemples, messages et recommandations – est une contribution pour relever ce défi collectif du XXI^e siècle.



1 INTRODUCTION

L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES PAYS EST UNE AMBITION FONDAMENTALE DU XXIE SIÈCLE ET UN DÉFI AUQUEL LE MONDE ENTIER S'IDENTIFIE : LA QUASI-TOTALITÉ DES pays de la planète connaît un niveau de malnutrition si élevé qu'il constitue une grave menace pour la santé publique. Deux à 3 milliards de personnes se nourrissent mal et souffrent d'une forme quelconque de sous-alimentation, de surcharge pondérale ou d'obésité, ou de certaines carences en micronutriments.¹

La mauvaise alimentation revêt plusieurs formes : des enfants souffrent de famine et n'ont que la peau sur les os, des adultes souffrent de problèmes respiratoires dus à l'obésité, et des nourrissons n'atteignent jamais leur premier anniversaire sous l'effet conjugué d'un régime alimentaire pauvre, d'un allaitement inadapté ou de l'exposition aux maladies infectieuses.

Pour surmonter ce défi, il est impératif de prendre des mesures efficaces dans de nombreux secteurs et divers domaines (alimentation, santé, bien-être social, éducation, eau, assainissement et femmes), et d'impliquer de nombreux acteurs (pouvoirs publics, société civile, secteur privé, recherche et partenaires au développement internationaux). Des alliances solides donnent plus de résultats que des solutions miracles, et les multiples causes de la malnutrition représentent souvent autant d'opportunités d'améliorer durablement la nutrition.

La mauvaise nutrition est également un défi dont les vastes répercussions se font sentir tout au long du cycle de vie et à travers les générations futures – notamment les enfants, les adolescentes et les femmes. Ces répercussions ont également des conséquences sur la mortalité, les infections, les déficiences cognitives, la baisse de la productivité professionnelle, le déclenchement précoce et le risque plus élevé de maladies non transmissibles (MNT), la stigmatisation et la dépression.

POINTS CLÉS

1. L'amélioration de la nutrition compte de nombreuses caractéristiques communes à d'autres défis de développement du XXI^e siècle : prévalence au niveau mondial, conséquences à long terme et nécessité d'agir dans le cadre de vastes alliances multisectorielles et avec d'autres acteurs.
2. Les améliorations de l'état nutritionnel seront cruciales pour le programme de développement durable : par nature, elles se perpétuent tout au long du cycle de vie et à travers les générations et contribuent directement à la plupart des objectifs de développement durable proposés.
3. Les caractéristiques des résultats et des mesures liés à la nutrition – à savoir leurs effets à court et long terme, le manque de visibilité de certaines conséquences de la malnutrition et la nécessité de bâtir des alliances – rendent le processus d'identification des engagements, et leur suivi à des fins de redevabilité plus complexe que pour d'autres problèmes de développement.
4. Ce rapport vise à contribuer au renforcement de la redevabilité en matière de nutrition.

LA NUTRITION EST ESSENTIELLE AU DÉVELOPPEMENT DURABLE

Les caractéristiques de la nutrition – sa prévalence au niveau mondial, la nécessité de bâtir de vastes alliances multisectorielles pour améliorer la nutrition et ses conséquences à court et long terme – définissent également d'autres défis actuels du développement : la réalisation de l'égalité, la facilitation des transitions démographiques vers des taux de mortalité et de fertilité moins élevés, et la lutte contre le changement climatique et ses implications au niveau de la vulnérabilité, de la durabilité des systèmes alimentaires et de l'utilisation des ressources naturelles. Le processus d'amélioration des résultats de la nutrition est étroitement lié à ces questions et constitue un élément central du programme de développement durable pour au moins deux raisons. Premièrement, les améliorations nutritionnelles se perpétuent intrinsèquement dans le temps. Les investissements réalisés durant les 1 000 premiers jours de la vie d'un enfant ont des répercussions favorables tout au long de son cycle de vie et à travers les générations.² Deuxièmement, les améliorations de l'état nutritionnel faciliteront la réalisation de nombreux objectifs de développement durable, directement ou indirectement. Comme nous le verrons au Chapitre 2, une meilleure nutrition contribue à la plupart des objectifs de développement durable (ODD) proposés par le Groupe de travail ouvert des Nations Unies. Il ne fait aucun doute que les améliorations nutritionnelles peuvent faciliter la réalisation du programme des ODD.

NÉCESSITÉ DE RENFORCER LA REDEVABILITÉ EN MATIÈRE DE NUTRITION

Si ces aspects de la nutrition sont des éléments essentiels du développement durable, ils nous compliquent également la tâche et ne permettent pas de contraindre les parties prenantes à justifier les mesures prises en vue de son amélioration. Comment peut-on demander aux responsables d'améliorer la nutrition s'il est impossible de les identifier, de définir leurs obligations ou de vérifier qu'ils assument bien leurs responsabilités ? De même, ceux qui sont responsables des mesures en faveur de l'amélioration nutritionnelle éprouveront des difficultés à suivre leurs propres progrès si les mécanismes de suivi et de retour d'information sont inefficaces. La multitude d'acteurs, les bénéfices à long terme des actions et le manque de visibilité de certaines conséquences de la malnutrition sont trois facteurs qui entravent une solide redevabilité, sans laquelle il est impossible d'orienter les actions et de mesurer les conséquences de l'inaction et de l'indifférence – en dehors des 2 à 3 milliards de personnes directement touchées.

Jamais nous n'avons su aussi bien qu'aujourd'hui quelles actions pouvaient améliorer l'état nutritionnel. S'agissant de la sous-alimentation, nous pouvons mettre en place une série d'interventions spécifiques qui ont été éprouvées, et un ensemble d'investissements beaucoup plus important en faveur de la nutrition, dont le potentiel inexploité est immense. Concernant la surcharge pondérale et l'obésité, la base des connaissances est encore faible mais en cours de consolidation. Des données probantes suggèrent que la lutte contre la sous-alimentation atténue également certains facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles à un stade plus avancé de la vie. En l'absence de données, il reste encore à déterminer comment séquencer et privilégier les actions, et comment juger de leur efficacité aux niveaux méso et macro.

OBJECTIFS DE CE RAPPORT

Ce rapport est une nouvelle contribution au renforcement des capacités des décideurs politiques, des responsables de la mise en

œuvre des programmes, des militants de la société civile, des investisseurs, des communautés et des familles. Il doit leur permettre de suivre les progrès de leur société en matière de nutrition, de se responsabiliser et d'aider d'autres acteurs à rendre compte de leurs actions ou inaction en faveur de l'amélioration de la nutrition. Ce faisant, ce rapport vise à soutenir l'infrastructure de redevabilité des ODD et à favoriser une meilleure allocation des ressources et une intensification des actions et des demandes en faveur d'une bonne nutrition.

Les publics ciblés sont les « champions de la nutrition » actuels, et leurs alliés d'aujourd'hui et de demain (Tableau 1.1). Les champions de la nutrition sont des organisations et des individus agissant publiquement ou en coulisses, qui s'efforcent en permanence d'accélérer le rythme des résultats en matière de nutrition. Leurs alliés sont ceux qui travaillent avec eux parce qu'ils trouvent un intérêt à investir dans la nutrition, en général pour réaliser un autre objectif, conjointement ou dans le cadre des efforts pour améliorer la nutrition. Les futurs champions sont ceux que nous devons inspirer et soutenir, qui commencent leur carrière dans la nutrition ou la découvrent. Les futurs alliés sont ceux qui ont des intérêts directs dans la nutrition mais ne le savent pas encore. Ce sont des économistes en quête de nouvelles sources de croissance ; des planificateurs sociaux à la recherche de nouveaux moyens d'atteindre les plus vulnérables ; des spécialistes de l'agriculture souhaitant optimiser l'impact humain des technologies et des pratiques agricoles et des innovations du marché ; et des spécialistes de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène cherchant à optimiser les bienfaits de leur travail pour la santé. Quand ces partenaires stratégiques seront impliqués et motivés, il sera possible d'entamer de nouveaux dialogues et d'identifier de nouvelles opportunités d'investissement qui entraîneront des améliorations en matière de nutrition.

La rédaction de ce rapport a été souhaitée à l'origine par les signataires du Pacte en faveur de la nutrition pour la croissance en 2013, reconnaissant la nécessité de mieux suivre les progrès des engagements en faveur de l'amélioration de la nutrition. Ce rapport est donc le fruit de l'effort collectif d'un ensemble de parties prenantes de « Nutrition pour la croissance », profondément concernées par l'amélioration de la nutrition en vue de stimuler le développement durable.

Le groupe des parties prenantes a mandaté un collectif d'experts indépendants pour réunir les données existantes et nouvelles sur la nutrition et dresser un tableau plus complet des indicateurs mondiaux et nationaux de nutrition, renforcer la redevabilité, générer de nouvelles idées, impulser de nouvelles conversations et catalyser de nouvelles actions.

Ces deux groupes, et de nombreux autres, admettent que l'engagement politique en faveur de la nutrition est aujourd'hui robuste mais loin d'être permanent. Les tendances du développement apparaissent et disparaissent, mais ce rapport souhaite être un legs des hauts niveaux d'engagement actuels et contribuer à stimuler de nouvelles vagues d'engagement en faveur de la nutrition, bien après que la vague actuelle soit retombée.

CADRE CONCEPTUEL

Ce rapport suit globalement le cadre d'action pour l'amélioration de l'état nutritionnel illustré dans Black et al. (2013). Il décrit l'importance de l'amélioration de l'état nutritionnel, ses progrès et les niveaux de couverture ainsi que les tendances des programmes et approches spécifiques à la nutrition et y contribuant, notamment les investissements dans les facteurs sous-jacents sur lesquels ils s'appuient (voir Encadré 1.1). Il examine

ENCADRÉ 1.1 TYPES D'INVESTISSEMENTS DANS LA NUTRITION

LAWRENCE HADDAD

Dans la mesure où l'état nutritionnel d'une personne dépend d'une série de facteurs immédiats, sous-jacents et fondamentaux, et de leur interaction, les investissements dans la nutrition peuvent revêtir différentes formes.

Les programmes spécifiques à la nutrition s'attaquent aux facteurs immédiats de l'état nutritionnel (tels que les régimes inadéquats et le fardeau des maladies) et se retrouvent dans un éventail de domaines politiques tels que la santé, le secours humanitaire et la transformation alimentaire.¹

Les programmes et les approches contribuant à la nutrition portent sur les facteurs sous-jacents de l'état nutritionnel (tels que la sécurité alimentaire, l'accès

aux soins de santé, l'hygiène de l'environnement des ménages et les pratiques de soins) et se retrouvent dans un grand éventail de domaines politiques tels que l'agriculture, l'éducation, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la protection sociale, l'autonomisation des femmes et la santé. Ils intègrent des objectifs ou des actions nutritionnels explicites même si l'amélioration de la nutrition n'est pas leur objectif premier.

Les investissements dans un environnement propice à la nutrition portent sur les facteurs fondamentaux de l'état nutritionnel tels que la gouvernance, les revenus et l'équité. Ces investissements revêtent la forme de lois, réglementations,

politiques, investissements dans la croissance économique, et améliorations de la capacité de gouvernance.

La plupart des investissements visant les facteurs sous-jacents et fondamentaux de l'état nutritionnel ne contribuent pas à la nutrition (en d'autres termes, ils n'intègrent pas des objectifs ou des actions nutritionnels explicites), mais ils peuvent stimuler considérablement l'amélioration de la nutrition.

Les efforts visant à améliorer l'état nutritionnel peuvent venir de ces trois domaines. L'objectif devrait être de trouver la meilleure combinaison, à une échelle adéquate, selon les besoins, les capacités et les opportunités politiques de chaque contexte.

l'environnement propice à la nutrition (ressources, politiques, lois et transformations institutionnelles) et identifie les entraves au progrès et les opportunités de rassembler les parties prenantes.

Dans l'ensemble du rapport, nous nous concentrons sur la nécessité d'agir sur de multiples fronts. Nous nous appuyons sur des études de cas du Bangladesh, du Brésil, du Burkina Faso, de l'État indien de Maharashtra, des États-Unis, de l'Indonésie et du Royaume-Uni pour montrer ce qu'il est possible d'accomplir en menant des actions dans différents secteurs. Dans ce rapport comme ailleurs, les études de cas montrent qu'il n'existe aucune recette magique pour l'action multisectorielle (Garrett et Natalicchio 2011). Les programmes spécifiques à la nutrition et y contribuant, de même que l'évolution des facteurs sous-jacents et de l'environnement propice, ont tous un rôle important à jouer. Lorsqu'ils participent tous à un cercle vertueux, ils peuvent engendrer des améliorations considérables de l'état nutritionnel. Les dirigeants nationaux et la communauté de la nutrition doivent impérativement définir une vision solide des objectifs nutritionnels à atteindre, et un plan ciblé pour y parvenir. Toutefois, ce plan doit être ouvert à tous types d'actions et toutes les combinaisons d'actions possibles.

Pour guider son travail, ce rapport utilise un cadre de redevabilité simple, basé sur des publications récentes sur

la redevabilité en matière de nutrition (Kraak et al. 2014; te Lintelo 2014). Le cycle de redevabilité implique d'identifier les engagements, de suivre leurs progrès, de déterminer la redevabilité (les engagements ont-ils été bien respectés ?), de comprendre comment les informations relatives à la redevabilité sont utilisées (par exemple, pour établir de nouveaux engagements) et de décrire la manière dont les différents acteurs réagissent à l'évaluation de la redevabilité. Les lacunes dans les données et les capacités connexes qui freinent les actions nécessaires sont mises en exergue à la fin de chaque chapitre.³

Le cadre conceptuel est résumé dans la Figure 1.1.

LE RAPPORT : DU DOCUMENT À L'INTERVENTION

Selon les conclusions de l'analyse des parties prenantes⁴ menée en vue de définir les objectifs et le contenu de ce rapport, ce dernier doit avant tout viser les quatre objectifs suivants : (1) être une intervention active plutôt qu'un simple rapport ; (2) chercher à soutenir continuellement les champions de la nutrition et leurs alliés au niveau national ; (3) se concentrer sur toutes les formes de malnutrition et non uniquement sur la sous-alimentation ; et (4) appuyer les efforts des autres processus de compte rendu sur la nutrition plutôt que de les dupliquer ou de leur faire concurrence.

TABLEAU 1.1 PUBLICS CONCERNÉS PAR CE RAPPORT : INDIVIDUS, ORGANISATIONS ET RÉSEAUX

	Champions	Alliés
Aujourd'hui	Donnent la priorité à l'amélioration des résultats nutritionnels Disposés et capables de travailler avec des acteurs externes au secteur de la nutrition pour améliorer l'état nutritionnel Disposés et capables de leadership en matière de nutrition	Collaborent déjà avec des champions de la nutrition au sein de partenariats gagnant-gagnant pour atteindre leurs propres objectifs sectoriels, en accordant plus d'importance à la nutrition
Demain	Prochaine génération de leaders de la nutrition Certains sont des alliés d'aujourd'hui	Les acteurs ayant un intérêt dans l'amélioration de l'état nutritionnel sans en être pleinement conscients

Source : Auteurs.

Le rapport en tant qu'intervention

L'objectif de ce rapport est de contribuer à un meilleur suivi des progrès d'un éventail d'indicateurs, de programmes, de facteurs, de politiques, de lois et de ressources relatifs à l'état nutritionnel. Le but ultime est de renforcer la redevabilité en matière de nutrition et de favoriser une accélération de l'amélioration de l'état nutritionnel. En identifiant et en suivant les engagements, puis en évaluant leur progression, le rapport devrait stimuler et intensifier les actions. Les rapports mondiaux sur la nutrition étant publiés annuellement, les parties prenantes pourront mieux constater qui respecte ses engagements et qui ne les respecte pas, et aider les acteurs concernés à respecter leurs engagements à l'avenir.

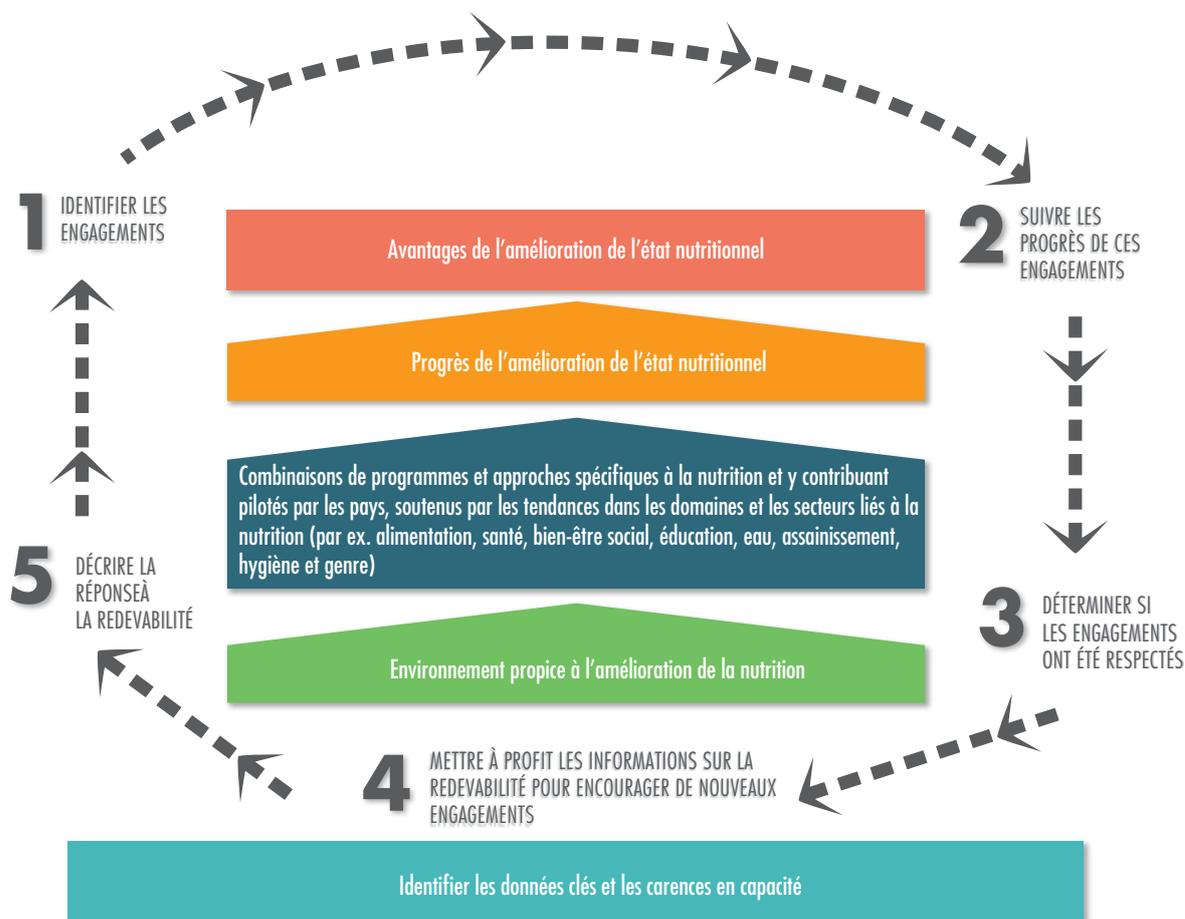
Priorité aux acteurs nationaux

De toute évidence, l'engagement mondial en faveur de la nutrition est plus fort que jamais. L'envolée des prix alimentaires de 2007–2008 a permis d'attirer l'attention du monde entier sur les conséquences à long terme des chocs à grande échelle. *The Lancet* a publié deux séries de documents sur la sous-alimentation maternelle et infantile en 2008 et 2013, qui rassemblent les connaissances sur la répartition et

les conséquences de la malnutrition et les moyens efficaces de promouvoir une bonne nutrition. Le Mouvement pour le renforcement de la nutrition (*Scaling Up Nutrition, SUN*), né en 2010 et réunissant aujourd'hui plus de 50 pays/États, a été déterminant pour stimuler durablement les engagements en faveur de la nutrition. Le déclin des carences en micronutriments progresse lentement, mais il bénéficie d'un regain d'attention au niveau mondial (par exemple dans *l'Indice de la faim dans le monde 2014* [von Grebmer et al. 2014]). En 2013, à Londres, les signataires du Pacte N4G se sont engagés à apporter plus de 4 milliards de dollars EU de financement supplémentaire en faveur de la réduction de la sous-alimentation d'ici 2020. La surcharge pondérale et l'obésité, qui touchent entre un tiers et la moitié des adultes des pays à revenu élevé, sont davantage mises en exergue dans le programme mondial (Ng et al. 2014 ; Popkin 2009 ; Keats and Wiggins 2014).

L'intérêt mondial pour la malnutrition, qui se répercute progressivement à l'échelon national, est nourri par les défis rencontrés à ce niveau. Toutefois, en l'absence de progrès national, il sera difficile de susciter durablement l'intérêt mondial. Les progrès réalisés à l'échelon national dépendront des champions nationaux qui feront de la nutrition une priorité

FIGURE 1.1 CADRE CONCEPTUEL DE CE RAPPORT



Source : Auteurs, basé sur Kraak et al. (2014) et te Lintelo (2014).

du programme de développement, qui bâtiront des alliances multisectorielles et entre le pouvoir central et les autorités locales, qui fourniront des services et documenteront ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. En donnant accès à des données et des analyses spécifiques à chaque pays, en mettant en valeur les efforts nationaux et en tissant des liens directs avec un vaste éventail de champions nationaux, ce rapport vise à soutenir le travail de ces champions dans chaque pays.

Des profils nutritionnels nationaux ont été dressés en liaison avec ce rapport pour chacun des 193 États membres des Nations Unies. Témoinnant de la portée mondiale de ce rapport, ces profils sont disponibles sur www.globalnutritionreport.org. Chaque profil, long de deux pages, contient 84 indicateurs classés en différentes catégories alignées sur les différentes sections de ce rapport.⁵

Priorité à toutes les formes de malnutrition

Le monde connaît une véritable épidémie de surcharge pondérale et d'obésité. Parallèlement, dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire, le fardeau de la maladie évolue rapidement et les maladies non transmissibles prennent le pas sur les maladies transmissibles (Lim et al. 2012). Les carences en micronutriments demeurent une préoccupation ; par exemple, les taux d'anémie n'ont pas connu d'amélioration notable depuis plus de 20 ans, pas plus que les taux d'émaciation (OMS 2014a).

La malnutrition est présente dans pratiquement tous les pays, et un grand nombre de familles, de communautés et de pays se battent simultanément contre toutes ces formes de malnutrition, généralement reliées sur le plan physiologique, politique et financier. À l'instar des familles, les politiques et les programmes doivent eux aussi les affronter simultanément. Ce rapport met en lumière les chevauchements des problèmes liés à la malnutrition au niveau national.

Un rapport qui complète les autres sans les concurrencer

La communauté de la nutrition a mis près de trente ans à unir ses forces et à travailler au-delà des frontières

nationales et institutionnelles. Ce rapport souhaite mettre en lumière l'excellent travail réalisé par les dizaines d'organisations qui ont partagé leurs données nationales, et compléter leurs travaux en les unissant à ceux des autres. Nous espérons ainsi susciter de nouvelles idées et identifier des lacunes à combler. Nous espérons que les nouveaux rapports publiés en 2015 et en 2016 continueront à maintenir la pression afin que des actions efficaces soient menées en faveur de la nutrition, pour guider les actions et demander des comptes aux acteurs.

STRUCTURE DU RAPPORT

Ce rapport s'articule de la façon suivante : s'inspirant de nouvelles analyses, le Chapitre 2 souligne les retombées de l'amélioration de l'état nutritionnel et étudie la portée possible des améliorations d'ici 2025. Le Chapitre 3 décrit les évolutions des résultats en matière nutritionnelle, évalue les progrès mondiaux de la réalisation des objectifs de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) et analyse les progrès des pays au niveau des indicateurs de l'AMS. Le Chapitre 4 explique comment les pays affrontent de multiples formes de malnutrition, et examine certains schémas sous-nationaux critiques. Le Chapitre 5 porte sur la couverture des interventions spécifiques à la nutrition. Le Chapitre 6 décrit quelques programmes et approches contribuant à la nutrition, en s'attachant également aux tendances des facteurs sous-jacents. Le Chapitre 7 porte essentiellement sur l'environnement propice, le suivi des ressources, les lois, les politiques et les transformations institutionnelles. Le Chapitre 8 explore diverses manières d'améliorer la redevabilité en matière de nutrition et évalue les progrès relatifs aux engagements de « Nutrition pour la croissance ». Le Chapitre 9 analyse les lacunes des données nutritionnelles et propose certaines actions prioritaires afin de renforcer la redevabilité et les données. Le rapport s'achève sur quelques messages clés et recommandations destinés aux différents publics à l'échelle nationale et mondiale, au sein de la communauté de la nutrition et au-delà.⁶

2 LA NUTRITION EST ESSENTIELLE AU DÉVELOPPEMENT DURABLE

LES EFFORTS DÉPLOYÉS EN VUE D'AMÉLIORER LA NUTRITION CONTRIBUERONT À FAIRE PROGRESSER DE NOMBREUX DOMAINES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE. LA PERSISTANCE DE la malnutrition témoigne donc de l'échec du processus de développement. Ce chapitre souligne l'importance de l'état nutritionnel pour un large éventail d'objectifs de développement.

Sur la base de données, de preuves et analyses nouvelles, ce chapitre montre également qu'il est possible d'atteindre et de dépasser les objectifs de nutrition de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS), à un rythme soutenu mais réaliste.

DES RÉPERCUSSIONS HUMAINES ET ÉCONOMIQUES ÉLEVÉES

De mieux en mieux connus, les coûts humains de la sous-alimentation et de l'obésité (Tableau 2.1) sont élevés en termes de mortalité et de morbidité évitables, et les coûts économiques sont de ce fait conséquents. En Afrique et en Asie, les produits intérieurs bruts (PIB) totaux représentent moins de 90 % du niveau prévisible en l'absence de sous-alimentation et, en Chine, environ 95 % du niveau prévisible en l'absence d'obésité.

Toutes les études citées dans le Tableau 2.1 soulignent que leurs hypothèses sont prudentes et les estimations basses. Selon les prévisions, les coûts économiques futurs de l'obésité en Chine risquent de doubler, passant de 4 % du produit national brut (PNB) en 2000 à 9 % du PNB en 2025 (Popkin et al. 2006). Contrairement à la Chine, de nombreux pays, dont l'Indonésie, enregistrent des taux élevés d'insuffisance pondérale et d'obésité, si bien que les coûts de la mauvaise nutrition y sont encore plus élevés que dans ceux qui souffrent d'un seul fléau. Ces pays doivent impérativement éviter ce double fardeau économique et définir des stratégies visant à réduire simultanément la sous-alimentation, la surcharge pondérale et l'obésité.

POINTS CLÉS

1. Les coûts humains et économiques de toutes les formes de malnutrition sont considérables. Les rapports coûts-avantages économiques de l'investissement dans des interventions visant à réduire l'émaciation des enfants sont hautement compétitifs en comparaison aux autres investissements publics.
2. La nutrition peut potentiellement devenir un élément central du programme post-2015, mais il n'y a pas de temps à perdre : le bien-fondé des questions de nutrition doit être défendu avec plus de véhémence.
3. De nouvelles données, expériences et analyses dans de nombreux pays montrent qu'il est possible de réaliser des progrès rapides dans la réduction de la malnutrition.
4. Les objectifs de développement durable pour 2030 liés à la nutrition devraient être bien plus ambitieux que de simples extrapolations des objectifs de l'AMS pour 2025. La communauté de la nutrition doit définir des objectifs ambitieux mais réalisables pour 2030.

Les conséquences du coût de l'inaction en matière de nutrition sont la récompense de l'action. La Figure 2.1 illustre le rapport coûts-avantages du renforcement des interventions alimentaires jusqu'à une couverture de 90 %, en termes d'impact sur le retard de croissance, dans un grand nombre de pays où ce taux est élevé. Cette analyse s'appuie sur l'hypothèse – conforme au niveau de réduction du retard de croissance modélisé par Bhutta et al. (2013a) – que l'augmentation d'un ensemble d'interventions essentielles entraînera une baisse de 20 % du taux de retard de croissance.

Le rapport coûts-avantages médian de cette baisse de 20 % du taux de retard de croissance est environ de 16 pour l'ensemble des 40 pays. En d'autres termes, pour chaque dollar, roupie, birr ou peso investi, plus de 16 seront générés, au niveau médian. Le taux médian pour les 27 pays africains au sud du Sahara et de 13.

Ces rapports coûts-avantages sont compétitifs au regard des autres rapports coûts-avantages générés par l'ensemble des investissements dans la santé, comme le rapportent

Jamison et al. (2013) et Stenberg et al. (2014).¹ Les rapports estimés sont également plus élevés que les rapports coûts-avantages médians estimés pour les investissements d'irrigation à grande échelle dans 11 pays d'Afrique au sud du Sahara (You 2011), pour un ensemble d'investissements routiers publics en Inde, en Thaïlande et en Ouganda (Fan et al. 2007), et pour des investissements routiers en Bolivie et au Mexique (Gonzales et al. 2007).

LA NUTRITION DOIT ÊTRE MIEUX POSITIONNÉE DANS LES ODD

L'amélioration de l'état nutritionnel peut se traduire par d'importants rendements économiques, mais comment peut-elle contribuer au programme de développement durable ? Le débat actuel sur le programme de développement durable pour l'après-2015 est impulsé par les débats sur les objectifs de développement durable (ODD). Le Tableau 2.2 résume comment les améliorations de l'état nutritionnel et les efforts connexes peuvent contribuer à la réalisation des ODD. Il existe

TABLEAU 2.1 COÛTS HUMAINS ET ÉCONOMIQUES DE LA MALNUTRITION

Type de coût	Sous-nutrition	Obésité
Mortalité	45 % des décès des enfants de moins de 5 ans sont imputables à la sous-nutrition (Black et al. 2013).	
Morbidité	Les « carences nutritionnelles » sont la cause de plus de 50 % des années vécues avec un handicap chez les enfants de moins de 4 ans (Vos et al. 2012). L'insuffisance pondérale est le premier facteur contribuant au fardeau de la maladie en Afrique au sud du Sahara, et le quatrième en Asie du Sud (Lim et al. 2012).	Chaque augmentation de 5 kg/m ² de l'IMC se traduit par une augmentation de 52 % du risque de cancer de l'œsophage, de 24 % du risque de cancer du colon, de 59 % du risque de cancer de l'endomètre chez les femmes et de 59 % du risque de cancer de la vésicule biliaire (plusieurs pays ; Wang et al. 2011).
Réussite scolaire	Améliorer la croissance linéaire des enfants de moins de 2 ans d'un écart-type se traduit par une scolarisation prolongée de six mois (plusieurs pays ; Adair et al. 2013).	
Perte de productivité sur le marché de l'emploi	La prévention de la sous-nutrition pendant la petite enfance se traduit par des gains horaires supérieurs de 20 % et de salaires supérieurs de 48 % ; des individus avec 33 % de chances en plus d'échapper à la pauvreté ; et des femmes ayant 10 % de chances en plus de diriger une entreprise (Guatemala ; Hoddinott et al. 2013). Une augmentation d'un centimètre de la taille adulte se traduit par une augmentation de 4,5 % du salaire (plusieurs pays ; Horton and Steckel 2011).	L'obésité entraîne des pertes de productivité dues à l'absentéisme et au présentéisme (coûts indirects) qui représentent entre 668 \$EU et 4 299 \$EU par personne/an aux États-Unis (Finkelstein et al. 2010).
Pourcentage du revenu national	La sous-nutrition se traduit par une baisse de 1,9 % du PIB en Égypte, 16,5 % en Éthiopie, 3,1 % au Swaziland et 5,6 % en Ouganda (Commission de l'Union africaine et al. 2014). L'Asie et l'Afrique perdent chaque année 11 % de leur PIB en raison d'une mauvaise nutrition (Horton et Steckel 2013).	En Chine, l'obésité a entraîné une baisse de 3,58 % du PIB en 2000 et entraînera une baisse de 8,73 % en 2025 (Popkin et al. 2006).
Coûts incrémentiels des soins de santé ^a		L'obésité coûte entre 475 \$EU et 2 532 \$EU par personne/an aux États-Unis (Finkelstein et al. 2010). En Chine, le coût de l'obésité représentait 0,48 % du PIB en 2000 et en représentera 0,50 % en 2025 (Popkin et al. 2006). L'obésité coûtera 648 000 000 £ par an au Royaume-Uni en 2020 (Wang et al. 2011).
Total des estimations des coûts		L'obésité a coûté 33 milliards d'euros par an dans les États membres de l'UE en 2002 (Fry et Finley 2005).

Source: Comme indiqué dans le tableau.

^a Il s'agit des coûts de santé directs comparés aux coûts de santé d'une personne présentant un indice de masse corporelle (IMC) normal.

également une contrepartie, dans la mesure où la réalisation de ces ODD doit également avoir des impacts durables sur les résultats nutritionnels.

En dépit de ces contributions positives, la communauté de la nutrition ne doit pas penser que la nutrition trouvera automatiquement sa place dans le cadre de redevabilité des ODD (Encadré 2.1). Nous devons donc agir en défenseurs convaincants.

La faible présence de la nutrition dans le cadre actuel des ODD reste une préoccupation importante. On dénombre au total 169 objectifs provisoires : 109 sur ce que nous devons réaliser et 60 sur la manière d'y parvenir. Sur ces 109 premiers objectifs, un seul est directement lié à la malnutrition :

L'Objectif 2.2 est de mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici 2030, y compris la réalisation d'ici 2025 des objectifs approuvés internationalement en matière de retard de croissance et d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et de répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes et des personnes âgées (Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable 2014).

Aucun des 60 objectifs du second groupe ne se rapporte directement à la nutrition. La large portée de l'Objectif 2.2 suggère que la communauté de la nutrition doit s'engager plus fermement dans le processus de l'après-2015 pour positionner la nutrition de manière judicieuse et stratégique

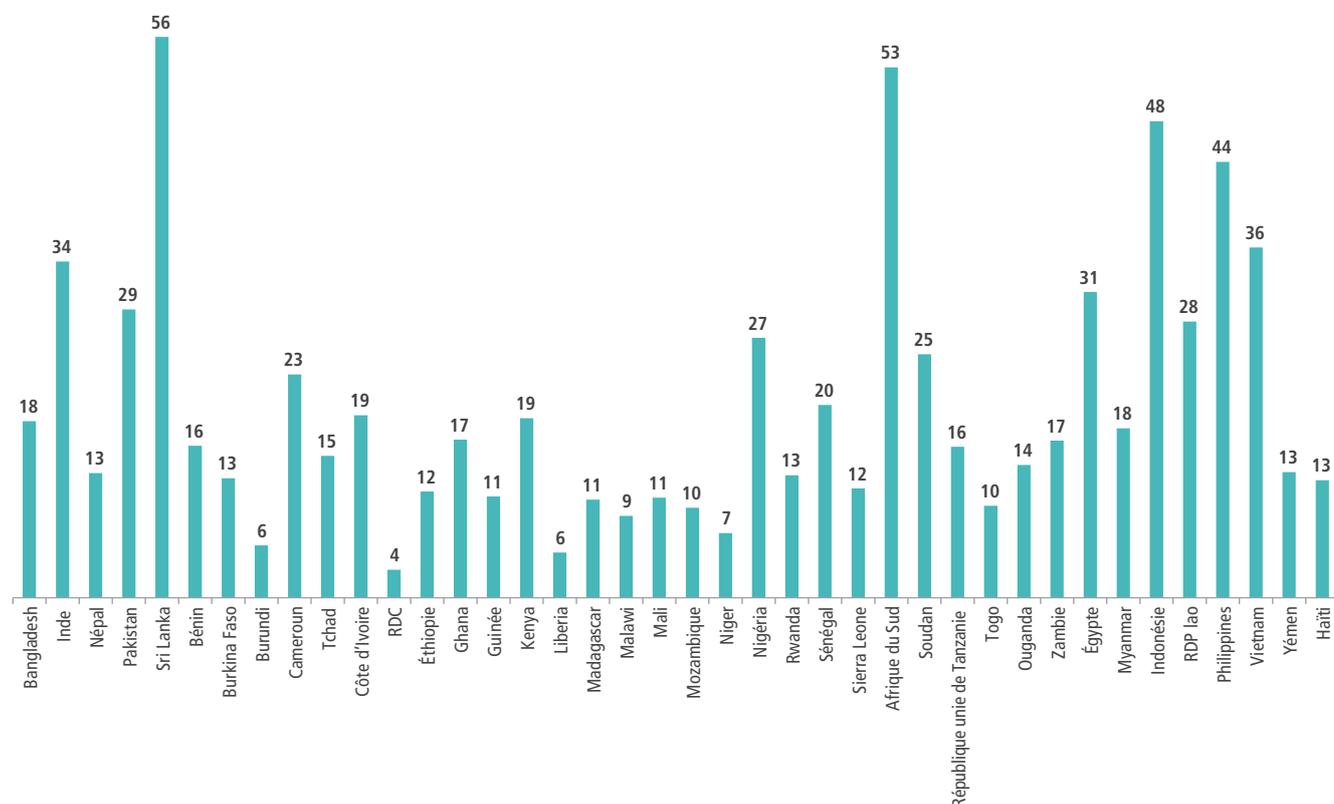
au sein du cadre de redevabilité du développement post-2015. Au minimum, les champions de la nutrition issus des pouvoirs publics et de la société civile doivent travailler ensemble pour intégrer aux 169 objectifs susmentionnés (voir Tableau 2.3) non seulement les objectifs liés au retard de croissance et à l'émaciation, mais aussi l'ensemble des six objectifs AMS approuvés à l'échelon international.

Comment ces objectifs supplémentaires peuvent-ils être intégrés aux ODD ? Premièrement, le langage utilisé pour l'ODD 2.2 laisse penser qu'il pourrait intégrer un nombre d'objectifs plus important. Deuxièmement, une meilleure approche pourrait consister à travailler avec des alliés pour incorporer les indicateurs de la nutrition à d'autres objectifs (Haddad 2013). Ces deux approches doivent être dûment explorées. Le Tableau 2.4 fournit des exemples d'ODD proposés qui pourraient intégrer des objectifs nutritionnels supplémentaires ; ils représentent autant de domaines dans lesquels les champions de la nutrition devraient intensifier leurs engagements et leurs activités de plaidoyer.

LE CALENDRIER DE L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION DOIT ÊTRE PLUS AMBITIEUX

L'ODD 2.2 doit également être plus précis sur les objectifs limités dans le temps et ne pas se limiter à « d'ici 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition ». Ces objectifs ont été en général critiqués pour leur manque de réalisme qui les rend inutiles aux fins de redevabilité et en font un mauvais guide

FIGURE 2.1 RAPPORTS COÛTS-AVANTAGES DE L'ÉLARGISSEMENT DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION VISANT À RÉDUIRE LE RETARD DE CROISSANCE DANS CERTAINS PAYS



Source : Hoddinott et al. (2013), et estimations nationales supplémentaires réalisées par les auteurs selon la méthodologie décrite dans Hoddinott et al. (2013).

Remarque : Ces rapports coûts-avantages portent sur l'élargissement des interventions spécifiques à la nutrition, décrites dans Bhutta et al. (2013a).

TABLEAU 2.2 COMMENT LA NUTRITION PEUT CONTRIBUER AUX OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE (ODD) PROPOSÉS

ODD proposés	Contribution de la nutrition aux ODD proposés
1. Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde	La prévention du retard de croissance chez les enfants de moins de 36 mois réduit la probabilité qu'ils soient élevés dans des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté (Hoddinott et al. 2013). L'amélioration de l'état nutritionnel stimule la productivité et les salaires dans les travaux pénibles.
2. Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable	Un allaitement optimal et une alimentation complémentaire améliorent la sécurité alimentaire de l'individu. Les progrès relatifs à deux indicateurs de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) – le retard de croissance et l'émaciation – promeuvent la sécurité nutritionnelle. L'attention portée à la grossesse et aux 1 000 premiers jours après la conception réduit les risques d'insuffisance pondérale à la naissance et améliore l'état nutritionnel des femmes.
3. Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges	Les carences en micronutriments et le retard de croissance chez les filles sont associés au taux de mortalité maternelle et à l'insuffisance pondérale à la naissance. 45 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de 5 ans sont liés à la sous-nutrition (Black et al. 2013). L'émaciation est liée au déclenchement ultérieur de maladies non transmissibles (MNT) et à une productivité moins élevée à l'âge adulte. La réduction de la surcharge pondérale et de l'obésité contribuera à une baisse des MNT. Une bonne nutrition est associée à un développement sain au cours de la petite enfance. Une mauvaise nutrition accroît la morbidité et la mortalité dues à des maladies infectieuses telles que la diarrhée, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la tuberculose et le VIH/sida.
4. Veiller à ce que tous puissent suivre une éducation de qualité dans des conditions d'équité et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie	L'état nutritionnel des enfants au cours des 1 000 premiers jours de leur vie est associé à une scolarisation complète et réussie. Un bon état nutritionnel améliore les capacités intellectuelles des enfants et des adultes.
5. Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles	L'amélioration de l'état nutritionnel des filles, des adolescentes et des femmes accroît leur capacité à réussir leur scolarité et leur vie professionnelle.
6. Garantir l'accès de tous à des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau	L'amélioration des résultats nutritionnels contribue à souligner la nécessité d'agir sur des facteurs cruciaux de la nutrition tels que l'eau, l'assainissement et l'hygiène.
7. Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes à un coût abordable	Une plus faible mortalité entraîne à long terme une baisse de la fertilité, réduisant la pression démographique sur les ressources environnementales.
8. Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous	La sous-nutrition entraîne une réduction d'au moins 8 à 11 % du PIB (Horton et Steckel 2011). La prévention du retard de croissance se traduit par des revenus plus élevés.
9. Mettre en place une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation	Les investissements dans les 1 000 premiers jours de vie des enfants favorisent une scolarisation complète pour soutenir l'innovation.
10. Réduire les inégalités entre les pays et en leur sein	L'analyse des taux de retard de croissance par quintile de richesse démontre comment les inégalités actuelles perpétuent les inégalités futures.
11. Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables	Une mortalité plus faible entraîne à long terme une baisse de la fertilité, réduisant la pression démographique sur les ressources environnementales.
12. Instaurer des modes de consommation et de production durables	Les recherches sur les systèmes et les régimes alimentaires durables peuvent fournir une structure et des indicateurs à ce débat politique.
13. Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions	Une plus faible mortalité entraîne à long terme une baisse de la fertilité, réduisant la pression démographique sur les ressources environnementales.
14. Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable	n.a.
15. Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, etc.	n.a.
16. Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes aux fins du développement durable, assurer à tous l'accès à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes	Les efforts visant à renforcer la redevabilité nutritionnelle peuvent servir d'exemples de modèles multisectoriels.
17. Revitaliser le partenariat mondial au service du développement durable et renforcer les moyens de ce partenariat	Les politiques et les plans nationaux en faveur de la nutrition élaborés par des plateformes multipartites peuvent servir d'exemples de modèles multisectoriels.

Source : Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable (2014) et les auteurs de ce rapport.

Remarque : la liste des ODD proposés date de juillet 2014. n.a. = non applicable

ENCADRÉ 2.1 NUTRITION ET OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE : IL N'Y A PAS DE TEMPS À PERDRE

MICHAEL ANDERSON

Alors que les débats pour définir les prochains objectifs de développement durable (ODD) mondiaux se poursuivent, on observe une dynamique croissante en faveur de nouveaux objectifs de nutrition. En 2012, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS), organe décisionnaire de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a créé un précédent important en adoptant unanimement six objectifs liés à la nutrition, dénommés Objectifs mondiaux 2025 (OMS 2012b). Toujours en 2012, le Secrétariat général des Nations Unies a lancé l'initiative « Faim zéro » (Nations Unies 2014), dont l'un des objectifs porte sur le retard de croissance. En 2013, le Groupe de haut niveau sur le programme de développement pour l'après-2015 (2013) a proposé un objectif à titre indicatif sur la sécurité alimentaire et la bonne nutrition, et des objectifs sur la sécurité alimentaire, le retard de croissance, l'émaciation et l'anémie. Enfin, trois organes régionaux panafricains ont approuvé un objectif incluant « une nutrition adéquate pour tous » (ONUCEA 2013).

Tous ces signes sont encourageants, mais des changements pourraient aussi survenir

avant que les membres des Nations Unies s'accordent sur les ODD finaux en septembre 2015. Comme ces objectifs ne seront pas juridiquement contraignants, leur pouvoir résultera principalement de leur faculté à inspirer, enthousiasmer et guider. Pour être efficaces, ces objectifs devront être simples, clairs et convaincants, et aboutir sur des actions. Si les aspirations sont vagues ou les détails techniques excessifs, l'intérêt du public et l'élan envers la nutrition diminueront. Il s'agit donc d'un défi de taille pour la nutrition : des termes tels que « retard de croissance » et « émaciation » sont mal compris hors de la communauté de la nutrition et de la santé alors qu'il faut les conserver en raison de leur spécificité et de leur faculté analytique. La communauté de la nutrition aura donc pour mission de les expliquer en termes simples et convaincants.

L'autre risque est que les objectifs de nutrition finissent par se noyer dans une longue liste d'aspirations diverses et variées. En juillet 2014, le Groupe de travail ouvert des Nations Unies (GTO) a recommandé 17 objectifs et 169 cibles, dont une vaste série d'objectifs liés à la production

alimentaire durable. Ces recommandations contenaient une seule disposition relative à la malnutrition, qui faisait référence à deux des objectifs de l'AMS (retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de 5 ans). Il ne s'agit sans doute pas d'un mauvais résultat tant que le monde prête attention au détail des objectifs de l'AMS.

Toutefois, il existe un risque que les ODD limitent une bonne nutrition à la réduction de la faim, en particulier si les participants au sommet de septembre 2015 cherchent à définir des objectifs aussi attractifs que possible sur le plan politique. La faim est comprise partout. Malheureusement, l'idée que la nutrition n'est qu'une question d'accès à une quantité suffisante de nourriture reste un mythe coriace qui entrave l'efficacité des politiques mises en place. Au contraire, la nutrition devrait être considérée comme un accès aux nutriments adéquats au moment opportun, ainsi qu'un renforcement des soins de santé et de la protection sociale, en particulier au cours de la grossesse et des deux premières années de la vie.

pour l'action (Horton 2014). Mais quel serait le calendrier le plus réaliste pour améliorer la nutrition ?

Comme nous l'avons déjà vu, en 2012, les États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont adopté six objectifs mondiaux de l'AMS visant à améliorer la nutrition des mères, des nourrissons et des jeunes enfants d'ici 2025 (OMS 2014a). La justification de ces six indicateurs – avec la définition des objectifs afférents – est décrite dans Onis et al. (2013).² Le

Chapitre 3 montrera que le monde n'est pas sur la voie de la réalisation de ces six objectifs. Face à ces progrès insuffisants, les objectifs de 2030 doivent-ils être une extrapolation des objectifs de 2025 ? En d'autres termes, depuis 2012, de nouvelles informations sont-elles apparues, qui pourraient remettre en cause notre perception de la rapidité des progrès ?

Nous affirmons que plusieurs facteurs devraient inciter chacun de nous à se montrer plus ambitieux sur la réalisation et

TABLEAU 2.3 CIBLES DE NUTRITION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (AMS)

Objectif AMS	Année(s) de référence	Niveau de référence	Objectif pour 2025
Réduction de 40 % du nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance	2012	162 millions	~100 millions
Réduction de 50 % de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (enceintes ou non)	2011	29 %	15 %
Réduction de 30 % de l'insuffisance pondérale à la naissance	2008–2012	15 %	10 %
Pas d'augmentation de la surcharge pondérale chez les enfants	2012	7 %	7 %
Augmentation du taux d'allaitement exclusif dans les six premiers mois pour atteindre au minimum 50 %	2008–2012	38 %	50 %
Réduction durable du taux d'émaciation chez les enfants à moins de 5 %	2012	8 %	<5 %

Source : OMS (2014a).

ENCADRÉ 2.2 QUELQUES NOUVELLES DONNÉES PROVENANT D'INDE : ET SI...

LAWRENCE HADDAD, KOMAL BHATIA ET KAMILA ERIKSEN

Le gouvernement indien est sur le point de publier son Enquête rapide sur les enfants 2013–2014 (Rapid Survey on Children – RSOC) qui couvre l'ensemble des 29 États indiens et s'appuie sur des données collectées par le ministère du Développement des femmes et des enfants, en partenariat avec l'UNICEF Inde. Le gouvernement a déjà communiqué des estimations préliminaires pour l'élaboration de ce Rapport sur la nutrition mondiale. Une synthèse des statistiques clés est donnée ci-dessous, et comparée à l'enquête nationale la plus

récente pour l'Inde dans la base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition des enfants : l'Enquête nationale sur la santé des familles 2005–2006 (NFHS-3). Seules les données concernant les enfants âgés de moins de 5 ans sont reprises ici.¹

Le taux annuel moyen de réduction du retard de croissance (de 47,9 % à 38,8 % en huit ans) est de 2,6 %, c'est-à-dire inférieur à l'objectif indien de 3,7 %, mais largement supérieur au taux de 1,7 % estimé sur la base d'enquêtes précédentes. Comme l'Inde compte une population très importante et une

prévalence très élevée du retard de croissance, ces taux pèsent considérablement sur les statistiques mondiales. La comparaison des deux enquêtes met également en lumière le déclin de l'émaciation. L'augmentation des taux d'allaitement exclusif, de 46,4 % à 71,6 % en huit ans, représente un taux d'augmentation annuel moyen de 5,5 %, bien plus élevé que le taux requis pour réaliser l'objectif AMS de l'Inde d'ici 2025 (1,5 %). En fait, si les chiffres préliminaires sont confirmés, l'Inde aura d'ici 2025 largement dépassé l'objectif d'allaitement exclusif de 57 % fixé par l'AMS.

SYNTHÈSE DES STATISTIQUES SUR LA NUTRITION INFANTILE EN INDE À PARTIR DE DEUX ENQUÊTES

Indicateur	2005–2006 NFHS	2013–2014 RSOC	Évolution
Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (%)	47,9	38,8	-9,1
Émaciation chez les enfants de moins de 5 ans (%)	20,0	15,0	-5,0
Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, population totale touchée (en milliers)	58 167	43 759	-14 408
Émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, population totale touchée (en milliers)	24 287	16 917	-7 370
Allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois (%)	46,4	71,6	25,2

Source : Auteurs, sur la base des données du ministère de la Santé et du Bien-être familial (2009) et d'une communication personnelle de L.-G. Arsenaux, représentant de l'UNICEF pour l'Inde, 27 août 2014.

le dépassement de certains objectifs de l'AMS d'ici 2025, et de ce fait plus ambitieux sur les ODD de 2030.

Premièrement, le gouvernement indien a réalisé une nouvelle enquête nationale sur les enfants. L'OMS et l'UNICEF n'en ont pas encore étudié les données et les méthodologies,

de sorte que ses résultats n'apparaissent pas encore dans la base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition des enfants. Cependant, si les taux finalisés de sous-alimentation sont proches des taux préliminaires rapportés, ils devraient nous rendre plus optimistes quant à notre capacité de réaliser les objectifs mondiaux de l'AMS (Encadré 2.2).

TABLE 2.4 COMMENT LES OBJECTIFS NUTRITIONNELS PEUVENT ÊTRE INTÉGRÉS AUX 169 ODD

Objectif nutritionnel	Comment les objectifs nutritionnels peuvent être intégrés aux ODD
Réduire l'insuffisance pondérale à la naissance (objectif AMS) Réduire l'anémie chez les femmes en âge de procréer (objectif AMS) Accroître le taux d'allaitement exclusif (objectif AMS)	Objectif 3.2 : « D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans »
Empêcher l'augmentation de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (objectif AMS)	Objectif 3.4 : « D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles »
Accroître la couverture des interventions spécifiques à la nutrition	Objectif 3.8 : « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance santé »
Accroître la couverture des interventions contribuant à la nutrition	Objectif 1.3 : « Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des mesures plancher, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables bénéficient d'une protection sociale » Objectif 6.1 : « D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable » Objectif 6.2 : « D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air »
Améliorer l'environnement propice	Objectif 5.5 : « Garantir la participation entière et effective des femmes et leur accès en toute égalité aux fonctions de direction à tous les niveaux décisionnels de la vie politique, économique et publique » Objectif 10.3 : « Assurer l'égalité des chances et réduire l'inégalité des résultats », par exemple la prévalence du retard de croissance en fonction du quintile de richesse.

Source : Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable (2014) et les auteurs de ce rapport.

ENCADRÉ 2.3 COMMENT L'ÉTAT INDIEN DU MAHARASHTRA A RÉDUIT LE RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS ?

LAWRENCE HADDAD

Le Maharashtra, l'un des États indiens les plus riches, est parvenu à réduire la part des enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance de 36,5 % à 24,0 % entre 2005–2006 et 2012, soit un taux supérieur à 2,0 points de pourcentage par an (équivalant à un taux de réduction annuel de 5,8 % en moyenne). Qu'est-ce qui a stimulé cette amélioration rapide de la nutrition des enfants ? Une récente étude, qui utilise différentes approches¹ s'est attachée à cette question et a trouvé les réponses suivantes (Haddad et al. 2014):

- L'environnement était propice à la réduction du retard de croissance. Le Maharashtra, un État déjà riche, a connu des taux de croissance économique et de réduction de la pauvreté plus élevés que la moyenne de l'Inde. Sa gouvernance, en termes de transparence, de lutte contre la corruption et de prestation de services, n'était pas la meilleure du pays, mais pas la pire.
- Des facteurs sous-jacents étaient raisonnablement favorables : le pouvoir décisionnaire des femmes au sein du ménage et à l'extérieur était élevé ; les fuites du système de distribution publique (SDP), qui prodigue des aliments subventionnés aux pauvres, étaient

légèrement inférieures à la moyenne nationale ; et le taux d'instruction des femmes était à la fois élevé et en hausse. Certaines vulnérabilités étaient toutefois présentes : faible croissance agricole, niveau de fuite du SDP toujours élevé et recours élevé à la défécation en plein air.

- Partant d'un niveau bas, les dépenses liées à la nutrition ont doublé et le nombre de postes vacants chez les travailleurs de première ligne du programme de Services intégrés pour le développement des enfants (*Integrated Child Development Services – ICDS*) a considérablement baissé.
- Ce déclin du retard de croissance concernait toutes les couches de la population et était plus important (en termes absolus et relatifs) parmi les moins bien nantis, les moins instruits et ceux ayant le moins bon accès aux sources d'eau améliorées.
- Les facteurs qui ont connu la meilleure amélioration entre les deux enquêtes étaient l'âge de la mère à la première naissance, l'insuffisance pondérale maternelle, l'alphabétisation maternelle, la couverture des visites prénatales, l'accouchement en présence de personnel

soignant, les pratiques d'allaitement et l'accès au programme ICDS.

- La Mission pour la nutrition de l'État a été perçue comme le signe d'un engagement politique de haut niveau en faveur des améliorations nutritionnelles et a contribué à la coordination entre secteurs au niveau des villages et des politiques.

Globalement, les trois approches de recherche utilisées dans cette étude se rejoignent sur trois principales conclusions :

- La forte baisse des taux de retard de croissance était due à l'amélioration d'un grand éventail de facteurs, et certaines de ces améliorations étaient relativement modestes.
- La baisse des facteurs de retard de croissance n'était pas prononcée ou exhaustive au point de considérer le Maharashtra comme un cas exceptionnel ; il serait possible de réaliser des baisses semblables dans d'autres États indiens ou dans d'autres pays.
- Le déclin du retard de croissance au Maharashtra est impressionnant, mais il a fallu dix ans pour y parvenir, et il a nécessité l'engagement permanent des autorités et de la société civile.

Deuxièmement, une nouvelle enquête sur l'État indien du Maharashtra est disponible (Haddad et al. 2014). Dans cette étude de cas (Encadré 2.3), il a fallu sept ans seulement pour réduire d'un tiers le retard de croissance chez les enfants, de 36,5 % à 24,0 %, soit un taux de réduction annuel moyen de 5,8 %. Cette baisse a résulté d'une combinaison d'interventions spécifiques à la nutrition, d'un meilleur accès à l'alimentation et à l'éducation et de la réduction de la pauvreté et de la fertilité. L'expérience du Maharashtra démontre la nécessité de combattre le retard de croissance des enfants en agissant à plusieurs niveaux et dans un vaste éventail de secteurs.

Troisièmement, de nouvelles prévisions basées sur un modèle rapprochant les taux de retard de croissance aux facteurs sous-jacents suggèrent également qu'il est possible de réaliser, voire de dépasser, les objectifs AMS par une augmentation ambitieuse mais réaliste du niveau de ces facteurs (Encadré 2.4).

Quatrièmement, en Afrique au sud du Sahara (où les taux de sous-alimentation ont baissé le plus lentement), le Fonds monétaire international signale en 2014 que les perspectives de croissance économique doivent s'accélérer entre 2014 et

2016, et que les perspectives de recettes fiscales sont également en hausse (FMI 2014). On ne peut encore certifier que cette croissance se poursuivra au cours des dix prochaines années, mais il est plus facile de réduire la sous-alimentation dans un contexte de croissance économique et de hausse des recettes fiscales, même si le maintien sous contrôle de la surcharge pondérale et de l'obésité (Ruel et Alderman 2013 ; Headey 2013) restent dans ce contexte un véritable défi.

Enfin, le renforcement de la dynamique impulsée par les événements récents et futurs peut nous conforter sur l'accélération des améliorations de l'état nutritionnel. Il s'agit notamment de la croissance du Mouvement SUN, de la conférence Nutrition pour la croissance 2013 de Londres, de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition à Rome en 2014 et la manifestation de suivi de haut niveau sur la nutrition prévue pour les Jeux olympiques d'été à Rio de Janeiro en 2016.

Dans leur ensemble, ces considérations laissent penser que les objectifs de 2030 doivent être bien plus ambitieux qu'une simple extrapolation des objectifs AMS de 2025 dans un scénario de statu quo.³

ENCADRÉ 2.4 L'AMÉLIORATION DES FACTEURS SOUS-JACENTS DE LA NUTRITION PEUT-ELLE AIDER À ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE L'AMS ?

LISA SMITH ET LAWRENCE HADDAD

Que faut-il faire pour atteindre l'objectif de l'AMS visant à réduire le nombre d'enfants souffrant de retard de croissance de 40 % d'ici 2025, soit une prévalence d'environ 15 % selon les prévisions démographiques actuelles ? Ou pour dépasser cet objectif ? Les changements requis sont-ils réalistes ou même possibles ?

Nous avons étudié cette question en modélisant les effets de l'évolution de six facteurs sous-jacents du retard de croissance : accès à une eau améliorée, accès à un assainissement amélioré, scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire, égalité des

sexes représentée par le ratio de l'espérance de vie des femmes par rapport aux hommes, apport énergétique alimentaire et part de l'apport énergétique alimentaire de denrées autres que les denrées de base (Smith et Haddad 2014). En nous basant sur un échantillon de 116 pays en développement entre 1970 et 2012, nous avons utilisé un modèle de régression¹ pour prévoir la prévalence du retard de croissance selon différentes hypothèses du niveau de ces six facteurs.

Le premier tableau décrit trois scénarios pour les 116 pays. Le scénario 1 utilise les niveaux de 2010 pour ces six facteurs

sous-jacents, et ces niveaux prévoient une prévalence du retard de croissance quasiment identique à la prévalence actuelle (29 %). Le scénario 2 illustre, les niveaux des facteurs nécessaires pour réaliser l'objectif de retard de croissance de 15 % d'ici 2025, fixé par l'AMS. Le scénario 3 montre les niveaux nécessaires pour que la part des enfants souffrant d'un retard de croissance passe en dessous de 10 %. Il ne sera pas facile d'atteindre de tels niveaux pour ces facteurs, mais plusieurs pays à faible revenu et à revenu intermédiaire y sont déjà parvenus.²

À quel rythme faudrait-il améliorer ces facteurs ? Le second tableau illustre le taux de croissance des six facteurs sous-jacents sur la période 2000–2010, ainsi que les taux nécessaires à la réalisation des scénarios 2 et 3.

À l'exception de l'égalité de l'espérance de vie, les taux de croissance requis pour ces facteurs sous-jacents afin de réaliser le scénario 2 ne semblent pas impossibles au regard des récentes performances. En revanche, les taux requis pour le scénario 3 sont plus élevés que ceux atteints ces dernières années. Toutefois, cette analyse ne prend pas en compte l'élargissement des interventions alimentaires critiques. Si les interventions étaient effectivement élargies, et leur efficacité améliorée, leur aptitude à dépasser l'objectif fixé par l'AMS au niveau mondial s'accroîtrait considérablement.

NIVEAUX REQUIS DES FACTEURS SOUS-JACENTS POUR ATTEINDRE ET DÉPASSER L'OBJECTIF DE L'AMS SUR LA RÉDUCTION DU RETARD DE CROISSANCE

Facteurs sous-jacents	Scénario 1 : situation de 2010	Scénario 2 : objectif AMS pour 2025	Scénario 3 : au-delà de l'objectif AMS
Accès à une source d'eau améliorée (%)	86	98	98
Accès à des équipements sanitaires améliorés (%)	56	75	90
Scolarisation des filles dans le secondaire (%)	67	98	98
Ratio de l'espérance de vie des femmes par rapport à celle des hommes	1,05	1,06	1,07
Apport énergétique alimentaire par personne (kcal)	2 686	2 905	2 930
Apport énergétique alimentaire de denrées autres que les denrées de base (%)	43	48	54
Prévalence prévue du retard de croissance (%)	29,2	15,0	9,9

Source : Auteurs de cet encadré.

Taux d'amélioration des facteurs sous-jacents pour atteindre et dépasser l'objectif de l'AMS sur la réduction du retard de croissance

Facteurs sous-jacents	% d'augmentation annuelle des facteurs sous-jacents		
	2000–2010 (réel)	Pour réaliser le scénario 2 entre 2010 et 2025 (retard de croissance de 15 %)	Pour réaliser le scénario 3 entre 2010 et 2025 (retard de croissance <10%)
Accès à une source d'eau améliorée (%)	0,95	0,92	0,92
Accès à des équipements sanitaires améliorés (%)	2,21	2,28	4,07
Scolarisation des filles dans le secondaire (%)	2,87	3,11	3,11
Ratio de l'espérance de vie des femmes par rapport à celle des hommes	0,019	0,049	0,110
Apport énergétique alimentaire par personne (kcal)	0,48	0,54	0,61
Apport énergétique alimentaire de denrées autres que les denrées de base (%)	0,86	0,81	1,74

Source : Auteurs de cet encadré.

LACUNES DANS LES DONNÉES

1. Nous avons besoin de données sur les indicateurs de solidité des systèmes de santé nationaux.

3 LES PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS NUTRITIONNELS DE L'AMS SONT TROP LENTS

CE CHAPITRE ÉVALUE LES PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES SIX OBJECTIFS NUTRITIONNELS DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (AMS) : RÉDUCTION DU RETARD DE CROISSANCE chez l'enfant, réduction de l'anémie chez les femmes en âge de procréer, réduction de l'insuffisance pondérale à la naissance, prévention de l'aggravation de la surcharge pondérale chez les enfants, augmentation de l'allaitement maternel exclusif et réduction de l'émaciation chez les enfants. Nous résumerons en premier lieu les progrès réalisés au niveau mondial.¹ En deuxième lieu, nous aborderons les progrès nationaux pour les six indicateurs de l'AMS. Enfin, nous évaluerons les progrès nationaux par rapport aux objectifs mondiaux de l'AMS² pour quatre des six indicateurs.

PROGRÈS RÉALISÉS AU NIVEAU MONDIAL

Le Tableau 3.1 présente les objectifs et les compare au niveau des progrès à l'échelle mondiale. Pour le retard de croissance et l'allaitement maternel exclusif, des progrès modestes ont été enregistrés. Toutefois, les chiffres mondiaux de l'anémie, de l'insuffisance pondérale à la naissance et de l'émaciation sont stables, contrairement aux taux de surcharge pondérale des enfants de moins de 5 ans, qui enregistrent une hausse.

Les chiffres mondiaux regroupent la totalité des pays. Comment évaluer leurs progrès ? La dernière colonne du Tableau 3.1 montre également que près d'un cinquième des pays dépasse le taux de réduction du retard de croissance requis pour atteindre l'objectif mondial. Pour la surcharge pondérale des enfants de moins de 5 ans, la moitié des pays possédant des données montrent un déclin des taux. Quant à l'allaitement maternel exclusif, plus de la moitié des pays ont vu leurs taux augmenter plus rapidement que la moyenne mondiale. Et bien plus de la moitié des pays disposant de données sur l'émaciation affichent un recul de ce taux.

POINTS CLÉS

1. Au niveau mondial, nous ne sommes pas en voie d'atteindre l'ensemble des six objectifs nutritionnels de l'AMS. Des progrès modestes ont été accomplis sur l'allaitement maternel exclusif et le retard de croissance, mais les avancées ont été limitées sur la surcharge pondérale, l'émaciation, l'insuffisance pondérale à la naissance et l'anémie.
2. Au niveau national, les rythmes de progression et de recul par rapport aux objectifs de l'AMS varient considérablement selon les pays et les indicateurs.
3. Actuellement, les progrès vers la réalisation des objectifs de l'AMS par pays ne peuvent être évalués que pour quatre des six indicateurs (retard de croissance, émaciation, surcharge pondérale et anémie).
4. Sur les 99 pays disposant de données sur les quatre indicateurs de l'AMS, seul 1 pays est en voie d'atteindre chacun des quatre objectifs, 24 sont en voie de réaliser deux objectifs ou plus, 44 en voie de contribuer à un seul objectif, et 31 n'atteindront aucun objectif. Il n'y a pas de profil régional net sur le rythme des progrès.
5. Actuellement, 22 pays sur les 109 disposant de données sont en voie de réaliser l'objectif de réduction du retard de croissance ; 59 pays sur 123 sont sur la bonne voie pour réduire l'émaciation ; 31 pays sur 107 sont en voie de réduire la surcharge pondérale des moins de 5 ans ; et 5 pays sur 185 sont bien partis pour réduire l'anémie. Nous devons mieux comprendre les raisons pour lesquelles cinq pays seulement sont en voie d'atteindre l'objectif relatif à l'anémie.
6. Parmi les 94 pays pour lesquels les données de suivi de l'AMS ne sont pas disponibles, 38 se trouvent en Europe et 1 en Amérique du Nord. Ces pays doivent redoubler d'efforts pour harmoniser leurs rapports avec les objectifs de l'AMS et plus généralement avec les initiatives mondiales en matière de nutrition.
7. Les possibilités de tirer des enseignements des pays affichant des progrès satisfaisants sont nombreuses, toutefois un plus grand nombre d'études de bonne qualité par pays est nécessaire.

TABEAU 3.1 PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS MONDIAUX DE L'AMS

Objectif de l'AMS	Année(s) de référence	État de référence	Objectif pour 2025	Taux annuel moyen d'évolution mondial requis	En bonne voie au niveau mondial ?	Commentaires	Nombre de pays au-dessus et en dessous du taux d'évolution mondial requis
RETARD DE CROISSANCE Réduction de 40 % du nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance ^a	2012	162 millions	~100 millions (~15 % de prévalence)	TRAM de 3,90 %	Non	Au rythme actuel des projets, 130 millions en 2025 (réduction de 20 %)	TRAM supérieur ou égal au taux requis : 21 pays TRAM inférieur au taux requis : 89 pays
ANÉMIE Réduction de 50 % de l'anémie chez les femmes en âge de procréer	2011	29 %	15 %	TRAM de 5,20 %	Non	Très peu de changement (taux de 32 % en 2000)	TRAM supérieur ou égal au taux requis : 5 pays TRAM inférieur au taux requis : 180 pays
INSUFFISANCE PONDÉRALE À LA NAISSANCE Réduction de 30 % de l'insuffisance pondérale à naissance	2008–2012	15 %	10 %	TRAM de 2,74 %	Non	Peu de progrès au niveau mondial	
SURCHARGE PONDÉRALE DES MOINS DE 5 ANS Pas d'augmentation de l'insuffisance pondérale chez l'enfant	2012	7 %	7 %		Non	La trajectoire ascendante n'est pas contrôlée	TRAM constant ou en baisse : 50 pays TRAM en hausse : 51 pays
ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF Augmentation du taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois pour atteindre 50 % au moins	2008–2012	38 %	50 %	TCAM de 2,11 %	Non	Le taux était de 37 % en 2000, 41 % en 2012	TCAM supérieur ou égal au taux requis : 59 pays ^b TCAM inférieur au taux requis : 48 pays
ÉMACIATION Réduire et maintenir l'émaciation chez l'enfant à un taux inférieur à 5 %	2012	8 %	<5 %		Non	Aucun progrès (taux mondial de 8 % en 2013) ^c	Taux d'émaciation constant ou en baisse : 76 pays Taux d'émaciation en hausse : 51 pays (voir Tableau 3.2)

Source : Auteurs, à partir de données de l'OMS (2014a).

Remarque : TRAM = taux de réduction annuel moyen. TCAM = taux de croissance annuel moyen.

^a Pour en savoir plus sur les méthodes derrière l'objectif du retard de croissance de l'AMS, voir de Onis et coll. (2013).

^b Il s'agit des TCAM estimés par l'équipe de rédaction en se fondant sur les deux dernières estimations de l'allaitement maternel exclusif disponibles dans UNICEF (2014e). Des TCAM officiels de l'UNICEF/OMS ne sont pas disponibles actuellement.

^c Ce chiffre est tiré d'UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014).

PROGRÈS RÉGIONAUX ET NATIONAUX DANS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DE L'AMS

La dernière colonne du Tableau 3.1 montre des écarts importants dans les progrès réalisés par les pays pour les indicateurs de l'AMS. Les graphiques suivants illustrent ces écarts.

Retard de croissance

Le retard de croissance chez l'enfant³ décline dans la grande majorité des pays (Figure 3.1). Dans la plupart des cas, plus la prévalence est élevée, plus le taux annuel moyen de réduction est faible.⁴ Dix-neuf pays affichent un taux annuel moyen de réduction négatif, dont la Somalie, dont les perspectives sont les plus sombres. Six pays présentent un taux annuel moyen de réduction de plus de 2 %, malgré des niveaux de retard de croissance supérieurs à 40 % (Bangladesh, Cambodge, Éthiopie, Népal, Yémen et Zambie). Ces progrès sont impressionnants au vu des fortes prévalences.

Surcharge pondérale

La Figure 3.2 montre où les taux de surcharge pondérale chez l'enfant⁵ sont en baisse et où ils ne le sont pas. Comme pour le retard de croissance chez l'enfant, les taux de réduction de la surcharge pondérale des enfants ont tendance à être plus élevés lorsque la prévalence est plus faible.

Émaciation

Le Tableau 3.2 montre l'évolution des taux d'émaciation⁶ d'après les estimations des deux dernières enquêtes nationales disponibles, stratifiées selon que le taux d'émaciation dans la première enquête était supérieur ou inférieur à l'objectif de l'AMS de 5 %. Le taux est stable ou en baisse pour 76 pays et en augmentation pour 51 pays. Les pays en haut à gauche du Tableau 3.2 affichent des taux d'émaciation supérieurs à 5 % et en hausse.

Allaitement maternel exclusif

Comme le montre la Figure 3.3, les trois grandes régions des Nations Unies — Afrique, Asie, Amérique latine et Caraïbes — présentent des taux similaires d'allaitement maternel exclusif ;⁷ toutes sont proches de la moyenne mondiale de 41 %.⁸

Certaines sous-régions et pays individuels ont connu des progrès significatifs : en Asie occidentale notamment, les taux ont presque triplé, malgré un niveau initial faible ; cependant, la plupart des sous-régions n'ont affiché qu'une croissance lente à modérée. En outre, l'évolution en Asie occidentale découle des tendances de l'allaitement maternel en Turquie ; dans la plupart des autres pays de la région, les taux d'allaitement maternel exclusif sont demeurés relativement stables ou ont même chuté. Néanmoins, un certain nombre de pays comme le Bangladesh, le Brésil (voir Encadré 7.5 du Chapitre 7), Cuba et le Togo soulignent que des progrès rapides sont possibles.

Insuffisance pondérale à la naissance

Les nourrissons présentant un poids faible à la naissance⁹ courent un risque accru de morbidité et de mortalité. La Figure 3.4 montre que l'insuffisance pondérale à la naissance affecte toutes les régions du monde (les chiffres en Amérique du Nord et du Sud sont très similaires), mais c'est en Asie du Sud que le taux est le plus élevé. Il est actuellement impossible de présenter des données crédibles¹⁰ sur les tendances.

Anémie

La prévalence de l'anémie¹¹ chez les femmes en âge de procréer est supérieure à 15 % dans toutes les sous-régions du monde, sauf en Amérique du Nord (Figure 3.5). Les taux européens sont similaires à ceux de l'Amérique centrale et du Sud. Les chiffres les plus élevés sont en Asie du Sud, Afrique de l'Ouest et Afrique centrale.

En résumé, les niveaux et tendances des indicateurs de malnutrition varient considérablement selon les pays. Pourtant, peu d'informations nous permettent de comprendre pourquoi certains pays progressent et d'autres pas. Il est nécessaire de mener plus d'études de cas de bonne qualité — similaires à celles des écoles de commerce — pour dresser un tableau complet et critique des facteurs expliquant les progrès accomplis dans certains endroits et pas dans d'autres.

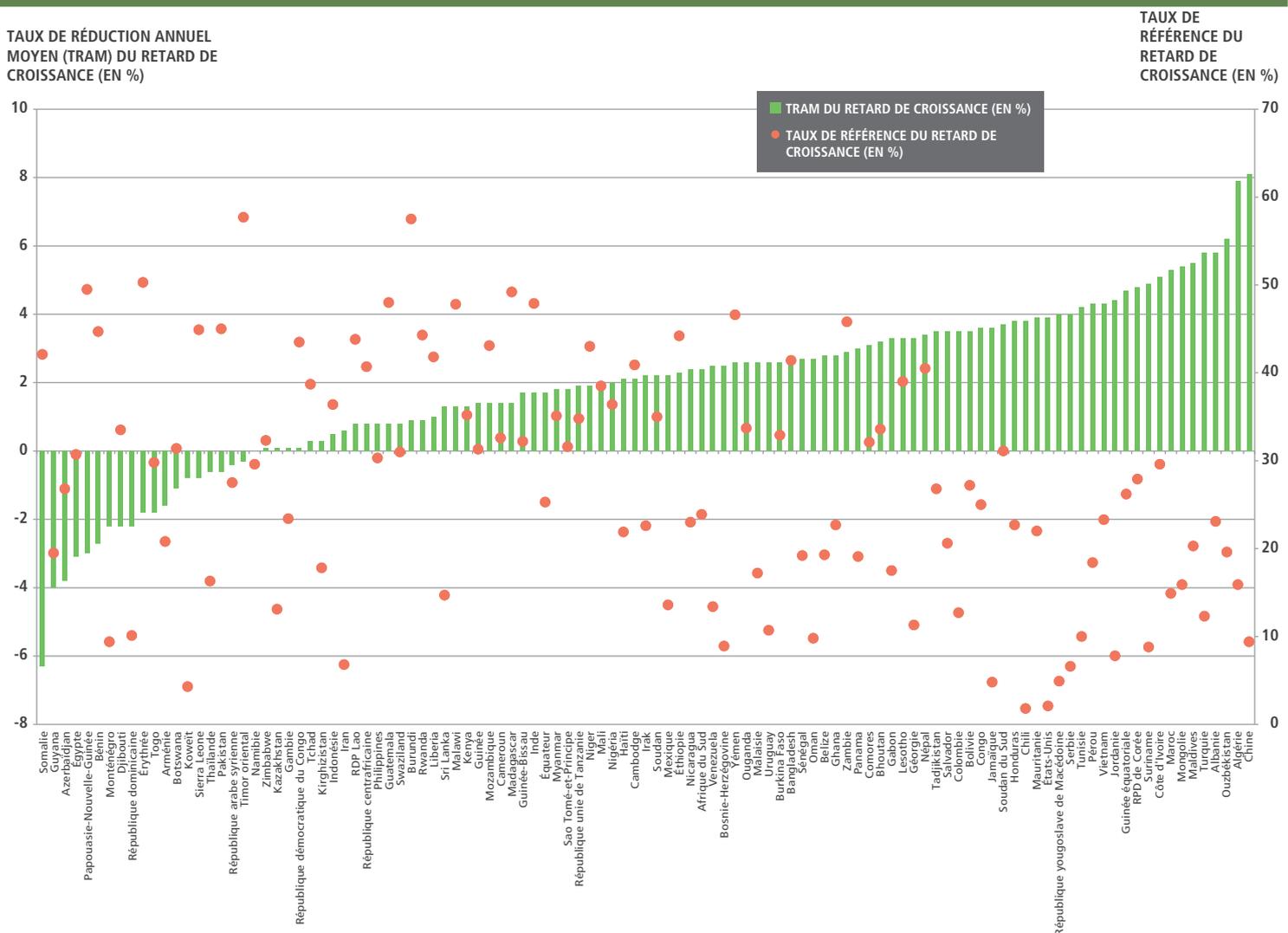
COMBIEN DE PAYS SONT EN VOIE D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS MONDIAUX DE L'AMS ?

Les objectifs mondiaux doivent être traduits en objectifs nationaux spécifiques au contexte, et tenir compte des niveaux et tendances actuels, des tendances des facteurs de risque, des évolutions démographiques, de l'expérience de l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nutritionnelles, du degré de développement du système de santé et de l'expérience antérieure des interventions (de Onis et coll., 2013).

Les pays seront, bien entendu, les plus aptes à définir leurs objectifs pour faciliter la mise en place de politiques et programmes nationaux, et calculer le niveau de ressources nécessaires à leur exécution. Par conséquent, ce chapitre ne propose pas des objectifs par pays. En revanche, nous posons la question suivante : si les objectifs mondiaux de l'AMS étaient appliqués par pays, combien de pays seraient en voie de contribuer à ces objectifs ?

Pour y répondre, nous utilisons les données récentes de la base de données mondiale conjointe UNICEF/OMS/BM (UNICEF, OMS et Banque mondiale, 2014) et les estimations de l'OMS sur les taux d'évolution requis des indicateurs à l'échelle nationale pour atteindre l'objectif mondial appliqué au pays (OMS, 2014a). Puis nous appliquons des règles proposées par

FIGURE 3.1 TAUX DE RÉFÉRENCE ET RÉDUCTION ANNUELLE DU RETARD DE CROISSANCE



Source : UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014).

Remarque : Les années des taux de référence sont comprises entre 2005 et 2013.

l'OMS (2014a) pour déterminer si un pays est en bonne voie d'atteindre les objectifs mondiaux de l'AMS (Tableau 3.3).¹²

Parmi les 99 pays disposant de données sur les quatre indicateurs de l'AMS pour lesquels ces règles existent (retard de croissance, émaciation, surcharge pondérale et anémie), seule la Colombie est en voie de réaliser les quatre objectifs d'ici 2025, tandis que 31 pays n'atteindront aucun de ces objectifs (Figure 3.6).¹³

Il est encourageant de constater que plus des deux tiers des pays disposant de données sur les quatre indicateurs réaliseront au moins un objectif. Les pays africains représentent environ 50 % des pays en voie de n'atteindre aucun objectif, ou de réaliser un ou deux objectifs. Les pays asiatiques représentent 42 % des pays susceptibles de ne réaliser aucun objectif et environ 25 % des pays en bonne voie de contribuer à un ou deux objectifs.

L'anémie est l'indicateur pour lequel la plupart des pays peinent à faire des progrès (Figure 3.7). Mason et coll. (2014) font valoir que le traitement urgent de l'anémie requiert le renforcement de programmes d'intervention efficaces comme la supplémentation en fer et en acide folique ou en micronutriments multiples, l'enrichissement de condiments ou d'aliments de base, et des mesures de lutte contre les maladies comme le contrôle du paludisme et le déparasitage. Ils suggèrent que le désintérêt pour cette question provient de l'absence de prise de conscience de son ampleur et de la lenteur des progrès.

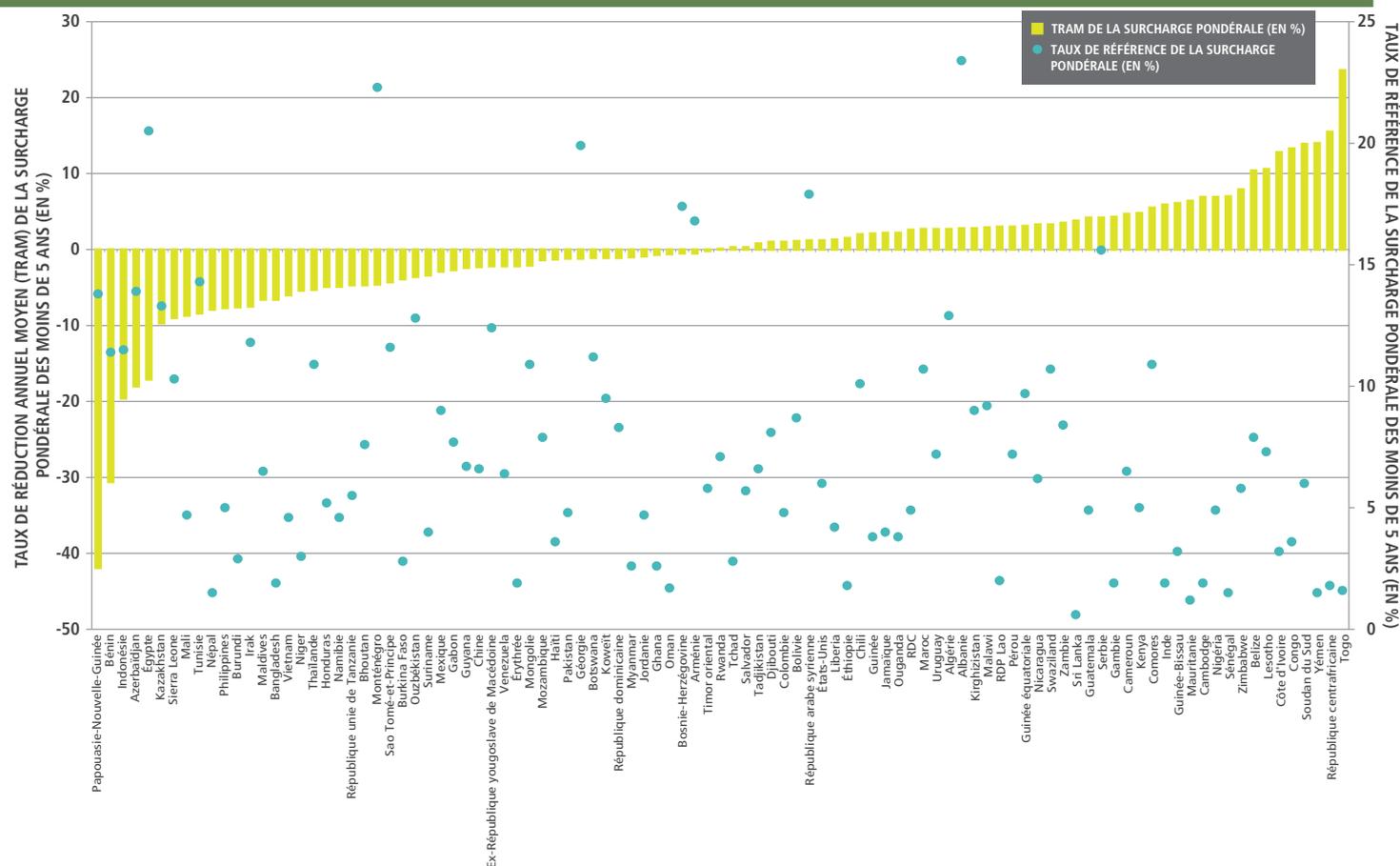
Les 5 pays en bonne voie de réduire l'anémie sont le Burundi, la Colombie, le Kenya, le Vanuatu et le Vietnam, qui totalisent 192 millions d'habitants et représentent 3 % de la population totale des 185 pays disposant de données. Il est important d'approfondir les raisons pour lesquelles seuls ces cinq pays sont en voie d'atteindre l'objectif lié à l'anémie.

L'émaciation est l'indicateur pour lequel le plus grand nombre de pays accomplissent des progrès. Ce résultat est fondé non pas sur le taux de réduction annuel moyen, mais sur le fait que l'émaciation est inférieure à 5 % (pays en bonne voie), ou supérieure ou égale à 5 % (pays en mauvaise voie).¹⁴ Les 59 pays en bonne voie de réduire l'émaciation, dont le Brésil, la Chine et les États-Unis, regroupent 39 % de tous les enfants de moins de 5 ans dans les 123 pays disposant de données.

Pour la réduction du retard de croissance, 22 pays sont en bonne voie, notamment la Chine, la Turquie et le Vietnam, et regroupent 23 % de l'ensemble des enfants de moins de 5 ans dans les 109 pays disposant de données.

Enfin, 31 pays sont en bonne voie de réduire la surcharge pondérale des enfants de moins de 5 ans, sur les 107 pays ayant des données. Les 31 pays, dont l'Inde, le Nigeria et les États-Unis, représentent 45 % de tous les enfants de moins de 5 ans dans ces 107 pays.¹⁵

FIGURE 3.2 TAUX DE RÉFÉRENCE ET RÉDUCTION ANNUELLE DE LA SURCHARGE PONDÉRALE DES MOINS DE 5 ANS



Source : UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014).
Remarque : Les années des taux de référence sont comprises entre 2005 et 2013.

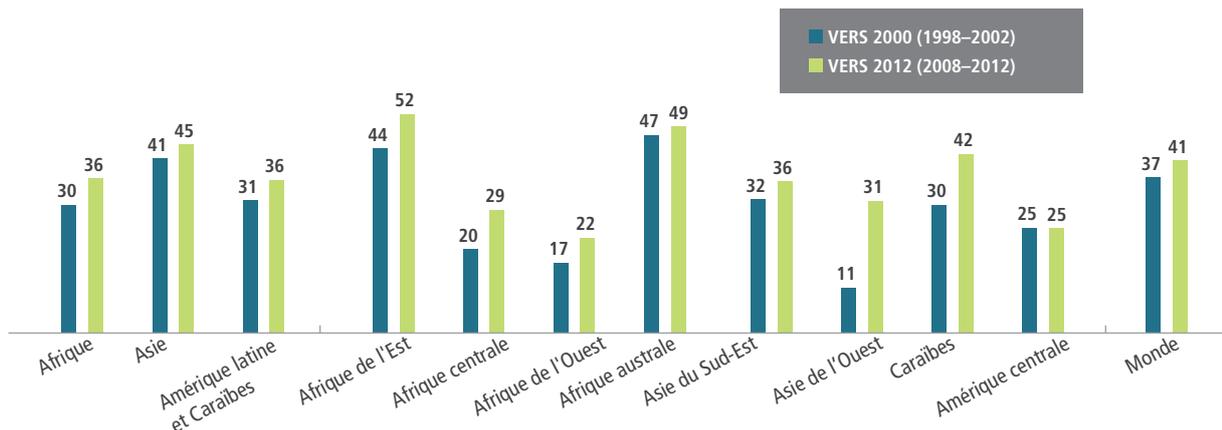
TABLEAU 3.2 ÉVOLUTION DES TAUX D'ÉMACIATION

	Taux précédent d'émaciation estimé ≥ 5 %	Taux précédent d'émaciation estimé < 5 %
Taux d'émaciation en hausse	Albanie, Botswana, Burkina Faso, Cambodge, Égypte, Érythrée, Gambie, Guinée, Inde, Indonésie, Irak, Madagascar, Mali, Niger, Nigéria, Philippines, République arabe syrienne, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sri Lanka, Soudan	Arabie saoudite, Azerbaïdjan, Belize, Bhoutan, Cap-Vert, Équateur, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Jamaïque, Jordanie, Koweït, Kirghizistan, Liban, Libye, Malawi, Mozambique, Nicaragua, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pérou, République dominicaine, République tchèque, République unie de Tanzanie, Salvador, Suriname, Swaziland, Tadjikistan, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Zimbabwe
Taux d'émaciation constant ou en baisse	Afghanistan, Afrique du Sud, Algérie, Angola, Arménie, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Fidji, Ghana, Guyana, Haïti, Îles Salomon, Kenya, Lesotho, Liberia, Maldives, Mauritanie, Maurice, Maroc, Myanmar, Namibie, Népal, Oman, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Tchad, Timor oriental, Togo, Ukraine, Vanuatu, Vietnam, Yémen, Zambie	Argentine, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Chili, Chine, Colombie, Costa Rica, États-Unis, Ex-République yougoslave de Macédoine, Gabon, Géorgie, Guatemala, Honduras, Iran, Kazakhstan, Mexique, Mongolie, Monténégro, Panama, Roumanie, Rwanda, Serbie, Tunisie, Turquie, Uruguay, Venezuela

Source : UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014). Les données datent de 1985 à 2013

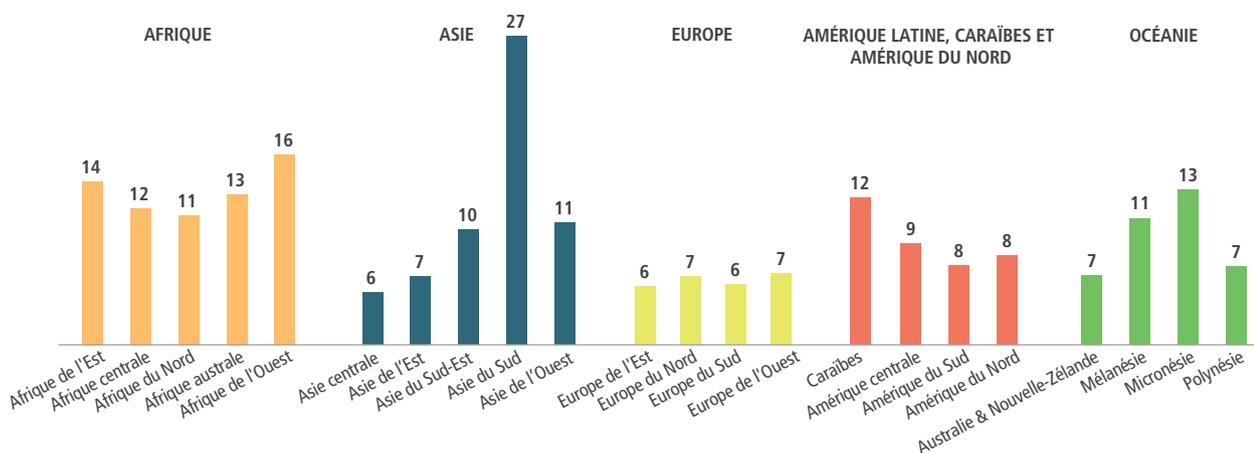
Remarque : Les catégories sont basées sur les estimations des deux dernières enquêtes nationales disponibles. Les pays ont un taux d'émaciation croissant lorsque le taux de la seconde enquête est supérieur à celui de la première enquête.

FIGURE 3.3 POURCENTAGE DE NOURRISSONS DE 0-5 MOIS EXCLUSIVEMENT ALLAITÉS, PAR RÉGION, VERS 2000 ET 2012



Source : UNICEF (2014e), sur la base des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et d'autres enquêtes représentatives au niveau national de 2008 à 2012, à l'exception de l'Inde, dont les données datent de 2005–2006

FIGURE 3.4 INCIDENCE MOYENNE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE À LA NAISSANCE PAR SOUS-RÉGION DES NATIONS UNIES (EN %)



Source : UNICEF (2014e), basé sur les enquêtes en grappes à indicateurs multiples, les enquêtes démographiques et sanitaires et d'autres enquêtes représentatives au niveau national de 1995 à 2012.

Remarques : Les données montrent la moyenne pondérée en fonction de la population de l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance. Les données excluent la Chine.

Par souci de collaboration et pour éviter les doublons, le Rapport sur la nutrition mondiale a coordonné la production de rapports sur les données de l'AMS avec l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale. Le nouvel Outil de surveillance des objectifs mondiaux de l'ONU sera lancé lors de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition en novembre 2014. Les futurs rapports sur la nutrition mondiale continueront à décrire les données de l'AMS sous de nouvelles formes et à les rapprocher avec d'autres types de données pour renforcer leur valeur analytique.

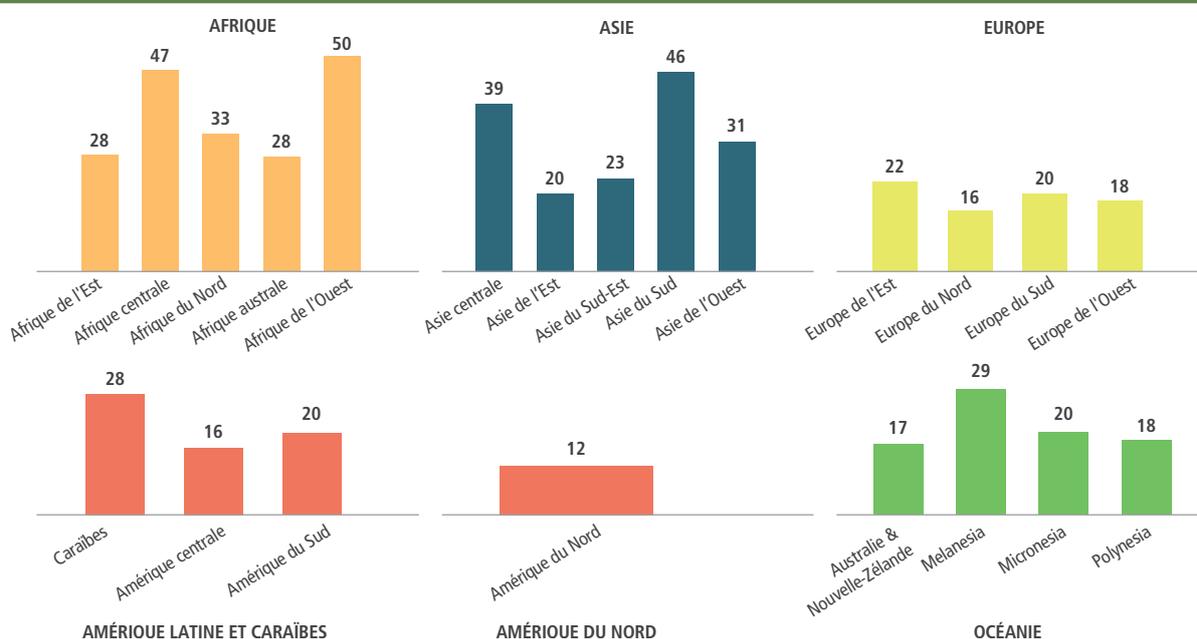
Les profils nutritionnels nationaux, longs de deux pages et destinés à accompagner ce rapport et à paraître en ligne (www.globalnutritionreport.org), devraient représenter une contribution utile aux analyses, et aider les pays à comprendre pourquoi ils peuvent être en bonne voie pour certains indicateurs et pas d'autres, et ce qu'ils doivent faire à cet égard.¹⁶

Lacunes en matière de données

Si 99 pays disposent de données pour évaluer les progrès accomplis sur chacun des quatre objectifs de l'AMS, comment se répartissent les 94 pays restants ? La Figure 3.8 montre que 79 des 193 pays ne peuvent pas suivre plus de deux des quatre indicateurs AMS et que 5 pays ne peuvent en suivre aucun.

Parmi les 94 pays manquant de données sur au moins un indicateur, près de la moitié se trouvent en Europe et en Amérique du Nord (Figure 3.9). Ces pays à revenu élevé disposent généralement des données nécessaires, mais la présentation de ces dernières ne permet pas une comparaison au niveau international. Les pays à revenu élevé devront harmoniser leurs systèmes de présentation de rapport avec les exigences mondiales.

FIGURE 3.5 PRÉVALENCE MOYENNE DE L'ANÉMIE CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER PAR SOUS-RÉGION DES NATIONS UNIES (EN %)



Source : Stevens et coll. (2013), basé sur des estimations modélisées pour 2011.

Remarque : Les données sont des moyennes pondérées en fonction de la population.

TABLEAU 3.3 RÈGLES PROPOSÉES PAR L'OMS POUR DÉTERMINER SI UN PAYS EST EN BONNE VOIE OU NON D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS MONDIAUX DE L'AMS

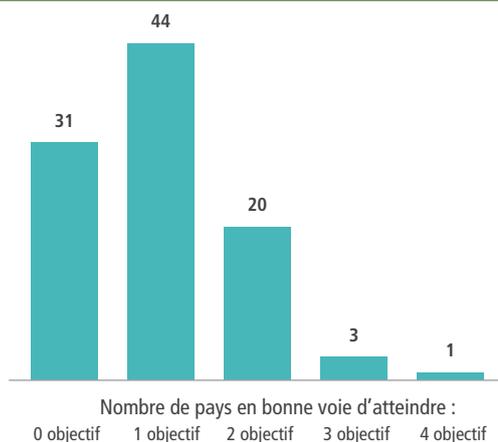
Indicateur	En bonne voie	En mauvaise voie
Retard de croissance (moins de 5 ans)	TRAM actuel \geq TRAM spécifique au pays nécessaire pour atteindre l'objectif global	TRAM actuel $<$ TRAM spécifique au pays nécessaire pour atteindre l'objectif global
Émaciation ^a (moins de 5 ans)	$< 5\%$	$\geq 5\%$
Surcharge pondérale (moins de 5 ans)	$< 7\%$ et pas d'augmentation de la prévalence par rapport aux valeurs de référence du pays	$\geq 7\%$ ou augmentation de la prévalence par rapport aux valeurs de référence du pays
Anémie (femmes en âge de procréer)	TRAM actuel $\geq 5,2\%$	TRAM actuel $< 5,2\%$
Allaitement maternel exclusif (nourrissons < 6 mois)	n.a.	n.a.
Insuffisance pondérale à la naissance (naissance d'enfant vivant $< 2\,500$ g)	n.a.	n.a.

Source : OMS (2014a), mise à jour août 2014.

Remarques : TRAM = taux de réduction annuel moyen. n.a. = les règles ne sont pas encore disponibles. Le taux de référence du pays est la dernière estimation nationale entre 2005 et 2012, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles. Nos évaluations des progrès sont fondées sur une comparaison entre les tendances historiques antérieures à l'année de référence et les taux de progrès requis d'ici 2025. Les règles pour l'allaitement maternel exclusif et l'insuffisance pondérale à la naissance sont en cours de finalisation par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale.

^aOMS (2014a) fournit la base suivante pour l'émaciation : « La présentation de l'objectif en matière d'émaciation est légèrement différente car les tendances pour cette maladie ne sont pas significatives. L'émaciation fait référence à des enfants trop maigres pour leur taille. Les taux d'émaciation peuvent évoluer rapidement suite à des chocs soudains tels que des catastrophes d'origine naturelle ou humaine. »

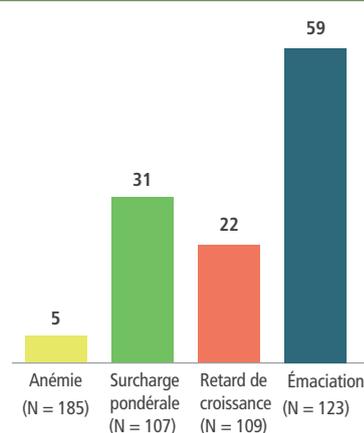
FIGURE 3.6 NOMBRE DE PAYS EN BONNE VOIE D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS NUTRITIONNELS MONDIAUX DE L'AMS



Source : Auteurs, à partir des données d'UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014) et Stevens et coll. (2013), et des règles de l'OMS déterminant les pays en bonne voie ou non d'atteindre les objectifs (2014a), mises à jour en août 2014.

Remarque : Les quatre objectifs sont le retard de croissance, l'émaciation, la surcharge pondérale des moins de 5 ans et l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Nombre de pays disposant de données sur l'ensemble des quatre indicateurs = 99.

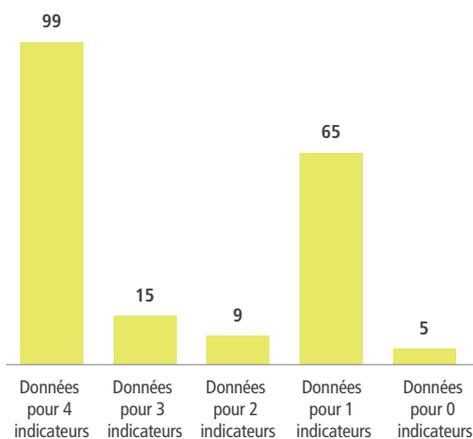
FIGURE 3.7 NOMBRE DE PAYS EN BONNE VOIE D'ATTEINDRE CHACUN DES OBJECTIFS MONDIAUX DE L'AMS



Source : Auteurs, à partir des données d'UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014) et Stevens et coll. (2013), et des règles de l'OMS déterminant les pays en bonne voie ou non d'atteindre les objectifs (2014a), mises à jour en août 2014.

Remarque : N = nombre de pays dont des données sont disponibles pour chaque indicateur.

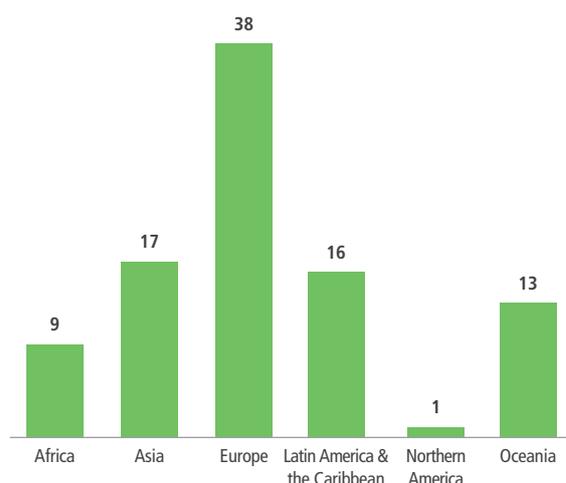
FIGURE 3.8 NOMBRE DE PAYS DISPOSANT DE DONNÉES POUR DÉTERMINER L'ÉTAT DE L'OBJECTIF DE L'AMS POUR QUATRE INDICATEURS DE L'AMS



Source : Auteurs, à partir des données d'UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014) et Stevens et coll. (2013), et des règles de l'OMS déterminant les pays en bonne voie ou non d'atteindre les objectifs (2014a), mises à jour en août 2014.

Remarque : The four WHA indicators are stunting, wasting, under-five overweight, and anemia for women of reproductive age. Total number of countries = 193.

FIGURE 3.9 NOMBRE DE PAYS AVEC DES DONNÉES MANQUANTES POUR AU MOINS UN INDICATEUR DE L'AMS, PAR RÉGION



Source : Auteurs, à partir des données d'UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014) et Stevens et coll. (2013), et des règles de l'OMS déterminant les pays en bonne voie ou non d'atteindre les objectifs (2014a), mises à jour en août 2014.

Remarque : Nombre total de pays = 94.

LACUNES DANS LES DONNÉES

1. Seuls 99 pays sur 193 disposent de données suffisantes pour évaluer s'ils sont en bonne voie ou non d'atteindre les objectifs pour les quatre indicateurs AMS.
2. De nombreux indicateurs sont basés sur des enquêtes remontant à plus de cinq ans (voir le Chapitre 9 pour plus d'informations sur l'actualisation des enquêtes).
3. Les données de l'Europe et de l'Amérique du Nord sur les taux d'allaitement maternel exclusif utilisant la définition de l'OMS sont rares.
4. Des méthodes pour ajuster les données sur l'insuffisance pondérale à la naissance sont nécessaires.
5. Des méthodes doivent être développées pour produire des données fiables sur les tendances en matière d'émaciation.
6. Il est indispensable de collecter plus de données sur les micronutriments fondées sur des enquêtes. Les données sur l'anémie sont basées sur des modèles, et des données modélisées à l'échelle d'un pays peuvent ne pas être considérées comme significatives ou crédibles.
7. Les pays à revenu élevé doivent harmoniser leurs données sur l'état nutritionnel avec les normes internationales.
8. Pour que les pays puissent évaluer leurs progrès vers les objectifs de l'AMS, il est urgent de fixer des critères déterminant qui est en bonne voie et qui ne l'est pas en matière d'allaitement maternel exclusif et d'insuffisance pondérale à la naissance.

4 LA COEXISTENCE DE DIFFÉRENTES FORMES DE MALNUTRITION EST LA « NOUVELLE NORMALITÉ »

RARES SONT LES PAYS QUI ÉCHAPPENT À LA MALNUTRITION ET NOMBRE D'ENTRE EUX EN SUBISSENT LES MULTIPLES FARDEAUX. DE MANIÈRE GÉNÉRALE, LES DONNÉES RELATIVES à la sous-alimentation infantile, aux carences en micronutriments, à la surcharge pondérale et à l'obésité des enfants et des adultes sont présentées séparément. Ce rapport vise à mettre en évidence des éléments communs, qui reflètent les multiples problèmes auxquels se heurtent les pays.

Ce chapitre examine tout d'abord la croissance des enfants de moins de 5 ans : combien de pays expérimentent diverses combinaisons de retard de croissance parmi ces enfants ? Il s'attache ensuite aux multiples dimensions de l'état nutritionnel des femmes. Enfin, les données relatives au retard de croissance, aux carences en micronutriments, à la surcharge pondérale et l'obésité sont superposées afin d'identifier les pays qui subissent des fardeaux simultanés.

Idéalement, l'analyse des problèmes concomitants de malnutrition devrait être effectuée au sein des pays et entre eux. La seconde partie de ce chapitre explore les problèmes liés aux données nationales sur l'égalité et la décentralisation dans les pays. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* s'efforcera de promouvoir davantage les analyses au sein des pays.

POINTS

CLÉS

1. La malnutrition affecte pratiquement tous les pays. Seuls deux d'entre eux enregistrent des retards de croissance chez les moins de 5 ans, d'anémie chez les femmes en âge de procréer et de surcharge pondérale chez les adultes qui se situent en dessous des seuils de santé publique.
2. Les pays se heurtent à des problèmes de malnutrition complexes et fortement imbriqués. Moins de 20 pays connaissent une seule forme de malnutrition lorsque le retard de croissance chez les moins de 5 ans, l'anémie chez les femmes en âge de procréer, et la surcharge pondérale chez les adultes sont examinés simultanément. La communauté de la nutrition doit développer en urgence des outils et des stratégies afin de fixer des priorités et échelonner les actions pertinentes dans des contextes complexes.
3. Compte tenu de ces multiples fardeaux et de la décentralisation des programmes de nutrition, les analyses désagrégées des résultats nutritionnels sont plus importantes que jamais. Leur manque est une lacune majeure des données dans de nombreux pays, même si on ne l'observe pas partout.

CHEVAUCHEMENT DES DIFFÉRENTES FORMES DE MALNUTRITION

De nombreux pays connaissent des problèmes simultanés de retard de croissance, d'émaciation et de surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans. Pour les 117 pays disposant de données sur les trois indicateurs (retard de croissance, émaciation et surcharge pondérale), le Tableau 4.1 présente huit catégories exhaustives qui s'excluent mutuellement. Une neuvième catégorie rassemble les pays qui ne disposent pas de données pour au moins un des trois indicateurs.

Parmi les 117 pays, 64 présentent de multiples mesures anthropométriques de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans. Seuls 43 connaissent des problèmes de croissance associés à une seule cause. Dix-sept pays expérimentent les trois types de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans. Seulement dix pays se situent en dessous des seuils pour chaque indicateur : leurs niveaux de retard de croissance, d'émaciation et de surcharge pondérale ne représentent pas un problème majeur de santé publique.

Plusieurs problèmes de malnutrition affectent également les femmes. Le Tableau 4.2 superpose trois indicateurs de la malnutrition : la minceur et une petite taille pour les femmes en âge de procréer (FAP) et la surcharge pondérale chez les femmes adultes. Un tiers des pays (22 sur 67) disposant de données sur les trois indicateurs ne connaissent aucun des trois problèmes de malnutrition tels que spécifiés par les seuils (y compris plusieurs

grands pays africains). Les pays d'Asie du Sud prédominent dans le groupe d'individus minces et de petite taille. Un seul pays, le Yémen, connaît les trois formes de malnutrition chez les femmes. Les doubles problèmes de surcharge pondérale et de petite taille/minceur affectent seulement sept pays, qui totalisent à eux tous une population de 71 millions de personnes.

Le Tableau 4.3 combine trois indicateurs générés à l'aide de différentes méthodologies : les taux de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, l'anémie chez les femmes en âge de procréer et la surcharge pondérale chez les adultes des deux sexes. Vingt-quatre pays expérimentent simultanément les trois formes de malnutrition. Soixante-dix-huit pays connaissent deux formes de malnutrition. Dix-huit pays enregistrent seulement une des trois formes de malnutrition (moins de 20 % de la population vivant dans les pays touchés).

Seulement deux pays – la Chine et la République de Corée – parmi les 122 pays pour lesquels nous disposons de données comparables sur les trois indicateurs se situent sous les seuils fixés, mais de très peu : le taux d'anémie atteint 19,6 % en Chine et 19,4 % en République de Corée. Si leur taux d'anémie était supérieur d'à peine 0,6 %, tous les pays du monde seraient considérés comme expérimentant une de ces trois formes de malnutrition. Bien sûr, la population chinoise est si nombreuse que son retard de croissance de 9,4 %, son taux d'anémie de 19,6 % et son taux de surcharge

TABLEAU 4.1 PAYS EXPÉRIMENTANT SIMULTANÉMENT DES PROBLÈMES DE RETARD DE CROISSANCE, D'ÉMACIATION ET DE SURCHARGE PONDÉRALE CHEZ LES MOINS DE 5 ANS

Chevauchement / groupe indicateur	Nombre de pays	Population totale (en millions)	Pays
Retard de croissance uniquement	12	212	République populaire démocratique de Corée, Salvador, Guatemala, Honduras, Liberia, Nauru, Nicaragua, Îles Salomon, Togo, Ouganda, Vietnam, Zimbabwe
Émaciation uniquement	6	68	Guyane, Oman, Arabie saoudite, Sénégal, Sri Lanka, Suriname
Surcharge pondérale uniquement	25	603	Algérie, Argentine, Belize, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Chili, Costa Rica, Gabon, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Koweït, Maroc, Mexique, Mongolie, Monténégro, Paraguay, Pérou, Serbie, République dominicaine, ex-République yougoslave de Macédoine, Tunisie, Uruguay, Ouzbékistan
Retard de croissance et émaciation uniquement	38	2 462	Bangladesh, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Inde, Kenya, Maldives, Mali, Mauritanie, Myanmar, Namibie, Népal, Niger, Nigéria, Pakistan, Philippines, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République unie de Tanzanie, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tadjikistan, Timor-Leste, Tchad, Vanuatu, Yémen
Retard de croissance et surcharge pondérale uniquement	7	45	Arménie, Bolivie, Guinée équatoriale, Lesotho, Malawi, Rwanda, Swaziland
Émaciation et surcharge pondérale uniquement	2	70	République de Moldavie, Thaïlande
Retard de croissance, émaciation et surcharge pondérale	17	468	Albanie, Azerbaïdjan, Bénin, Bhoutan, Botswana, Comores, Djibouti, Égypte, Indonésie, Irak, Libye, Mozambique, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République arabe syrienne, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Zambie
En deçà des seuils pour les trois indicateurs	10	1 914	Allemagne, Chine, Colombie, États-Unis, Jamaïque, Jordanie, République de Corée, Sainte-Lucie, Tuvalu, Venezuela
Nombre total de pays disposant de données	117	5 842	
Données manquantes pour au moins un indicateur	76		
Total	193		

Source : Les données des indicateurs proviennent de l'UNICEF, l'OMS et de la Banque mondiale (2014). Les données font référence à la période 2005-2013. Les données démographiques sont fournies par les Nations Unies (2013b).

Remarque : Les seuils fixés pour classer les pays dans chacune des catégories d'indicateurs sont les suivants : retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans \geq 20 %, émaciation chez les enfants de moins de 5 ans \geq 5 % et surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans \geq 7 %. Ces seuils ont été choisis du fait que l'OMS (2010a) les considère importants pour la santé publique.

pondérale de 25 % représentent de lourds fardeaux à l'échelle nationale et mondiale.

Ces analyses des chevauchements de la malnutrition sont un moyen simple d'explorer les multiples problèmes et d'adopter une nouvelle perspective sur la malnutrition dans tous les contextes. On peut en tirer deux grandes conclusions : (1) la grande majorité des pays expérimentent plus d'un problème de malnutrition, et (2) de nombreux pays connaissent simultanément les trois types de malnutrition. Dix-sept pays enregistrent des problèmes de retard de croissance, d'émaciation et de surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, et vingt-quatre pays des problèmes de retard de croissance, d'anémie, et de surcharge pondérale chez les adultes.¹

Compte tenu de ces multiples problèmes et de leur complexité, la communauté de la nutrition doit élaborer en urgence des outils diagnostiques afin de dresser le paysage de la malnutrition et déterminer les priorités et les orientations stratégiques des actions entreprises à l'échelle nationale en matière de nutrition. Il est également important de comprendre les associations et les implications des mesures à adopter, dans la mesure où une seule forme de malnutrition peut aboutir

à l'émergence d'autres formes de malnutrition. Par exemple, l'émaciation est souvent associée au retard de croissance et peut avoir des causes similaires (Bergeron et Castleman 2012), et la sous-alimentation dans l'enfance est associée à la surcharge pondérale et l'obésité à l'âge adulte (Adair et al. 2013).

Enfin, il est important de noter que, en règle générale, les pays à revenu élevé ne figurent pas dans ces tableaux car certaines données communiquées ne peuvent être incorporées dans des bases de données internationales. Il s'agit là d'une lacune majeure en termes de redevabilité. Comme le montre l'Encadré 4.1, les États-Unis et le Royaume-Uni sont confrontés à des problèmes majeurs de malnutrition liés à la surcharge pondérale et l'obésité, et leurs citoyens, tout comme ceux des 193 États membres de l'ONU, doivent pouvoir être en mesure de contraindre leurs gouvernements à agir pour améliorer la situation.

RÉPARTITION DE LA MALNUTRITION DANS LES PAYS

Dans chaque pays, certaines régions vont de l'avant en termes d'amélioration de l'état nutritionnel et d'autres sont à la traîne. Pour remédier à ces disparités, il convient de décentraliser les efforts fournis et de développer des stratégies infranationales.

TABLEAU 4.2 PAYS EXPÉRIMENTANT UN CUMUL DE MINCEUR ET DE PETITE TAILLE CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER, ET DE SURCHARGE PONDÉRALE CHEZ LES FEMMES ADULTES

Chevauchement / groupe indicateur	Nombre de pays	Population totale (en millions)	Pays
Petite taille chez les FAP uniquement	5	232	Cambodge, Congo, Népal, Pakistan, Sierra Leone
Minceur chez les FAP uniquement	3	110	Tchad, Érythrée, Éthiopie
Surcharge pondérale chez les femmes adultes uniquement	25	610	Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Brésil, Cameroun, Colombie, Égypte, Gabon, Ghana, Jordanie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lesotho, Maroc, Mauritanie, Namibie, Ouzbékistan, République dominicaine, République de Moldavie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Swaziland, Turquie, Turkménistan, Yémen, Zimbabwe
Petite taille et minceur chez les FAP uniquement	4	1 415	Bangladesh, Inde, Madagascar, Timor-Leste
Petite taille chez les FAP et surcharge pondérale chez les femmes adultes uniquement	7	71	Bolivie, Guatemala, Guyane, Honduras, Maldives, Nicaragua, Pérou
Surcharge pondérale chez les femmes adultes et minceur chez les FAP uniquement	0	0	
Petite taille et minceur chez les FAP, et surcharge pondérale chez les femmes adultes	1	24	Yémen
En deçà des seuils pour les trois indicateurs	22	562	Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Guinée, Haïti, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République unie de Tanzanie, Rwanda, Tadjikistan, Togo, Zambie
Nombre total de pays disposant de données	67	3 025	
Données manquantes pour au moins un indicateur	126		
Total	193		

Source : Les données des indicateurs proviennent de l'outil Statcompiler des Enquêtes démographiques et de santé (2014 ; données de 1994-2013) et de l'OMS (2014g, données de 2008). Les données démographiques sont fournies par les Nations Unies (2013b).

Remarque : FAP = femmes en âge de procréer. La minceur est définie comme un indice de masse corporelle (IMC) < 18,5 ; la petite taille correspond à une taille inférieure à 145 cm et la surcharge pondérale est associée à un IMC ≥ 25. Les seuils établis pour classer les pays dans chacune des catégories d'indicateurs sont les suivants : Minceur chez les FAP ≥ 20 %, petite taille chez les FAP ≥ 4,8 % et surcharge pondérale chez les femmes adultes ≥ 35 %. Un seuil de 20 % pour la minceur chez les FAP est utilisé étant donné que l'OMS a classé ce niveau comme un indicateur de prévalence élevée/très élevée d'une situation grave/très grave (2010a OMS). Un seuil de 4,8 % pour la petite taille chez les FAP est utilisé étant donné qu'il n'existe aucun seuil universel. C'est donc le 75e percentile qui est utilisé comme seuil. Un seuil de 35 % est utilisé pour la surcharge pondérale chez les femmes adultes étant donné qu'une surcharge pondérale ≥ 35 % est supérieure à la moyenne mondiale (OMS 2014b ; FAO 2013b).

ENCADRÉ 4.1 MALNUTRITION AUX ÉTATS-UNIS ET AU ROYAUME-UNI

JESSICA FANZO

La nutrition est un sujet de préoccupation dans tous les pays, et pas seulement dans ceux à faible revenu. De nombreux pays à revenu élevé se heurtent à leurs propres problèmes de nutrition.

Aux États-Unis – les taux d'obésité y ont plus que doublé chez les adultes et les enfants depuis les années 1970 –, l'obésité est un problème de santé publique majeur. Près de 69 % des adultes et 32 % des enfants et des adolescents souffrent de surcharge pondérale ou d'obésité (Ogden et al. 2014). Dans la plupart des groupes d'âge et de sexe, la prévalence de l'obésité est plus faible chez les Blancs que chez les Noirs et les Hispaniques (May et al. 2013). De nombreux ménages américains souffrent non seulement des conséquences du surpoids et de l'obésité, mais aussi de l'insécurité alimentaire. En 2012, 14,5 % des ménages américains étaient en situation d'insécurité alimentaire (selon la définition du ministère américain de

l'Agriculture) à certains moments de l'année. Au Royaume-Uni, 67 % des hommes et 57 % des femmes souffrent de surcharge pondérale ou d'obésité (Ng et al. 2014), et plus d'un quart des enfants (26 % des garçons et 29 % des filles). En Europe occidentale, le Royaume-Uni se laisse distancer uniquement par l'Islande (74 % des hommes et 61 % des femmes y souffrent de surcharge pondérale et d'obésité) et Malte, où ces taux atteignent respectivement 74 % et 58 % (Ng et al. 2014).

Des données récentes suggèrent que l'augmentation de l'obésité infantile aux États-Unis se stabilise (Ogden et al. 2014). Une autre étude montre que la prévalence de l'obésité infantile a ralenti ou s'est stabilisée dans neuf pays, dont l'Australie, la Chine et l'Angleterre, et les États-Unis (Olds et al. 2011). Bien qu'il soit trop tôt pour en comprendre les causes, on observe cependant certains changements de politiques dont les pays devraient tenir

compte dans la lutte contre ce fléau. Certains pays européens se proposent de lutter contre l'épidémie d'obésité en utilisant une approche gouvernementale multisectorielle, en se concentrant sur l'amélioration des repas scolaires, en contrôlant la publicité et le marketing visant les enfants, en taxant la « malbouffe » et les aliments transformés à l'excès et en encourageant l'exercice physique (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe 2014). Certains pays, comme le Mexique, taxent les aliments malsains.

Les États-Unis, le Royaume-Uni et d'autres pays à revenu élevé doivent rendre compte des progrès réalisés en vue d'atteindre l'objectif de l'Assemblée mondiale de la santé en matière de lutte contre l'augmentation du nombre d'enfants de moins de 5 ans en surcharge pondérale. Une approche gouvernementale multisectorielle, telle que proposée par certains pays européens, devrait être examinée, en tenant compte du contexte local.

TABLEAU 4.3 PAYS EXPÉRIMENTANT UN CUMUL DE RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS, D'ANÉMIE CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER ET DE SURCHARGE PONDÉRALE CHEZ LES ADULTES

Chevauchement / groupe indicateur	Nombre de pays	Population totale (en millions)	Pays
Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans uniquement	3	194	Éthiopie, Rwanda, Vietnam
Anémie chez les FAP uniquement	3	102	Sénégal, Sri Lanka, Thaïlande
Surcharge pondérale chez les adultes uniquement	12	873	Allemagne, Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, États-Unis, Mexique, Paraguay, Pérou, ex-République yougoslave de Macédoine, Uruguay
Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans et anémie chez les FAP uniquement	47	2 758	Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Inde, Indonésie, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République populaire démocratique de Corée, République démocratique populaire lao, République unie de Tanzanie, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tadjikistan, Timor-Leste, Togo, Tchad, Zambie, Zimbabwe
Surcharge pondérale chez les adultes et retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans uniquement	2	14	Honduras, Nicaragua
Anémie chez les FAP et surcharge pondérale chez les adultes uniquement	29	438	Algérie, Biélorussie, Belize, Bosnie-Herzégovine, Gabon, Géorgie, Guyane, Iran, Jamaïque, Jordanie, Kazakhstan, Kirghizistan, Koweït, Malaisie, Maroc, Mongolie, Monténégro, Oman, Ouzbékistan, Panama, République dominicaine, République de Moldavie, Sainte-Lucie, Arabie saoudite, Serbie, Suriname, Tunisie, Turquie, Venezuela
Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, anémie chez les FAP et surcharge pondérale chez les adultes	24	321	Afrique du Sud, Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bolivie, Botswana, Cameroun, Équateur, Égypte, Salvador, Guatemala, Guinée équatoriale, Irak, Lesotho, Libye, Maldives, Mauritanie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République arabe syrienne, Sao Tomé-et-Principe, Îles Salomon, Swaziland, Vanuatu, Yémen
En deçà des seuils pour les trois indicateurs	2	1 426	Chine, République de Corée
Nombre total de pays disposant de données	122	6 126	
Données manquantes pour au moins un indicateur	71		
Total	193		

Source: Les données des indicateurs proviennent de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque mondiale (2014 ; les données font référence à la période 2005–2013) ; Stevens et al. (2013) ; et Organisation mondiale de la santé (2014g, données de 2008). Les données démographiques sont fournies par les Nations Unies (2013b).

Remarque : FAP = femmes en âge de procréer. Les seuils fixés pour classer les pays dans chacune des catégories d'indicateurs sont les suivants : retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans ≥ 20 %, anémie chez les FAP ≥ 20 % et surcharge pondérale chez les adultes ≥ 35 %. Ces seuils ont été choisis parce que l'OMS (2010a) les considère importants pour la santé publique.

ENCADRÉ 4.2 VECTEURS RÉGIONAUX DE LA MALNUTRITION EN INDONÉSIE

ENDANG ACHADI AVEC DES REMERCIEMENTS À SUDARNO SUMARTO ET TAUFIK HIDAYAT

L'Indonésie se heurte à un paradoxe : le produit intérieur national brut (PIB) par habitant n'a cessé de croître, passant de 1 643 dollars EU en 2006 à 3 592 dollars EU en 2012 (Statistics Indonesia 2014), alors que la sous-alimentation a diminué lentement, et que l'obésité et la surcharge pondérale ont progressé rapidement. L'Indonésie se distingue par une disparité élevée sur le plan géographique, mais aussi économique, en fonction du district examiné. S'agit-il d'un des facteurs à l'origine des fluctuations des résultats obtenus en termes de nutrition dans les différents districts ?

Une étude menée par Sumarto et al. (2013) a analysé les facteurs associés au succès de l'Indonésie dans la réduction de la pauvreté au niveau des districts, dans le contexte de la décentralisation. Les données montrent que l'incidence de la pauvreté est plus faible dans les districts enregistrant un PIB plus élevé par habitant, des recettes fiscales plus élevées en pourcentage du PIB, un meilleur niveau moyen d'études, une plus grande proportion de responsables locaux ayant terminé l'école secondaire (comme variable de

remplacement pour les capacités locales), un niveau d'urbanisation supérieur et la présence de bureaux locaux chargés de coordonner les initiatives de réduction de la pauvreté.

Nous avons examiné la relation entre ces variables et le retard de croissance chez les enfants, un marqueur de sous-alimentation chronique, en nous appuyant sur l'Enquête nationale sur la santé de base Riskesdas (Indonésie, ministère de la Santé 2008). Les données 2007 sur la nutrition de l'enquête Riskesdas ont été mises en relation avec des données socio-économiques pour 2005-2010. Les résultats de notre analyse préliminaire des 345 districts et municipalités sont cohérents avec l'étude de Sumarto et al. (2013). La prévalence du retard de croissance dans les districts est associée à un faible PIB par habitant, une plus grande proportion de responsables locaux sans instruction ou avec des niveaux d'instruction faibles, et de faibles niveaux d'urbanisation.

Autre facteur pouvant expliquer la persistance de la variation du retard de croissance parmi

les districts : la décentralisation des fonctions gouvernementales depuis 2000. D'aucuns ont allégué que l'Indonésie a mis en œuvre la décentralisation de manière radicale (Hofman et Kaiser 2002) et sans politique globale (Banque mondiale 2005). Cela peut avoir conduit à un transfert contestable de responsabilités et d'obligations aux districts, contribuant potentiellement à des variations de la qualité des services de nutrition.

Lorsque l'on analyse les données de la malnutrition, il est essentiel de tenir compte du contexte local : la situation géographique, la gouvernance locale, la situation socio-économique, la démographie et le niveau de scolarité. En Indonésie, ces dimensions varient fortement selon les districts. Ainsi, pour assurer une meilleure planification des programmes sanitaires et nutritionnels, il convient d'analyser en détail les données au niveau des districts, et non pas uniquement au niveau national.

La décentralisation va accentuer le besoin d'analyses et de collecte de données sur la nutrition à l'échelle infranationale. Ces informations peuvent être ventilées de nombreuses manières, notamment par unités administratives ou géographiques ou en fonction de catégories basées sur l'équité.

Ventilation administrative

De nombreux pays, tels que l'Indonésie et le Kenya, décentralisent leurs programmes et leurs plans d'action nutritionnels. Cela pose un problème de redevabilité. Cette situation s'explique souvent par le fait que les facteurs locaux sont généralement des vecteurs essentiels des résultats en matière de nutrition. Mais pour que les gouvernements locaux puissent assumer leurs responsabilités, ils doivent disposer des compétences, des ressources et des capacités humaines et institutionnelles appropriées. L'Encadré 4.2 souligne l'importance des vecteurs régionaux de l'état nutritionnel en Indonésie.

En Inde, un partenariat utilise les profils nutritionnels des districts de trois États afin d'entamer des discussions sur la nutrition, identifier les responsabilités, mettre en évidence les lacunes des données et définir des orientations stratégiques (Encadré 4.3). Jusqu'à présent, les efforts réalisés ont mis en évidence des lacunes et des incompatibilités au niveau des données, mais aussi l'existence de données non utilisées dans des études sur la nutrition.

Égalité

Avec l'introduction de l'équité dans le programme de développement mondial (Haddad 2014), les disparités en matière de nutrition sont davantage ressorties (par exemple, Black et al. 2013). Les enfants souffrant de malnutrition dans les groupes les plus pauvres peuvent nécessiter une aide supplémentaire des finances publiques, compte tenu des ressources limitées dont ils disposent ainsi que leurs familles. Ces enfants sont plus susceptibles d'expérimenter plusieurs types de carences au vu de la couverture de l'intervention et des facteurs sous-jacents de la malnutrition.

La Figure 4.1 montre les différences de résultats au niveau du retard de croissance et de la surcharge pondérale selon les quintiles de richesse des ménages. Les pays ayant de grandes disparités dans les taux de retard de croissance entre les quintiles les plus élevés et les plus bas se retrouvent à tous les niveaux de prévalence du retard de croissance. Les différences de richesse dans les taux de surcharge pondérale sont moins prononcées, mais on ne détecte pas une tendance manifeste : dans de nombreux pays, le quintile inférieur présente des taux de surcharge pondérale plus élevés que le quintile supérieur parmi les enfants de moins de 5 ans.

On observe de grandes disparités dans les taux de retard de croissance suivant le quintile de richesse, mais s'accroissent-elles à mesure que les taux diminuent ? La récente analyse des données de 52 pays, recueillies depuis le milieu des années 1990 jusqu'à la fin des années 2000 (Bredenkamp et al. 2014), est une des études les plus complètes basées sur la richesse. Elle conclut que, pour 30 des 52 pays, aucune preuve statistiquement significative ne permet d'affirmer que les résultats de retard de croissance varient selon les différents groupes de richesse dans les pays. Pour onze pays, l'équité en termes de retard de croissance augmente, tandis que pour onze autres pays, elle diminue (Tableau 4.4). Les auteurs ne mentionnent aucun lien évident entre les tendances de la prévalence du retard de croissance et celles de l'inégalité dans le retard de croissance.

L'équité ne se résume pas exclusivement à la richesse. La discrimination peut avoir des racines géographiques, historiques et culturelles qui se traduisent souvent par des différences d'identités culturelles. Cela pose des défis pour la programmation, qui est confrontée à différentes normes, différents degrés de confiance et différentes façons d'influencer le comportement. L'Encadré 4.4 tire certains enseignements d'interventions nutritionnelles réalisées au sein de populations autochtones marginalisées aux États-Unis.

ENCADRÉ 4.3 INDE : COLLECTE DE DONNÉES SUR LA NUTRITION AU NIVEAU DES DISTRICTS

PURNIMA MENON ET SHRUTHI CYRIAC

En Inde, le partenariat POSHAN visant à renforcer l'accès aux connaissances et aux données sur la nutrition a élaboré des profils nutritionnels de onze districts dans les États du Jharkhand, du Madhya Pradesh, de l'Odisha et de l'Uttar Pradesh. Ces profils s'appuient sur différentes sources de données pour recueillir des indicateurs sur l'état de la nutrition et ses vecteurs. Les profils sont destinés à susciter un dialogue au niveau des districts et à amorcer des débats sur la cause des taux élevés de sous-alimentation, et les facteurs à aborder, à de multiples niveaux, pour améliorer la nutrition.

Dans le cadre de notre recherche de données récentes et fiables au niveau des districts sur les vecteurs de la sous-alimentation, nous avons été confrontés à plusieurs défis :

La diversité des secteurs dans lesquels les données doivent être recueillies : les données devaient refléter les différents secteurs qui influencent la nutrition – la sécurité alimentaire, l'eau et l'assainissement, la situation économique et les problèmes des femmes. Il a fallu utiliser

divers ensembles de données et identifier des indicateurs pertinents en termes de nutrition.

Les questions temporelles : la plupart des données proviennent de rapports différents, signifiant dans de nombreux cas que les années où les données ont été collectées ont varié. Cette diversité temporelle n'a pas permis de comparer les données sur la nutrition au niveau des districts et de l'État, ou les différents types d'indicateurs pour chaque district.

Définition des indicateurs : alors que les définitions initiales de tous les indicateurs étaient similaires à celles mentionnées dans les lignes directrices mondiales, certaines ont dû être modifiées pour s'adapter aux données disponibles. Un rapport officiel sur la supplémentation en vitamine A, par exemple, présentait des données pour les enfants de 9 à 59 mois, et un autre contenait des données pour les enfants de 12 à 23 mois.

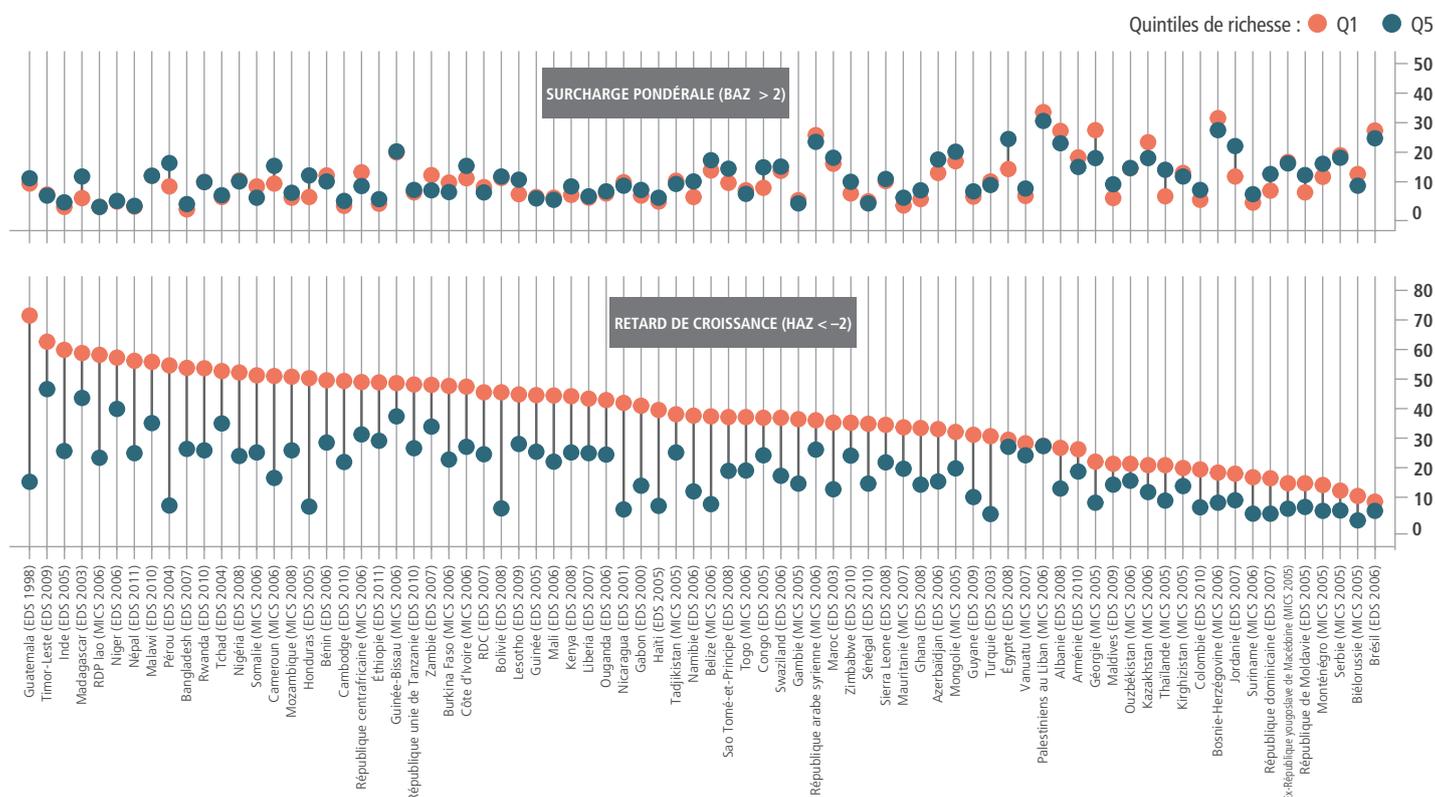
Différences d'échantillonnage : certaines sources fournissaient uniquement des données rurales et utilisaient des échantillons plus

réduits. Il était donc difficile de les comparer aux données issues des enquêtes nationales.

Compétences en collecte et analyse de données : certaines données – par exemple sur la sécurité alimentaire et la diversité de l'alimentation – impliquent l'utilisation de données au niveau des unités provenant de sources complexes et importantes, telles que l'Organisation nationale des enquêtes sur échantillons (National Sample Survey Organization – NSSO), et requièrent des compétences analytiques particulières du côté des utilisateurs. D'autres données sont moins difficiles à obtenir – indicateurs sur l'eau, l'assainissement, l'hygiène et l'accès aux services – et peuvent être quasiment tirées des données du recensement.

Malgré ces difficultés, les premières expériences recourant aux profils pour catalyser l'intérêt envers la nutrition sont encourageantes : elles mettent en évidence le problème et les lacunes en matière de données, contribuent à une meilleure compréhension du rôle des différents secteurs, et attirent l'attention sur les actions nécessaires à court et plus long terme.

FIGURE 4.1 PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE ET DE LA SURCHARGE PONDÉRALE CHEZ LES MOINS DE 5 ANS POUR LES QUINTILES DE RICHESSE LES PLUS ÉLEVÉS ET LES PLUS BAS (%)



Source: Figure 5 de Black et al. (2013). Reproduction avec l'autorisation de *The Lancet*.

Remarque : Les cercles rouges représentent les quintiles de richesse les plus bas, et les cercles bleus les quintiles de richesse les plus élevés. BAZ = indice de masse corporelle pour âge (Z-Score). HAZ = indice taille pour âge (Z-Score). EDS = Enquête démographique et de santé MICS = Enquête en grappes à indicateurs multiples (*Multiple Indicator Cluster Survey*).

ENCADRÉ 4.4 CIBLER LES GROUPES MINORITAIRES À RISQUE AUX ÉTATS-UNIS

JENNIFER REQUEJO ET JOEL GITTELSON

Aux États-Unis, la surcharge pondérale et l'obésité sont disproportionnellement élevées chez les Amérindiens et les autochtones de l'Alaska 1 (Wang et Beydoun 2007; O'Connell et al. 2010), qui sont près de 5,2 millions sur le territoire. Beaucoup d'habitants des réserves ont un accès limité aux supermarchés et dépendent de magasins de proximité ou de boutiques de stations-services qui vendent principalement des aliments malsains (chips, boissons gazeuses, bonbons) et quelques fruits et légumes. De nombreuses communautés amérindiennes se méfient profondément de tous les non-résidents – une réaction à leur longue histoire de marginalisation et de privation de droits. La participation active des membres de la communauté à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions (Gittelsohn et Rowan 2011 ; Gittelsohn et al. 2013) constitue donc une approche efficace pour surmonter cet obstacle.

Trois expériences visant à réduire l'obésité et le diabète dans les communautés amérindiennes par la modification de l'environnement alimentaire ont été rigoureusement testées et permettent de tirer des enseignements pour la conception des futurs programmes liés à la nutrition à l'attention des populations amérindiennes et autres groupes défavorisés.

De 1993 à 2001, l'expérience basée sur la Pathways School dans sept communautés

amérindiennes visait à améliorer le régime nutritionnel et le programme d'éducation physique des enfants, de la troisième à la cinquième année de l'enseignement primaire, et à améliorer le service de restauration scolaire. Cette expérience comprenait également une composante familiale (Davis 2003). L'intervention n'a pas atteint ses objectifs fondamentaux – augmentation de l'exercice physique et réduction de l'obésité –, mais elle a été associée à une amélioration des programmes psycho-sociaux et des régimes alimentaires.

De 2003 à 2005, le programme Apache Healthy Stores visait à améliorer la disponibilité d'une plus grande variété d'aliments sains dans les magasins d'alimentation locaux de deux réserves et encourageait les personnes à acheter et consommer plus d'aliments de ce type (Curran et al. 2005). Le programme a engendré des améliorations quantifiables des connaissances alimentaires, des intentions de consommation, et des achats d'aliments sains. Les incidences sur la santé n'ont pas été évaluées.

De 2007 à 2009, le programme Navajo Healthy Stores a été introduit dans dix régions. Dans chaque magasin, les clients pouvaient assister à des démonstrations de méthodes de cuisson plus saines, déguster des aliments sains et poser diverses questions (Gittelsohn et al. 2013). Comme dans le cas des deux

autres expériences, le programme a contribué à l'amélioration des connaissances sur la nutrition et à une augmentation des achats d'aliments sains. Il a également réduit la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité.

Les principaux enseignements de ces programmes sont les suivants : (1) les interventions institutionnelles touchant, par exemple, les écoles et les magasins sont plus efficaces lorsqu'elles sont renforcées au niveau des foyers et de la communauté ; (2) le renforcement des messages nécessite la collaboration de toute une série d'institutions, dont les médias locaux, les écoles, les structures communautaires et les magasins d'alimentation ; (3) la viabilité des programmes dépend de la participation active des communautés et des institutions appropriées ; et (4) un suivi à plus long terme est nécessaire pour détecter des changements dans les indicateurs d'impact tels que l'indice de masse corporelle et les maladies chroniques.

Bien qu'il soit difficile de changer les comportements et les résultats liés à la nutrition dans les groupes ethniques minoritaires à faible revenu tels que les Amérindiens et les autochtones de l'Alaska, des progrès sont possibles, voire indispensables, si l'on souhaite que les États-Unis atteignent leurs objectifs en matière de santé pour 2020.2

TABLEAU 4.4 TENDANCES DES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE RETARD DE CROISSANCE

Évolution au fil du temps des inégalités du retard de croissance selon les quintiles de richesse	Pays
Les inégalités augmentent	Azerbaïdjan, Bangladesh, Burkina Faso, Éthiopie, Inde, Népal, Nicaragua, Niger, Pérou, République démocratique populaire lao, Tchad
Les inégalités demeurent inchangées	Albanie, Arménie, Bénin, Bolivie, Cambodge, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guyane, Haïti, Jordanie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Ouzbékistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Suriname, Togo, Zimbabwe
Les inégalités diminuent	Colombie, Comores, Égypte, Kazakhstan, Kirghizistan, Maroc, Mongolie, Nigéria, République dominicaine, Turquie, Zambie

Source: Adapted from Figure 2 in Bredenkamp et al. (2014).

LACUNES DANS LES DONNÉES

1. Des estimations supplémentaires des imbrications de plusieurs formes de malnutrition sont nécessaires sur le plan individuel, familial et infranational.
2. Pour parer à cette complexité, il convient de développer des outils pour échelonner et fixer un ordre de priorité des actions et des programmes de nutrition dans un contexte déterminé.
3. Des données plus désagrégées – existantes et nouvelles – sont nécessaires. De même pour les capacités à collecter, utiliser et exploiter les données pour agir politiquement et stimuler la demande de données additionnelles.

5 LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION DOIT ÊTRE AMÉLIORÉE

LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE LA NUTRITION — AUTREMENT DIT, LE NOMBRE DE PERSONNES PARTICIPANT À UN PROGRAMME PAR RAPPORT AU NOMBRE DE personnes qui devraient y participer — est un indicateur clé de la redevabilité des prestataires de services. Ce chapitre examinera la couverture d'une série d'interventions spécifiques à la nutrition décrites dans Bhutta et coll. (2013 a), et identifiera les lacunes des données sur la couverture de ces interventions. Il analysera en un deuxième temps la couverture d'un ensemble de cinq interventions pour lesquelles des données existent. Il abordera les questions de couverture propres à la malnutrition aiguë sévère. Enfin, il passera brièvement en revue les nouveaux éléments de preuve sur les impacts prévus du renforcement des interventions spécifiques à la nutrition. Ces éléments soulignent la nécessité de réaliser plus d'études sur la mise en œuvre afin de comprendre comment améliorer l'efficacité des interventions en place dont l'utilité a été démontrée.

Les données de couverture de ce chapitre concernent principalement des interventions spécifiques à la nutrition visant plutôt la sous-alimentation que la surcharge pondérale et l'obésité.¹ Cela est dû à la rareté des interventions à grande échelle contre la surcharge pondérale et l'obésité, même dans les pays à revenu élevé, ainsi qu'à l'absence de base de données internationale sur la couverture des interventions existantes.

POINTS CLÉS

1. Rares sont les données de couverture sur les interventions spécifiques à la nutrition, ces dernières devant être elles-mêmes intensifiées. Sur 12 grandes interventions spécifiques à la nutrition, de nombreux pays disposent de données de couverture nationale uniquement pour trois d'entre elles (supplémentation en vitamine A, iodation universelle du sel et traitement au zinc de la diarrhée). Les données sur les pratiques liées aux interventions spécifiques à la nutrition (allaitement maternel exclusif et régimes alimentaires des enfants âgés de 6 à 23 mois) sont plus facilement disponibles.
2. Seuls 37 pays disposent de données sur les cinq interventions et pratiques en faveur de la nutrition avec les données de couverture les plus étendues. Sur ces 37 pays, un seul dépasse le seuil de 50 % pour chaque intervention ou pratique. Dix-sept pays sont en dessous de 50 % pour au moins trois des cinq interventions ou pratiques.
3. La couverture géographique des programmes de traitement de la malnutrition aiguë modérée et sévère est médiocre, y compris dans les pays subissant un lourd fardeau de malnutrition aiguë. Les estimations directes de couverture sont cruciales pour évaluer correctement l'accès au traitement de la malnutrition aiguë modérée et sévère, mais elles sont généralement fondées sur des enquêtes infranationales indépendantes. L'évaluation de la couverture doit être intégrée à la collecte de données institutionnalisées, avec une fréquence et des méthodes adaptées à la capacité du pays.
4. L'élargissement de la couverture des programmes n'est utile que si elle entraîne un renforcement de l'impact. Il est donc important de mettre l'accent sur le maintien et l'amélioration de l'efficacité du programme. Les recherches sur la mise en œuvre se révèlent ici essentielles.

COUVERTURE DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION

La couverture des interventions spécifiques à la nutrition est essentielle à la réduction de la sous-nutrition (Bhutta et coll., 2013a), mais les données de couverture sont rares.

Le Tableau 5.1 présente 12 interventions spécifiques à la nutrition : les 10 interventions étudiées par Bhutta et coll. (2013a), plus le traitement au zinc de la diarrhée (Bhutta et coll., 2013b) et l'iodation universelle du sel (également une intervention spécifique à la nutrition éprouvée). Il est clair que les données sur la couverture sont limitées. Les données sur la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois et l'iodation universelle du sel ne sont accessibles que pour quelques pays. Des données sont disponibles sur la supplémentation en fer et en acide folique pendant la grossesse (mais pas pour toutes les femmes en âge de procréer, ni pendant la période entourant la conception), sur les pratiques liées à la promotion de l'allaitement maternel (taux d'allaitement exclusif), et sur les pratiques relatives aux programmes d'alimentation complémentaire (indicateurs de régime alimentaire acceptable minimal et de diversité alimentaire minimale pour les enfants de 6 à 23 mois). Nous n'avons pas pu localiser et vérifier les données sur le traitement au zinc de la diarrhée avant la mise sous presse de ce rapport. Les séries sur la nutrition de *The Lancet* publiées en 2008 et 2013 ont recommandé une supplémentation préventive en zinc, mais de nombreux pays n'ont pas encore mis en œuvre cette mesure à l'échelle nationale. En outre, aucun pays n'a introduit à grande échelle une supplémentation en micronutriments multiples ou en calcium durant la grossesse. Des programmes existent pour d'autres interventions, dont le traitement de la malnutrition aiguë modérée ou sévère, mais les données sur leur couverture géographique ne sont pas systématiquement collectées ou comparables.

Fer et acide folique pendant la grossesse

La supplémentation en fer pendant la grossesse est associée à une réduction de l'anémie maternelle, et la supplémentation en acide folique au moment de la conception entraîne une diminution des anomalies du tube neural dans le cerveau et la moelle épinière (Black et coll., 2013 ; Bhutta et coll., 2013 a).

Des données sur le pourcentage de femmes ayant reçu des comprimés ou un sirop d'acide folique et de fer pendant au moins 90 jours au cours de la grossesse sont disponibles pour 58 pays à partir de 2003 dans les Enquêtes démographiques et sanitaires.² Comme le montre le Tableau 5.2, la gamme de couverture est très large (de 0,1 % au Turkménistan à 78,9 % au Nicaragua). Selon ces enquêtes, la couverture moyenne n'est que de 26 %, ce qui concorde avec les conclusions d'autres auteurs (Hodgins et D'Agostino, 2014). Toutes les sous-régions disposant de données suffisantes présentent des taux de couverture largement inférieurs à 50 %, à l'exception des Caraïbes (Figure 5.1).

Allaitement maternel exclusif

Le Chapitre 3 a décrit les tendances régionales pour les taux d'allaitement maternel exclusif ; cette section résume les tendances par pays. Pour les pays disposant de données sur l'allaitement maternel exclusif, les deux dernières enquêtes montrent qu'un plus grand nombre de pays ont connu une hausse des taux de croissance annuels moyens (TCAM) (Figure 5.2). Dans certains pays, la hausse des taux est extrêmement rapide, bien que partant d'une base faible (comme en Côte d'Ivoire, République dominicaine, Thaïlande et à Trinité-et-Tobago). Mais ce n'est pas toujours le cas. Le Burkina Faso et la Géorgie, par exemple, présentent une augmentation rapide à partir de taux plus proches de l'objectif mondial de l'AMS de 50 %. La grande disparité des progrès par pays doit être mieux comprise et offre de nombreuses possibilités de comparaison pour tirer des enseignements.

TABLEAU 5.1 ÉTAT DES DONNÉES DE COUVERTURE CONCERNANT LES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION

Période	Intervention	État des données de couverture
Avant la conception	Supplémentation/enrichissement en acide folique	Des données ne sont disponibles que pour la couverture de la supplémentation en fer et acide folique pendant la grossesse (pas pour toutes les femmes en âge de procréer ou pendant la période entourant la conception, comme modélisé par Bhutta et coll., 2013 a).
Grossesse	Supplémentation énergétique/protéique équilibrée	Aucune donnée sur ce type de programme n'existe à notre connaissance.
	Supplémentation en calcium	Peu de programmes de ce type existent à notre connaissance.
	Supplémentation en micronutriments multiples	Il n'existe aucun programme national sur une supplémentation en micronutriments multiples pendant la grossesse.
Allaitement maternel	Promotion de l'allaitement maternel (y compris l'initiation précoce)	Des données sont disponibles sur l'allaitement maternel exclusif, l'initiation précoce à l'allaitement maternel et la poursuite de l'allaitement maternel. Veuillez noter qu'il s'agit ici de pratiques, et non de programmes.
Action préventive	Alimentation complémentaire destinée à la population en sécurité et insécurité alimentaires	Des données sont disponibles sur les pratiques, le régime alimentaire acceptable minimal (MAD - Minimum Acceptable Diet) et la diversité alimentaire minimale (MDD - <i>Minimum Diet Diversity</i>). On ne dispose pas de données sur la couverture des programmes.
	Supplémentation en vitamine A pour les enfants âgés de 6 à 59 mois	Des données de couverture existent dans de nombreux pays.
	Supplémentation préventive en zinc	Il n'existe aucun programme de supplémentation préventive en zinc au niveau mondial, la couverture est donc actuellement nulle.
Action curative	Traitement au zinc de la diarrhée	Des données sont disponibles pour 58 pays ; pour 50 pays, le taux de couverture est < 5 %.
	Suppléments alimentaires pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée	Aucun programme de lutte contre la malnutrition aiguë modérée n'existe actuellement à grande échelle.
	Alimentation thérapeutique pour traiter l'émaciation sévère	Des données géographiques sont disponibles, mais elles sont peu significatives. Des données directes de couverture ne sont pas disponibles au niveau national.
Toutes	Iodation universelle du sel	Des données de couverture existent dans de nombreux pays.

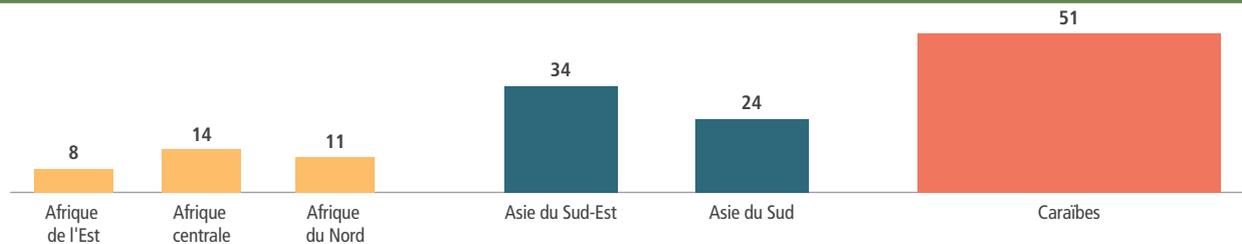
Source : Auteurs, à partir de Bhutta et coll. (2013a).

TABLEAU 5.2 COUVERTURE DE LA SUPPLÉMENTATION EN FER ET ACIDE FOLIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Indicateur de couverture au sein du groupe de 58 pays disposant de données	% des femmes enceintes recevant une supplémentation en fer et acide folique pendant au moins 90 jours au cours de la grossesse
Couverture minimale	0,1 (Turkménistan)
Couverture maximale	78,9 (Nicaragua)
Couverture moyenne	25,7
Couverture médiane	24,0

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires depuis 2003.

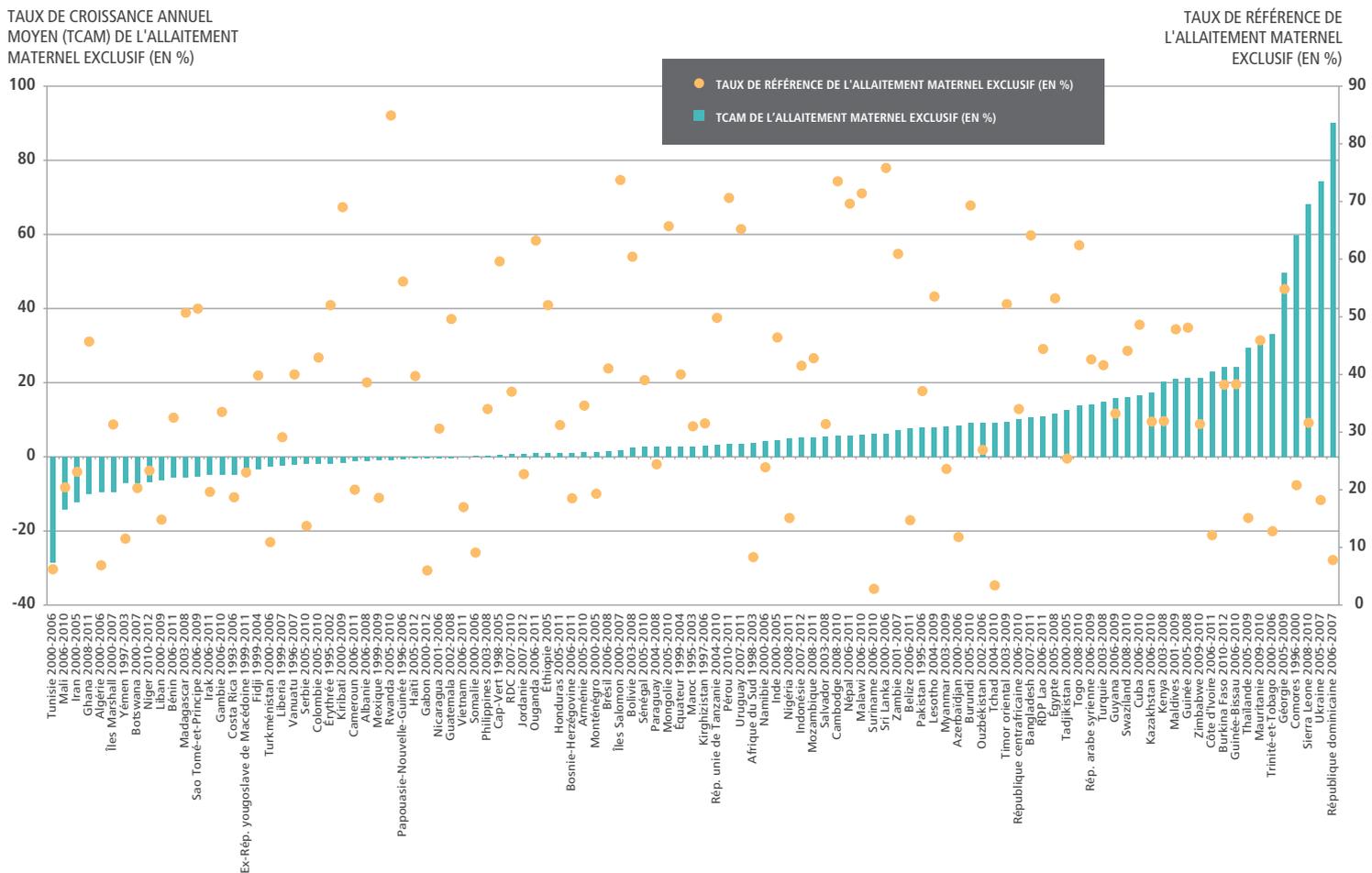
FIGURE 5.1 PART MOYENNE DES FEMMES RECEVANT DES SUPPLÉMENTS DE FER ET ACIDE FOLIQUE PENDANT AU MOINS 90 JOURS AU COURS DE LA GROSSESSE (EN %)



Source : Dernières enquêtes démographiques et sanitaires entre 2003 et 2013.

Remarque : Les données sont des moyennes pondérées en fonction de la population.

FIGURE 5.2 TAUX DE RÉFÉRENCE ET CROISSANCE ANNUELLE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, D'APRÈS LES DEUX DERNIÈRES ENQUÊTES



Source : UNICEF (2014e), basé sur les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et d'autres enquêtes représentatives au niveau national.

Remarque : Les taux de référence datent de 2005 à 2012. Les taux de croissance annuels moyens concernent la période comprise entre les deux années indiquées pour chaque pays sur l'axe horizontal.

Alimentation complémentaire

Il n'existe pas de données nationales comparables sur les programmes d'alimentation complémentaire, mais les enquêtes nationales recueillent de plus en plus d'informations permettant d'effectuer un bilan comparable au niveau international du régime alimentaire des enfants de 6 à 23 mois. Les données des Enquêtes démographiques et sanitaires entre 2010 et 2013 sont compilées et résumées dans le Tableau 5.3 et représentées dans les Figures 5.3 et 5.4.

La part médiane des jeunes enfants ayant un régime alimentaire minimal acceptable (*Minimum Acceptable Diet* – MAD) ou une diversité alimentaire minimale (*Minimum Dietary Diversity* – MDD) est faible dans les 27 pays pour lesquels des données sont disponibles³ – 15 % pour le MAD et 27 % pour la MDD. Toutefois, les grandes disparités entre pays indiquent un fort potentiel d'apprentissage mutuel. Conformément aux attentes, l'amélioration des taux de MAD est associée à une baisse des taux d'émaciation, et l'amélioration des niveaux de diversité alimentaire minimale

est associée à une baisse des taux de retard de croissance (Figures 5.3 et 5.4).⁴

Supplémentation en vitamine A

La Figure 5.5 présente le pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant une supplémentation de deux doses élevées de vitamine A dans différentes sous-régions. La Mélanésie a la couverture la plus faible, et l'Asie centrale la plus forte. Il existe des variations considérables au sein des sous-régions en Afrique, les taux augmentant d'est en ouest.⁵

Traitement au zinc de la diarrhée

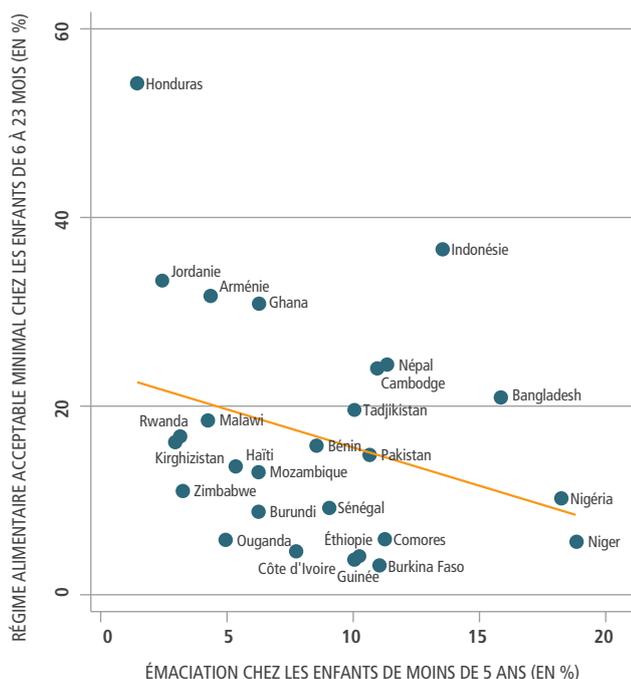
Lorsqu'il est administré avec une solution de réhydratation orale (SRO), le zinc peut réduire la gravité et la durée de la diarrhée (Lamberti et coll., 2013 ; Bhutta et coll., 2013a). La Figure 5.6 présente les données de 58 pays disponibles dans les EDS et MICS sur le traitement au zinc des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête. Le pourcentage d'utilisation du zinc varie de 29 % des

TABLEAU 5.3 SYNTHÈSE DES RÉGIMES ALIMENTAIRES DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS

Indicateur	% des jeunes enfants de 6–23 mois bénéficiant de :	
	Régime alimentaire acceptable minimal (MAD)	Diversité alimentaire minimale (MDD)
Médiane	15,0	27,0
Minimum	3,1	4,8
Maximum	54,2	67,7
Nombre de pays pour lesquels des données sont disponibles	27	27

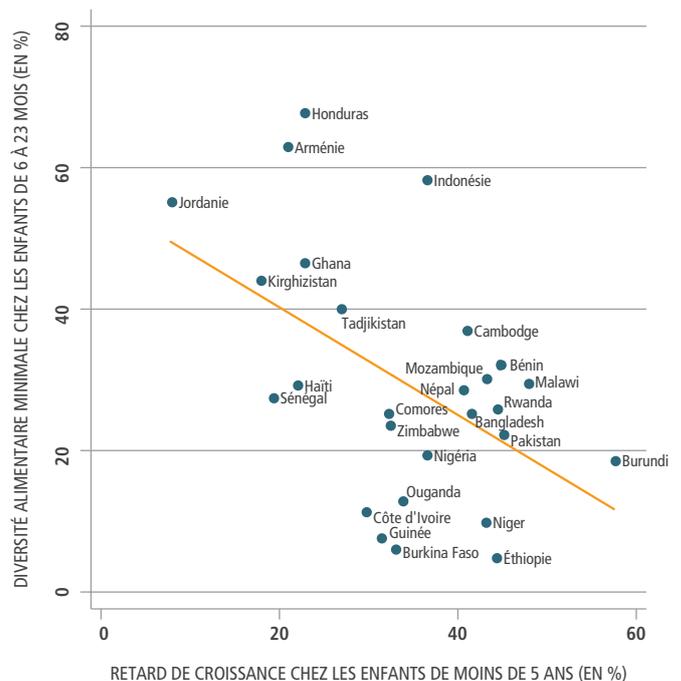
Source : Les estimations du MAD et de la MDD proviennent d'enquêtes démographiques et sanitaires entre 2010 et 2013.

FIGURE 5.3 TAUX DE RÉGIME ALIMENTAIRE ET D'ÉMACIATION ACCEPTABLES MINIMAUX



Source : Les données sur le régime alimentaire acceptable minimal proviennent des Enquêtes démographiques et sanitaires entre 2010 et 2013. Les données sur l'émaciation proviennent d'UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014). La ligne orange est la droite qui représente le mieux les données.

FIGURE 5.4 TAUX DE DIVERSITÉ ALIMENTAIRE MINIMALE ET DE RETARD DE CROISSANCE



Source : Les données sur la diversité alimentaire minimale proviennent des enquêtes démographiques et sanitaires entre 2010 et 2013. Les données sur le retard de croissance proviennent d'UNICEF, OMS et Banque mondiale (2014). La ligne orange est la droite qui représente le mieux les données.

enfants recevant des suppléments de zinc au Bangladesh, à 0 % en Tunisie. La couverture moyenne dans ce groupe de pays est de 2,5 %, et dans la plupart des pays, elle est inférieure à 5 %.

Bien que l'UNICEF et l'OMS aient recommandé l'incorporation du traitement au zinc dans les programmes de routine en 2004, cette pratique reste limitée.

Iodation universelle du sel

Il est difficile d'évaluer les tendances de la couverture de l'iodation universelle du sel en raison des changements dans la mesure de l'iodation et des seuils utilisés.⁶

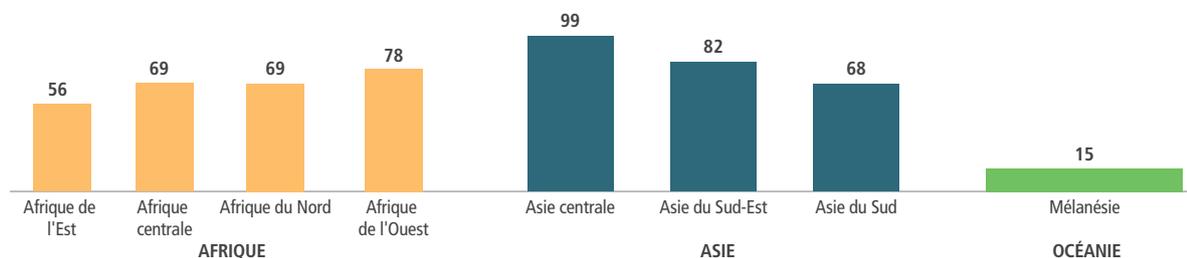
Les données les plus récentes de l'UNICEF (Figure 5.7) montrent que les taux doivent encore progresser pour atteindre 100 % de couverture en Afrique et en Asie du Sud.

Interventions : identifier les points faibles

Nous nous concentrons ici sur les cinq interventions et pratiques spécifiques à la nutrition pour lesquelles des données existent pour plus de 50 pays :

1. initiation précoce à l'allaitement maternel (moins d'une heure après la naissance),
2. allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de 6 mois,
3. poursuite de l'allaitement jusqu'à 12 mois,
4. supplémentation en vitamine A des enfants d'âge préscolaire, et
5. supplémentation en fer et acide folique des femmes enceintes pendant plus de 90 jours.

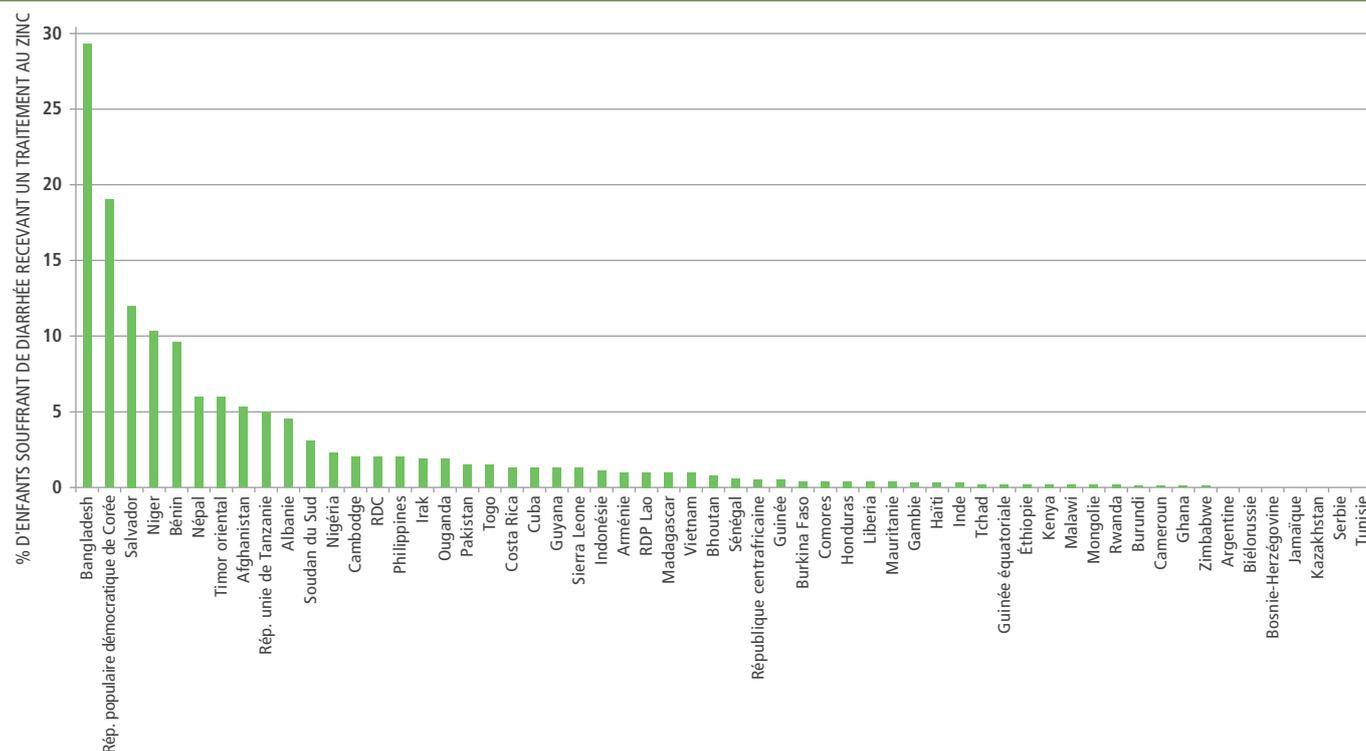
FIGURE 5.5 COUVERTURE MOYENNE DE LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A (EN %)



Source : UNICEF (2014c), à partir des rapports administratifs des pays pour l'année civile 2012.

Remarque : Les données sont des moyennes pondérées en fonction de la population.

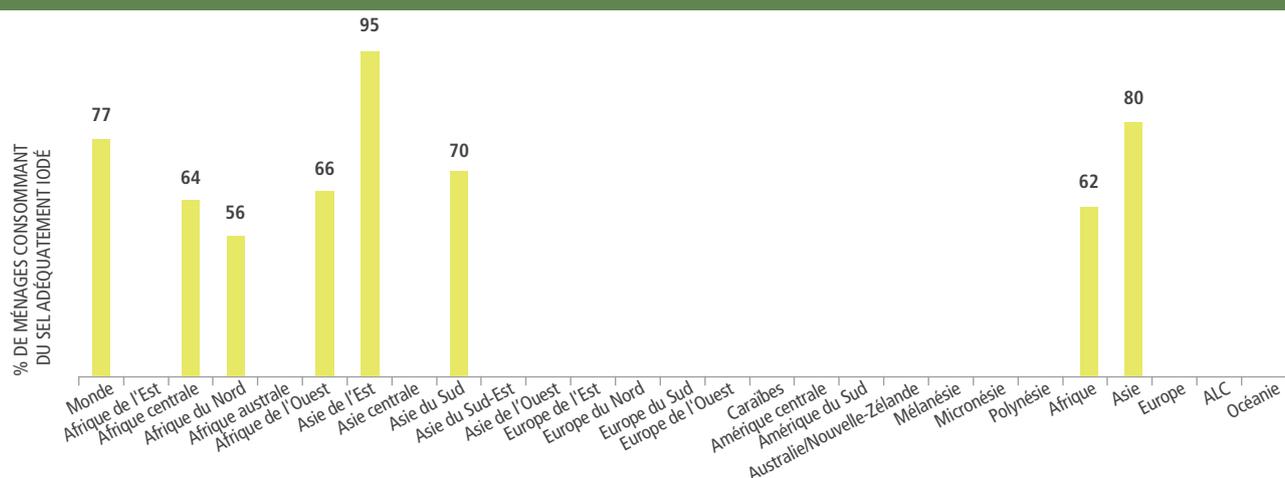
FIGURE 5.6 COUVERTURE DU TRAITEMENT AU ZINC DE LA DIARRHÉE



Source : Carvajal (2014).

Remarque : Les données concernent les enfants ayant souffert de diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête. Les données pour le Bangladesh font référence au zinc sous forme de sirop ; la valeur pour les comprimés de zinc au Bangladesh est de 19,8 %.

FIGURE 5.7 COUVERTURE DE L'IODATION DU SEL



Source : UNICEF (2014a), mise à jour août 2014.

Remarque : Les espaces en blanc correspondent aux sous-régions des Nations Unies pour lesquelles la couverture de population est insuffisante pour calculer un agrégat (au moins 50 % de la population de la sous-région ou région doivent être couverts par les données nationales). Les données datent de 2008 à 2012. ALC = Amérique latine et Caraïbes.

Seuls 37 pays disposent de données pour chacun des cinq programmes ou pratiques ; 156 pays manquent de données pour au moins l'un d'entre eux. Soixante-neuf pays ne disposent d'aucune donnée sur aucun d'entre eux.⁷ Le Tableau 5.4 indique le nombre de pays ayant une couverture faible — c'est-à-dire inférieure à 50 % — pour ces cinq interventions et pratiques.⁸ Un seul pays, le Cambodge, a une couverture supérieure à 50 % pour l'ensemble des cinq interventions. Aucun pays n'a une couverture inférieure à 50 % pour l'ensemble des cinq interventions. La plupart des pays ont une couverture supérieure à 50 % pour deux ou trois éléments.

Sur quelle intervention ou pratique les pays sont-ils les plus faibles ? Le Tableau 5.5 met en évidence l'intervention pour laquelle chaque pays présente le taux de couverture le plus faible. La plupart des pays sont plus faibles sur la supplémentation en fer et acide folique pendant 90 jours ou plus, 7 pays sur la supplémentation en vitamine A, et 9 pays sur les pratiques d'allaitement maternel. Des analyses de ce type

au niveau des pays peuvent contribuer à identifier les domaines d'action prioritaires.

Malnutrition aiguë

Le monde a réalisé peu de progrès dans la réduction du fardeau mondial de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et de la malnutrition aiguë sévère (MAS).⁹ Comme l'a montré le Chapitre 3, en raison de l'effet conjugué de la MAM et la MAS, les taux d'émaciation chez les enfants¹⁰ sont stables au niveau mondial. Dans le monde, la prévalence de l'émaciation sévère, un indicateur de MAS, est estimée à un peu moins de 3 %, soit 17 millions d'enfants de moins de 5 ans (UNICEF, OMS et Banque mondiale, 2014). Les enfants souffrant de MAS ont un risque de mortalité 9 fois plus élevé que les autres (OMS et UNICEF, 2009). Actuellement, 7,8 % des décès d'enfants de moins de 5 ans sont imputables à l'émaciation sévère (Black et coll., 2013). Si la MAM présente un risque de mortalité moindre, elle touche un plus grand nombre absolu d'enfants, soulignant l'importance de traiter la MAM au

TABLEAU 5.4 PAYS AYANT UNE FAIBLE COUVERTURE POUR LES CINQ INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION

Faible couverture pour :	Nombre de pays	Population totale (en millions)	Pays
Aucune intervention	1	15	Cambodge
1 intervention	4	102	Madagascar, Malawi, Népal, Ouganda
2 interventions	15	433	Bénin, Bolivie, Burkina Faso, Cameroun, Égypte, Éthiopie, Honduras, Kenya, Mali, Nicaragua, Philippines, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Tadjikistan, Zimbabwe
3 interventions	13	1 869	Côte d'Ivoire, Guinée, Haïti, Inde, Indonésie, Mozambique, Namibie, Niger, Pakistan, Rép. démocratique du Congo, Rép. unie de Tanzanie, Sierra Leone, Swaziland
4 interventions	4	49	Azerbaïdjan, Gabon, Ghana, Tchad
5 interventions	0	0	
Total	37	2 468	
Pays ne disposant de données pour aucune des cinq interventions	156	4 568	

Source : Les données sur les indicateurs proviennent d'UNICEF (2014c, 2014e) ; de STATcompiler (2014) en utilisant les dernières enquêtes démographiques et sanitaires, entre 2003 et 2013. Les données sur la population proviennent des Nations Unies (2013b).

Remarque : Les cinq interventions sont : (1) initiation précoce à l'allaitement maternel, (2) allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de 6 mois, (3) poursuite de l'allaitement jusqu'à 12 mois, (4) supplémentation en vitamine A des enfants d'âge préscolaire, et (5) supplémentation en fer et acide folique des femmes enceintes pendant plus de 90 jours. Les pays sont considérés comme ayant une couverture faible si celle-ci est inférieure à 50 %.

MAS. Il est clair que certains grands pays présentant des niveaux élevés de MAS, mesurés par les chiffres d'émaciation sévère, ont des taux de couverture géographique faibles (comme l'Inde et le Bangladesh). Ce résultat pourrait être dû à une incidence très concentrée de MAS dans certains endroits, ou à l'incapacité à fournir les traitements de la MAS à grande échelle. Le graphique n'est pas concluant, mais constitue un point de départ pour l'examen des questions de couverture.

Les données les plus récentes sur la couverture du traitement de la MAS, hébergées par le Réseau de surveillance de couverture (CMN – *Coverage Monitoring Network*), sont présentées dans le Tableau 5.6. Elles reposent sur des mesures compilées de couverture du traitement en utilisant des méthodologies éprouvées issues de pays très variés. La couverture médiane du traitement varie d'environ 30 à 50 % entre les sites d'un même pays. Le défi consiste à étendre la couverture du traitement au sein des sites, puis à atteindre les autres zones où la MAS est répandue. L'Encadré 5.1 présente quelques défis pour déterminer les niveaux de couverture existants et propose des solutions pour les relever.

Une note finale sur la couverture

Il est essentiel de mettre l'accent sur la couverture de programmes spécifiques à la nutrition et ceux y contribuant. Mais si les populations vulnérables ne bénéficient pas d'une « couverture effective » (si elles ne sont pas engagées dans des programmes de nutrition efficaces), leur état nutritionnel ne s'améliorera que

lentement, voire pas du tout. En d'autres termes, il ne suffit pas d'étendre simplement la couverture, il faut aussi l'améliorer et renforcer l'impact des programmes. Cela implique de renforcer les systèmes sanitaires, alimentaires et d'approvisionnement en eau potable, et de mettre l'accent sur l'efficacité des programmes, sur une conception visant à en améliorer les impacts, ainsi que sur la stratégie, la vision, les capacités et les ressources nécessaires à l'élargissement de la couverture.

Il faut également reconnaître que l'émaciation (liée à la MAM et la MAS) et le retard de croissance peuvent coexister chez un même enfant, d'où la nécessité d'une réponse coordonnée. Ce type de réponse doit être donnée pendant les crises humanitaires, mais aussi hors des situations d'urgence, dans le cadre d'un programme de développement de la nutrition plus vaste.

En ce qui concerne l'élargissement de la couverture, les résultats récents du dernier Rapport du Compte à rebours 2015 (Compte à rebours 2015, rapport 2014) indiquent que, dans les pays du Compte à rebours (où la sous-alimentation est la première cause de malnutrition), les interventions ayant la couverture la plus faible sont celles qui connaissent une augmentation de la couverture la plus lente.

Pour évaluer l'impact potentiel du renforcement de la couverture des interventions clés en faveur de la nutrition, Zulfiqar Bhutta et ses collègues ont élaboré une analyse pour ce rapport (pour plus de détails, voir la Note technique 2 sur

TABLEAU 5.6 ESTIMATIONS DIRECTES ACTUELLES DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT DE LA MAS

Pays	Nombre d'estimations de la couverture	Éventail des estimations directes de la couverture des programmes de lutte contre la MAS (en %)	Médiane des estimations directes de la couverture des programmes de lutte contre la MAS (en %)	Contexte
Afghanistan	1	36		Urbain
Angola	1	82		Rural
Burkina Faso	4	26–41	31	Rural
Cameroun	1	35		Urbain
Éthiopie	2	79–89		Camp/rural
Haïti	1	45		Urban
Kenya	13	20–67	50	Rural/Urbain
Mali	1	25		Rural
Mauritanie	1	35		Rural
Népal	1	41		Rural
Niger	4	28–61	30	Rural
Nigéria	1	55		Rural
Pakistan	10	37–87	50	Rural/camp
Philippines	2	33–91		Rural
RDC	4	14–41	30	Rural
Rwanda	1	35		Rural
Sénégal	2	12–17		Rural
Sierra Leone	1	62		Urbain
Somalie	2	83–85		Camp
Soudan	2	43–59		Camp
Soudan du Sud	4	24–86	50	Rural/camp
Tchad	9	20–73	38	Rural

Source : Basé sur les données compilées par le Réseau de surveillance de la couverture (CMN – *Coverage Monitoring Network*), disponibles auprès de celui-ci sur demande.

Remarque : MAS = malnutrition aiguë sévère.

ENCADRÉ 5.1 MESURER LA COUVERTURE DES PROGRAMMES POUR TRAITER LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

JOSE LUIS ALVAREZ

Notre capacité à identifier, soigner et guérir les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère (MAS) s'est considérablement améliorée ces dernières années, entraînant des modèles de soins solides et efficaces en termes de coûts (Bhutta et coll., 2013 a). Ces avancées ont conduit à des taux de guérison constamment élevés, mais aussi à une augmentation considérable du nombre de cas de MAS identifiés et traités. Selon l'UNICEF, plus de 2,6 millions d'enfants souffrant de MAS ont été traités en 2012 dans le monde (UNICEF, 2012). Néanmoins, il est encore difficile de mesurer la couverture, ou la proportion de cas qui reçoivent un traitement. Des estimations conjointes de l'UNICEF, Action contre la faim et Réseau de surveillance de couverture (Coverage Monitoring Network – CMN) indiquent que moins de 15 % de la population mondiale souffrant de MAS reçoit actuellement un traitement (UNICEF, CMN et ACF International, 2013). Au niveau national, seuls quelques pays sont en mesure de fournir des estimations fiables et directes de la couverture. Comment cela s'explique-t-il ?

Une partie du problème provient du fait que la mesure de la couverture du traitement nécessite du temps et des moyens techniques. De nouveaux outils (dont les méthodes SQUEAC, SLEAC et S3M) permettent de suivre la couverture des programmes de façon pratique, régulière et simple (Myatt et coll., 2012). Ces

méthodes peuvent fournir non seulement des estimations directes de la couverture, mais aussi des informations précieuses sur sa répartition spatiale et les obstacles qui empêchent les bénéficiaires potentiels d'accéder aux services. Ces informations ont aidé les services de traitement de la MAS à s'adapter, s'améliorer et fournir aux autorités nationales des lignes directrices pour étendre les traitements. Mais le temps et la capacité technique au niveau national – pour concevoir, mettre en œuvre et analyser les enquêtes sur la couverture – restent insuffisants. Des plateformes collaboratives comme le Réseau international de surveillance de la couverture¹ contribuent à combler ces lacunes.

Autre difficulté : les données de couverture ne sont pas actuellement recueillies dans le cadre d'enquêtes nationales, officielles et périodiques comme les Enquêtes démographiques et de santé (EDS), et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (*Multiple Indicator Cluster Surveys* – MICS). Cela provient en partie du fait que la population cible de l'évaluation de la couverture, composée des personnes nécessitant un traitement, diffère des populations cibles de ces enquêtes périodiques. Les données de couverture sur le traitement de la MAS sont générées au moyen d'enquêtes indépendantes plus ponctuelles, qui ne sont pas reliées aux enquêtes EDS/MICS normalisées et qui ont rarement une couverture nationale. Il se

révèle difficile de comparer les données obtenues entre les pays. Les nouvelles méthodes de mesure de la couverture sont beaucoup moins intensives en ressources que les précédentes ; il est plus facile de les mettre en œuvre fréquemment et de les intégrer aux processus de collecte de données plus réguliers, y compris les enquêtes périodiques.

L'intégration de la couverture à ces systèmes prendra du temps, mais de nombreuses mesures peuvent être prises dès maintenant pour commencer à unir et relier ces ensembles de données. L'UNICEF, Action contre la faim, le projet Assistance technique pour l'alimentation et la nutrition (*Food and Nutrition Technical Assistance* – FANTA) et le Réseau de surveillance de couverture collaborent en vue de développer des moyens d'utiliser les données administratives existantes (admissions et sorties, inventaire et dépistage) pour identifier les éléments déterminant la couverture et les goulets d'étranglement qui l'affectent. Il sera également important d'étudier les possibilités d'inclure des questions sur la couverture dans les enquêtes périodiques telles que les EDS et MICS. Ces approches ne remplaceront pas complètement les enquêtes sur la couverture, mais elles permettront aux services de nutrition de mieux utiliser les informations existantes pour élaborer des stratégies d'amélioration de l'accès et de la couverture des services de traitement de la MAS.

www.globalnutritionreport.org). Ils ont examiné l'impact de l'élargissement de la couverture de grands programmes spécifiques à la nutrition sur le retard de croissance et l'émaciation au Bangladesh, en Éthiopie et au Pakistan, et de programmes d'optimisation des intervalles entre les naissances et d'amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Les résultats sont semblables à ceux de Bhutta et coll. (2013a). Avec l'élargissement de la couverture des 12 programmes, le modèle évalue les réductions de la prévalence du retard de croissance à respectivement

17 %, 21 % et 18 % au Bangladesh, en Éthiopie et au Pakistan de 2013 à 2025. Les réductions prévues de la prévalence de l'émaciation sévère sont estimées respectivement à 65 %, 62 % et 58 % au Bangladesh, en Éthiopie et au Pakistan. Les impacts sur l'émaciation sévère sont particulièrement remarquables, tandis que les baisses estimées du retard de croissance sont modestes et révèlent la nécessité d'améliorer à la fois la couverture et la qualité de ces interventions. Une meilleure compréhension des processus de mise en œuvre peut potentiellement jouer un rôle essentiel ici (Menon et coll., 2014).

LACUNES DANS LES DONNÉES

1. La collecte de données sur la couverture des interventions — de manière générale — doit être élargie, à l'instar de l'échelle croissante des interventions.
2. On note une absence de données sur la supplémentation en acide folique pendant la période entourant la conception.
3. Les efforts récents pour recueillir des données sur la couverture du MAD, de la MDD et du traitement au zinc de la diarrhée doivent se poursuivre.
4. Un travail méthodologique plus approfondi est nécessaire pour développer des méthodes viables en temps réel, visant à générer des informations sur la conception et la couverture des programmes de traitement de la MAS et la MAM.

6 LES INTERVENTIONS LIÉES AUX FACTEURS SOUS-JACENTS DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL SONT IMPORTANTES, MAIS ELLES DOIVENT CONTRIBUER DAVANTAGE À LA NUTRITION

LES AMÉLIORATIONS SIGNIFICATIVES ET DURABLES DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION PROVIENNENT D'UNE COMBINAISON D' ACTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION, D' ACTIONS qui y sont sensibles et d' actions qui agissent sur les facteurs sous-jacents. Ce chapitre analyse les programmes sensibles à la nutrition et les facteurs sous-jacents de l' amélioration de l' état nutritionnel : offre alimentaire, eau, assainissement et hygiène, taux de scolarisation des filles dans l' enseignement secondaire et disponibilité des soins de santé. Le débat est axé principalement sur la sous-alimentation, et nous aspirons à promouvoir les discussions sur la surcharge pondérale et l' obésité dans le Rapport sur la nutrition mondiale 2015.¹

Ce chapitre décrit tout d' abord les tendances de la sous-alimentation et de la « surconsommation ». Il examine également l' accès à des installations améliorées d' eau et d' assainissement, compte tenu du nouveau profil de ces domaines (par exemple, Spears et al. 2013).² Il tente ensuite de mettre en évidence les insuffisances des facteurs sous-jacents de l' état nutritionnel pour différents pays, et passe en revue l' évolution des dépenses dans les secteurs liés à ces facteurs. Enfin, il résume les réflexions actuelles sur la façon dont les investissements dans les facteurs sous-jacents peuvent contribuer davantage à la nutrition.

POINTS CLÉS

1. Les investissements dans les programmes contribuant à la nutrition et les facteurs sous-jacents de la malnutrition devraient faire partie d' un portefeuille d' actions visant à améliorer durablement l' état nutritionnel.
2. Concernant l' offre alimentaire, plus la sous-alimentation diminue, plus la surconsommation de calories augmente. Cela signifie que la part de la population bénéficiant d' une consommation alimentaire saine – c' est à dire qui n' est ni sous-alimentée ni en situation de surconsommation – reste constante au lieu d' augmenter.
3. L' accès à des services améliorés d' eau et d' assainissement augmente régulièrement, à l' exception de l' Afrique de l' Est, de l' Ouest et en Afrique centrale pour l' eau, et en Asie du Sud et du Sud-Est pour l' assainissement. La scolarisation des filles dans l' enseignement secondaire augmente constamment, atteignant plus de 50 % en Afrique. La densité de la population des travailleurs de la santé reste très faible en Afrique, et atteint seulement la moitié du taux de l' Asie.
4. Sur les 100 pays disposant de données, 59 sont relativement vulnérables (en dessous du 25e percentile pour tous les pays disposant de données) pour au moins un facteur sous-jacent. Trente-cinq pays sont relativement vulnérables pour trois à cinq facteurs. Il est nécessaire ici d' atteindre un équilibre des investissements entre les actions spécifiques à la nutrition, les actions y contribuant et celles axées sur des facteurs sous-jacents plus généraux.
5. Différents pays ont différentes vulnérabilités. Chaque facteur sous-jacent revêt la plus grande importance pour un ensemble de pays déterminé.
6. Les dépenses publiques destinées aux principales catégories susceptibles de contribuer à l' amélioration de l' état nutritionnel – l' agriculture, l' éducation, la santé et la protection sociale – varient entre les régions et en leur sein. Les dépenses de protection sociale augmentent rapidement dans de nombreux pays africains et asiatiques, ce qui offre la possibilité d' intégrer la nutrition dans ces programmes.
7. IL existe de plus en plus d' information permettant de comprendre comment les interventions axées sur les facteurs sous-jacents peuvent contribuer davantage à la nutrition mais cette information reste encore limitée. En s' appuyant sur les expériences actuelles, ce rapport propose quelques pistes pour l' agriculture, la protection sociale, l' éducation, la santé, ainsi que l' eau, l' assainissement et l' hygiène.

TENDANCES RELEVÉES DE CERTAINS FACTEURS SOUS-JACENTS

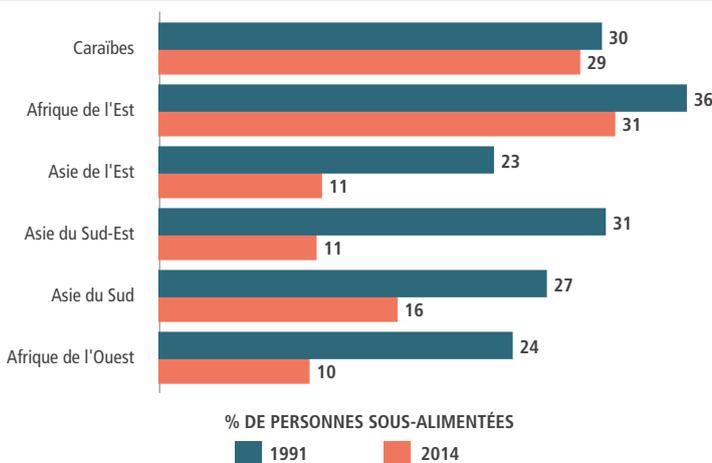
Offre alimentaire

L'indicateur standard des Nations Unies pour l'insécurité alimentaire correspond à la mesure de la « sous-alimentation » de la FAO. La FAO calcule la prévalence de la sous-alimentation en combinant les données sur l'offre alimentaire à un certain nombre d'hypothèses pour estimer la proportion de la population située en dessous du seuil des besoins énergétiques alimentaires minimaux. *L'État de l'insécurité alimentaire dans le monde 2014* (FAO 2014b) indique un nombre total de 805 millions de personnes en situation de sous-alimentation dans le monde.

Depuis 1990–1992, la quasi-totalité des régions ont enregistré des progrès, réalisés à des rythmes très différents, dans la réduction du nombre de personnes sous-alimentées (Figure 6.1). Néanmoins, contrairement à d'autres régions, l'Afrique enregistre une hausse du nombre de personnes sous-alimentées du fait de l'accroissement de sa population (FAO 2014b).

La FAO mesure la sous-alimentation mais elle a aussi élaboré récemment une estimation de la « surconsommation », soit la proportion d'une population se situant au-delà du seuil des besoins énergétiques alimentaires maximaux.³ (La FAO ne qualifie pas cet indicateur de « suralimentation » car on ne peut affirmer qu'il n'existe aucun gaspillage alimentaire pour les niveaux élevés de calories.)

FIGURE 6.1 TENDANCES DE LA SOUS-ALIMENTATION PAR SOUS-RÉGION



Source : Auteurs, sur la base des données de la FAO (2014a).

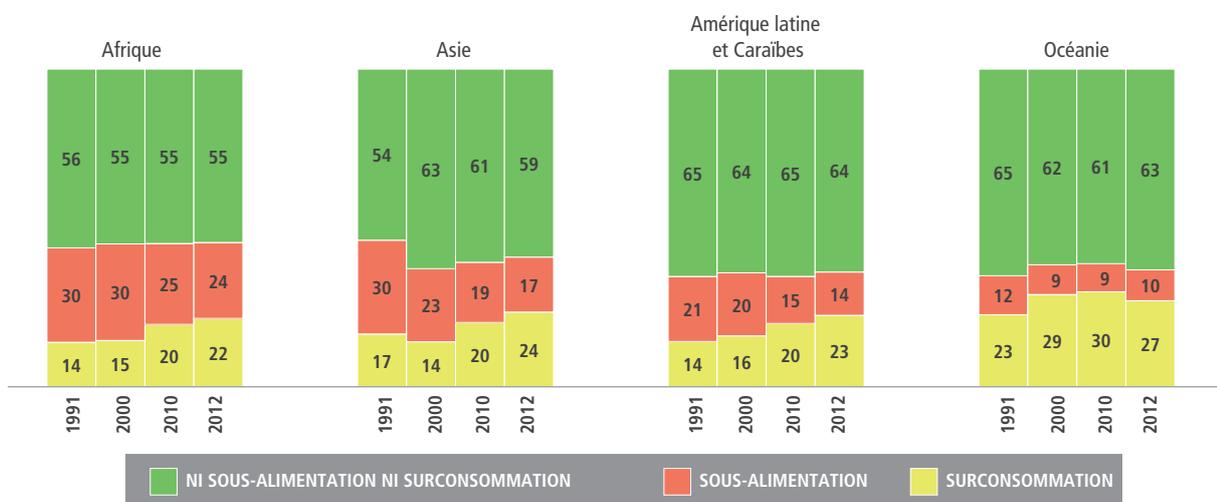
Remarque : Les données de la FAO ont été recalculées en utilisant les classifications régionales de l'ONU, lorsque les données étaient disponibles pour ≥ 50 % de la population dans la sous-région. Les données correspondantes obtenues pour 1991 et 2014 en utilisant la classification régionale et la nomenclature de la FAO sont : Caraïbes : 27 % et 20 % ; Afrique au sud du Sahara : 33 % et 24 % ; Asie de l'Est : 23 % et 11 % ; Asie du Sud-Est : 31 % et 10 % ; Asie du Sud : 24 % et 16 %.

La Figure 6.2 montre à la fois la sous-alimentation et la surconsommation dans les régions des Nations Unies, et définit la population résiduelle de chaque région comme consommant une alimentation saine – c'est-à-dire qu'elle n'est ni sous-alimentée ni en situation de surconsommation. Dans toutes les régions, la part de la population sous-alimentée est en baisse alors que la part de la population en situation de surconsommation augmente de façon symétrique, maintenant à un niveau constant la part de la population jouissant d'une consommation alimentaire saine.

Malgré le recul de la sous-alimentation, l'offre alimentaire ne devient pas plus saine, du moins en termes de calories. Les chercheurs doivent poursuivre leurs études pour déterminer l'utilité de l'indicateur de surconsommation, mais ces premiers résultats, si tant est qu'ils soient valides, sont inquiétants.

Il est impossible d'élaborer ces graphiques pour l'Amérique du Nord et l'Europe, car la FAO ne publie pas d'estimations de la sous-alimentation pour ces régions. Cependant, la comparaison des estimations de la surconsommation en Australie,

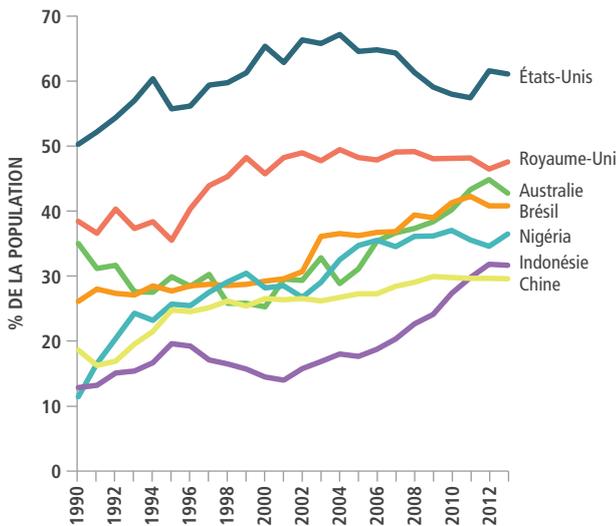
FIGURE 6.2 LES TENDANCES DE LA SOUS-ALIMENTATION ET DE LA SURCONSOMMATION PAR RÉGION



Source : Les données relatives à la sous-alimentation proviennent de la FAO (2014a). Les données relatives à la surconsommation correspondent à des données non publiées de la FAO. Pour plus de détails, voir la Note technique 3 sur www.globalnutritionreport.org.

Remarque : Les données relatives à la surconsommation portent sur les années 1991, 2000, 2010, et 2013. La surconsommation fait référence au pourcentage d'une population dont la consommation de calories est supérieure à un niveau qui correspond au 95^e percentile de l'indice de masse corporelle dans une population saine et à un coefficient de niveau d'activité physique de 2,10.

FIGURE 6.3 TENDANCES DE LA SURCONSOMMATION DE CALORIES DANS UNE SÉRIE DE PAYS



Source : Données non publiées de la FAO. Pour plus de détails sur la méthodologie, voir la Note technique 3 sur www.globalnutritionreport.org.

Remarque : La surconsommation fait référence au pourcentage d'une population dont la consommation de calories est supérieure à un niveau qui correspond au 95^e percentile de l'indice de masse corporelle dans une population saine et à un coefficient de niveau d'activité physique de 2,10.

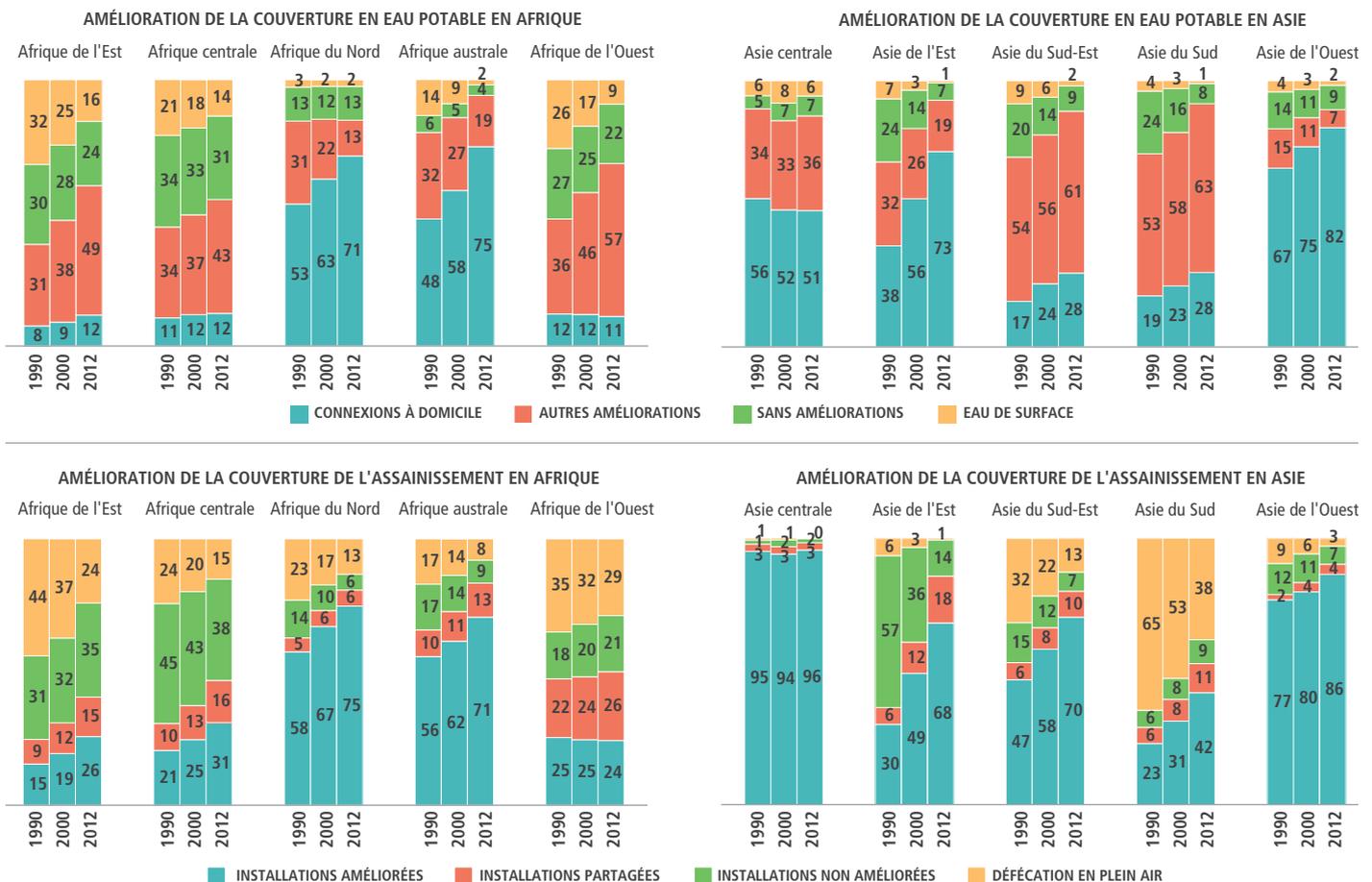
au Royaume-Uni et aux États-Unis avec celles de certains pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud montre que les pays à revenu plus élevé enregistrent des taux supérieurs de surconsommation, même si l'on observe une convergence relative pour tous les pays (Figure 6.3).

Les chiffres des Figures 6.2 et 6.3 peuvent mettre en évidence des tendances générales, mais il ne s'agit que d'approximations grossières de la qualité de l'alimentation. Des enquêtes nationales sont nécessaires pour évaluer correctement la diversité et la qualité de l'alimentation. L'Encadré 6.1 documente et évalue les tendances récentes de la qualité alimentaire chez les adultes aux États-Unis, et montre que la politique, conjuguée à des données scientifiques, à la sensibilisation des consommateurs et aux actions des industries alimentaires, peut faire la différence.

Eau, assainissement et hygiène

Les personnes doivent avoir accès à des installations améliorées d'eau et d'assainissement pour réduire le risque d'infection susceptible de compromettre l'absorption des nutriments.⁴ En Afrique et en Asie, où la disponibilité des installations améliorées d'eau et d'assainissement a été la plus faible, l'accès des personnes à ces améliorations est en constante augmentation dans toutes les sous-régions (Figure 6.4). Toutefois, en Afrique de l'Est, en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, plus de 30 % de la population n'ont pas accès à des sources d'eau améliorées.⁵

FIGURE 6.4 TENDANCES DE L'ACCÈS À DES SERVICES AMÉLIORÉS D'EAU ET D'ASSAINISSEMENT DANS LES SOUS-RÉGIONS D'AFRIQUE ET D'ASIE



Source : OMS et UNICEF (2014).

Remarque : Les données sont des moyennes régionales pondérées en fonction de la population.

ENCADRÉ 6.1 TENDANCES DE LA QUALITÉ DE L'ALIMENTATION CHEZ LES ADULTES AUX ÉTATS-UNIS

DANIEL WANG ET WALTER WILLETT

Les faits dont on dispose sur la qualité de l'alimentation fournissent des informations essentielles et des orientations pour la formulation des politiques publiques. Pour étudier les tendances de la qualité de l'alimentation aux États-Unis dans le temps et au sein des différents sous-groupes socio-économiques, nous avons utilisé un échantillon représentatif de la population nationale composé de 29.124 adultes âgés de 20 à 85 ans tiré des enquêtes nationales sur la santé et la nutrition menées aux États-Unis de 1999 à 2010 (Wang et al. 2014). Nous avons mesuré la qualité de l'alimentation au moyen de l'Alternate Healthy Eating Index 2010 (AHEI-2010), un score qui regroupe 11 aspects, et qui est fondé sur une combinaison de variables alimentaires et nutritionnelles dont les relations avec d'importants résultats de santé sont bien établies.

Au cours de ces 12 années, la moyenne de l'AHEI-2010 a augmenté de 39,9 à 46,8, ce qui indique des progrès réguliers dans la qualité de l'alimentation. Cette amélioration reflète des changements favorables à la fois dans les choix alimentaires des consommateurs et dans l'industrie alimentaire, choix guidés par les politiques publiques et l'éducation nutritionnelle. Plus de la moitié des progrès dans la qualité de l'alimentation résulte d'une réduction des acides gras trans, qui sont passés de 4,6 g par personne et par jour à la fin des années 1990 à 1,3 g par personne et par jour en 2010.

Les efforts des politiques publiques sont en grande partie à l'origine de cette

réduction. Au vu des preuves scientifiques solides de leurs effets négatifs, la Food and Drug Administration des États-Unis (FDA) exige, depuis 2006, que les quantités d'acide gras trans soient indiquées sur les étiquettes nutritionnelles. Plusieurs états et villes des États-Unis ont pris des mesures législatives et réglementaires pour limiter l'utilisation des acides gras trans dans les restaurants et autres endroits. La plupart des fabricants ont également reformulé leur produit pour réduire les acides gras trans. Plus récemment, la FDA a proposé une mesure pour éliminer les acides gras trans des denrées alimentaires. Des améliorations importantes ont également été enregistrées pour d'autres composantes de l'AHEI-2010, y compris les fruits entiers, les céréales complètes, les boissons sucrées, les noix et légumineuses, et les acides gras polyinsaturés. Par contre, la consommation de sodium a fortement augmenté dans le temps. Malgré de légères améliorations, la qualité de l'alimentation est dans l'ensemble loin d'être optimale, et il reste encore de nombreuses possibilités d'amélioration, même si les gains liés à une réduction supplémentaire de la consommation d'acides gras trans n'y contribueront que modérément.

La qualité de l'alimentation dans le groupe socio-économique le plus aisé a été systématiquement supérieure à celle des groupes socio-économiques moins bien nantis. L'écart entre ces groupes s'est élargi de 3,9 points en 1999–2000 à 7,8 points en 2009–2010. Cet écart pourrait s'expliquer par

des prix plus élevés pour les aliments sains et leur accès limité. Parmi les groupes ethniques, les Américains d'origine mexicaine ont un AHEI-2010 plus élevé que les groupes de blancs et de noirs d'origine non hispanique, ce qui pourrait être dû à leurs traditions alimentaires et leur culture. Les noirs d'origine non hispanique enregistrent les scores AHEI-2010 les plus faibles, en grande partie à cause de différences de revenus et d'éducation.

Nos constats soulignent la nécessité pour les chercheurs et les responsables des politiques en matière de santé publique de produire de nouvelles preuves scientifiques qui pourront éclairer les recommandations alimentaires et aider à la formulation de stratégies susceptibles de corriger l'effet des disparités socio-économiques sur la qualité de l'alimentation. Le processus d'élimination des acides gras trans est porteur de leçons : il a combiné l'évolution des connaissances scientifiques, une prise de conscience accrue chez les consommateurs des effets néfastes des acides gras trans, des mesures réglementaires, et une reformulation des aliments par l'industrie. L'expérience des acides gras trans montre également que des actions collectives comme la législation et la fiscalité, capables de créer un environnement incitant les individus à faire des choix sains, sont plus efficaces et plus efficaces que des actions fondées uniquement sur la responsabilité personnelle et individuelle des consommateurs. Il est probable que ces actions collectives bénéficient avant tout aux populations ayant un statut socio-économique modeste.

Concernant l'assainissement, la tâche est beaucoup plus ardue. La couverture des installations améliorées est inférieure à 33 % en Afrique de l'Est, de l'Ouest et en Afrique centrale, et à 42 % en Asie du Sud. Les taux de défécation en plein air, un facteur particulièrement déterminant pour l'état nutritionnel (Spears et al. 2013, tel que commenté par Bhutta et al. 2013a), atteignent plus de 10 % en Afrique de l'Est, en Afrique centrale, Afrique du Nord et en Afrique de l'Ouest, ainsi qu'en Asie du Sud-Est. Le taux de défécation en plein air atteint un record de 38 % en Asie du Sud, malgré une baisse rapide.

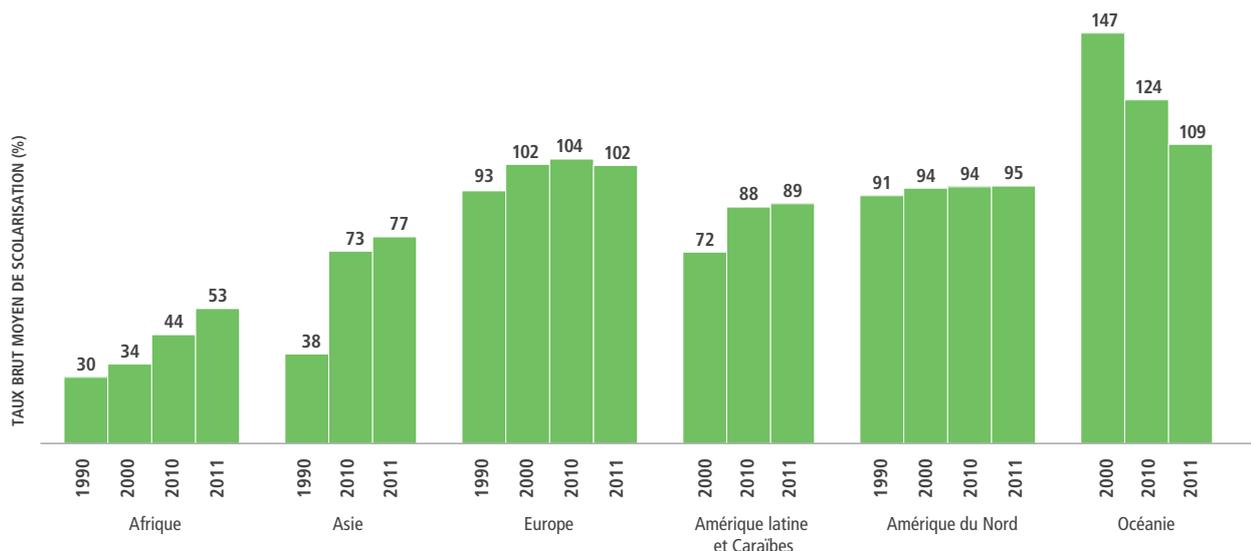
Scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire

L'éducation des filles est essentielle pour la nutrition car elle tend à retarder la première grossesse et constitue une composante importante de l'autonomisation des filles en général. Toutes les régions ont accompli des progrès à ce niveau, atteignant un taux d'un peu plus de 1006, même s'il n'atteint que 50 % environ en Afrique (Figure 6.5).

Densité de la population des professionnels de la santé

L'accès à des professionnels de la santé compétents est important pour de nombreuses interventions spécifiques à la nutrition. La Figure 6.6 montre le nombre de professionnels de la santé pour 1 000 habitants par région. L'Europe compte le nombre le plus élevé de médecins (3,5), et l'Afrique le nombre le plus bas (0,5). L'Amérique du Nord enregistre le plus grand nombre d'infirmières et de sages-femmes (9,8) et l'Afrique le nombre le plus bas (1,3). Bien que l'Asie recense deux fois plus de professionnels de la santé communautaires pour 1 000 personnes que l'Afrique (non représentée dans le graphique), les chiffres sont très bas dans les deux régions (0,7 contre 1,4). Aucune donnée sur les tendances n'est disponible. En outre, ces données ne nous informent pas sur la répartition des professionnels de la santé, dont les taux sont probablement beaucoup plus bas dans les zones rurales plus reculées. De toute évidence, les efforts visant à étendre les programmes de nutrition dans le secteur de la santé seront freinés par le nombre réduit de professionnels de la santé, en particulier en Afrique.

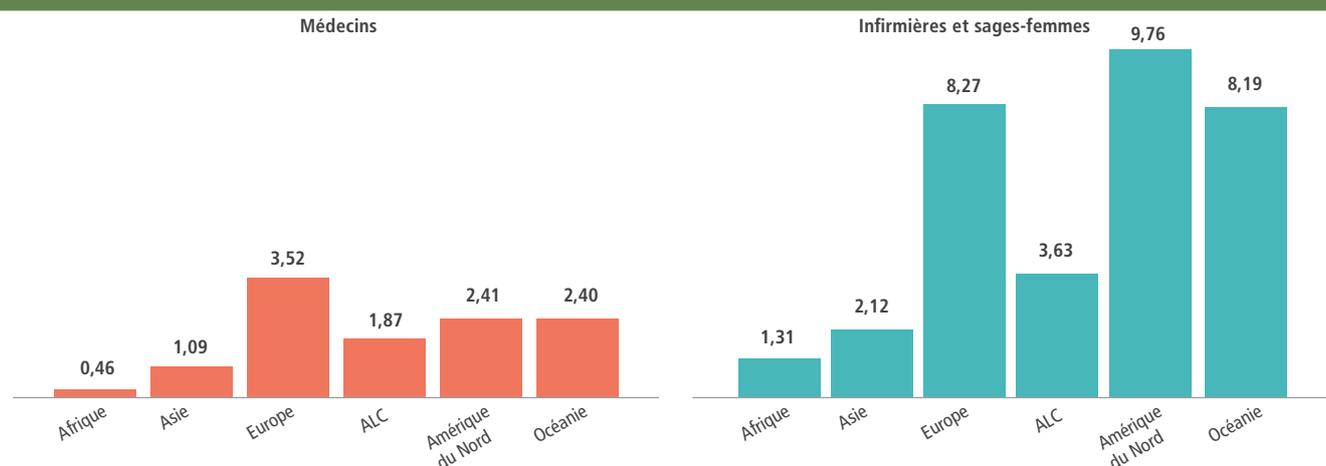
FIGURE 6.5 TENDANCES DE LA SCOLARISATION DES FILLES DANS L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE



Source : Institut de statistique de l'UNESCO (2014).

Remarque : Les données présentent la scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire, indépendamment de l'âge, exprimée en pourcentage de la population féminine en âge de fréquenter l'enseignement secondaire officiel. Ce taux peut être supérieur à 100 % compte tenu de l'inclusion des élèves plus âgés et plus jeunes et en raison d'un accès à l'école précoce ou tardif et du redoublement. Les données les plus récentes font référence à la période située entre 2011 et 2013. Les données sont des moyennes pondérées en fonction de la population.

FIGURE 6.6 DENSITÉ DES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ POUR 1 000 HABITANTS



Source : OMS (2014k).

Remarque : Les données portent sur la période située entre 1992 et 2013 et sont des moyennes régionales pondérées en fonction de la population. ALC = Amérique latine et Caraïbes.

TABLEAU 6.1 NOMBRE DE PAYS VULNÉRABLES AUX FACTEURS SOUS-JACENTS DE LA SOUS-ALIMENTATION

Relativement vulnérable pour :	Nombre de pays	Grands pays dans chaque groupe	Population totale (en millions)
0 facteur sous-jacent	43	Chine, Iran, Philippines	2 005
1 facteur sous-jacent	14	Inde, Indonésie, Pakistan	1 858
2 facteurs sous-jacents	8	Ghana, Irak, Népal	100
3 facteurs sous-jacents	8	Angola, Burkina Faso, Nigéria	253
4 facteurs sous-jacents	14	Cameroun, Kenya, Yémen	183
5 facteurs sous-jacents	13	Éthiopie, Ouganda, République unie de Tanzanie	276
Total	100		
Nombre de pays où les données ne sont pas disponibles	93		

Source : Données relatives à la sous-alimentation : FAO (2014a) ; à l'eau et l'assainissement : OMS et UNICEF (2014) ; au taux de scolarisation : Institut de statistique de l'UNESCO (2014) ; aux professionnels de la santé : OMS (2014k). Les données démographiques sont fournies par les Nations Unies (2013b).

Remarque : Les cinq facteurs sous-jacents de la sous-alimentation analysés dans ce tableau sont : (1) la sous-alimentation, (2) la couverture améliorée en eau potable, (3) la couverture améliorée de l'assainissement, (4) la scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire, et (5) la densité de médecins par rapport à la population. Les pays sont considérés relativement vulnérables lorsqu'ils se situent en-deçà du 25e percentile pour l'eau potable, l'assainissement, la scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire et la densité des médecins, et au-dessus du 75e percentile pour la sous-alimentation.

ENCADRÉ 6.2 COMMENT LE BANGLADESH A-T-IL RÉUSSI À RÉDUIRE AUSSI RAPIDEMENT SON RETARD DE CROISSANCE ?

DEREK HEADEY

Entre 1997 et 2011, le pourcentage de retard de croissance chez les enfants bangladais de moins de 5 ans est passé de 59 à 40 %, soit une diminution de près de 1,4 % par an. Cela représente un taux annuel moyen de réduction de 2,7 % (3,3 % sont requis pour que le Bangladesh atteigne l'objectif de l'Assemblée mondiale de la santé en matière de retard de croissance). Chez les enfants de 0 à 6 mois, le recul a été encore plus rapide : il est passé de 28 % à 16 %. En fait, la réduction du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans au Bangladesh a été quasiment deux fois plus rapide que celle enregistrée en Inde sur une période similaire.¹ Quelles sont les raisons de cette baisse soutenue ?

Une analyse récente s'appuie sur une série d'enquêtes démographiques et de santé du Bangladesh (Enquêtes démographiques et de santé de 1997, 2000, 2004, 2007 et 2011) pour expliquer près de 55 % des changements relevés dans les taux de retard de croissance infantile (Headey et al. 2014). L'analyse montre que les vecteurs de réduction du

retard de croissance sont multidimensionnels : des améliorations dans les actifs des ménages, l'éducation parentale, la couverture de l'assainissement, l'utilisation des soins de santé et les facteurs démographiques jouent tous un rôle important à cet égard.

Les augmentations des actifs des ménages sont à l'origine de près d'un quart des changements décrits pour le retard de croissance des enfants. L'augmentation du niveau de l'éducation des mères et des pères explique un autre quart des changements enregistrés. Les changements dans les facteurs fondamentaux et sous-jacents sont donc importants. Tout comme les facteurs plus immédiats tels que la réduction des taux de défécation en plein air (responsables de 12 % des changements) et les interventions liées à la nutrition dans le secteur de la santé comme les soins prénatals et l'accouchement dans un établissement médical (conjointement 18 % de la réduction du retard de croissance). Enfin, la réduction de la fécondité est importante, mais souvent négligée (un intervalle

plus long entre les naissances et un rang de naissance inférieur constituent à eux deux 12 % des changements).

L'expérience du Bangladesh montre que les pays à faible revenu peuvent réduire rapidement le retard de croissance – à un rythme proche de celui nécessaire à la réalisation de l'objectif de l'AMS pour 2025 – moyennant une approche multidimensionnelle. Tous les secteurs, les niveaux et les intervenants doivent unir leurs efforts. L'expérience du Bangladesh montre aussi la valeur de la collecte régulière de données. Les enquêtes à grande échelle, sur différents sujets et auprès des populations – telles que les enquêtes démographiques et de santé réalisées tous les trois à quatre ans – peuvent fournir des analyses qui aident les populations à demander des comptes aux gouvernements, à identifier les facteurs clés de la réduction de la sous-alimentation, et à orienter les futurs investissements vers un soutien et une accélération du rythme de réduction du retard de croissance.

QUELS SONT LES PAYS LES PLUS VULNÉRABLES AU FAIBLE NIVEAU DES FACTEURS SOUS-JACENTS ?

Combien de pays sont relativement vulnérables à de faibles niveaux de plus d'un facteur sous-jacent, et à quels facteurs sont-ils le plus vulnérables ? Ce sont là des questions qu'il est essentiel d'aborder, car elles peuvent contribuer à une accélération des améliorations dans le domaine de la nutrition (voir l'Encadré 6.2 pour le Bangladesh).

Pour explorer les vulnérabilités des pays au niveau des facteurs sous-jacents, nous avons classé les pays en fonction des éléments suivants : la prévalence de la sous-alimentation, l'accès à des installations améliorées d'eau potable, l'accès à un assainissement amélioré, la scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire et les taux de densité de la population de médecins. Les pays sont considérés vulnérables lorsqu'ils se situent en dessous du 25^e percentile dans les 100 pays disposant de données sur les cinq variables, soit un seuil relativement bas. Cela signifie que les vulnérabilités sont relatives et non absolues.

Nous avons constaté que 43 pays n'étaient vulnérables pour aucun des cinq indicateurs des facteurs sous-jacents (Tableau 6.1). Treize pays étaient perçus comme vulnérables sur l'ensemble des cinq indicateurs. Ce résultat indique un réel besoin d'équilibre, au niveau des pays, entre les investissements dans des interventions spécifiques à la nutrition et contribuant à la nutrition et les facteurs sous-jacents généraux de la sous-alimentation. Dans de nombreux pays, les investissements

doivent probablement être effectués dans les trois domaines pour réduire la sous-alimentation plus rapidement.

Pour les 59 pays connaissant au moins une vulnérabilité, le Tableau 6.2 indique quels facteurs sous-jacents sont les plus importants. Par exemple, l'analyse suggère que, pour l'Inde, l'assainissement est l'indicateur le moins bien classé parmi les 100 pays, et pour le Nigéria, c'est la couverture améliorée en eau potable. Ce type d'analyse peut contribuer à identifier les principaux obstacles à l'amélioration de l'état nutritionnel dans chaque pays.

DÉPENSES PUBLIQUES DANS LES SECTEURS LIÉS À LA NUTRITION

Quelles sont les dépenses des pays allouées aux secteurs susceptibles de contribuer davantage à la nutrition ? La Figure 6.7 présente la part des dépenses publiques totales dans quatre grandes catégories liées à la nutrition (Ruel et Alderman 2013) : l'agriculture, la santé, l'éducation et la protection sociale. (La base de données utilisée pour la Figure 6.7 ne comprend pas de données sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène.⁷)

La part des dépenses publiques consacrées à ces quatre catégories augmente globalement (Figure 6.7). Les dépenses de protection sociale accusent l'augmentation la plus rapide dans pratiquement toutes les régions, en particulier en Afrique et en Asie. Cette situation présente des opportunités pour l'intégration de la nutrition dans ces flux de dépenses. Il peut y avoir des opportunités particulières pour que ces dépenses de

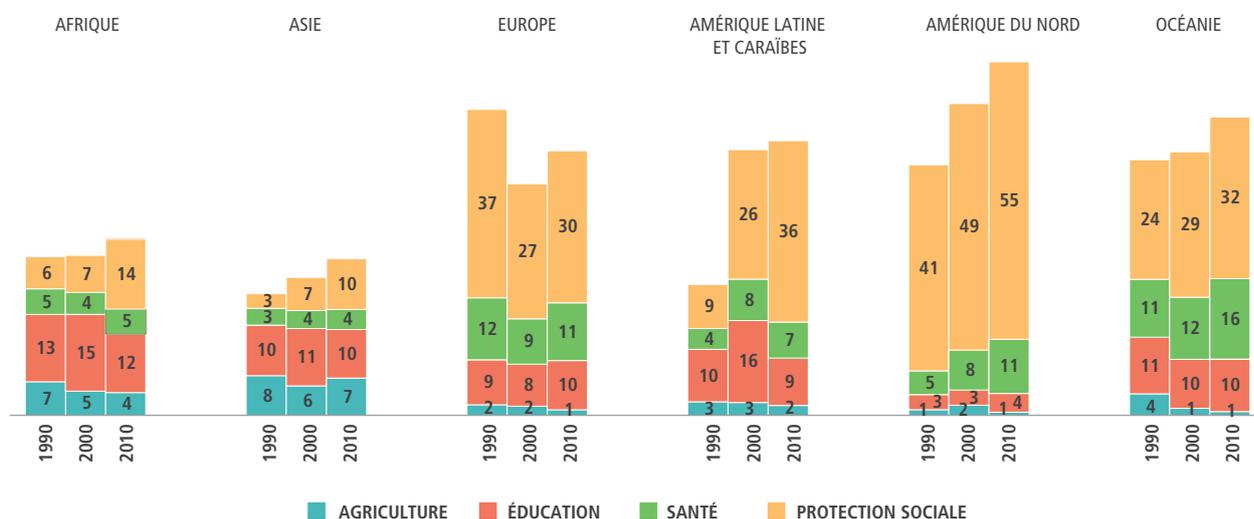
TABLEAU 6.2 PAYS LES PLUS VULNÉRABLES POUR CHACUN DES FACTEURS SOUS-JACENTS

Pays les plus relativement vulnérables (classement le plus bas des pays pour les cinq indicateurs)	Nombre de pays	Population totale (en millions)	Les trois plus grands pays dans chaque catégorie
Sous-alimentation	13	83	Bolivie, Guatemala, Zimbabwe
Couverture améliorée de l'assainissement	12	1 379	Ghana, Inde, Népal
Couverture améliorée en eau potable	9	317	Kenya, Mozambique, Nigéria
Taux de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire	12	539	Bangladesh, Éthiopie, Pakistan
Densité des médecins par rapport à la population	13	383	Cameroun, Indonésie, République unie de Tanzanie
Total	57 (59) ^a		

Source : Données relatives à la sous-alimentation : FAO (2014a) ; à l'eau et l'assainissement : OMS et UNICEF (2014) ; au taux de scolarisation : Institut de statistique de l'UNESCO (2014) ; aux professionnels de la santé : OMS (2014k). Les données démographiques sont fournies par les Nations Unies (2013b).

^a Le Malawi obtient le score le plus bas à la fois pour l'assainissement et la densité des médecins : il est par conséquent comptabilisé deux fois. Le Burkina Faso obtient le score le plus bas à la fois pour la scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire et pour la densité des médecins ; par conséquent, il est comptabilisé deux fois.

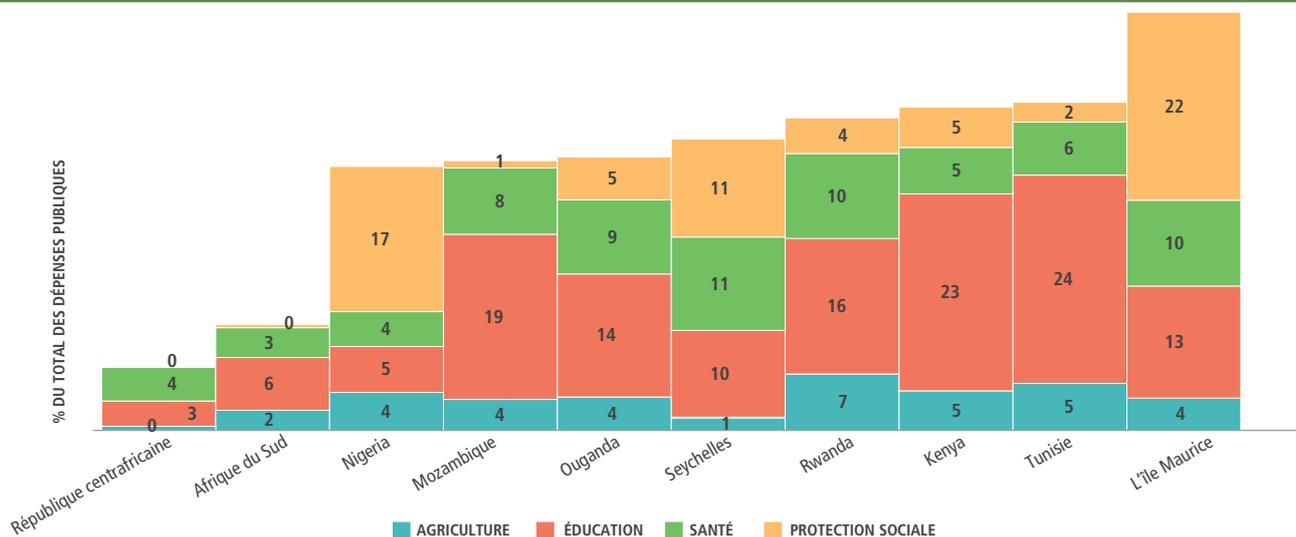
FIGURE 6.7 PART DES DÉPENSES PUBLIQUES CONSACRÉES À QUATRE SECTEURS LIÉS À LA NUTRITION (%)



Source : IFPRI (2014).

Remarque : Les données sont des pourcentages moyens pondérés en fonction de la population. La base de données SPEED utilise les définitions standards et générales du FMI pour les différents secteurs.

FIGURE 6.8 PART DES DÉPENSES PUBLIQUES CONSACRÉES À QUATRE SECTEURS LIÉS À LA NUTRITION DANS UNE SÉRIE DE PAYS AFRICAINS (%), 2010



Source : IFPRI (2014).

ENCADRÉ 6.3 UTILISATION D'UNE PLATEFORME AGRICOLE AU BURKINA FASO POUR AMÉLIORER LA NUTRITION PENDANT LES 1 000 PREMIERS JOURS DE VIE

DEANNA KELLY OLNEY, ANDREW DILLON, ABDOULAYE PEDEHOMBGA, MARCELLIN OUÉDRAOGO ET MARIE RUEL

L'intégration des programmes de nutrition aux programmes agricoles peut améliorer les résultats en matière de nutrition, mais des faiblesses au niveau du ciblage des programmes, de leur conception et de leur mise en œuvre, ainsi que des modèles d'évaluation déficients ont limité les données disponibles sur l'impact réel de ces programmes.

Parmi les programmes nutritionnels agricoles intégrés, nous pouvons citer le programme HFP de production alimentaire de subsistance (Homestead Food Production). Le modèle HFP standard comporte une composante de jardinage, une petite production animale et une stratégie de communication axée sur le changement de comportements conçue autour de ce qu'on appelle des actions fondamentales en faveur de la nutrition. Ce modèle cible généralement les ménages vulnérables ayant des enfants âgés de moins de 5 ans. Au Burkina Faso, un programme de Production alimentaire de subsistance améliorée (Enhanced Homestead Food Production - E-HFP) a été mis en œuvre par Helen Keller International (HKI) en 2010. Au lieu de cibler les ménages ayant des enfants de moins de 5 ans, ce programme a visé les femmes ayant des enfants de 3 à 12 mois afin que ces derniers puissent en bénéficier directement durant la fenêtre d'opportunité des « 1 000 premiers jours » de leur vie. Le programme E-HFP a également modifié la façon dont l'initiative était conçue et mise en œuvre. Plutôt que d'instruire les mères sur la nutrition, il a modifié la stratégie de communication axée

sur le changement de comportements afin de promouvoir l'adoption de pratiques nutritionnelles fondamentales. Il a également contribué à l'autonomisation des femmes en les formant aux meilleures pratiques agricoles et nutritionnelles, en transférant de petits actifs agricoles et des poulets aux femmes bénéficiaires et en établissant des exploitations agricoles modèles dans les villages, dirigées par des femmes bénéficiaires (plutôt que par les agriculteurs de sexe masculin vivant dans le village).

Pour résoudre le problème des modèles d'évaluation déficients, nous avons adopté une approche d'évaluation globale. Elle comprenait un essai contrôlé randomisé par groupe et longitudinal (le premier du genre pour un programme agricole et de nutrition différent de la bio-fortification), ainsi qu'une double évaluation qualitative des processus. Comparativement aux personnes vivant dans les villages témoins, les enfants qui ont bénéficié du programme présentaient une plus grande variété alimentaire et une prévalence moindre en termes d'émaciation, d'anémie et de diarrhée. Les femmes bénéficiaires du programme ont eu une consommation accrue d'aliments riches en nutriments et une prévalence de minceur réduite.

Ces changements positifs étaient probablement liés aux impacts bénéfiques du programme E-HFP sur les résultats intermédiaires, ces observations étant faites dans le cadre de l'analyse des mécanismes

générateurs d'impacts du programme. Ces résultats intermédiaires comprenaient :

- une augmentation des moyens de production appartenant aux femmes, y compris des actifs agricoles et des petits animaux ;
- une production accrue d'aliments riches en nutriments par les femmes ;
- une amélioration des connaissances des femmes sur les pratiques fondamentales d'alimentation et de soins aux nourrissons et aux jeunes enfants ;
- une augmentation de la diversité alimentaire et de la consommation d'aliments riches en nutriments dans les ménages, et
- une amélioration des indicateurs de statut des femmes, comme leur capacité à décider des achats.

Cette étude est l'une des premières à utiliser une évaluation rigoureuse pour fournir des éléments de preuve convaincants sur le fait que l'utilisation d'une plateforme agricole peut améliorer la nutrition maternelle et infantile (Olney et al. 2014). Elle montre qu'un programme nutritionnel et agricole intégré, conçu, ciblé et mis en œuvre correctement, comprenant une solide stratégie de communication axée sur les changements de comportements en matière de nutrition et de santé, ainsi que des activités favorisant l'autonomisation des femmes, peut avoir un impact significatif et potentiellement durable sur la nutrition et la santé des mères et des enfants au cours des 1 000 premiers jours de vie.

protection sociale soient davantage sensibilisées à la nutrition, comme préconisé par les travaux de Ruel et Alderman (2013).

Ces tendances répondent-elles simplement à des différences entre les régions ou existe-t-il des différences au sein même des régions ? Pour répondre à cette question, nous comparons certains pays en Afrique (Figure 6.8). Ces pays sont très différents à de nombreux égards, mais même ceux ayant un niveau de revenu similaire comme le Kenya, le Rwanda et l'Ouganda, présentent des différences dans la répartition de leurs dépenses. Ces répartitions s'expliquent non seulement par les ressources disponibles, mais aussi par les choix politiques.

COMMENT LES PROGRAMMES ET LES DÉPENSES AXÉS SUR LES FACTEURS SOUS-JACENTS PEUVENT-ILS CONTRIBUER DAVANTAGE À LA NUTRITION ?

Comme Ruel et Alderman l'ont souligné (2013, 1), « Les interventions et les programmes contribuant à la nutrition dans le secteur agricole, les filets sociaux, le développement de la petite enfance et l'éducation ont un énorme potentiel pour

accroître la portée et l'efficacité des interventions spécifiques à la nutrition ». Les éléments de preuve disponibles pour atteindre ce potentiel sont limités, mais ils sont de plus en plus nombreux. Un certain nombre d'organisations ont élaboré des documents proposant des lignes directrices de bonnes pratiques pour les intervenants. La plupart ont trait à l'agriculture, la protection sociale et la santé (voir Banque mondiale 2013 pour un excellent résumé), mais aucune ne concerne l'éducation ou l'eau, l'assainissement et l'hygiène.⁸

Le Tableau 6.3 résume les principales lignes directrices pour l'agriculture, la protection sociale et la santé et propose quelques suggestions pour l'eau et l'assainissement, et l'éducation.

Les éléments de preuve sont encore fragiles, mais ils deviennent plus robustes. L'Encadré 6.3 présente un nouvel exemple au Burkina Faso, avec une intervention agricole visant à améliorer l'état nutritionnel. L'intervention semble être efficace en ciblant les enfants pendant les 1 000 premiers jours de leur vie, en mettant l'accent sur le changement des comportements nutritionnels spécifiques, et en cherchant délibérément à autonomiser les femmes dans l'agriculture.

TABLEAU 6.3 EXEMPLES DE TYPES D'INVESTISSEMENTS SECTORIELS CONTRIBUANT DAVANTAGE À LA NUTRITION

Exemples :	Agriculture	Protection sociale	Eau, assainissement et hygiène	Systèmes de santé	Éducation
Groupes cibles	Familles de producteurs et agricultrices	Femmes et filles Enfants pendant les 1 000 premiers jours de leur vie	Enfants de moins de 2 ans et femmes enceintes et allaitantes	Enfants pendant les 1 000 premiers jours de leur vie	Adolescentes
Types d'interventions	Changement de comportement lié à des pratiques spécifiques à la nutrition Choix des cultures : prise en compte de la valeur nutritionnelle des cultures Choix des élevages : prise en compte de la teneur en éléments nutritifs (comme dans la biofortification) Choix post-récolte : prise en compte de la nutrition au niveau du stockage, du traitement et de la conservation Pratiques liées à la sécurité alimentaire : minimisation de la contamination (notamment par aflatoxines et E. coli)	Transferts monétaires conditionnels Repas scolaires et rations à emporter, sous réserve du respect de certaines conditions (fréquentation scolaire des filles) Compléments alimentaires : suppléments nutritionnels (protéines et énergie), micronutriments en poudre, aliments enrichis	Prévention de l'ingestion de matières fécales Élimination sécuritaire des matières fécales Programmes intégraux d'assainissement visant à minimiser la défécation en plein air Stockage et manipulation corrects des aliments complémentaires Kits de traitement de l'eau	Autant d'interventions spécifiques à la nutrition que possible intégrées dans les systèmes de santé Conseil par les pairs et promotion en établissement pour l'adoption de l'allaitement maternel exclusif Amélioration de la position de la nutrition dans les programmes sanitaires et la formation professionnelle en matière de santé	Planification familiale Repas scolaires et rations à emporter Toilettes séparées pour les filles dans les écoles Formation sur les soins prodigués aux enfants dans les écoles
Canaux de distribution	Vulgarisation agricole et services de conseil rural Écoles d'agriculture sur le terrain Centres de distribution pour les technologies et les intrants Mécanismes de microcrédit et d'assurance Approches fondées sur le marché	Vivres contre travail/liquidités/ chèques (programmes d'actifs) Écoles Services de cliniques de santé	Programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène Vulgarisation agricole pour la sécurité alimentaire Campagnes de communication sociales et communautaires pour faire changer les comportements Gestion communautaire des programmes de malnutrition aiguë	Travailleurs de la santé communautaires Campagnes de communication sociales et communautaires pour faire changer les comportements	Éducation formelle (primaire, secondaire et au-delà) Ateliers d'alphabétisation Campagnes médiatiques Éducation communautaire
Effets recherchés	Amélioration de la diversité alimentaire et de la qualité de l'alimentation des ménages	Amélioration de la diversité alimentaire et potentiellement de l'état nutritionnel des enfants de moins de 2 ans, des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes et allaitantes	Potentiellement, amélioration de l'état nutritionnel des enfants de moins de 2 ans	Potentiellement, amélioration de l'état nutritionnel des femmes enceintes et des enfants de moins de 2 ans	Potentiellement, résultats au niveau des naissances : réduction des naissances prématurées et des naissances de bébés de petite taille par rapport à l'âge gestationnel
Considérations	Le temps et l'énergie des femmes sont des ressources limitées. Le contrôle accru des femmes peut conduire à des récriminations à leur encontre.	S'assurer que les filets sociaux ne sont pas contradictoires avec les objectifs nutritionnels, par ex. en promouvant involontairement l'obésité.	Les normes sociales doivent être comprises, respectées et prises en compte.	Dépister les facteurs de risque précoces de l'obésité et des maladies non transmissibles.	Adopter des interventions interdisciplinaires en milieu scolaire afin de diminuer le risque de surcharge pondérale et d'obésité (notamment via l'exercice physique et une alimentation saine).
Ce que tous les secteurs peuvent faire pour renforcer les résultats nutritionnels	Expliquer à d'autres secteurs comment prendre en compte la nutrition peut les aider à atteindre leurs propres objectifs ; intégrer des objectifs, des indicateurs et des cibles en matière de nutrition. Collaborer avec des partenaires pour utiliser une perspective nutritionnelle et développer dans leurs programmes des pratiques et des actions spécifiquement axées sur l'amélioration de la nutrition. Travailler dans les zones fortement touchées par la malnutrition ; promouvoir la participation des femmes dans la conception et la mise en œuvre ; se concentrer sur les étapes clés du cycle de vie ; intégrer des interventions spécifiques à la nutrition dans des plateformes plus générales.				

Source : Pour l'agriculture : UNSCN (2013) ; World Vision International (2014) ; Fonds international de développement agricole (2014) ; Kurz (2013) ; ACF International (2013) ; Ruel et Alderman (2013) ; Herforth et al. (2012). Pour la protection sociale : Ruel et Alderman (2013) ; Alderman (2014) ; UNICEF (2014d). Pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène : Dangour et al. (2013) ; Guerrant et al. (2008) ; Humphrey (2009) ; Spears et al. (2013). Pour la santé : Fanzo et al. (2014) ; Tappenden et al. (2013). Pour l'éducation : Fanzo et al. (2014) ; Alderman (2014) ; Gortmaker et al. (1999) ; Gonzalez-Suarez et al. (2009). Pour l'agriculture, la protection sociale et la santé : Banque mondiale (2013).

LACUNES DANS LES DONNÉES

1. Les données relatives à la consommation alimentaire et la qualité de l'alimentation aux niveaux national et infranational sont limitées.
2. Des données sur les dépenses dans les secteurs de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène sont nécessaires et devraient être ajoutées à la base de données SPEED (Statistiques sur les dépenses publiques consacrées au développement économique).
3. Des éléments de preuve supplémentaires doivent être réunis sur la façon dont les programmes et les politiques visant les facteurs sous-jacents de la malnutrition peuvent contribuer davantage à la nutrition.
4. Des données supplémentaires sont nécessaires sur la façon dont différents types d'améliorations au niveau de l'eau et de l'assainissement affectent les résultats nutritionnels.

7 L'ENVIRONNEMENT PROPICE NE S'AMÉLIORE PAS ASSEZ RAPIDEMENT

LES ENVIRONNEMENTS PROPICES À L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION PRÉSENTENT UN LARGE ÉVENTAIL DE CARACTÉRISTIQUES ET RENVOIENT À DE VASTES QUESTIONS DE GOUVERNANCE.¹

Nous mettrons ici l'accent sur des problématiques telles que l'identification et le suivi des ressources financières en faveur de la nutrition, dont il est vital de mesurer l'amélioration. Nous mettrons également l'accent sur des facteurs qui peuvent être mieux mesurés et comparés dans de nombreux pays, tels que la législation, les politiques et la transformation des institutions.

LE DÉFI DU SUIVI DES RESSOURCES FINANCIÈRES EN FAVEUR DE LA NUTRITION

Bien que les bailleurs de fonds et quelques pays accomplissent déjà des progrès dans le suivi des ressources financières en faveur de la nutrition, cette tâche présente des défis pour tous les acteurs de la nutrition, notamment techniques (quels composants et quels postes faut-il inclure ou exclure), liés à la collecte des données (comment la pérenniser), à la coordination (la recherche d'un consensus sur les informations à inclure et exclure peut poser des problèmes sur le plan politique), aux questions de planification (quelle doit être la fréquence des rapports).

POINTS

CLÉS

1. La plupart des pays sont aujourd'hui incapables d'identifier leurs engagements financiers en faveur de la nutrition et d'en assurer le suivi. Plusieurs outils existent pour ce faire et des investissements devront être consentis au renforcement de la capacité organisationnelle. Le Guatemala fournit une étude de cas exemplaire dans ce domaine.
2. Entre 2010 et 2012, les engagements et les décaissements en faveur des interventions spécifiques à la nutrition de 13 bailleurs de fonds ont augmenté, respectivement, de 39 % et de 30 %. Les engagements contribuant à la nutrition ont chuté de 14 %, mais les décaissements contribuant à la nutrition par les 10 bailleurs de fonds ayant fourni des données ont augmenté de 19 %. Les rapports des bailleurs de fonds sur la nutrition sont de plus en plus harmonisés, mais ils comptent encore des différences de définition et de synchronisation.
3. En l'absence de données pour 2013–2014, aucun commentaire ne peut être fait sur les engagements financiers des bailleurs de fonds dans le cadre de Nutrition pour la croissance. La part de l'aide publique au développement décaissée en faveur de la nutrition en 2012 dépassait à peine 1 %.
4. Un objectif de dépenses en faveur de la nutrition pour les gouvernements et l'aide publique au développement pourrait attirer davantage l'attention sur cette question. Cet objectif devrait être complété par de meilleures données de suivi sur les dépenses pour assurer l'amélioration de la qualité et du volume des dépenses.
5. Les politiques, les lois et les institutions jouent un rôle prépondérant dans l'amélioration de la nutrition, et elles peuvent être mesurées. L'approche de notation adoptée par le processus Renforcement de la nutrition (SUN) est remarquable, et ce procédé de mesure participatif stimule la réflexion et l'action.
6. L'évaluation des politiques, des lois et des institutions peut mettre en évidence des contradictions à corriger, comme la coexistence de politiques laxistes en matière de diabète, et des taux élevés de glucose dans le sang chez les populations.

ENCADRÉ 7.1 Y A-T-IL UNE MEILLEURE MÉTHODE DE SUIVI DES DÉPENSES EN FAVEUR DE LA NUTRITION ?

CLARA PICANYOL

La capacité de suivi des ressources financières orientées vers les programmes de nutrition est fondamentale pour améliorer la redevabilité vis-à-vis des citoyens. Cependant, cela constitue un défi non seulement pour les pays, mais aussi pour les bailleurs de fonds, les organismes des Nations Unies et les ONG. Un examen de la situation du suivi des ressources financières de 51 pays membres du mouvement Renforcement de la nutrition (*Scaling Up Nutrition – SUN*) a conclu que les informations générales sur les dotations du budget national étaient accessibles au public dans seulement 32 pays, et obsolètes ou insuffisamment détaillées dans 4 pays sur 32 (Picanyol et Fracassi 2014). Il apparaît également que les pays appliquent différentes méthodes de suivi des crédits budgétaires et des dépenses de santé, dont des examens des dépenses publiques (EDP), des comptes nationaux de la santé, l'outil Clinton Health Access Initiative Resource Map, et des enquêtes de suivi des dépenses publiques. Ces outils diffèrent en termes de couverture, de fréquence de collecte des données, des délais et des ressources financières nécessaires à leur utilisation (Picanyol 2014).

Par exemple, un EDP sur la nutrition est en cours de finalisation en Tanzanie. Les EDP, largement utilisés dans d'autres

secteurs en Tanzanie, évaluent le niveau et la composition des dépenses publiques réelles sur une période donnée (en général trois à cinq ans) pour un ensemble d'objectifs et de résultats définis dans le plan national pour les politiques publiques, puis ils formulent des recommandations. Un certain nombre de défis ont été relevés au cours du processus EDP. La nature intégrée des programmes comportant des composantes nutritionnelles, combinée à des dépenses insuffisamment ventilées, rendait la séparation des dépenses en faveur de la nutrition extrêmement difficile sans le recours à de nombreuses hypothèses. En outre, les pouvoirs publics avaient du mal à obtenir des informations sur les dépenses des bailleurs de fonds et des ONG.

Madagascar a développé un mécanisme de suivi des investissements en faveur de la nutrition dans le but d'estimer les ressources existantes et supplémentaires nécessaires au financement du Plan d'action national pour la nutrition (PANN II). Le Bureau national de la nutrition a mené une enquête en ligne touchant aux stratégies, aux interventions et aux activités du PANN II, qu'il a partagée avec toutes les parties concernées. Au nombre des principaux défis figuraient la méconnaissance des investissements en faveur de la nutrition par les ministères et le faible niveau de

transparence dans certaines agences ou la ventilation des crédits budgétaires. En outre, peu d'informations ont été recueillies auprès des organisations de la société civile et du secteur privé.

Sur la base de l'examen des données tirées des budgets nationaux et publiées, il semble plus facile pour les pays d'entreprendre un exercice de collecte de données de base sur les crédits budgétaires à la nutrition à l'aide d'un modèle de tableau. Les données peuvent ensuite être classées en catégories spécifiques à la nutrition ou contribuant à la nutrition, sur la base des définitions nationales ou internationales. La catégorisation et la ventilation nécessiteront probablement des consultations avec les parties prenantes dans les pays. Bien que cette approche présente au début des limites en termes de précision, une fois toutes les informations pertinentes recueillies, les pays pourront affiner leur système de suivi et améliorer aussi la précision au fil du temps. La collecte des données doit être transparente, toutes les mesures prises doivent être documentées en détail, et des sources de données spécifiques doivent être fournies. Une telle approche permettra des comparaisons sur la durée à l'intérieur d'un pays, et pourra promouvoir la redevabilité.

Pays

L'augmentation des ressources internes en faveur de la nutrition est la seule option durable pour améliorer l'état nutritionnel. Les ressources des bailleurs de fonds sont certes essentielles, mais elles ne peuvent, et ne doivent, à elles seules combler le déficit de ressources. Par exemple, environ 70 milliards de dollars EU sont nécessaires pour intensifier les interventions spécifiques à la nutrition et les porter à 90 % de couverture sur la période d'engagement de sept ans fixée par Nutrition pour la croissance (N4G), 2013–2020². Lors du Sommet N4G, les bailleurs de fonds se sont engagés à fournir 4 milliards de dollars EU supplémentaires. Il s'agit là d'une enveloppe considérable, mais elle ne correspond qu'à 6 % des fonds requis. Des ressources nationales supplémentaires doivent être mobilisées.

Pour ce faire, il convient en premier lieu d'évaluer les niveaux actuels des allocations de ressources nationales. Peu de pays, dont Madagascar et la Tanzanie, ont mis en place un suivi des investissements dans la nutrition (Encadré 7.1). Le Guatemala a probablement consenti les plus gros efforts dans ce domaine (Encadré 7.2)³ ; son expérience prouve qu'il faut également améliorer la planification et fixer des budgets plus réalistes pour les options d'investissements en faveur de la nutrition. Il faut également créer un contexte propice

à l'amélioration des capacités de suivi des ressources et au développement d'incitations en matière de gouvernance en vue de mieux identifier et assurer le suivi des ressources.

Bailleurs de fonds

Les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux et les fondations sont des moteurs essentiels des engagements mondiaux et nationaux en faveur de la nutrition : ils ont la capacité de mobiliser d'autres acteurs ainsi que leur capital de connaissances et leurs ressources financières.

Pour l'année 2014, les objectifs du *Rapport sur la nutrition mondiale* pour le financement des bailleurs de fonds sont modestes. Tout d'abord, ce rapport n'examine pas les progrès accomplis au niveau des engagements financiers de la N4G. La réponse à ces engagements septennaux sera mise en œuvre au plus tôt au cours des exercices 2013–2014 et 2014–2015, et la publication des rapports correspondants ne commencera qu'en 2015. Par conséquent, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* sera considéré comme une base pour la période N4G.

Deuxièmement, tous les bailleurs de fonds ne sont pas signataires de la N4G, comme par exemple la Corée du Sud, l'Espagne et la Suisse, des puissances émergentes telles que la Chine, l'Inde et les pays du Golfe, et des fondations comme

ENCADRÉ 7.2 SUIVI DES CRÉDITS FINANCIERS EN FAVEUR DE LA NUTRITION : L'EXPÉRIENCE DU GUATEMALA

JESÚS BULUX, OTTO VELASQUEZ, CECIBEL JUÁREZ, CARLA GUILLÉN ET FERNANDO ARRIOLA

La malnutrition chronique au Guatemala touche 49,8 % des enfants de moins de 5 ans (Guatemala, Ministère de la Santé 2009) et constitue l'un des principaux freins au développement économique et social du pays. L'élimination de la faim est un objectif primordial du Plan d'action pour le changement du gouvernement, qui se concrétise dans le Plan d'action « Faim Zéro » (PPHO). Le PPHO lie les interventions, les programmes, les plans et les projets émanant de diverses institutions publiques dans les domaines de la sécurité alimentaire et la nutrition, et met l'accent sur les capacités des pouvoirs publics locaux. Pour déterminer si les ressources financières sont axées sur les actions prioritaires, le Guatemala a mis au point un système de surveillance qui fonctionne bien.

La planification constitue la première étape du suivi des ressources financières, et nécessite un rapprochement entre les ressources financières et les biens ou services fournis. En 2014, le Secrétariat national de la sécurité alimentaire et de la nutrition a élaboré, avec le Ministère des Finances, un outil qui aide les ministres, les secrétaires et les gestionnaires à comprendre le lien entre leurs budgets et les objectifs de leurs institutions respectives. Les ministères concernés sont redevables devant le Conseil national de la sécurité alimentaire et de la nutrition.

Le Conseil a abordé activement les questions de coordination et de planification conjointe qui ont fait longtemps l'objet d'un traitement passif. Il organise des sessions spéciales avec les ministères pour vérifier la conformité avec les objectifs. La coordination entre les institutions a contribué à une meilleure définition des objectifs et à la clarification des investissements réalisés au niveau local. L'exigence de vérification à l'échelle locale du Conseil a renforcé la participation des organisations locales.

Plusieurs facteurs ont contribué à la réussite du système de suivi :

- un engagement politique fort de toutes les parties prenantes, en particulier de l'État, ce qui augmente les chances de continuité du système de suivi en dépit des cycles électoraux ;
- une forte coordination au sein des institutions publiques, du secteur privé, des partenaires au développement, et entre eux ;
- un plan de mise en œuvre liant clairement les objectifs aux crédits budgétaires ;
- une surveillance continue de la mise en œuvre sur le plan national et local ;
- la création de groupes techniques pour appuyer la gestion technique et financière des institutions clés ;

- une surveillance locale (municipale) des progrès dans la réalisation des objectifs, et
- des mesures visant à assurer une plus grande transparence des dépenses publiques, telles que le site www.guatecompras.gt.

Le Guatemala dispose maintenant : (1) d'un budget de sécurité alimentaire et nutritionnelle ventilé par institution, composante de programme et activité ; (2) des responsabilités claires, avec des fonctionnaires désignés, responsables de leurs objectifs respectifs et des budgets associés ; (3) un outil simple de mise en œuvre qui facilite la compréhension des dépenses publiques à différents¹ niveaux ; et (4) une bonne coordination entre les institutions (en 2013, l'État a collaboré avec 11 institutions sur la surveillance et le suivi financier).

Le système de suivi mis en place au Guatemala a été conçu pour résoudre les problèmes techniques qui empêchaient de lier les différents systèmes de suivi entre eux. Pour se faire, une longue période d'investissement, d'innovation, de renforcement des relations entre institutions et un engagement sans faille ont été nécessaires. L'aspect technique de la résolution des problèmes a été important, mais aussi l'attention, la patience et la diplomatie.

le Wellcome Trust et Tata Trusts. À l'avenir, les *rapports sur la nutrition mondiale* prendront aussi en compte ces bailleurs pour assurer le suivi des ressources financières.

Troisièmement, tous les bailleurs de fonds mentionnés dans ce rapport utilisent des procédures très différentes, que ce soit les cycles de vie de projet, les normes de documentation, les nomenclatures et les systèmes de suivi et de comptes rendus financiers. Cela complique toute tentative de les comparer directement. Par exemple, le rapport pourrait se concentrer uniquement sur les décaissements, mais pour plusieurs bailleurs de fonds, les engagements sont un indicateur plus précis de l'engagement organisationnel en faveur de la nutrition, et représentent de nouveaux investissements approuvés chaque année qui seront ensuite décaissés au cours des cinq prochaines années ou plus.

Quatrièmement, le protocole d'estimation des investissements contribuant à la nutrition – développé et testé par le Réseau des partenaires bailleurs de fonds (SUN Donor Partner Network) – a été jugé onéreux et très subjectif par plusieurs bailleurs de fonds (surtout pour les grands bailleurs les plus impliqués dans des programmes d'intervention contribuant à la nutrition)⁴. De manière générale, il n'y a pas de système de suivi aisé des engagements contribuant à la nutrition, et sa mise en place

prendra du temps. Nous craignons que cela soit le cas pour tous les investisseurs en nutrition. Le réseau des partenaires donateurs SUN s'efforce de trouver une approche avec des coûts de transactions plus faibles (SUN Donor Partner Network 2013).

Cinquièmement, avec un nombre réduit de bailleurs de fonds et seulement deux points de données, 2010 et 2012, il est facile de sur-interpréter les données.

Enfin, les méthodes présentent des lacunes. Par exemple, il est nécessaire de suivre les flux de ressources dirigés vers les interventions sur la surcharge pondérale et l'obésité, et d'identifier une méthodologie pour faciliter la diffusion de ces données.

Les données

Le rapport se fonde sur les estimations des engagements et des décaissements financiers par 13 bailleurs de fonds pour 2010 et 2012 et pour les catégories de dépenses spécifiques à la nutrition et celles qui y contribuent. Les 13 bailleurs de fonds sont l'Australie, le Canada, l'Union européenne (UE), la France, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas, la Suisse⁵, le Royaume-Uni, les États-Unis, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation du fonds d'investissement pour l'enfance et le Groupe de la Banque mondiale⁶. Les données sont communiquées dans l'Annexe 4 et résumées dans les Figures 7.1 et 7.2.

Engagements et décaissements spécifiques à la nutrition

Les États-Unis, la Banque mondiale et le Canada ont pris les engagements spécifiques à la nutrition les plus importants en 2012.

Pour les 13 bailleurs de fonds, les engagements sur des interventions spécifiques à la nutrition ont augmenté de 665 millions de dollars EU en 2010 à 925 millions de dollars EU en 2012 – soit une évolution de 39 % – en raison des augmentations substantielles de la Banque mondiale (plus de 450 % entre 2010 et 2012), du Canada et de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Les décaissements spécifiques à la nutrition étaient largement inférieurs aux engagements, bien qu'ils aient augmenté de 334 millions de dollars EU en 2010 à 480 millions de dollars EU en 2012, soit une hausse de 44 %.

Engagements et décaissements contribuant à la nutrition

Les États-Unis, la Banque mondiale et l'Union européenne ont pris les engagements les plus importants en 2012.

Les engagements contribuant à la nutrition ont diminué de 14 %, passant de 5,95 milliards de dollars EU en 2010 à 5,13 milliards de dollars EU en 2012. Selon la Banque mondiale, cette baisse serait presque totalement due à un pic extraordinaire dans ses engagements contribuant à la nutrition en 2010, lorsque de grands projets de soutien au programme de protection sociale mexicain *Oportunidades* ont été approuvés.

Les engagements américains contribuant à la nutrition ont également chuté de 3 % entre 2010 et 2012. Le gouvernement américain indique que ses chiffres fluctuent considérablement d'une année sur l'autre, en raison de l'importante composante d'urgence dans ses dépenses. Il note également que certaines baisses résultent d'une réduction des dotations budgétaires du Congrès, notamment pour les programmes sur le VIH et les infrastructures d'eau et d'assainissement.

Les décaissements contribuant à la nutrition n'ont pas été déclarés par le gouvernement américain, la Banque mondiale, ou la Fondation du fonds d'investissement pour l'enfance pour les années 2010 et 2012. En conséquence, les volumes totaux des décaissements contribuant à la nutrition des 13 bailleurs de fonds sont nettement inférieurs à leurs engagements. Pour les 10 bailleurs de fonds qui rendent compte de décaissements contribuant à la nutrition, ces derniers sont passés de 937 millions de dollars EU à 1,112 milliard de dollars EU, soit une augmentation de 19 %.

Volume total des engagements et des décaissements

Avec la chute non négligeable des chiffres des engagements des États-Unis et de la Banque mondiale, le volume total des engagements est tombé de 6,62 milliards de dollars EU à 6,06 milliards de dollars EU, soit une baisse de 9 %.

Le volume total des décaissements exclut la catégorie des décaissements contribuant à la nutrition du gouvernement américain et de la Banque mondiale, mais il est passé de

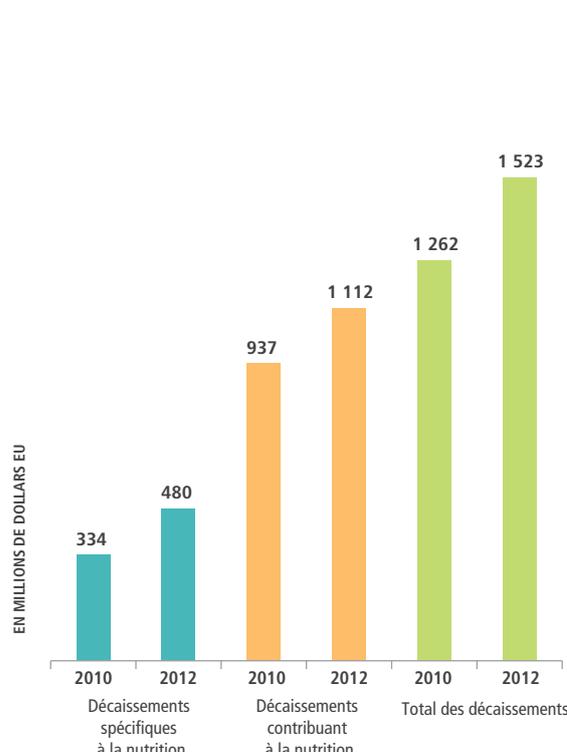
FIGURE 7.1 ENGAGEMENTS FINANCIERS DE 13 BAILLEURS DE FONDS EN FAVEUR DE LA NUTRITION



Source : Auteurs.

Remarque : Les 13 bailleurs de fonds sont l'Australie, le Canada, l'Union européenne, la France, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas, la Suisse, le Royaume-Uni, les États-Unis, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation du fonds d'investissement pour l'enfance et la Banque mondiale.

FIGURE 7.2 DÉCAISSEMENTS DE 10 BAILLEURS DE FONDS EN FAVEUR DE LA NUTRITION



Source : Auteurs.

Remarque : Les données excluent les États-Unis, la Banque mondiale et la Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance en ce qui concerne les décaissements contribuant à la nutrition.

ENCADRÉ 7.3 UN OUTIL D'ÉVALUATION DES PROGRÈS DES GOUVERNEMENTS POUR CRÉER DES ENVIRONNEMENTS PROPICES À UNE ALIMENTATION SAINNE

BOYD SWINBURN

Les pouvoirs publics sont responsables de la protection et de la promotion de la salubrité alimentaire, mais les tentatives de mise en œuvre de politiques alimentaires à cette fin se sont souvent heurtées à une opposition farouche et efficace de l'industrie alimentaire. Hormis quelques exemples notables (WCRF 2013), les progrès observés sur dix années de mise en œuvre des politiques alimentaires, depuis la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de 2004 (OMS, 2004), se sont révélés au mieux inégaux. Comment assurer la redevabilité des États dans la réalisation de progrès plus importants dans le cadre du récent plan mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013–2020 (OMS, 2013b) ?

Le réseau INFORMAS, qui regroupe des universités et des organisations non gouvernementales mondiales, se présente comme une tentative d'accroître la redevabilité (Swinburn et al. 2013). Il a pour objectif de surveiller, évaluer et appuyer des activités contribuant à la création de milieux alimentaires sains et à la réduction de l'obésité, des maladies non transmissibles liées à l'alimentation et à la lutte contre les inégalités qui en découlent. Il a

mis au point l'indice *Healthy Food Environment Policy Index* (Food EPI), un outil permettant de surveiller les efforts d'un gouvernement en vue de créer des milieux alimentaires plus sains. Cet outil comprend deux composantes : une composante de politique intégrant sept aspects du milieu alimentaire (composition des aliments, étiquetage, prix, commercialisation, approvisionnement des écoles et autres institutions publiques, disponibilité chez les détaillants et alimentation dans les accords sur le commerce et l'investissement) ; et une composante de soutien à l'infrastructure comprenant six aspects (gouvernance, leadership, financement et ressources, surveillance et renseignement, plateformes de dialogues et une composante santé dans toutes les politiques). Les fonctionnaires concernés compilent et vérifient les informations sur le degré de mise en œuvre des meilleurs exemples de pratiques internationales pour près de 40 indicateurs. Des ateliers d'experts issus du milieu universitaire, des organisations non gouvernementales et de la société civile sont organisés avec des observateurs du gouvernement pour évaluer la mise en œuvre et formuler des recommandations prioritaires pour l'action gouvernementale.

Food-EPI a été expérimenté et mis en œuvre pour la première fois en Nouvelle-Zélande (voir résultats sur www.informas.org). Le gouvernement néo-zélandais est considéré comme ayant répondu aux exigences des meilleures pratiques internationales pour seulement 14 % des indicateurs. Pour 74 % des indicateurs de politiques et 48 % des indicateurs de soutien à l'infrastructure, le niveau de mise en œuvre a été jugé « faible » ou « très faible, voire inexistant », très loin de son potentiel. Les experts ont ensuite examiné les lacunes observées et ont formulé une série de recommandations pratiques et réalisables pour l'action gouvernementale qu'ils ont ensuite classées par ordre de priorité. Pour la Nouvelle-Zélande, 7 recommandations sur 34 ont été jugées prioritaires pour une mise en œuvre au cours des trois prochaines années, au terme desquelles une nouvelle évaluation Food-EPI est prévue, juste avant les élections nationales.

Food-EPI peut donc devenir un outil basé sur des données probantes pour aider la société civile à s'engager dans des systèmes de redevabilité et réaliser des progrès en termes de politiques alimentaires.

1,262 milliard de dollars EU à 1,532 milliard de dollars EU, soit une augmentation de 21 %.

Conclusion

Ces tendances peuvent nous rendre optimistes. La quasi-totalité des bailleurs de fonds ont dopé leurs engagements et leurs décaissements. On observe des augmentations notables dans le volume total des engagements du Canada, de l'UE, des Pays-Bas et du Royaume-Uni, et des augmentations non négligeables dans le volume total des décaissements du Canada, du Royaume-Uni et de la Fondation Bill & Melinda Gates. La Fondation du fonds d'investissement pour l'enfance a promis d'apporter un supplément annuel d'environ 100 millions de dollars EU au volume total sur la période 2013 à 2020. Lors du Sommet N4G7, l'UE s'est engagée sur un montant additionnel de 533 millions de dollars EU qui n'apparaît pas entièrement dans les données présentées.

Néanmoins, les chiffres présentés semblent faibles au vu de l'aide publique au développement (APD) globale. L'APD totale était de 135 milliards de dollars EU en 2013 (OCDE 2014). Le volume total des engagements en faveur de la nutrition en 2012 était de 6,1 milliards de dollars EU, soit 4,5 % de l'APD, tandis que le volume total des décaissements en faveur de la nutrition en 2012 se chiffrait à 1,5 milliard de dollars EU, soit un peu plus de 1 % de l'APD.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* 2015 travaillera avec la communauté de la nutrition en vue de formuler un raisonnement convaincant pour définir les objectifs de dépenses en faveur de la nutrition au titre de l'APD, mais aussi pour mobiliser des ressources nationales.

QUEL EST LE DEGRÉ DE SOUTIEN DE L'ENVIRONNEMENT PROPICE ? LES POLITIQUES, LES LOIS ET LES INSTITUTIONS

Les politiques, les lois et les dispositions institutionnelles façonnent l'environnement propice à l'amélioration durable de la nutrition. Plusieurs outils sont disponibles pour assurer le suivi de ces efforts. Ils sont relativement nouveaux, et il n'y a eu aucune tentative pour identifier leur liens avec l'évolution des résultats nutritionnels, principalement parce qu'ils n'ont pas été conçus ou ne peuvent pas être construits rétrospectivement et ensuite liés aux résultats actuels.

Ces outils comprennent le *Healthy Food Environment Policy Index* (Food-EPI), qui met l'accent sur la surcharge pondérale et l'obésité (Encadré 7.3). Le *Hunger and Nutrition Commitment Index* (HANCI) évalue l'engagement des gouvernements et des partenaires extérieurs pour la réduction de la sous-nutrition (te Lintelo et al. 2014). L'*Access to Nutrition Index* (ATNI) note le soutien des grandes entreprises aux bonnes pratiques de nutrition liées à l'élimination de la sous-nutrition, de la

ENCADRÉ 7.4 ENGAGER LES FABRICANTS DE PRODUITS ALIMENTAIRES ET DE BOISSONS GRÂCE À L'OUTIL ACCESS TO NUTRITION INDEX

INGE KAUER

L'outil *Access to Nutrition Index* (ATNI) fournit un cadre détaillé afin d'évaluer les 25 plus grands fabricants mondiaux de produits alimentaires et de boissons. Ce cadre utilise 170 indicateurs fondés sur des directives, des normes et des bonnes pratiques reconnues par la communauté internationale. En notant et classant publiquement les entreprises, ATNI vise à identifier les domaines où leurs politiques, leurs pratiques et leur communication sont à la traîne par rapport aux meilleures pratiques, et favoriser ainsi leur amélioration. L'indice fournit par ailleurs des informations détaillées, indépendantes et comparatives aux parties prenantes intéressées par la surveillance ou engagées avec des fabricants de produits alimentaires et de boissons sur des questions de nutrition.

Le *Global Index 2013* montre que toutes les entreprises peuvent encore améliorer l'accès des consommateurs à des aliments et boissons sains et appropriés, contribuant ainsi à la lutte contre l'obésité et la sous-nutrition. L'entreprise en tête du classement a reçu une note de 6,3 sur 10 seulement, démontrant que d'énormes progrès restent à faire. Seules trois sociétés ont reçu une note au-dessus de 5. L'ATNI a

constaté que les pratiques des entreprises ne sont pas conformes à leurs engagements, notamment dans les domaines suivants : la fabrication de produits sains, leur plus grande accessibilité aux consommateurs et leur commercialisation de manière appropriée. Le manque de transparence freine l'évaluation des pratiques nutritionnelles des entreprises par les parties prenantes, dont les décideurs politiques, la société civile et les investisseurs.

L'ATNI a publié les résultats de 16 sociétés sur 25. Ces entreprises ont apprécié de pouvoir comparer leurs pratiques entre elles et de recevoir des indications sur la manière dont elles peuvent s'améliorer. Sur la base des résultats de l'ATNI, plusieurs d'entre elles se sont engagées à apporter des modifications qui, si elles ont lieu, se traduiront par des scores plus élevés lors du prochain suivi de l'indice. Ces engagements comprennent notamment la publication d'informations pour améliorer la transparence et la redevabilité, des objectifs supplémentaires ou plus solides dans certains domaines, la révision des politiques existantes et un plus grand engagement des parties prenantes. L'ATNI est soutenu par plus de 40 investisseurs du monde

entier qui l'ont accueilli chaleureusement et utilisent ses résultats dans le cadre de leurs engagements avec les entreprises.

L'ATNI poursuivra l'évaluation des actions des entreprises dans ce domaine et les encouragera à jouer un rôle plus actif et approprié dans la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes. L'ATNI entend améliorer la méthodologie du *Global Index 2015*, en veillant en particulier à aligner ses paramètres sur les priorités et les objectifs d'autres grandes initiatives nutritionnelles, en l'occurrence Nutrition pour la croissance (*Nutrition for Growth*), le Réseau des entreprises pour le renforcement de la nutrition (*Scaling Up Nutrition Business Network*), le Défi Faim Zéro des Nations Unies (UN's Zero Hunger Challenge), le Plan d'action Chaque nouveau-né (*Every Newborn Action Plan*) et Transformer la nutrition (*Transform Nutrition*). En continuant à surveiller et informer sur les progrès réalisés par les entreprises dans tous les domaines, y compris la sous-nutrition, l'ATNI espère fournir un mécanisme de surveillance et de redevabilité supplémentaire à toutes les parties prenantes de la nutrition.

surcharge pondérale et de l'obésité (Encadré 7.4). Enfin, le Mouvement SUN note les progrès des pays en matière de transformation institutionnelle. Certains indices utilisent des données primaires collectées soit par l'autodéclaration (ATNI, SUN), soit par un large éventail de parties prenantes (Food-EPI, HANCI). D'autres utilisent des données secondaires (HANCI). Ces indicateurs peuvent sensibiliser davantage aux engagements et aux actions visant à réduire la malnutrition, et par conséquent renforcer la redevabilité. Cependant, ils doivent être évalués afin de déterminer s'ils ont véritablement donné lieu à des actions plus efficaces en matière de nutrition.

Les données

Les profils nutritionnels des pays (longs de 2 pages) produits dans le cadre de ce rapport (disponibles sur www.globalnutritionreport.org) comptent huit indicateurs des domaines politique, législatif et institutionnel : six pour la sous-nutrition (mise en œuvre nationale du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, protection de la maternité sur le marché du travail, enrichissement du blé, mention de la nutrition dans les plans nationaux de développement ou les stratégies de croissance économique, force juridique du droit à l'alimentation dans la constitution, et

note de la transformation institutionnelle attribuée par SUN), et deux pour les maladies non transmissibles liées à l'alimentation (disponibilité et étape de mise en œuvre des politiques sur l'hypertension et le diabète).

Certains pays ont obtenu de bons résultats dans la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et la législation relative à la maternité, et de moins bons résultats dans l'élaboration de politiques sur les maladies non transmissibles liées à l'alimentation, et dans la mention de la sous-nutrition dans les documents de politique de développement (Figure 7.3).

Soixante-dix-sept pays disposent de données pour cinq des six indicateurs relatifs aux politiques et à la législation sur la sous-nutrition (les indicateurs SUN sur la transformation institutionnelle, disponibles uniquement pour un ensemble plus restreint de pays, sont examinés dans la section suivante). Le Brésil est le seul pays qui a obtenu la meilleure note pour tous les cinq. Fait intéressant, la Chine et la Thaïlande, reconnues pour leur bonne performance dans la réduction de la sous-nutrition au cours des vingt dernières années, comptent parmi les six pays qui n'ont pas reçu de note maximale dans aucun des indicateurs (les autres sont l'Angola, le Burundi, le Lesotho et le Qatar).

Quelle est l'importance des politiques, des lois et institutions liées à la nutrition dans la réalisation de progrès réels en matière de nutrition ? Manifestement, il existe de nombreux moyens d'améliorer la nutrition. Les politiques et les lois restent de belles promesses tant qu'elles ne sont pas mises en œuvre. Elles reflètent néanmoins l'engagement public du gouvernement et offrent un point d'entrée pour l'engagement de la société civile sur les questions de nutrition. L'Encadré 7.5 souligne le rôle important du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel – dans le contexte d'autres changements propices – dans l'amélioration spectaculaire des pratiques d'allaitement maternel au Brésil.

Indicateurs SUN de transformation institutionnelle

Le Renforcement de la nutrition (Scaling Up Nutrition sur www.scalingupnutrition.org) est un mouvement mondial réunissant 54 États membres visant à établir un ordre de priorité des efforts pour lutter contre la malnutrition. Ces pays bénéficient de l'appui d'un large éventail de partenaires au développement, de la société civile aux entreprises en passant par les Nations Unies, les bailleurs de fonds, les instituts de recherche et les entreprises.

Une des hypothèses émises par SUN souligne que les efforts en vue de réduire la malnutrition nécessitent une coordination renforcée entre les secteurs et les parties prenantes, et un meilleur alignement avec les cadres de résultats. En conséquence, les membres de SUN explorent de nouvelles façons d'évaluer les transformations institutionnelles pour

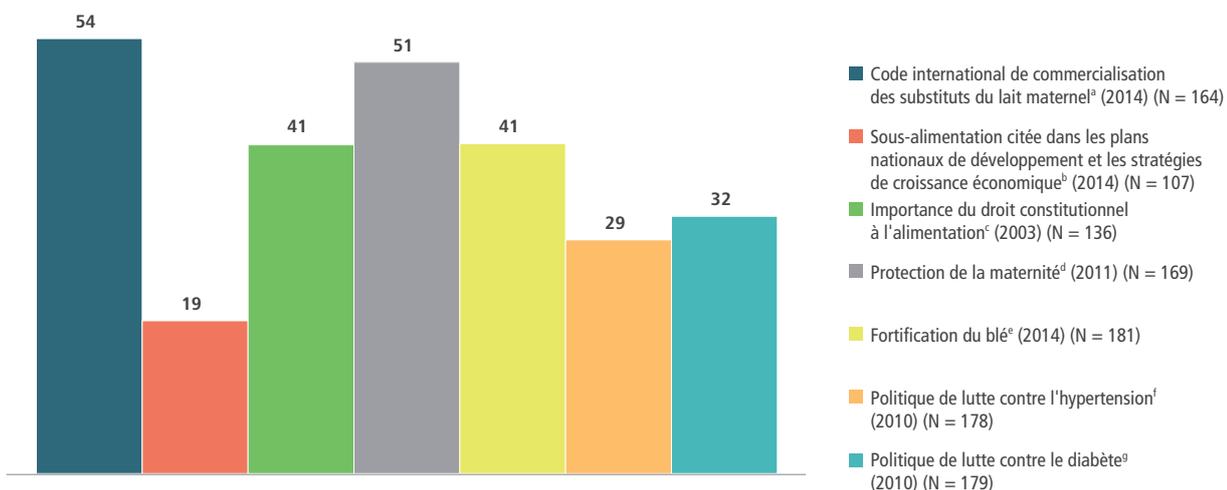
l'amélioration de la nutrition. Trente-sept pays ont réalisé une auto-évaluation de leurs progrès annuels en fonction de quatre processus définis dans la Stratégie du Mouvement SUN pour la période 2012–2015 :

- réunir les personnes dans un espace commun pour l'action ;
- garantir une politique cohérente et un cadre juridique ;
- aligner les actions autour d'un cadre commun de résultats ; et
- assurer le suivi des finances et la mobilisation des ressources.

Dans le cadre de ces auto-évaluations, les participants provenant d'un éventail de parties prenantes ont été invités à attribuer collectivement des notes pour différents « marqueurs de progrès » qui composent les quatre processus (Figure 7.4). Les pays font état d'avancées significatives dans le rapprochement entre les parties (processus 1) et l'élaboration de cadres politiques et législatifs cohérents (processus 2). Cependant, des progrès limités ont été enregistrés dans l'alignement des actions autour de résultats communs (processus 3) et dans le suivi des investissements en faveur de la nutrition (processus 4).

Les notes indiquent que les gros efforts actuels de coordination entre les multiples parties prenantes en vue d'élaborer des politiques et des lois et de mobiliser des ressources en faveur de la nutrition doivent encore se traduire par des actions correctement gérées et surveillées, et par des investissements plus importants, alignés et suffisamment justifiés.

FIGURE 7.3 POURCENTAGE DE PAYS AYANT UN SCORE ÉLEVÉ POUR CHAQUE INDICATEUR D'ENVIRONNEMENT PROPICE



Source : Voir la Note technique 1 sur www.globalnutritionreport.org.

Remarque : Les années indiquées entre parenthèses sont celles pour lesquelles des données sont disponibles. N = Nombre de pays disposant de données.

^a Pays qui ont promulgué des lois qui englobent la totalité ou la plupart des dispositions du code.

^b 20 premiers pays sur les 107 classés en fonction du nombre de fois où la « sous-alimentation » est citée dans les plans nationaux de développement.

^c Pays dotés de constitutions prévoyant expressément le droit à l'alimentation.

^d Pays qui ont ratifié la Convention 183 de l'Organisation internationale du travail.

^e Pays qui ont adopté l'enrichissement du blé avec au moins du fer ou de l'acide folique.

^f Pays qui se sont dotés de politiques disponibles et pleinement mises en œuvre pour la gestion de l'hypertension.

^g Pays qui se sont dotés de politiques disponibles et pleinement mises en œuvre pour la gestion du diabète.

ENCADRÉ 7.5 COMMENT LE BRÉSIL A RÉDUIT LE RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS ET AMÉLIORÉ LES PRATIQUES D'ALLAITEMENT MATERNEL

JENNIFER REQUEJO

Au cours des quatre dernières décennies, le Brésil a connu une évolution rapide des facteurs clés qui influent sur la santé et la nutrition, et de grandes réformes du système de santé (Victora, Aquino, et al. 2011). Ces changements se reflètent dans les progrès impressionnants du Brésil dans la réduction du retard de croissance et l'amélioration des pratiques d'allaitement maternel à partir du milieu des années 1970 jusqu'à ce jour. Ainsi, la prévalence du retard de croissance a chuté de 37 % en 1974–1975, à 7 % en 2006–2007. Pendant la même période, la durée moyenne de l'allaitement maternel a augmenté d'environ 2,5 à 14 mois. Les taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 4 mois ont augmenté de manière similaire, passant d'environ 4 % en 1986, à 48 % en 2006-2007 (Victora, Aquino, et al. 2011).

Ces avancées résultent d'un vaste élargissement de l'accès aux services de santé maternelle et infantile et de nutrition, et de changements sociaux, économiques et politiques de grande envergure. Les changements les plus notables comprennent la réduction régulière de la pauvreté, des inégalités, et de la fertilité ; la transition d'une dictature militaire vers une démocratie stable et l'introduction de nombreuses réformes sociales ; des investissements gigantesques dans l'enseignement primaire et secondaire qui

ont entraîné des améliorations substantielles dans l'éducation des femmes ; des programmes de supplémentation alimentaire en direction des mères et des enfants ; des programmes d'eau et assainissement de grande échelle et des programmes d'allocations envers les groupes de population les plus pauvres (Pérez-Escamilla et al 2012, Victora, Aquino, et al. 2011).

En vue de réduire les taux élevés de mortalité infantile et de retard de croissance, notamment par rapport à d'autres pays à revenu similaire, le Brésil a intensifié des programmes verticaux de survie de l'enfant à partir des années 1980, et les a intégrés au système de soins de santé primaires (Pérez Escamilla et al. 2012). Ces programmes comprenaient des mesures très coordonnées visant à promouvoir des pratiques optimales d'allaitement maternel, telles que le Programme national de promotion de l'allaitement maternel lancé en 1981. Ce dernier comportait une évaluation des besoins de base, un plaidoyer et des campagnes médiatiques pour sensibiliser les décideurs et le public au besoin urgent d'augmenter les taux d'allaitement maternel, la formation d'agents de santé aux conseils à prodiguer aux femmes, et la création de groupes de soutien de mère à mère. Il a également engagé les organisations de la société civile,

dont le réseau *International Baby Food Action*, en vue d'accroître la sensibilisation de la communauté à la relation entre allaitement et santé maternelle et infantile.

Au niveau politique, le Brésil a appliqué avec fermeté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel depuis 1988 et étendu progressivement le congé de maternité de deux à six mois en 2006. Plus de 300 maternités ont été certifiées par l'Initiative hôpitaux amis des bébés. Le Brésil compte également plus de 200 banques de lait maternel, permettant aux femmes de fournir du lait maternel à leurs bébés lorsqu'elles sont dans l'incapacité d'allaiter.

Le succès du Brésil dans la réduction considérable de la prévalence du retard de croissance et l'amélioration des pratiques d'allaitement illustre les résultats pouvant être obtenus grâce à des actions coordonnées et soutenues dans de multiples secteurs. Ces actions améliorent l'accès aux services liés à la nutrition maternelle et infantile, la situation éducative et sociale des femmes ; elles accroissent la volonté politique de remédier à la malnutrition des enfants par le biais de programmes efficaces et la création d'un environnement juridique favorable encourageant les femmes à opter pour l'allaitement maternel.

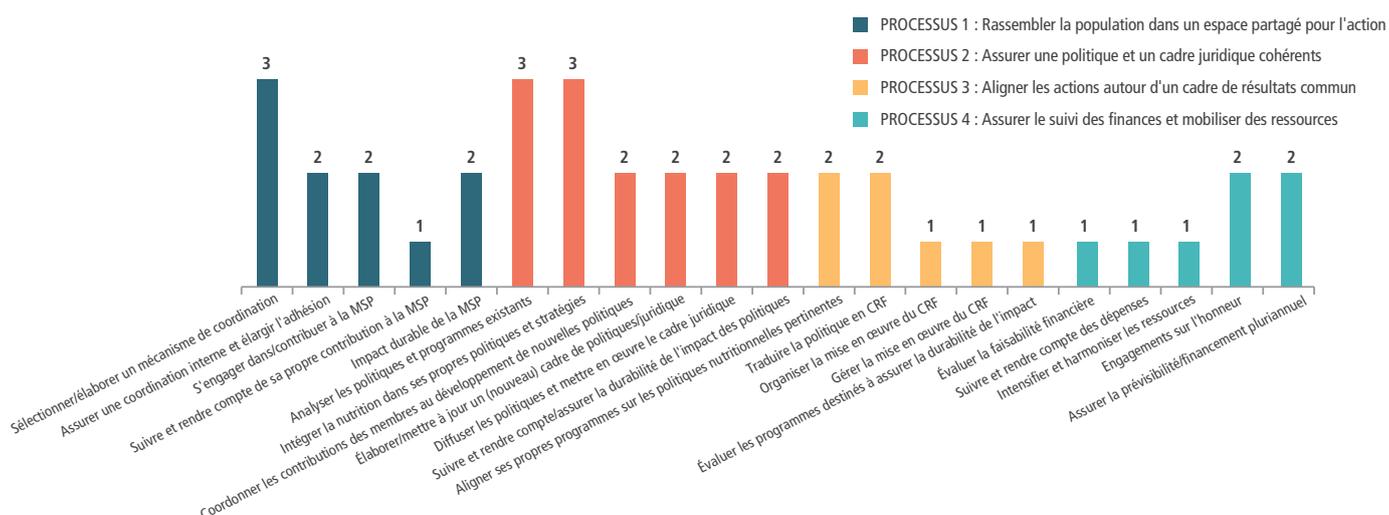
Cet exercice novateur reflète le travail de Food-EPI dans le domaine de la surcharge pondérale et de l'obésité, et met en évidence les lacunes entre la politique et l'action, mais également l'élan des pays impliqués.

Facteurs de risque liés à l'alimentation pour les maladies non transmissibles et l'environnement des politiques

Les maladies non transmissibles comme l'hypertension et le diabète augmentent rapidement dans le monde entier, et dans la plupart des régions, les politiques restent faibles dans

ces domaines. Le Tableau 7.1 montre le nombre de personnes de chaque région des Nations Unies vivant dans des pays présentant à la fois une forte prévalence des facteurs de risque de l'hypertension et du diabète et de faibles notes en matière de politiques. Ces données illustrent une fracture régionale – l'Afrique est vulnérable à l'hypertension et l'Asie au diabète – et mettent en évidence le grand nombre de populations vulnérables en Europe. Le rapprochement de ces différents types d'indicateurs dans des analyses descriptives simples peut déclencher de nouveaux débats et aider la société civile, au sens le plus large, à faire pression sur les gouvernements pour agir de manière plus globale.

FIGURE 7.4 SCORES DES MODES POUR LES MARQUEURS DE PROGRÈS EN MATIÈRE DE TRANSFORMATION INSTITUTIONNELLE DANS LES PAYS SUN



Source : Données fournies par Patrizia Fracassi, Renforcement de la nutrition (SUN), 24 juillet 2014.

Remarque : Les données proviennent de 37 pays pour l'année 2014. La notation est fondée sur une échelle de cinq points (0 = résultat absent/non applicable, 1 = entamé, 2 = en cours, 3 = presque terminé, 4 = terminé). MSP = plateforme multisectorielle. CRF = cadre commun de résultats.

TABLEAU 7.1 RÉGIONS PRÉSENTANT DES FAIBLESSES DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE L'HYPERTENSION ET LE DIABÈTE

Région (y compris les pays les plus peuplés)	Population totale des pays (en millions)
La prévalence de l'hypertension artérielle est élevée et la politique de lutte contre l'hypertension est faible	
Afrique (y compris RDC, Ouganda, République unie de Tanzanie, Kenya)	586
Asie (y compris Myanmar)	92
Europe (y compris Fédération de Russie, Pologne, Ukraine)	297
Région Amérique latine et Caraïbes (y compris République dominicaine)	28
Océanie	0,4
La prévalence de l'hyperglycémie est élevée et la politique de lutte contre le diabète est faible	
Afrique (y compris Ghana, Cameroun, Maroc)	119
Asie (y compris Pakistan)	427
Europe (y compris Fédération de Russie, Turquie, Ukraine)	220
Région Amérique latine et Caraïbes (y compris Argentine)	106
Océanie	9

Source : Les données sur les politiques sont fournies par l'OMS (2014h, les données ont été recueillies à partir de l'année 2010) ; les données sur l'hypertension artérielle et la glycémie sont fournies par l'OMS (2014i, 2014j ; les données les données ont été recueillies à partir de l'année 2008). Les données démographiques sont fournies par les Nations Unies (2013b).

Remarque : La faiblesse de la politique tient au fait qu'elle n'est pas pleinement appliquée (inexistante, non mise en œuvre, ou partiellement mise en œuvre). La prévalence élevée indique des scores supérieurs à la moyenne dans les pays pour lesquels des données sont disponibles.

LACUNES DANS LES DONNÉES

1. Des données identifiant et suivant les ressources financières nationales allouées à la nutrition doivent être recueillies, compilées et organisées.
2. Les différences entre les systèmes d'information des bailleurs de fonds sur les dépenses en faveur de la nutrition doivent être mieux comprises et les systèmes d'information doivent être davantage harmonisés.
3. Les données existantes sur les politiques, les lois et les engagements doivent être analysées avec les données sur les statuts nutritionnels afin de déterminer si elles ont un effet indépendant sur la nutrition.

8 IL EST NÉCESSAIRE DE RENFORCER LA REDEVABILITÉ EN MATIÈRE DE NUTRITION

LORS DU SOMMET NUTRITION POUR LA CROISSANCE (N4G) DE 2013 À LONDRES, PLUS DE 90 SIGNATAIRES ONT PRIS DES ENGAGEMENTS PUBLICS IMPORTANTS EN FAVEUR D' ACTIONS liées à la nutrition, avec l'ambition collective de parvenir à l'horizon 2020 à :

1. veiller à ce que pas moins de 500 millions de femmes enceintes et enfants de moins de 2 ans bénéficient d'interventions efficaces dans le domaine de la nutrition ;
2. épargner à au moins 20 millions d'enfants de moins de 5 ans un retard de croissance, et
3. protéger au moins 1,7 million de vies grâce à la prévention du retard de croissance, l'augmentation de la fréquence de l'allaitement maternel et le traitement de la malnutrition sévère aiguë.

Le suivi des engagements pris par les signataires du N4G est fondamental, et on ne peut y déroger sans engendrer du cynisme et de la complaisance. Ce rapport résultant du N4G devrait permettre aux partenaires de se tenir mutuellement responsables de leurs engagements et de fournir des preuves de leurs résultats.

POINTS

CLÉS

1. Pour que le processus préparatoire de ce rapport soit aussi redevable que possible, nous avons, entre autres, procédé à des examens externes, fait des déclarations sur les conflits d'intérêts et donné libre accès aux données en sollicitant des contributions, et accordé une attention particulière aux points de vue des pays.
2. La production des rapports sur les engagements du sommet Nutrition pour la croissance de 2013 a posé des problèmes à tous les groupes de signataires. De précieux enseignements ont été tirés de cette « année de référence ».
3. Plus de 90 % des signataires ont répondu aux demandes d'informations sur leurs engagements N4G. Très peu de signataires ont été jugés en mauvaise voie par rapport à leurs engagements, malgré le grand nombre d'évaluations « peu claires » dues au manque de précision des engagements et des réponses.
4. En termes de progrès par rapport aux objectifs N4G, les groupes n'avaient pas de sujets de préoccupations notables, du moins dans cette première phase 2013–2020. L'évaluation sera renforcée en 2015 avec des données supplémentaires, des processus simplifiés et des participants plus motivés.
5. La redevabilité peut être renforcée. Les acteurs de la société civile sont particulièrement importants, bien qu'ils aient besoin d'appui pour être plus efficaces. Les plateformes nationales d'évaluation et les mécanismes communautaires de remontée de l'information sont des procédés qui promettent de renforcer la redevabilité en matière de nutrition, mais ils doivent être pilotés et évalués.
6. Les systèmes nationaux et internationaux de recherche en nutrition pilotés par les pays eux-mêmes sont susceptibles de favoriser une plus grande redevabilité sur le plan national.

Ce chapitre examine les processus que nous avons suivis pour identifier et suivre les engagements N4G. Il présente les résultats, les défis et des idées en faveur d'un renforcement du processus dans le *Rapport sur la nutrition mondiale* 2015. L'amélioration du processus de suivi sera importante puisque le Brésil se prépare à accueillir le prochain sommet Nutrition pour la croissance à Rio de Janeiro en 2016. Nos efforts de suivi de ces engagements mettent en évidence les défis de l'amélioration de la redevabilité en matière de nutrition. Ce chapitre propose donc quelques suggestions sur la façon de renforcer la redevabilité, en s'appuyant sur une série d'encadrés présentés dans le chapitre.¹

SUIVI DES ENGAGEMENTS DE NUTRITION POUR LA CROISSANCE

Quatre-vingt dix parties prenantes ont signé le Pacte N4G, et 20 autres ont pris des engagements après la formulation du Pacte. Deux points sont à noter dans la présentation de nos tentatives de suivi de ces engagements : premièrement, les signataires du N4G ont pris des engagements en matière de nutrition qui ne sont pas spécifiquement pris en compte dans leurs engagements N4G. À moins que les signataires ne rendent aussi des comptes sur ces engagements en matière de nutrition, ces derniers ne figureront pas dans les tableaux en ligne. Deuxièmement, les personnes œuvrant dans le secteur de la nutrition n'ont pas toutes pris des engagements N4G, mais cela ne réduit en rien leur importance. L'expérience acquise dans l'identification et le suivi des engagements N4G peut permettre de tirer des leçons pour le suivi des engagements non N4G similaires, et le *Rapport sur la nutrition mondiale* 2015 étudiera les moyens de le faire.

Les 110 parties prenantes ont été réparties en six groupes : les États, les agences des Nations Unies, les organisations de la société civile (OSC), les entreprises, les bailleurs de fonds et un groupe d'organisations difficiles à intégrer dans l'une des cinq premières catégories. Avec l'appui du Secrétariat du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) et le SUN UN, les entreprises, les bailleurs de fonds et les réseaux d'OSC, nous avons fait le suivi avec tous les signataires du Pacte. Les engagements ont été divisés en promesses financières (pour augmenter le financement) et non financières (sans engagements financiers explicites d'augmenter le financement, mais impliquant une réaffectation des ressources), qui pouvaient être classées entre trois types d'engagements visant à améliorer les impacts, les programmes et les politiques. Le calendrier des engagements s'étend sur la période 2013 à 2020.

Le processus d'identification et de suivi des engagements est le suivant : (1) identifier l'engagement spécifique dans le document du Pacte, (2) rappeler au signataire son engagement et lui demander de rendre compte des progrès selon un modèle adapté à chaque groupe, (3) clarifier les problèmes avec ceux qui ont répondu, (4) saisir les réponses finales dans un ensemble de tableaux détaillés de suivi des engagements N4G mis en ligne, et (5) évaluer les progrès.

Les tableaux complets et détaillés du suivi des engagements N4G sont disponibles en ligne (sur www.globalnutritionreport.org). Ils reprennent les réponses de chaque signataire, éditées a minima, en donnant un aperçu de la grande diversité des réponses des pays et des organisations.

Pour évaluer les progrès, deux membres de l'équipe de rédaction ont examiné les tableaux détaillés de suivi des engagements N4G pour chaque signataire, en ont fait une évaluation indépendante, puis ont révisé et rapproché (deux fois) les deux évaluations indépendantes.² L'évaluation des progrès sur les engagements financiers est relativement simple. Si les progrès signalés pour 2014 ont atteint ou dépassé l'engagement pris, ils sont jugés « en bonne voie » ; si les engagements n'ont pas été respectés, ils sont jugés « en mauvaise voie » ; et quand la situation n'était pas claire, nous les avons jugés « pas clairs ». L'évaluation des engagements non financiers a été plus difficile. Une fois de plus, nous avons cherché les spécificités. Est-ce qu'une promesse a été présentée comme réalisée ou presque réalisée? Lorsque le statut « en bonne voie/en mauvaise voie » n'était pas évident pour l'un ou l'autre des évaluateurs, à la suite de leurs évaluations indépendantes et de deux examens conjoints, nous avons appliqué le statut « pas clair ». Sur cette base, nous avons compilé une série de tableaux résumant les progrès de chaque signataire, dans lesquels nous précisons quels signataires n'ont pas pu nous envoyer les données demandées aux dates indiquées, et ceux qui n'ont pas pris d'engagements dans certains domaines. Dans ces tableaux de suivi, les lecteurs peuvent voir les données probantes à la base de notre évaluation et faire leurs propres évaluations des progrès.

Le Tableau 8.1 montre le taux de réponse à nos demandes, envoyées en collaboration avec l'Institut des études de développement (IDS) à partir de mars 2014. Pour le présent rapport, nous avons accepté les réponses jusqu'au 15 septembre 2014.

TABLEAU 8.1 TAUX DE RÉPONSES AUX DEMANDES DE RAPPORTS SUR LES PROGRÈS ENVERS LES ENGAGEMENTS N4G

Groupes signataires N4G	Nombre de demandes de rapports	Nombre de réponses	Taux de réponse (%)
Pays	25	24	96
Agences des Nations Unies	7	6	86
Organisations de la société civile	15	14	93
Entreprises	29	24	83
Bailleurs de fonds – financiers	11	11	100
Bailleurs de fonds – non financiers	18	18	100
Autres organisations	5	4	80
Total	110	101	92

Source : Auteurs.

Engagements des pays

Vingt-cinq États signataires se sont engagés à faire de la réduction de la malnutrition une grande priorité, à augmenter les budgets nationaux pour améliorer la nutrition et à renforcer la mise en œuvre des programmes nationaux de nutrition. Sur ces 25 États, 15 se sont engagés à accroître les ressources nationales investies dans le renforcement des programmes nationaux de nutrition et 12 ont annoncé des objectifs nationaux de réduction du retard de croissance (certains ont pris les deux types d'engagements). Sur les 25 pays suivis, 24 ont répondu dans les délais.

Les engagements N4G ont été classés selon les catégories suivantes : engagements en termes d'impact/de résultats (liés, par exemple, aux objectifs de l'AMS tels que l'allaitement maternel exclusif, le retard de croissance ou les taux de malnutrition aiguë), engagements financiers, engagements en termes de politiques et de programmes. Le Tableau 8.2 indique si les 25 pays ont tenu ou non leurs engagements sur la base des progrès signalés par rapport à ces objectifs.

Sur les 24 pays qui ont répondu, beaucoup sont « en bonne voie », notamment au niveau des engagements en termes de politiques. En ce qui concerne les engagements

en termes d'impact, il est difficile de faire des comparaisons significatives avec les données de base des pays par manque de nouvelles données. Dans les cas où de nouvelles données sont disponibles, deux pays sont en bonne voie, et deux en mauvaise voie. Pour les engagements financiers, trois pays sont en bonne voie et un en mauvaise voie, le reste des engagements et des réponses ayant été trop vagues pour être pris en compte.

Engagements des organisations de la société civile

Ces organisations ont pris des engagements financiers et en termes de politiques et de programmes dont ce rapport rend compte. Sur les 15 organisations de la société civile contactées, 14 ont répondu. La plupart ont réalisé des progrès par rapport à leurs engagements (Tableau 8.3). Les engagements financiers des organisations de la société civile sont classés en investissements spécifiques à la nutrition, en investissements contribuant à la nutrition, ou les deux. Une grande proportion des investissements contribuant à la nutrition est axée sur les liens entre nutrition et agriculture. Beaucoup des mises à jour concernant les progrès en termes de politiques et de programmes des organisations de la société civile mettent l'accent sur les pays et les groupes cibles bénéficiaires. Ces informations détaillées dressent un tableau complet du champ d'action des programmes des OSC dans les pays.

TABLEAU 8.2 PROGRÈS RÉALISÉS PAR LES PAYS ENVERS LEURS ENGAGEMENTS N4G

Pays	Engagements en termes d'impacts	Engagements en termes de politiques	Engagements programmatiques	Engagements financiers
Bangladesh	Pas clair	En bonne voie	En bonne voie	En bonne voie
Bénin	Pas clair	Pas clair	Pas clair	Aucun engagement
Burkina Faso	Pas clair	En bonne voie	Pas clair	Aucun engagement
Burundi	Pas clair	En bonne voie	En mauvaise voie	Aucun engagement
Côte d'Ivoire	Pas clair	Aucun engagement	En bonne voie	Pas clair
Éthiopie	Pas clair	Aucun engagement	En bonne voie	En bonne voie
Gambie	En mauvaise voie	Aucun engagement	Aucun engagement	Aucun engagement
Guatemala	Pas clair	En bonne voie	Pas clair	Pas clair
Indonésie	En mauvaise voie	En bonne voie	Pas clair	Aucun engagement
Liberia	Aucun engagement	En mauvaise voie	Aucun engagement	Pas clair
Malawi	Aucun engagement	En bonne voie	Pas clair	Pas clair
Mali	Aucun engagement	En bonne voie	Aucun engagement	Aucun engagement
Mauritanie	Pas clair	Pas clair	Aucun engagement	Aucun engagement
Namibie	En bonne voie	Aucun engagement	En mauvaise voie	Aucun engagement
Niger	Pas clair	En bonne voie	En bonne voie	Pas clair
Nigéria	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Ouganda	Pas clair	En bonne voie	Pas clair	Aucun engagement
RDC	Aucun engagement	En bonne voie	Pas clair	Pas clair
République unie de Tanzanie	Pas clair	En bonne voie	Aucun engagement	Aucun engagement
Sénégal	En bonne voie	En bonne voie	Pas clair	En bonne voie
Sierra Leone	Pas clair	Pas clair	En bonne voie	Pas clair
Sri Lanka	Pas clair	Aucun engagement	Aucun engagement	Pas clair
Yémen	Aucun engagement	Pas clair	Pas clair	Pas clair
Zambie	Pas clair	Pas clair	En bonne voie	Pas clair
Zimbabwe	Aucun engagement	Pas clair	Pas clair	En mauvaise voie

Source : Auteurs.

Remarque : En bonne voie : Les progrès réalisés sont en cours pour tenir les engagements N4G. En mauvaise voie : Les progrès réalisés ne sont pas suffisants pour répondre aux engagements N4G. Aucun engagement : aucun engagement lié aux N4G n'a été pris. Pas clair : l'engagement était trop vague pour apprécier si l'engagement a été tenu, ou les données sur les progrès réalisés étaient trop vagues ou partielles. Aucune réponse : le pays n'a pas répondu aux demandes d'information.

Engagements des entreprises

Vingt-neuf entreprises se sont engagées à inscrire la bonne nutrition au cœur de leurs pratiques commerciales. Plus précisément, elles ont déclaré leur intention, d'ici à juin 2016, de : (1) mettre en place une politique nutritionnelle pour une main-d'œuvre productive et en bonne santé, et (2) améliorer les politiques de santé maternelle, y compris un appui aux mères allaitantes employées. Ces mesures devraient se traduire par de meilleurs services de nutrition et, par conséquent, une amélioration de la productivité et de la santé de plus de 1,2 million des membres de leur personnel dans plus de 80 pays.

Pour l'année 2014, nous avons travaillé avec le réseau des entreprises SUN pour envoyer nos demandes et recevoir des

rapports sur ces engagements.³ Les entreprises étaient appelées à s'attribuer une note allant de 1 à 6 (1 = peu ou pas de progrès ; 2 = quelques progrès ; 3 = bons progrès ; 4 = phase d'élaboration finale ; 5 = déploiement partiel ; et 6 = mise en œuvre complète).

Sur les 29 entreprises suivies, 24 ont produit des rapports sur leurs engagements (Tableau 8.4). Dans les réponses, aucune tendance n'a été détectée par région, taille ou secteur. Le Tableau 8.5 répertorie les réponses données par chaque entreprise. Celles qui se sont bien évaluées sur un aspect de leur main-d'œuvre ont eu tendance à en faire de même sur les deux. Le mode et la médiane des deux dimensions s'élèvent à 2. Nous avons ensuite été plus loin en évaluant les entreprises

TABLEAU 8.3 PROGRÈS RÉALISÉS PAR LES OSC ENVERS LEURS ENGAGEMENTS N4G

Organismes de la société civile (OSC)	Engagements financiers	Engagements politiques/programmatiques
Action contre la faim (ACF International)	En bonne voie	En bonne voie
CAFOD	Aucun engagement	Pas clair
Comic Relief	Aucune réponse	Aucune réponse
Concern Worldwide	En mauvaise voie	Aucun engagement
Helen Keller International	Aucun engagement	En bonne voie
Interaction	En bonne voie	Aucun engagement
Mercy Corps	Aucun engagement	Pas clair
Micronutrient Initiative	En bonne voie	En bonne voie
One Campaign	Aucun engagement	En bonne voie
Oxfam	Aucun engagement	En mauvaise voie
Save the Children International	En bonne voie	En bonne voie
SUN CSO Alliance Zambia	Aucun engagement	Pas clair
UK Biotechnology and Biological Sciences Research Council	Aucun engagement	En bonne voie
Vegan Society	Aucun engagement	En bonne voie
World Vision	En bonne voie	Aucun engagement

Source : Auteurs.

Remarque : En bonne voie : Les progrès réalisés sont en cours pour tenir les engagements NG4. En mauvaise voie : Les progrès réalisés ne sont pas suffisants pour répondre aux engagements N4G. Aucun engagement : Aucun engagement lié aux N4G n'a été pris. Pas clair : l'engagement était trop vague pour apprécier s'il a été tenu, ou les données sur les progrès étaient trop vagues ou partielles. Aucune réponse : Les organismes de la société civile n'ont pas répondu aux demandes d'information.

³ Concern Worldwide a déclaré des progrès importants par rapport à des engagements très élevés mais n'a pas réussi, de peu, à respecter ses engagements, d'où la note.

TABLEAU 8.4 AUTO-ÉVALUATIONS DES ENTREPRISES CONCERNANT LEURS ENGAGEMENTS N4G ENVERS L'ALIMENTATION DE LEUR PERSONNEL

Réponses	Nombre d'entreprises ayant fourni des réponses sur leurs progrès	
	Élaborer une politique nutritionnelle pour du personnel productif et en bonne santé	Améliorer les politiques de santé maternelle du personnel féminin, notamment en faveur des mères allaitantes
1 = peu ou pas de progrès	2	3
2 = quelques progrès	11	12
3 = bons progrès	6	3
4 = stade final d'évolution	0	2
5 = mise en œuvre partielle	3	2
6 = mise en œuvre intégrale	0	0
Total des réponses	22	22
Aucune réponse	7	7
Nombre total d'entreprises	29	29

Source: Auteurs.

de la même manière que les autres intervenants du N4G et en classant leurs progrès comme suit : « en bonne voie » (note supérieure ou égale à 3), « en mauvaise voie » (note 1), ou « pas clair » (note 2).

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* mettra un accent plus fort sur la redevabilité des entreprises (voir Encadré 8.1 sur quelques initiatives en cours). Il tentera également de suivre en ensemble plus large d'engagements pris par les entreprises.

Engagements des Nations Unies

Sept agences des Nations Unies ont pris des engagements N4G ; il s'agissait moins d'engagements financiers que d'engagements en termes de programmes et de politiques. Au 4 septembre 2014, nous avons reçu des réponses de six d'entre elles, pour la plupart substantielles et bien reliées aux engagements initiaux. Toutes les agences qui ont répondu étaient « en bonne voie » de tenir leurs engagements

TABLEAU 8.5 PROGRÈS DES ENTREPRISES ENVERS LEURS ENGAGEMENTS N4G

Entreprise	Élaborer une politique nutritionnelle en faveur d'un personnel productif et en bonne santé	Nombre de bénéficiaires (personnel en bonne santé)	Améliorer les politiques en faveur de la santé maternelle, y compris le soutien aux mères allaitantes	Nombre de bénéficiaires (mères allaitantes)
Acciona	En bonne voie (5)	33 000	En bonne voie (5)	4 200
Ajinomoto	En bonne voie (3)	Non applicable	En bonne voie (3)	Non applicable
Anglo American	En mauvaise voie (start tracking in 2015)	Non applicable	En mauvaise voie (start tracking in 2015)	Non applicable
Aslan Group	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Associated British Foods	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Barclays	En bonne voie (3)	Non applicable	En bonne voie (3)	Non applicable
BASF	Pas clair (2)	Non applicable	En bonne voie (4)	Non applicable
Bayer Crop Science	Pas clair (2)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
BP	Pas clair (2)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
Britannia Industries	Pas clair (2)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
Cargill	Pas clair (2)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
DSM	En bonne voie (3)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
Gallup	En bonne voie (5)	670	En bonne voie (5)	670
GlaxoSmithKline	Pas clair (2)	Non applicable	En bonne voie (4)	Non applicable
Gujarat Cooperative Milk Marketing Federation Ltd (Amul)	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
GUTS Agro Industry	En bonne voie (5)	25	En bonne voie (3)	2
Indofood	Pas clair (2)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
Infosys	En mauvaise voie (1)	Non applicable	En mauvaise voie (1)	Non applicable
KPMG	En bonne voie (3)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
Lozane Farms	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Malawi Mangoes	En bonne voie (3)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
M&S	Pas clair (2)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
Netafim	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
RAB Processors	En mauvaise voie (1)	Non applicable	En mauvaise voie (1)	Non applicable
Shambani	Pas clair (2)	Non applicable	En bonne voie (3)	3 mères ont bénéficié de 30 jours supplémentaires de congé maternité payés et la possibilité de travailler à mi-temps pendant 4 mois au terme du congé maternité
Syngenta	Pas clair (2)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable
Tanseed	Pas clair (2)	Non applicable	En mauvaise voie (1)	Non applicable
Unilever	En bonne voie (3)	Policy will be available at all sites, reaching about 174 000	Pas clair (2)	Policy will be available to all working women of child-bearing age, about 44 000
Waitrose	En bonne voie (3)	Non applicable	Pas clair (2)	Non applicable

Source : Auteurs.

Remarque : Les codes sont les suivants : 1 = peu ou pas de progrès ; 2 = quelques progrès ; 3 = bons progrès ; 4 = stade final de développement ; 5 = mise en œuvre partielle ; 6 = mise en œuvre intégrale. Non applicable = les sociétés n'étaient pas tenues de fournir le nombre de membres du personnel bénéficiaires si elles se notaient entre 1 et 4. Aucune réponse = la société n'a pas répondu. Les auteurs du rapport ont désigné le chiffre 1 à la réponse « En mauvaise voie », le chiffre 2 à la réponse « pas clair », et le chiffre 3 et plus pour les réponses « En bonne voie ».

ENCADRÉ 8.1 RENFORCER LA NUTRITION PAR LE BIAIS DES ENTREPRISES

JONATHAN TENCH

Malgré l'implication des entreprises dans plus de 20 plateformes nationales multipartites du Mouvement SUN, les plans stratégiques ou de mise en œuvre des plans reflètent une mauvaise compréhension ou incorporation du rôle des entreprises. Les stratégies nationales analysées par le réseau des entreprises SUN visaient, entre autres objectifs, l'accès à des services directs de nutrition, la communication en faveur du changement des comportements, le renforcement des capacités techniques et institutionnelles, la mobilisation des ressources, la recherche, la collecte et l'analyse des données, ainsi que le suivi et l'évaluation. Les plans visant à atteindre ces objectifs ont rarement déterminé le rôle des entreprises.

Par ailleurs, les plans de mise en œuvre des pays traduisent une forte dépendance

vis-à-vis des ressources et des capacités du secteur public, mais informent peu sur les ressources disponibles dans le secteur privé. Un plan note même qu'il « ne prend pas en compte les investissements des entreprises qui, par nature, ne peuvent être planifiés » (SUN 2014a, 29). Un autre indique que les entreprises peuvent contribuer à l'enrichissement des aliments, mais uniquement dans le cadre des dons qu'elles consentent habituellement à des programmes publics, sans tenir compte des propositions commerciales essentielles pouvant être faites par les producteurs de denrées alimentaires.

Les chefs d'entreprise des pays SUN ont manifesté un vif intérêt pour les initiatives multipartites et les discussions

nationales sur les mesures incitatives des politiques publiques liées à la mise en œuvre des réglementations, aux taxes et infrastructures susceptibles de stimuler des investissements plus importants. Pour profiter pleinement des investissements des entreprises, les pays devront intégrer ces incitations dans leurs plans nationaux. Les efforts nationaux et mondiaux visant à améliorer la transparence et les mécanismes de suivi, tels que Access to Nutrition Index (ATNI), fonctionnent avec les plus grandes entreprises de produits alimentaires et de boissons. Les efforts du Mouvement SUN pour lever le voile sur les conflits d'intérêts et comprendre comment minimiser les risques peuvent favoriser un engagement responsable et réglementé.

(Tableau 8.6). La plupart des engagements portaient sur un plus grand renforcement des engagements des agences des Nations Unies dans les pays où d'importants travaux étaient en cours. Certaines agences sont également en train de formuler et améliorer les indicateurs de main-d'œuvre afin de mieux évaluer l'état nutritionnel et alimentaire des populations. Elles ont aussi amélioré la coordination avec les pouvoirs publics.

Engagements des bailleurs de fonds

Dix-huit bailleurs de fonds ont pris des engagements N4G. Sept ont pris des engagements financiers et des engagements en termes de politiques ou de programmes, six des engagements uniquement financiers et cinq n'ont pris que des engagements en termes de politiques ou de programmes. Comme indiqué au Chapitre 7, nous ne pouvons rendre compte des engagements financiers N4G des bailleurs de fonds à cause des décalages dans le processus d'élaboration des rapports des organismes d'aide publique au développement. Néanmoins, les 13 bailleurs

de fonds qui ont pris des engagements financiers au sommet N4G nous ont fourni des données financières présentées dans ce chapitre. Nous avons également reçu des réponses de tous les bailleurs de fonds qui ont pris des engagements en termes de politiques ou de programmes (Tableau 8.7). En général, ils ont fait état de progrès positifs. Beaucoup ont établi des relations de collaboration uniques et des partenariats innovants qui influenceront sur la mise en œuvre des programmes.

Engagements N4G d'autres organisations

Nous avons reçu quatre réponses des cinq (« autres ») organisations, qui semblent difficiles à classer dans une catégorie. Les réponses sont exhaustives et parfois reflètent bien les engagements N4G énoncés (Tableau 8.8).

Conclusions

- Un taux de réponse de 92 % est respectable. Néanmoins, compte tenu des requêtes et des offres répétées pour aider à remplir les

TABLEAU 8.6 PROGRÈS DES NATIONS UNIES DANS LE RESPECT DE LEURS ENGAGEMENTS N4G

Agence des Nations Unies	Engagements en termes de politiques/programmatiques
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)	En bonne voie
Fonds international de développement agricole (FIDA)	En bonne voie
Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA)	Aucune réponse
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	En bonne voie
Réseau du système des Nations Unies de SUN	En bonne voie
Programme alimentaire mondial (PAM)	En bonne voie
Organisation mondiale de la santé (OMS)	En bonne voie

Source : Auteurs.

Remarque : En bonne voie : les progrès réalisés sont en cours pour tenir les engagements N4G. Aucune réponse : l'agence n'a pas répondu aux demandes de rapport sur ses progrès.

ENCADRÉ 8.2 COMMENT LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE PEUVENT RENFORCER LEUR ENGAGEMENT EN FAVEUR DE LA NUTRITION

CLAIRE BLANCHARD

Dans les pays du Mouvement SUN et les autres, la société civile a joué un rôle prépondérant dans le renforcement et le maintien de l'engagement en faveur de la nutrition. Pourquoi les organisations de la société civile (OSC) sont-elles si essentielles à la réalisation des objectifs de nutrition et comment peuvent-elles préserver leur efficacité ?

Il y a d'abord des chiffres. On compte plus de 1 500 organisations de la société civile engagées dans le Mouvement SUN, et des alliances de la société civile (ASC) sont coordonnées dans 30 pays.

Deuxièmement, les OSC savent s'engager dans des efforts de mobilisation et de sensibilisation sociales en collaboration avec les médias et à travers des journées mondiales d'action (SUN, 2014b). Ainsi, la Journée nationale de la nutrition du mois de juin 2014 à Madagascar a été l'occasion pour l'alliance de la société civile de rencontrer le premier ministre, qui a promis d'organiser une réunion avec son cabinet sur l'augmentation des

investissements en faveur de la nutrition et la participation des secteurs.

Troisièmement, les OSC peuvent réunir leurs efforts. L'alignement coordonné des objectifs identifiés à travers des exercices internes de cartographie et de cadrage – réalisés, par exemple, par la Coalition ghanéenne des organisations de la société civile pour le renforcement de la nutrition, l'Alliance de la société civile pour la nutrition au Népal, et le Partenariat pour la nutrition en Tanzanie – permet d'influencer l'action des pouvoirs publics. Grâce aux documents de principes, à la mobilisation publique, la participation aux réunions stratégiques et l'appui constructif aux objectifs de l'État, les ASC peuvent influencer sur les politiques, comme l'ont récemment démontré les ASC du Mouvement SUN au Kenya en impulsant des changements dans la politique de santé du pays.

Quatrièmement, les OSC peuvent transcender les cycles politiques. Au Ghana, leur collaboration avec les parlementaires permet d'inscrire la nutrition au nombre des priorités, quel que soit le parti au pouvoir. En

2014, inspirée par l'exemple péruvien, l'Alliance pour la nutrition de l'organisation de société civile (CSONA) a obtenu des engagements signés par les candidats à la présidentielle sur l'amélioration de la nutrition, veillant ainsi à en faire toujours une priorité.

Cinquièmement, avec la décentralisation de la politique de santé et de nutrition dans de nombreux pays, la société civile est bien placée pour dynamiser, voire façonner, les efforts infranationaux. Par exemple, des ASC ont activement commencé à renforcer leurs efforts au niveau du district et de la région en mettant en place, par exemple, des ASC au niveau du district, comme au Malawi et au Mozambique.

Il reste cependant des défis à relever. Les OSC doivent être soutenues dans leurs efforts pour renforcer leur capacité à offrir des programmes en partenariat avec d'autres parties prenantes, à influencer les politiques, à obtenir des résultats et à contraindre les pouvoirs publics, les autres et elles-mêmes à justifier leur action.

TABLEAU 8.7 PROGRÈS DES DONATEURS ENVERS LEURS ENGAGEMENTS N4G NON FINANCIERS

Donateurs	Politiques/programmes
Allemagne	Aucun engagement
Australie	En bonne voie
Banque mondiale	En bonne voie
Bill & Melinda Gates Foundation	En bonne voie
Brésil	En bonne voie
Canada	Aucun engagement
Children's Investment Fund Foundation	En bonne voie
Children's Investment Fund Foundation et Save the Children	En bonne voie
Émirats Arabes Unis	Aucun engagement
États-Unis	En bonne voie
Finland	Aucun engagement
France	En bonne voie
Irlande	En bonne voie
Japon	Pas clair
Pays-Bas	Aucun engagement
Royaume-Uni	En bonne voie
UK Food Standards Agency	En bonne voie
Union européenne	Aucun engagement

Source : Auteurs.

Remarque : En bonne voie : Les progrès réalisés sont en cours pour tenir les engagements N4G. En mauvaise voie : les progrès réalisés ne sont pas suffisants pour répondre aux engagements N4G. Aucun engagement : aucun engagement autre que financier n'a été pris envers le N4G. Pas clair : l'engagement était trop vague pour apprécier s'il a été tenu, ou alors les rapports de progrès étaient trop vagues ou incomplets. Aucune réponse : le donateur n'a pas répondu aux demandes de rapport.

ENCADRÉ 8.3 RENFORCER LA CAPACITÉ DE LA SOCIÉTÉ CIVILE À PROMOUVOIR L'ADOPTION DE POLITIQUES SUR L'OBÉSITÉ ET LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

CORINNA HAWKES

En 2011, les 193 États membres des Nations Unies ont pris une série d'engagements visant à prévenir et lutter contre les maladies non transmissibles (MNT) (Assemblée générale des Nations Unies, 2011). Les pouvoirs publics se sont engagés, entre autres, à promouvoir des politiques pour une alimentation saine, à améliorer la gouvernance de l'obésité par la participation de plusieurs secteurs, et à renforcer la capacité des organisations non gouvernementales (ONG). L'OMS a élaboré une feuille de route pour la mise en œuvre et le suivi de ces engagements dans son Plan d'action mondial 2013–2020 de lutte contre les maladies non transmissibles (OMS, 2013b) et le Cadre mondial de suivi (OMS, 2013a).

En leur qualité de gardiens de l'intérêt public, les OSC ont un rôle unique à jouer dans le suivi de la mise en œuvre de ces engagements. Pourtant, comme le reconnaissent ces documents, elles ont besoin de plus grandes capacités pour le faire efficacement. Des investissements importants peuvent ouvrir la voie. Par exemple, l'Agence danoise de coopération au développement, Danida, a financé depuis 2010 une série d'alliances MNT en Afrique de l'Est (Kenya, Rwanda, Tanzanie, Ouganda, Zanzibar) (Alliance MNT, 2014A). Calquées sur le modèle de l'Alliance mondiale MNT, les organisations regroupent les entités concernées par les maladies cardiaques, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires

afin de rehausser le profil politique des MNT, de sensibiliser le public et fournir un appui à l'éducation, au traitement et aux préoccupations des patients (Ministère des Affaires Étrangères du Danemark [DANIDA], 2008). Autre exemple : le programme de prévention de l'obésité de Bloomberg Philanthropies (2014), qui a fourni 10 millions de dollars EU sous forme de subventions sur trois ans à des organisations de la société civile et des instituts de recherche mexicains pour renforcer la prévention de l'obésité dans leurs programmes.

Grâce aux financements et aux outils de suivi internationaux, ces OSC œuvrent à renforcer la redevabilité des pouvoirs publics. La Coalition des Caraïbes en faveur de la santé (2014b), une alliance de plus de 40 ONG œuvrant dans le domaine de la santé, a publié une évaluation des progrès en 2014, en utilisant l'outil de référence conçu par l'alliance mondiale contre les MNT (2014b). L'évaluation a montré que la nutrition était le domaine qui avait enregistré le moins de progrès ; aucun pays n'a indiqué avoir des stratégies ou des politiques nutritionnelles sur la commercialisation des aliments pour les enfants, malgré l'engagement de mettre en œuvre les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments destinés aux enfants (Coalition caribéenne pour la santé, 2014A).

Des investissements dans la surveillance à l'échelle mondiale s'imposent pour regrouper les données au niveau national.

L'OMS dispose de plusieurs instruments pour évaluer les progrès des engagements internationaux sur l'obésité et les MNT, y compris une enquête de 2010 sur la capacité des pays à prévenir et lutter contre les MNT (OMS, 2010c), et la Base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en faveur de la nutrition (GINA) (OMS, 2014d). Les OSC ont élaboré des outils plus détaillés. Par exemple, le NOURISHING Framework (cadre d'alimentation) du Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC) comprend un référentiel régulièrement mis à jour sur les politiques en matière d'alimentation saine dans le monde entier (FMRC, 2013). Le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN) (2014) et l'UNICEF suivent les actions des 198 États sur la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS.

Pour améliorer la redevabilité, les bailleurs de fonds doivent accroître les capacités du personnel dans les OSC nationales. Ils doivent également financer le long processus de collecte et de compilation des informations sur la mise en œuvre des politiques relatives aux MNT et les indicateurs de bonne gouvernance en matière de nutrition. Les OSC doivent collaborer avec la communauté de la recherche dans ce processus, et élaborer des projets et des propositions pour assurer le suivi des politiques et de la gouvernance et obliger leurs gouvernements à rendre des comptes.

formulaires au cours d'une période de cinq mois, il est décevant de constater que 8 % des signataires n'ont pas répondu.

- Le nombre d'appréciations « en bonne voie » est supérieur à celui des notations « en mauvaise voie », ce qui est encourageant.
- La catégorie « pas clair » est dominante, reflétant la difficulté d'identifier clairement les engagements (qu'est-ce qu'ils signifient réellement ? Qui les a pris ? Sont-ils limités dans le temps ?), de suivre les progrès et déterminer la redevabilité (les engagements ont-ils été respectés?).
- La notation « en bonne voie » peut être obtenue lorsqu'un engagement très modeste est pris et respecté ; la notation « en mauvaise voie » reflète un engagement ambitieux, mais qui n'a pu être entièrement respecté (c'est le cas, par exemple, de Concern Worldwide). Nous avons observé ces tendances de notation à plusieurs reprises. Elles semblent contraires

TABLEAU 8.8 PROGRÈS D'AUTRES ORGANISATIONS DANS LE RESPECT DE LEURS ENGAGEMENTS N4G

Autres organisations	Engagements en termes de politiques/programmatiques
CABI	Pas clair
CGIAR	En bonne voie
Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)	En bonne voie
Grand Challenges Canada	Pas clair
Naandi Foundation	Aucune réponse

Source : Auteurs.

Remarque : En bonne voie : les progrès réalisés sont en cours pour tenir les engagements NG4. Pas clair : l'engagement était trop vague pour apprécier s'il a été tenu, ou les rapports de progrès étaient trop vagues ou incomplets. Aucune réponse : l'organisation n'a pas répondu aux demandes d'information.

ENCADRÉ 8.4 LE SUIVI COMMUNAUTAIRE PEUT-IL RENFORCER LA REDEVABILITÉ EN MATIÈRE DE NUTRITION ?

NICK NISBETT ET DOLF TE LINTELO

La redevabilité publique peut fonctionner à la fois par des circuits courts (entre citoyens et prestataires de services nutritionnels) et des circuits longs (entre citoyens et élus) (Banque mondiale, 2003). Le renforcement de ces deux voies peut permettre :

- d'améliorer la qualité de la prestation des services nutritionnels ;
 - de motiver davantage le personnel de première ligne et les bureaucrates de niveau intermédiaire, et améliorer leur capacité à plaider en faveur de ressources appropriées ;
 - de faciliter l'intégration de la nutrition dans les secteurs de l'agriculture, la santé, la protection sociale, l'eau et l'assainissement ;
 - de rendre la sous-alimentation plus visible pour les communautés touchées en leur donnant plus de voix et en amplifiant leurs revendications sur cette question ; et.
- d'améliorer la réactivité des décideurs publics et des responsables politiques en faveur de la nutrition et d'en faire une question de développement national.

Les initiatives mondiales en faveur de la nutrition souffrent inévitablement de circuits de redevabilité étendus et flous (teLintelo 2014), qu'ils soient courts ou longs. Par exemple, les contribuables des pays donateurs ne bénéficient pas directement des services de nutrition auxquels ils contribuent, et votent rarement sur la base de l'efficacité de l'aide. Inversement, les contribuables des pays bénéficiaires de l'aide ont moins de raison de demander des comptes à leurs gouvernements concernant l'exécution des services de nutrition, à moins qu'il soit clair qu'ils cofinancent ces services.

Les mécanismes communautaires de remontée des informations peuvent-ils renforcer les circuits de redevabilité courts et longs ? Le potentiel de mécanismes tels que les audits sociaux et le suivi communautaire

pour promouvoir la redevabilité et améliorer la prestation de services directs à la population est évident (Gillespie et coll., 2013; Haddad et coll., 2010; Mansuri et Rao, 2013). L'expérience en matière de santé a été mitigée (voir, par exemple, Joshi, 2013), avec des résultats étonnamment positifs (par exemple, Björkman et Svensson, 2009). Cependant, outre quelques travaux d'évaluation (Swain et Sen, 2009), l'impact de ces mécanismes sur la prestation de services nutritionnels n'a pas été évalué de façon empirique. Des travaux complémentaires doivent permettre d'identifier les modèles qui fonctionnent le mieux lorsqu'ils sont appliqués à la prestation de services nutritionnels. Ces travaux peuvent se combiner à l'utilisation croissante des technologies de l'information et de la communication et la technologie mobile pour permettre aux citoyens de participer au plaidoyer en faveur des politiques, et fournir aux mécanismes nationaux de redevabilité des données sur les indicateurs communautaires en temps réel.

à l'esprit de l'exercice de redevabilité et nous étudierons les moyens d'aborder cette question dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.

- Un certain nombre d'améliorations doivent être apportées au processus préparatoire du *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.⁴

De manière générale, l'expérience de 2014 sur l'édification d'un mécanisme de redevabilité du N4G doit être considérée comme une occasion d'apprendre. Comme dans toute situation de référence, les données communiquées devraient être plus utiles à mesure qu'elles s'ajoutent à celles des années suivantes.

RENFORCEMENT DE LA REDEVABILITÉ POUR UNE AMÉLIORATION DE LA NUTRITION

Le Chapitre 9 porte sur les moyens de combler les lacunes des données afin d'améliorer la redevabilité, mais les données ne sont qu'un des éléments importants des systèmes de redevabilité. Ces derniers évoluent à travers une série d'engagements publics, le suivi de ces engagements, la comparaison des progrès avec les objectifs, l'usage de l'évaluation des progrès, puis l'élaboration de stratégies sur la façon de faire face à cette redevabilité. Outre les données, ce cycle de renforcement de la redevabilité exige des acteurs et des mécanismes. Cette section présente

les innovations de la grande communauté de la nutrition dans ces deux domaines.

Acteurs

Le changement social s'opère plus rapidement lorsque la société civile et les communautés font pression sur les parties prenantes (Gaventa et Barrett, 2012), car cela renforce la redevabilité. L'Encadré 8.2 décrit les expériences des alliances nationales de la société civile au sein de SUN. Elles se révèlent efficaces parce qu'elles peuvent renforcer leurs efforts, mobiliser les communautés, se regrouper dans des alliances, transcender les cycles politiques et atteindre des unités administratives au niveau des districts, lesquelles sont d'une importance cruciale pour une décentralisation effective. L'expérience de la société civile SUN se fait, jusque-là, dans le contexte de la sous-alimentation. L'Encadré 8.3 met l'accent sur l'influence de la société civile sur les politiques, et les actions de gouvernance sur les maladies non transmissibles et l'obésité.

Qu'en est-il des communautés elles-mêmes ? Comment peuvent-elles fermer de façon plus efficace les boucles « courtes » entre les citoyens et les prestataires de services, et les boucles « longues » entre les citoyens et les pouvoirs publics ? L'Encadré 8.4 met l'accent sur l'exécution des programmes dans un contexte de sous-alimentation et certaines expériences de suivi communautaire dans différents secteurs.

ENCADRÉ 8.5 PLATEFORMES NATIONALES D'ÉVALUATION : UN POTENTIEL POUR LA NUTRITION

JENNIFER BRYCE ET COLLÈGUES

Les États ont besoin de données fiables et cohérentes pour rendre compte des progrès dans les cadres nationaux, régionaux et internationaux de redevabilité en matière de nutrition, tel que les Objectifs mondiaux 2025 de l'Assemblée mondiale de la santé (OMS, 2012b). La Plateforme nationale d'évaluation (NEP) est une approche systématique utilisée au Malawi, au Mali, au Mozambique et en Tanzanie pour identifier, compiler et analyser les données de haute qualité provenant de sources diverses dans tous les secteurs afin d'évaluer l'efficacité et l'impact des programmes de santé et de nutrition (Victoria, Black, et coll., 2011). L'approche NEP, pilotée par le pays et propre au pays, propose une série de méthodes d'évaluation et renforce durablement les capacités nationales à analyser la réalité pour trouver des réponses aux questions urgentes concernant les politiques et les programmes, ainsi que les capacités à suivre les progrès des objectifs nationaux et mondiaux de renforcement de la nutrition.

Avec l'appui du gouvernement canadien, la NEP rassemble des données pertinentes et de haute qualité par districts en utilisant diverses sources d'information, y compris des enquêtes nationales et des systèmes d'information de routine et des bases de données. Elle est mise à jour au fur et à mesure de la disponibilité de

données supplémentaires. Elle appuie également les approches analytiques qui permettent d'évaluer la contribution des interventions nutritionnelles et de santé dans des contextes où les modèles d'évaluation traditionnels ne sont pas applicables. Par exemple, la NEP peut aborder l'intégration multisectorielle en évaluant différents programmes en bloc et dans le temps (comme la gestion de la malnutrition aiguë ; la supplémentation en vitamine A, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et la vaccination). Enfin, elle permet aux pays de développer en leur sein une capacité durable à répondre à des questions de politiques et de programmation complexes et à engager leur responsabilité. Un intervenant du secteur public sert d'« institution mère de la NEP ». Il conserve les données et renforce la capacité des autres parties prenantes du secteur public engagées dans le suivi et l'évaluation à développer et utiliser la NEP.

L'efficacité de la NEP sera évaluée par le degré d'utilisation des connaissances acquises aux processus de prise de décisions. Une année d'utilisation dans les quatre pays a déjà permis de tirer des leçons importantes :

- **Les pouvoirs publics se réjouissent de l'attention portée à l'évaluation des programmes.** Dans l'ensemble des quatre pays, les responsables des

programmes de santé et de nutrition sont satisfaits d'avoir la NEP afin de : (1) regrouper les données existantes pour aller au-delà du suivi de routine, (2) aborder des questions sur l'efficacité relative des stratégies de mise en œuvre, et (3) renforcer la capacité des États à établir leurs propres priorités qui ne seront plus dictées par les bailleurs de fonds.

- **Les données sur les programmes de nutrition sont rares.** Il convient de mettre en place un mécanisme pour rassembler les données disponibles dans tous les secteurs, évaluer leur qualité et promouvoir leur utilisation pour répondre à des questions sur les besoins des programmes ou l'efficacité de leur mise en œuvre.
- **La capacité des pays à évaluer et analyser les données est limitée.** Dans la plupart des cas, les pays n'analysent pas eux-mêmes les données anthropométriques et de mortalité infantile. Les institutions nationales chargées de la santé, de la nutrition et des statistiques ont indiqué que le renforcement des capacités dans ces domaines était une priorité absolue.

Mécanismes

Les acteurs engagés ont besoin d'un mécanisme leur permettant d'exercer leurs fonctions en faveur de la nutrition. L'Encadré 8.5 résume les expériences à ce jour avec les plateformes d'évaluation nationale, qui sont pilotées par quatre pays africains. Ces plateformes contribuent à développer les capacités des pays à utiliser les données existantes en vue de promouvoir la redevabilité de manière plus efficace.

De même, la recherche peut être un mécanisme permettant aux gestionnaires de données, analystes et scientifiques de promouvoir la redevabilité en matière de nutrition. L'Encadré 8.6 souligne que les priorités de recherche en Afrique ne sont pas suffisamment orientées vers les solutions ou dictées par les besoins des africains, et que les données produites sont éparpillées et souvent inaccessibles. Les auteurs proposent un certain nombre d'investissements dans les systèmes de recherche pour guider l'action et renforcer la redevabilité en vue d'une meilleure nutrition.

ENCADRÉ 8.6 ÉTAT DES DONNÉES SUR LA NUTRITION EN AFRIQUE À DES FINS DE REDEVABILITÉ ET D'APPRENTISSAGE

CARL LACHAT, JOYCE KINABO, EUNICE NAGO, ANNAMARIE KRUGER ET PATRICK KOLSTEREN

Des décennies d'investissement et de renforcement des capacités dans la recherche en nutrition en Afrique ont permis de créer une communauté de recherche active dans ce domaine. Les progrès de la recherche y sont considérables et en constante augmentation (Lachat et coll., 2014). Des études et des événements récents ont cependant mis en évidence les domaines où l'organisation de la recherche sur la nutrition en Afrique peut être améliorée :

- Le programme de recherche en nutrition, dicté en grande partie par les bailleurs de fonds et les universitaires des pays à revenu élevé, doit être recentré sur les priorités africaines (Holdsworth et coll., 2014; van Royen et coll., 2013).
- Il y a trop peu d'évaluations des interventions (Lachat et coll., 2014).
- Il n'y a pas de recherches sur la façon de créer des environnements propices à la réduction de la malnutrition (Masset et coll., 2012).
- La disponibilité des données produites par les chercheurs et les organisations non gouvernementales, les agences des Nations Unies et les pouvoirs publics est très variable. Elle pourrait être moins éparse et utilisée plus efficacement (Chalmers et coll., 2014).

La récente croissance économique en Afrique offre une fenêtre d'opportunité pour bâtir en Afrique un système de recherche « adapté au but poursuivi » afin de donner aux décideurs

africains des réponses sur la façon de relever les défis alimentaires de demain. Ce type de système doit contraindre les différents acteurs à rendre des comptes de diverses manières :

- Ceux qui produisent l'information (universitaires d'Afrique, partenaires des pays à revenu élevé, organismes gouvernementaux et de développement qui collectent des données) doivent produire les meilleures informations en utilisant les normes les plus élevées. Les connaissances et les données doivent être partagées et rendues accessibles autant que possible.
- Les bailleurs de fonds qui financent la recherche ont besoin de voir que les résultats de la recherche sont incorporés au maximum dans les programmes et les politiques en Afrique. Cela passe par une plus grande appropriation de la recherche sur tout le continent. Les universitaires (principalement d'Amérique du Nord et d'Europe) doivent établir des partenariats équitables avec les chercheurs africains (Chu et coll., 2014), et les bailleurs de fonds doivent s'aligner sur les priorités de recherche identifiées par les Africains (Lachat et coll., 2014). Il serait utile d'élaborer un code de conduite, de définir des considérations éthiques dans l'établissement du programme de recherche et de mettre en place des bases de données. Les conseils nationaux de recherche peuvent jouer un rôle clé dans la mise en relation des

chercheurs avec les bailleurs de fonds et les utilisateurs de la recherche.

- Les utilisateurs de la recherche en nutrition doivent exprimer des besoins de recherche précis. Un processus transparent devrait être mis en place afin de permettre la définition systématique des priorités de recherche. Des initiatives, telles que le réseau africain des connaissances sur la nutrition récemment créé (EVIDENT), constituent un premier pas dans cette direction. Les bailleurs de fonds doivent souscrire aux priorités qui en découlent, et les données produites doivent être enregistrées dans une base de données en libre accès pour en faciliter le partage.

Une révolution des données s'opère dans le domaine du développement (Nations Unies, 2013a), et la communauté africaine de la nutrition peut jouer un rôle de premier plan. Les référentiels de données et les systèmes de données interopérables pour les données sur la nutrition sont nécessaires pour conserver, organiser et adapter les données nutritionnelles en Afrique. Les parties prenantes de la recherche sur la nutrition en Afrique doivent profiter de l'engagement des bailleurs de fonds et des organisations internationales envers l'accessibilité des données. La disponibilité des données n'est qu'une première étape. Il faut investir dans des efforts supplémentaires pour transformer ces informations en connaissances afin d'améliorer les politiques et les actions en matière de nutrition.

LACUNES DANS LES DONNÉES

1. De nombreux engagements N4G sont flous, tout comme la mise à jour des progrès.
2. Les données N4G sont éparse et leur collecte implique des coûts de transaction élevés.
3. Les pays ne possèdent pas suffisamment de données et ne mènent pas suffisamment de recherches. Ces lacunes menacent d'affaiblir la redevabilité en matière de nutrition.



QUELLES SONT LES INVESTISSEMENTS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LES DONNÉES SUR LA NUTRITION ?

POUR AMÉLIORER LA REDEVABILITÉ, IL EST NÉCESSAIRE D'AVOIR ACCÈS À DES DONNÉES PERTINENTES, AU BON MOMENT ET POUR LE BON ENDROIT MAIS CELA N'EST PAS SUFFISANT.

Ce chapitre dresse un état des lieux des lacunes, propose des critères de hiérarchisation des activités de collecte des données, et identifie certaines approches prometteuses pour remédier à ces lacunes.

LACUNES ET AMÉLIORATIONS REQUISES

L'identification des lacunes dans les données a été réalisée en plusieurs étapes. Premièrement, à mesure que nous dressions les profils nutritionnels nationaux, nous avons identifié des indicateurs théoriques puis évalué les indicateurs disponibles et cherché à comprendre quelles données étaient nécessaires mais absentes. Nous avons analysé les 82 indicateurs dans les 193 profils nutritionnels des pays et dressé un tableau des lacunes par groupe d'indicateur.¹ Troisièmement, nous avons relevé les lacunes mises en lumière par les analyses de ce rapport, résumées à la fin de chaque chapitre. Enfin, nous avons pris du recul et nous avons posé les questions suivantes : quels sont les thèmes à traiter en priorité et les mesures à prendre pour réduire la malnutrition, mais qui ne le sont pas faute de données ? Nous avons constaté que peu d'études expliquent dans quelle mesure l'absence de données est un frein aux actions nutritionnelles, et nous avons décidé de procéder à un examen plus détaillé de la documentation dans un prochain rapport.

POINTS

CLÉS

1. On observe de nombreuses lacunes dans les données sur les résultats, les produits et les intrants en matière de nutrition. Par exemple, 40 % des 193 pays membres des Nations Unies ne peuvent pas suivre plus de deux des quatre indicateurs de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) figurant dans ce rapport. Soutenir la capacité de tous les pays à informer sur les indicateurs de l'AMS doit constituer une priorité.
2. Pour identifier des lacunes autres que les indicateurs de l'AMS, nous nous sommes demandé quels thèmes devaient être privilégiés et quelles mesures devaient être prises pour réduire la malnutrition, et qui ne l'étaient pas faute de données ? Nous avons identifié quatre indicateurs de l'état nutritionnel – anémie, surcharge pondérale et obésité, émaciation et insuffisance pondérale à la naissance – pour lesquels les progrès sont lents et les lacunes en données un frein à l'action possible. Nous avons également identifié les lacunes qui d'après nous freinent un renforcement et une combinaison adaptée au contexte d'interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant, et sur l'environnement propice.
3. Toutes les lacunes en matière de données n'exigent pas la collecte de données nouvelles. Elles peuvent être comblées : (1) en utilisant mieux les données existantes, (2) en améliorant la collecte des données existantes, (3) et la comparabilité des données entre pays, (4) en recueillant des données plus fréquemment, et (5) en collectant de nouvelles données lorsque les données existantes ne garantissent pas une bonne redevabilité. Chacune de ces approches offre l'occasion de combler plusieurs types de lacunes.
4. Les décisions sur le type de lacune à combler en priorité doivent être prises au niveau national en fonction des politiques, des stratégies et des programmes nutritionnels. Les réponses aux questions suivantes contribueront à établir un ordre de priorité : la disponibilité des données conduira-t-elle à des actions améliorées ou plus intensives en faveur de la nutrition ? La collecte de données est-elle pratique ? Existe-t-il une demande pour les données ou est-il possible de la créer ?

Le Tableau 9.1 résume les thèmes et les mesures clés où les progrès semblent stagner, et où, à nos yeux, les lacunes des données semblent freiner l'action. Par exemple, nous savons que les progrès dans la réduction de l'anémie sont lents. Est-ce parce que le nombre d'interventions pilotes axées sur l'alimentation est insuffisant ? Et cette situation est-elle due au fait que les données sur la consommation alimentaire ne sont pas assez détaillées pour identifier des schémas de consommation des aliments locaux riches en fer biodisponible ?

Il n'est pas nécessaire de combler toutes ces lacunes par la collecte de nouvelles données. Nous avons recensé cinq manières de les combler : (1) par une meilleure utilisation des données existantes, (2) l'amélioration de la collecte des données existantes, (3) l'amélioration de la comparabilité des données entre pays, (4) une collecte plus fréquente des données, et (5) la collecte de nouvelles données lorsque les précédentes ne permettent pas une bonne redevabilité.

Une meilleure utilisation des données existantes

- **Identifier et suivre les dépenses en matière de nutrition.** En règle générale, ces données financières existent mais elles doivent être identifiées, classées et intégrées dans les systèmes de suivi et de communication de l'information. Il est important de renforcer les capacités des communautés à réaliser ces tâches (voir, par exemple, l'expérience du Guatemala dans l'Encadré 7.2).
- **Exploiter les données administratives existantes, notamment aux niveaux régionaux, pour susciter l'intérêt pour la nutrition et élaborer des stratégies.** Les profils nutritionnels par district en Inde, présentés dans l'Encadré 4.3, mettent en évidence les surprises possibles en termes de données disponibles. Les projets pilotes de la Plateforme d'évaluation nationale dans quatre pays africains, présentés dans l'Encadré 8.5, constituent également une approche prometteuse pour exploiter au maximum les données existantes.

TABLEAU 9.1 LACUNES DE DONNÉES : UN OBSTACLE À LA PRISE DES MESURES NÉCESSAIRES

Résultats nutritionnels affichant une stagnation des progrès	Lacunes de données constituant un obstacle	Valeur ajoutée potentielle après comblement des lacunes
Anémie	Des données détaillées sur la consommation alimentaire identifiant les composants riches en fer des régimes locaux.	Les interventions en faveur de l'alimentation pourraient être mieux conçues pour remédier à l'anémie.
Émaciation et insuffisance pondérale à la naissance	Des solutions aux problèmes d'ajustement dans l'estimation de l'insuffisance pondérale	Les ressources des programmes destinés aux adolescentes pourraient être réparties plus efficacement.
Surcharge pondérale et obésité	Des données détaillées sur la consommation alimentaire identifiant les composants sains et malsains des régimes alimentaires, comme certains types de graisse ou les aliments consommés hors du foyer	Les interventions pourraient être mieux conçues pour ajuster l'environnement alimentaire et appuyer des choix alimentaires sains.
	Davantage de données d'enquêtes sur l'obésité	Des sous-groupes particulièrement à risque pourraient être identifiés ; les estimations modélisées ne permettent pas de le faire.
Mesures clés susceptibles d'être freinées	Lacunes de données constituant un obstacle	Valeur ajoutée potentielle après comblement des lacunes
Intensification des programmes spécifiques à la nutrition	Données sur les couvertures	Les groupes ne bénéficiant pas de couverture pourraient être identifiés.
	Données de suivi financier	Il serait plus facile de voir si les ressources sont attribuées aux interventions les plus rentables pour les plus vulnérables.
	Données sur les capacités	La possibilité d'intensifier les programmes spécifiques à la nutrition pourrait être évaluée.
	Données sur les coûts	Les plans proposés pourraient être comparés aux ressources disponibles, et leur faisabilité évaluée.
Intensification des programmes contribuant à la nutrition	Données ventilées	Les données pourraient aider les praticiens à intensifier les programmes nutritionnels à l'échelle régionale.
	Données de suivi financier	La possibilité de développer les programmes contribuant à la nutrition pourrait être évaluée.
	Données sur les capacités	La possibilité de développer les programmes contribuant à la nutrition pourrait être évaluée.
	Données sur les coûts	Il serait possible de calculer les rapports coûts-avantages de manière à comprendre les bénéfices et les coûts marginaux des programmes contribuant à la nutrition
Une combinaison, une hiérarchisation et un échelonnement plus efficaces des différentes actions nutritionnelles	Données ventilées	L'identification des zones géographiques favorables à la superposition des approches spécifiques à la nutrition et de celles qui y contribuent devrait être plus facile à comprendre.
	Instruments et approches pour des actions nutritionnelles combinées.	Ces informations pourraient aider à limiter la dispersion des actions et à identifier des mesures en fonction de leur potentiel à générer des impacts importants mais aussi de leur capacité à bénéficier d'un engagement politique important.
	Études de cas à l'échelle nationale et régionale	Des enseignements pourraient être tirés des réussites et échecs des autres régions ou pays. Des mesures inefficaces pourraient être évitées.
	Des données sur les compromis entre stratégies d'amélioration de la nutrition et utilisation des ressources naturelles	Les mesures en faveur de la nutrition pourraient être plus durables et des conflits d'intérêt avec d'autres secteurs évités.

Source : Auteurs.

- **Saisir les données existantes sur la législation, la politique et les dépenses.** L'indice Hunger and Nutrition Commitment Index (HANCI) illustre bien la façon dont les données existantes peuvent être synthétisées pour générer de nouvelles perspectives.²
- **Faire un meilleur usage des données existantes en matière de suivi et d'évaluation.** Si la collecte de nouvelles données est souvent requise pour évaluer les incidences des actions, le domaine prometteur de la recherche et de l'évaluation de la mise en œuvre tend à utiliser des systèmes de suivi et d'évaluation qui pourraient être encore plus utiles si des changements mineurs y étaient apportés. (Menon et al. 2014).

Une amélioration de la collecte des données existantes

- **Traiter les problèmes de collecte des données sur l'insuffisance pondérale à la naissance.** La collecte de données sur l'insuffisance pondérale à la naissance pose de nombreux problèmes, notamment celui des définitions non conventionnelles et des données manquantes, ainsi que des distorsions causées par des manipulations d'arrondis. Compte tenu de l'importance de l'alimentation pendant les 1000 premiers jours après la conception, il est vital d'améliorer la collecte, la communication et l'ajustement des données.
- **Recueillir plus de données sur les biomarqueurs des micronutriments.** Étant donné la lenteur des progrès globaux dans la lutte contre les carences en micronutriments, de meilleures données sont nécessaires sur les tendances en matière de micronutriments afin d'identifier les domaines qui enregistrent des progrès et de tirer des enseignements. Pour l'heure, rares sont les études représentatives au niveau national qui contiennent des données sur les multiples biomarqueurs des micronutriments, recueillies à l'aide de méthodes standard. Cette lacune est due en partie à l'absence de dispositifs adaptés au terrain et non invasifs qui permettent de pratiquer des évaluations rapides et peu coûteuses de biomarqueurs dans de petits échantillons de sang.
- **Collecter des données sur les différents types de coûts des programmes.** Des évaluations rigoureuses des programmes collectent de plus en plus de données sur les coûts et le rapport qualité-prix. En outre, certains types de données sur les coûts sont systématiquement recueillis au fur et à mesure de la mise en œuvre des programmes. Mais pour rendre ces données plus utiles pour, par exemple, hiérarchiser les interventions nutritionnelles, il faut comprendre les coûts unitaires, les coûts de participation, les coûts d'opportunité et les coûts récurrents ; élaborer des méthodes de collecte de données sur ces coûts ; et mettre ces données à disposition.

Une amélioration de la comparabilité des données entre pays

- **Veiller à ce que les données des pays à revenu élevé soient mieux comparables à l'échelle internationale.** Près de la moitié des lacunes dans la communication des données de l'AMS proviennent de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Cela est dû au fait que ces pays présentent leurs rapports différemment, ou qu'ils ne donnent pas accès aux données brutes à l'OMS et à l'UNICEF.
- **Harmoniser la collecte de données sur l'obésité des adultes.** Les différents groupes de populations sont couverts par différentes enquêtes (enquêtes sur les femmes en âge de procréer, ou tous les adultes), en employant des méthodes différentes (par exemple, enquêtes de recensement contre déclaration personnelle). Considérant la prévalence

croissante de l'obésité chez les adultes, il est urgent d'harmoniser la collecte des données.

Une collecte plus fréquente des données

Comparée aux domaines tels que la croissance économique, l'emploi et la lutte contre la pauvreté, la nutrition fait figure de parent pauvre dans les études et les systèmes de surveillance nationaux. Dans un monde de plus en plus soumis aux aléas du changement climatique et de la dégradation de l'environnement, il importera de collecter plus souvent des données résultant d'enquêtes sur les changements de l'état nutritionnel et de la couverture des programmes nutritionnels.

La base de données de l'AMS contient actuellement des enquêtes de 125 pays sur l'anthropométrie des enfants âgés de moins de 5 ans. Elle exclut les enquêtes antérieures à 2005, mais de nombreuses enquêtes reprises sont déjà datées. Près de 40 % datent de 2005 à 2009 (Tableau 9.2). Il semble difficile d'élaborer des politiques publiques sur la base de données vieilles de cinq à neuf ans. D'autres domaines de politique publique exigeraient mieux. Tous les pays devraient mener une enquête nationale sur la nutrition au moins tous les trois à quatre ans.

La collecte de nouvelles données

- **Collecter davantage de données sur la couverture des interventions nutritionnelles.** Nos connaissances sur ce qui fonctionne en matière de nutrition se sont considérablement élargies ces cinq dernières années, mais notre connaissance du nombre de personnes touchées par ces interventions reste faible. Plus ces programmes seront renforcés, plus nous aurons besoin de collecter des données sur la couverture des interventions.
- **Collecter des données sur la couverture des programmes de malnutrition aiguë modérée (MAM) et de malnutrition aiguë sévère (MAS).** Face à la persévérance des taux d'émaciation chez les enfants et la volatilité croissante générée par le changement climatique, il est impératif de recueillir davantage de données sur la couverture des programmes de MAM et MAS. L'Encadré 5.1 suggère plusieurs manières de le faire.

TABLEAU 9.2 ANNÉE DE LA DERNIÈRE ENQUÊTE CONTENANT DES MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LA BASE DE DONNÉES DE L'AMS

Année de l'enquête la plus récente dans la base de données AMS	Nombre de pays pour lesquels cette enquête est la plus récente	Pourcentage cumulé
2005	7	5,6
2006	8	12,0
2007	11	20,8
2008	8	27,2
2009	14	38,4
2010	28	60,8
2011	18	75,2
2012	25	95,2
2013	6	100,0
Total	125	

Source : Auteurs.

- **Améliorer la collecte des données sur la consommation alimentaire.** L'absence de données sur la consommation alimentaire est l'une des lacunes les plus manifestes des indicateurs des résultats nutritionnels. Pour les enfants âgés de 6 à 23 mois, la collecte de données s'améliore grâce aux mesures de l'alimentation complémentaire, qui incluent des données sur le régime minimal acceptable (minimum acceptable diet - MAD) et la diversité alimentaire minimale (minimum dietary diversity - MDD). Pour l'insécurité alimentaire sévère aux niveaux national et régional, une nouvelle initiative de collecte de données annuelles est entreprise par Voices of the Hungry, un partenariat de Gallup et de la FAO qui rend compte de la perception de la faim. Mais vu l'importance de la consommation alimentaire pour expliquer l'anémie, la surcharge pondérale et l'obésité, des efforts supplémentaires doivent être fournis pour collecter des données nouvelles reposant sur des enquêtes axées sur la quantité et la qualité de la consommation alimentaire.
- **Collecter des données sur la capacité à concevoir, mettre en œuvre et évaluer des actions pertinentes pour la nutrition.** Il est possible d'utiliser des données existantes sur la disponibilité en ressources humaines, mais il est nécessaire d'obtenir de nouvelles données sur la performance du personnel en première ligne (par exemple, les professionnels de santé communautaires), les organisations (par exemple, Ministères de la Santé), et les niveaux des systèmes (par exemple les niveaux de salaires, les perspectives professionnelles et la certification), s'il faut renforcer les interventions spécifiques à la nutrition, élaborer des programmes contribuant à la nutrition,³ et créer un environnement propice (Sodjinou et al. 2014).
- **Collecter des données sur l'intensité d'utilisation des ressources des programmes nutritionnels.** Cette question deviendra de plus en plus pressante après 2015, mais il existe peu de données. Quelle est l'intensité d'utilisation des ressources dans les interventions nutritionnelles, et quelles sont les approches les plus durables pour l'environnement ?

PISTES DE RÉFLEXION POUR COMBLER CERTAINES LACUNES

Le rapport a déjà souligné quelques pistes de réflexion pour combler des lacunes dans le suivi des données financières (Encadré 7.1), de la couverture des programmes de MAS (Encadré 5.1) et des capacités à utiliser les données existantes (Encadré 8.5). Le Tableau 9.3 résume quelques pistes pour neuf autres domaines : évaluer l'utilisation des ressources naturelles dans la nutrition, chiffrer les actions nutritionnelles, établir des indicateurs de consommation alimentaire, utiliser les évaluations basées sur l'expérience de la famine, évaluer les capacités, quantifier l'insuffisance pondérale à la naissance, informer sur l'obésité chez les adultes, documenter—au travers de déclarations personnelles—les transformations institutionnelles de SUN, et collecter des données sur les vitamines et les minéraux. Les tâches détaillées derrière chaque ligne du Tableau 9.3 sont fournies dans les Notes techniques 4 à 12.

Ce rapport s'abstient de hiérarchiser les lacunes à combler. Des décisions plus précises sur leur hiérarchisation devront sans doute être prises dans les divers forums locaux, régionaux, nationaux et internationaux, et impliquer les utilisateurs et les producteurs de ces données. Les critères retenus devront être adaptés au contexte mais inclure également, entre autres, les questions suivantes : en comblant les lacunes des données, est-il possible d'inciter et orienter des actions qui réduisent plus rapidement la malnutrition ? Est-il possible de combler les lacunes ? Existe-t-il une demande pour combler les lacunes ?

Les priorités finales reflèteront sans doute une combinaison de considérations techniques, politiques et de capacité. Tout comme l'information est pouvoir, le pouvoir façonne l'information : les données sélectionnées pour la collecte, leur mode d'utilisation, et les conclusions tirées sont tous soumis à l'influence de celui qui les exploite.

TABLEAU 9.3 QUELQUES POINTS ESSENTIELS DES NOTES TECHNIQUES 4 À 12 SUR LES MANIÈRES DE COMBLER CERTAINES LACUNES

Lacunes de données	Pistes possibles
Utilisation des ressources naturelles	Explorer et tester des méthodes scientifiques novatrices, des études pilotes, des mesures et des bonnes pratiques pour aborder ensemble les questions liées au développement humain et aux ressources naturelles. (Note technique 4)
Coûts des mesures nutritionnelles	Élaborer des directives normalisées pour définir les mesures contribuant à la nutrition. Réfléchir sur la façon d'inclure les coûts non gouvernementaux. Élaborer des outils pour aider à hiérarchiser et échelonner les actions. (Note technique 5)
Sécurité alimentaire	Investir dans la mise au point, le maintien et la validation d'un système international de collecte de données qui permette d'intégrer dans les plateformes d'enquêtes existantes les mesures standards d'indicateurs clés de sécurité alimentaire, notamment des indicateurs sur l'accès à une alimentation simple calculés à l'échelle du foyer et du particulier. Accroître le nombre de données d'enquête représentatives au niveau national portant sur la consommation alimentaire, collectées par le biais de méthodes normalisées. (Note technique 6)
Sévérité de l'insécurité alimentaire	Au lieu d'évaluer les conséquences de l'insécurité alimentaire en termes de ce que les personnes consomment (analyse des données de consommation alimentaire), mesurer la sévérité de l'insécurité alimentaire en interrogeant directement les personnes sur leur comportement alimentaire lorsque l'accès à l'alimentation est restreint. Bien que l'insécurité alimentaire ne puisse pas être directement observée, son importance peut être déduite de l'expérience de ces personnes. (Note technique 7)
Capacité de mise en œuvre	Parce que la capacité est la combinaison de nombreux facteurs étroitement liés, à l'échelle de l'individu, de l'organisation et du système, une évaluation systémique des carences en capacité est nécessaire. Une analyse approfondie des carences en capacité permettrait de mettre au point un cadre global visant à renforcer la mise en œuvre et l'intensification des interventions en matière de nutrition. Quelques auteurs ont fourni des indications claires en vue de calculer les carences en capacité nutritionnelle de manière systématique. Toutefois, rares sont les tentatives d'appliquer ces recommandations à des études de cas concrètes menées dans les pays ou régions où la malnutrition est très élevée. (Note technique 8)
Mesures de l'insuffisance pondérale à la naissance	Analyser les méthodes actuelles afin de corriger les incohérences dans les collectes et les rapports, et rechercher d'autres méthodes de mesure (en cours). (Note technique 9)
Obésité de l'adulte	Parvenir à un compromis sur les avantages et les désavantages des différentes sources de données sur l'obésité chez les adultes, et recommander une mesure pour les futurs Rapports sur la nutrition mondiale et ailleurs. (Note technique 10)
Transformation institutionnelle	L'indicateur SUN sur la transformation institutionnelle (décrit dans le Chapitre 7) a mis en lumière l'insuffisance des actions visant à achever des résultats communs ainsi que dans l'alignement et le suivi des investissements en matière de nutrition. Des exercices de planification conjointe peuvent permettre de hiérarchiser les actions et de stimuler le changement. (Note technique 11)
Vitamines et minéraux	Allouer des ressources aux pays qui n'ont pas de données mais qui sont intéressés à mener des enquêtes. À travers des enquêtes, collecter davantage de données représentatives du pays sur des biomarqueurs multiples de micronutriments, en utilisant des méthodes normalisées. Élaborer des dispositifs de terrain qui permettent de mettre au point une évaluation rapide et peu chère de biomarqueurs multiples dans de petits échantillons sanguins. Intégrer les biomarqueurs de micronutriments dans les systèmes d'information de santé nationale. Uniformiser les définitions de couverture, collecter des données de couverture et les rassembler dans une base de données mondiale pour suivre l'évolution des interventions sur les micronutriments. (Note technique 12)

Source : Auteurs.

10 MESSAGES ET RECOMMANDATIONS CLÉS

CE RAPPORT SUR LA NUTRITION MONDIALE EST DESTINÉ AUX CHAMPIONS DE LA NUTRITION ET À LEURS ALLIÉS ACTUELS ET POTENTIELS, C'EST-À-DIRE AUX PERSONNES ET ORGANISATIONS susceptibles de forger des partenariats productifs pour accélérer l'amélioration des résultats nutritionnels. S'inspirant des conclusions de ce rapport, ce chapitre propose des messages et des recommandations aux acteurs désireux d'accélérer la réduction de la malnutrition via des politiques, des programmes, des recherches et des plaidoyers plus robustes. Il conviendra d'adapter ces messages à ces publics au niveau mondial, régional, national et infranational, en fonction du contexte.

MESSAGE 1 : Une bonne nutrition est essentielle au développement durable.

Ce rapport montre que la malnutrition touche la quasi-totalité des pays du monde. Les améliorations de l'état nutritionnel contribuent à un grand nombre des objectifs de développement durable (ODD) proposés, qui constitueront le principal mécanisme mondial de redevabilité au cours des 15 prochaines années. L'état nutritionnel devrait être l'une des principales priorités du cadre des ODD. Toutefois, à l'heure actuelle, seul 1 des 169 ODD se rapporte directement à la nutrition.

Recommandation

- La communauté de la nutrition doit continuer à faire campagne pour intégrer la nutrition au cadre des ODD. Nous appelons à trouver les moyens d'intégrer les 6 indicateurs nutritionnels de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) au cadre des ODD, sans les intégrer forcément à ceux qui sont liés à l'alimentation et la nutrition. De plus, nous recommandons d'identifier et de promouvoir des indicateurs et des objectifs pour tous les ODD qui seront essentiels au suivi des résultats ainsi que des facteurs et des conséquences de la nutrition, même s'ils ne sont pas étiquetés comme des indicateurs nutritionnels.
- Dans les prochains mois, des acteurs influents de la communauté de la nutrition devront renforcer leur engagement envers la nutrition dans le cadre des ODD. Ces acteurs comprennent des gouvernements, des fondations, des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations de la société civile clés, les Nations Unies et d'autres grands organes multilatéraux, des entreprises ainsi que des chercheurs et des universitaires.

MESSAGE 2 : Nous devons nous engager à améliorer plus rapidement la nutrition et à intégrer cet objectif aux ODD pour 2030.

Sur la base de données, d'expériences et d'analyses nouvelles, nous soutenons que les ODD pour 2030 doivent être plus ambitieux que de simples extrapolations des tendances des

objectifs de l'AMS pour 2025. Les niveaux d'engagement et d'énergie sont considérables dans le Mouvement SUN, le Sommet et le Pacte Nutrition pour la croissance, la deuxième Conférence internationale sur la nutrition de novembre 2014, et le Sommet des Jeux olympiques de Rio de 2016. Les nouvelles données probantes de l'État indien du Maharashtra, les nouvelles données nationales préliminaires et prometteuses de l'Inde, la nouvelle analyse des données tendancielles du Bangladesh, et les nouvelles données comparatives nationales sont autant d'arguments pour définir des objectifs plus ambitieux pour ce qui est réalisable.

Recommandation

- Les agences des Nations Unies devraient diriger un processus consultatif bref et ouvert afin d'obtenir un consensus sur les ODD liés à la nutrition pour 2030. Ce processus devrait s'achever à la fin du premier trimestre 2015.
- Il faudra décider comment aligner les objectifs de l'AMS pour 2025 sur les nouveaux objectifs pour 2030.

MESSAGE 3 : À ce jour, le monde n'est pas en voie d'atteindre les objectifs nutritionnels de l'AMS, mais de nombreux pays réalisent de gros progrès dans les indicateurs cibles.

Le monde n'est pas en voie de réaliser les objectifs mondiaux de l'AMS, mais de nombreux pays le sont à titre individuel. Sur les 99 pays pour lesquels quatre des six objectifs de l'AMS peuvent être évalués, 68 sont en bonne voie d'en réaliser un ou plusieurs. Nous devons mieux comprendre pourquoi ces pays réussissent et d'autres non. Les études de cas du Bangladesh, du Brésil, du Maharashtra, des États-Unis et de l'Europe illustrent les efforts collectifs nécessaires pour améliorer durablement la nutrition.

Recommandation

- Les bailleurs de fonds de la recherche et les journaux de recherche doivent commanditer une série d'études de cas de haut niveau afin de comprendre comment les progrès ont été réalisés ou non, d'identifier les goulets d'étranglement,

de guider les actions futures, éclairer et inspirer des efforts similaires dans d'autres pays. Ces études doivent être dirigées par des chercheurs des pays concernés, inclure des États de toutes les régions du monde et être réalisées dans le respect de normes de qualité approuvées.

MESSAGE 4 : La lutte contre plusieurs formes superposées de malnutrition est la « nouvelle normalité ».

La lutte contre une facette unique de la malnutrition est sur le déclin, et il est aujourd'hui de plus en plus inapproprié de séparer la sous-alimentation de la surcharge pondérale et de l'obésité. Les pays se heurtent à des combinaisons de plus en plus complexes des symptômes de la malnutrition. Ainsi, sur les 122 pays disposant de données sur le retard de croissance chez les moins de 5 ans, sur l'anémie chez les femmes en âge de procréer et l'obésité chez les adultes, moins de 20 souffrent d'une seule forme de malnutrition. Cette complexité ne devrait pas excuser l'inaction, mais retentir comme un appel urgent à élaborer des stratégies, fixer des priorités et échelonner les actions. Cette complexité doit permettre de mieux cibler les actions et non pas de les étouffer.

Tous les acteurs de la nutrition doivent être plus conscients des risques (nutritionnels, financiers et politiques) liés à la lutte contre chaque fléau individuellement. Eu égard à ces multiples fardeaux et à la tendance à décentraliser les programmes nutritionnels, il est plus important que jamais de produire des analyses infranationales et autres analyses ventilées pour rendre compte des progrès accomplis.

Recommandations

- Les institutions œuvrant pour la nutrition (nationales et internationales, publiques et privées) doivent adapter leurs capacités et leur expertise à la nature mouvante de la malnutrition. Les groupes qui travaillent sur les questions de sous-alimentation doivent se rapprocher de ceux qui, au sein de leur propre organisation, travaillent sur la surcharge pondérale, l'obésité et les maladies non transmissibles.
- Les partenaires internationaux qui travaillent sur une seule dimension de la malnutrition doivent se demander si leur approche est le résultat d'une priorité stratégique délibérée ou une option par défaut.
- Dans l'allocation des subventions, les bailleurs doivent encourager l'élaboration d'outils simples qui permettent de développer et renouveler les plans nationaux et infranationaux pour l'amélioration de l'état nutritionnel, et les concentrer sur l'établissement de priorités, l'échelonnement des actions et la prise en compte des compromis.

MESSAGE 5 : Nous devons élargir la couverture des programmes spécifiques à la nutrition à un plus grand nombre de personnes.

Seuls trois programmes spécifiques à la nutrition – supplémentation en vitamine A, iodation universelle du sel et traitement au zinc de la diarrhée – disposent de données de couverture comparables pour de nombreux pays. Cela est partiellement dû au fait que peu d'interventions spécifiques à la nutrition ont été déployées à grande échelle. Le manque de données sur la couverture des interventions sur la malnutrition aiguë sévère est particulièrement préoccupant car les taux d'émaciation modérée et sévère des enfants restent élevés et persistants.

L'extension de la couverture des programmes n'est utile que si elle entraîne plus d'impact. Il est donc important de préserver et améliorer l'efficacité. Les recherches sur la mise en œuvre peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité des programmes.

Recommandations

- Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* aidera les organismes concernés à mieux documenter et analyser le stock de données disponibles sur la couverture des programmes. Nous souhaitons y donner plus de place aux programmes de lutte contre la surcharge pondérale et l'obésité.
- Vu l'augmentation des programmes au niveau national, les données sur la couverture doivent être également plus fournies et conçues de manière à faciliter les comparaisons internationales.
- Dans les futurs appels de propositions de recherche, la recherche sur la mise en œuvre doit occuper une place plus importante.

MESSAGE 6 : Une plus grande part des investissements visant à améliorer les facteurs sous-jacents de la nutrition doivent être conçus pour avoir un impact plus fort sur les résultats.

Ce rapport a mis en lumière la relation longue et stable entre l'amélioration des facteurs sous-jacents du retard de croissance (tels que l'apport alimentaire, la couverture en eau potable et en assainissement, et la scolarisation des filles dans le secondaire) et la baisse des taux de retard de croissance. Comme les budgets nationaux de l'agriculture, la protection sociale, la santé et l'éducation sont relativement élevés, il semble tout à fait justifié d'accroître la proportion des dépenses contribuant à la nutrition. De plus, cette mesure semble répondre à un besoin urgent. Par exemple, pour les bailleurs de fonds cités dans le rapport, les décaissements contribuant à la nutrition étaient seulement deux fois plus élevés que les décaissements spécifiques à la nutrition. Il y a une meilleure compréhension de la manière de renforcer la contribution à la nutrition dans les secteurs de l'agriculture et de la protection sociale que dans les autres secteurs.

Recommandations

- Aussi difficile que cela puisse paraître, les investisseurs dans la nutrition (qu'il s'agisse des pouvoirs publics, des organisations de la société civile, des entreprises ou des partenaires internationaux) doivent poursuivre leurs efforts pour évaluer les dépenses contribuant à la nutrition.
- Il convient également de commanditer une étude empirique sur la manière dont les systèmes de santé et les interventions dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène peuvent contribuer davantage à la nutrition.
- L'absence relative de données factuelles sur les impacts des programmes et des approches contribuant à la nutrition suggère que les efforts pour améliorer les contributions à la nutrition doivent être évalués de manière rigoureuse.

MESSAGE 7 : Il faut davantage contraindre les pays, les bailleurs de fonds et les agences à rendre compte de leurs engagements envers l'amélioration de la nutrition.

Dans la plupart des entreprises humaines, la redevabilité stimule l'action. Mais les caractéristiques principales du domaine de la nutrition – nécessité de bâtir des alliances pour progresser, résultats visibles à long terme, et invisibilité des conséquences en cas d'échec – vont toutes à l'encontre de la redevabilité. En accordant une plus grande priorité à la redevabilité, nous ne cherchons pas à « montrer du doigt » les coupables, mais à cibler des ressources rares qui peuvent être utilisées à d'autres fins.

À l'heure actuelle, la redevabilité de l'ensemble des parties prenantes de la nutrition est faible. Le processus de suivi Nutrition pour la croissance (N4G) a mis en lumière les capacités très aléatoires de la communauté à répondre aux impératifs de la redevabilité. De plus, peu de données nationales sur les flux de ressources internes sont conçues pour améliorer l'état nutritionnel. Pour l'instant, les progrès nationaux ne peuvent être évalués que pour quatre des six indicateurs de l'AMS. La communauté de la nutrition doit faire preuve de plus de fermeté sur le renforcement de la redevabilité. La solution sera probablement d'investir dans la société civile, comme souligné dans plusieurs encadrés tout au long de ce rapport.

Recommandations

- Il est urgent que le groupe de suivi commun de la malnutrition infantile (*Joint Child Malnutrition Monitoring group*), composé de l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale, définisse des règles déterminant si les pays sont en bonne voie non de réaliser les objectifs mondiaux sur l'insuffisance pondérale à la naissance et l'allaitement maternel exclusif.
- Il convient de définir des objectifs de dépenses en faveur de la nutrition aussi bien dans les budgets nationaux que dans les budgets des bailleurs de fonds, et d'assurer un meilleur suivi des dépenses pour s'assurer de l'amélioration de leur volume et de leur qualité. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* contiendra de nouveaux travaux sur ce thème.
- Les signataires de N4G doivent se considérer comme des champions de la redevabilité – et investir dans des mécanismes de redevabilité au sein de leurs organisations et aider les autres à devenir plus redevables.
- Il faut encourager et soutenir le développement, le pilotage et l'évaluation de nouveaux mécanismes de redevabilité par tous les acteurs de la nutrition. Les approches impliquant les citoyens et les organisations nationales de la société civile sont d'une importance primordiale.
- Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* accorde trop peu d'importance à la redevabilité des entreprises et du secteur privé. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* corrigera ce défaut.

MESSAGE 8 : Le suivi des dépenses en faveur de la nutrition pose problème, et il est de ce fait difficile de demander des comptes aux responsables.

Peu de pays disposent de systèmes transparents et exhaustifs de suivi des dépenses nutritionnelles, à l'exception notable du Guatemala. Le suivi des ressources des bailleurs s'améliore, mais les rapports présentent toujours des disparités nombreuses. Les organisations de la société civile, les organismes multilatéraux

et les entreprises doivent également redoubler d'efforts pour suivre les ressources consacrées à la nutrition.

Recommandations

- Les pays doivent bénéficier de l'appui d'un vaste éventail de parties prenantes pour entreprendre des exercices de collecte de données de base sur les allocations budgétaires contribuant à la nutrition. Ces données peuvent être ensuite classées dans les catégories spécifiques à la nutrition ou contribuant à la nutrition, en se basant sur les définitions nationales ou internationales, puis publiées dans un format ouvert. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* visera à créer une plateforme permettant aux pays de montrer leurs réalisations dans ce domaine.
- Il convient également d'encourager d'autres acteurs de la nutrition – telles les agences des Nations Unies, les grandes organisations de la société civile, les organisations intergouvernementales et les grandes entreprises – à entreprendre des exercices de suivi financier similaires et à mettre à disposition ces données par un accès libre.

MESSAGE 9 : La nutrition a besoin d'une révolution des données.

Le monde s'est engagé à réaliser six objectifs nutritionnels mondiaux de l'AMS mais plus de la moitié des pays ne disposent pas de données pour évaluer leurs progrès. Ce problème touche aussi toutes les régions : sur les 94 pays ne disposant pas des données de suivi de l'AMS, 38 se situent en Europe et 1 en Amérique du Nord. En outre, près de 40 % des pays qui disposent de données de suivi pour quatre des six objectifs de l'AMS utilisent des données d'enquête qui datent de cinq à neuf ans.

Hormis les lacunes dans les données sur les progrès des objectifs de l'AMS, la couverture des interventions et le suivi financier, on observe d'importantes lacunes sur la consommation alimentaire, les coûts des programmes, l'insuffisance pondérale à la naissance, les micronutriments, les capacités à élargir les interventions, et les impacts. Nous disposons également de peu de données sur le volume des ressources naturelles utilisées par les différentes actions nutritionnelles.

Recommandations

- Vu l'amplitude des lacunes dans les données, il est crucial de savoir quelles lacunes combler en priorité. Comme la finalisation des ODD est imminente, nous devons nous préparer à une augmentation des dépenses liées à la collecte des données. Une série d'ateliers régionaux seront organisés au cours des 12 prochains mois pour identifier les principales lacunes à combler.
- Les investisseurs, nationaux et internationaux, dans le domaine de la nutrition doivent se préparer à investir dans la capacité à mener des enquêtes nutritionnelles nationales cohérentes et comparables tous les trois à quatre ans.
- Les pays à revenu élevé doivent s'efforcer de rendre leurs données AMS comparables à l'échelle internationale. Les futurs rapports sur la nutrition mondiale vérifieront la présence de ces données, qui proviennent principalement de pays européens.
- Trop peu de moyens sont consacrés à la mise à jour et la conservation des bases de données nationales et mondiales sur la nutrition. Les gouvernements et les bailleurs de fonds doivent commencer à multiplier les investissements dans cette composante essentielle de la redevabilité. Le *Rapport*

sur la nutrition mondiale 2015 tentera d'analyser les niveaux actuels d'investissement par rapport aux besoins.

MESSAGE 10 : Les champions nationaux de la nutrition doivent être reconnus et soutenus, et leur nombre doit augmenter.

Pour mener des actions nutritionnelles efficaces et à grande échelle, nous avons besoin de personnes engagées, formées et bien motivées, dotées de ressources adaptées et travaillant dans des conditions favorables. De nombreux exemples montrent l'importance de ces champions : l'étude de cas du Maharashtra dans l'Encadré 2.3 illustre, par exemple, à quel point il est important de pourvoir les postes de première ligne, et les Encadrés 8.2 et 8.3 sur les réseaux de la société civile africaine montrent l'importance de l'ampleur et de la portée de leurs adhérents. La nutrition ne pourra s'améliorer rapidement et durablement d'ici 2030 sans les efforts des champions nationaux. La communauté mondiale doit donc elle-même soutenir ces personnes et leurs organisations.

Recommandations

Les gouvernements, les partenaires internationaux et les entreprises doivent investir de manière stratégique, systématique et durable dans :

- des programmes de leadership nutritionnel visant à gonfler les rangs et accroître la portée des champions de la nutrition. Le Programme africain de leadership nutritionnel (*African Nutrition Leadership Programme*) est un bon exemple de potentiel de renforcement ;
- le recrutement de professionnels de la nutrition dans des postes de première ligne au niveau des communautés, des districts et au niveau national, et le renforcement des mesures incitatives et de la motivation des travailleurs de première ligne actuels ; et
- des programmes de recherche dirigés par les pays, incluant des recherches sur les outils d'échelonnage et de hiérarchisation nécessaires aux champions de la nutrition, et un appui à leurs efforts d'évaluation des interventions.

ON PEUT AMÉLIORER PLUS RAPIDEMENT LA NUTRITION : LA REDEVABILITÉ EST LE MOT-CLÉ

Ce rapport, appuyé par une large gamme de parties prenantes et rédigé par un groupe d'experts indépendants en partenariat avec un grand nombre de contributeurs, vise à souligner les progrès dans l'amélioration de l'état nutritionnel, à souligner les domaines prioritaires pour l'action et contribuer au renforcement de la redevabilité en matière de nutrition. Ce rapport vise également à aborder sous une perspective nouvelle la répartition de la malnutrition, les efforts pour la combattre ainsi que les capacités et les données nécessaires pour stimuler ces efforts. Il tente de jeter un nouvel éclairage sur les problématiques, de déclencher de nouveaux débats et identifier de nouvelles possibilités d'action. Les auteurs de ce rapport le considèrent comme une invitation à recadrer nos jugements sur la malnutrition, revoir nos aspirations sur les rythmes de progrès et redynamiser les actions visant à combattre la malnutrition.

L'urgence est le moteur de cette nouvelle vision de la nutrition. Ce rapport montre que la malnutrition, qu'elle affecte le cerveau des nourrissons ou le cœur des adultes, touche pratiquement tous les pays de la planète. Malgré cela, le monde n'est pas en voie de réaliser les objectifs nutritionnels mondiaux fixés par l'AMS pour 2025.

Au XXI^e siècle, le défi lié à l'amélioration de l'état nutritionnel trouve un écho partout dans le monde. Si nous ne réussissons pas à intensifier nos actions, notre échec aura des conséquences retentissantes, dont les futures générations paieront le prix fort. Notre génération n'a pas seulement l'opportunité, mais aussi la capacité d'écarter ces scénarios. Toutefois, nous ne réussirons qu'en agissant stratégiquement et efficacement, dans le cadre d'alliances, et à grande échelle, et en rendant des comptes. Ce rapport – ses données, ses analyses, ses exemples, ses messages et ses recommandations – s'est efforcé de contribuer à relever ce défi collectif du XXI^e siècle. ■

ANNEXE 1 : LE PROFIL NUTRITIONNEL PAYS : UN INSTRUMENT D'ACTION

Les profils pays de deux pages présentent un ensemble de données factuelles nécessaires à l'évaluation des progrès nationaux dans l'amélioration de l'alimentation et les résultats liés à la nutrition. Ces profils permettent tout d'abord d'explorer tous les types de données présentées : facteurs démographiques, mesures anthropométriques et autres de l'état nutritionnel des enfants, adolescents et adultes, couverture des interventions fondée sur des données factuelles, données financières, facteurs politiques et systèmes, et autres facteurs plus larges. Ils sont présentés dans le Tableau A.1.

L'examen des données permet d'apporter des réponses à certaines questions clés :

- Les tendances des mesures de l'état nutritionnel vont-elles dans la bonne direction ? Quelle est la prévalence des facteurs de risque de maladies non transmissibles liées à l'alimentation ? Le pays est-il en voie d'atteindre les cibles de l'Assemblée mondiale de la santé pour 2025 ?
- Quelle est la portée de la couverture de chaque intervention ? Constate-t-on des progrès dans les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant ? La couverture présente-elle des lacunes importantes pour certaines interventions ?
- Quel est le niveau de diversification et d'adéquation de l'offre alimentaire ? Des politiques et des dispositions institutionnelles favorables sont-elles mises en place pour l'exécution des programmes spécifiques à la nutrition et ceux y contribuant ?

Les profils nutritionnels des pays permettent dans un deuxième temps d'identifier les possibilités de combler les lacunes et de corriger les faiblesses des systèmes de santé et des cadres de politiques afin d'accélérer les progrès dans l'amélioration de la nutrition chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Les questions soulevées sont les suivantes :

- Les données sur la couverture et les politiques sont-elles en adéquation avec la situation épidémiologique ? Cette enquête peut être décomposée en questions plus précises :
 - Si la prévalence du retard de croissance est élevée, les niveaux des pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant sont-ils faibles ? Une concentration des efforts pour encourager l'adhésion au Code

international de commercialisation des substituts du lait maternel et la promotion des pratiques optimales d'allaitement peut-elle contribuer à stimuler les progrès en matière de réduction du retard de croissance ?

- Dans les pays où l'insuffisance pondérale à la naissance et la petite taille chez les femmes en âge de procréer sont très répandues, consacre-t-on des ressources suffisantes à l'amélioration de prestations de haute qualité pour la planification familiale et les soins prénatals et obstétriques ? Existe-t-il une législation en vigueur pour réduire le pourcentage de femmes primipares avant 18 ans, telles que des lois interdisant le mariage précoce et des politiques favorisant l'augmentation du taux de scolarisation des femmes dans l'enseignement secondaire ?
- Des récurrences dans les facteurs de risque des maladies non transmissibles et les tendances de surcharge pondérale et d'obésité chez les adolescents et les adultes offrent-elles des pistes pour l'action ? Par exemple, une prévalence élevée de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes, et une prévalence de niveaux de pression artérielle et de glycémie élevés suggèrent la nécessité de développer des programmes axés sur le changement des modes de consommation alimentaire et la pratique du sport, et un accès amélioré à des choix alimentaires sains. Des directives sur le diabète et l'hypertension doivent être également mises en place et appliquées.
- Dans les pays qui connaissent des taux élevés de retard de croissance et une augmentation des taux de surcharge pondérale chez les enfants et les adultes, des ressources suffisantes sont-elles investies dans des interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant pour combattre ce double fardeau ? La sous-nutrition figure-t-elle dans le plan national de développement du pays, et des stratégies communautaires et en milieu scolaire sont-elles mises en place pour améliorer l'accès à des régimes diversifiés et accroître les habitudes alimentaires saines et l'exercice physique ?

Ces profils pays sont destinés à pousser à l'action. Les exemples de lacunes et d'insuffisances, ainsi que les preuves des progrès, doivent inciter à réaliser des enquêtes supplémentaires.

TABLEAU A.1 GUIDE DES PROFILS NUTRITIONNELS PAYS

PAGE 1

Économie et démographie

Taux de pauvreté et PIB (histogramme vertical groupé avec courbe de tendance)	Taux de mortalité chez les moins de 5 ans (histogramme vertical)	Inégalité des revenus : Indice de Gini (texte, un indicateur)
		Population (texte, quatre indicateurs)

Anthropométrie des enfants

Anthropométrie des enfants, nombre d'enfants de moins de 5 ans touchés et pourcentage d'enfants de moins de 5 ans touchés (texte, sept indicateurs)	Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (histogramme vertical)	Changements dans la prévalence du retard de croissance au fil du temps, par quintile de richesse (graphique)
---	--	--

État nutritionnel des adolescents et des adultes

Anthropométrie des adolescents et des adultes (texte, quatre indicateurs)	Bilan des micronutriments de la population (texte, quatre indicateurs)
Facteurs de risque métaboliques des maladies non transmissibles liées à l'alimentation (histogramme vertical groupé)	Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes (histogramme horizontal groupé)

Indicateurs de l'Assemblée mondiale de la santé : progrès par rapport aux objectifs mondiaux de l'AMS

Retard de croissance chez les moins de 5 ans (texte)	Émaciation chez les moins de 5 ans (texte)	Surcharge pondérale chez les moins de 5 ans (texte)	Anémie chez les FAP (texte)
--	--	---	-----------------------------

PAGE 2

Couverture des interventions et pratiques alimentaires des enfants

Continuum de soins (histogramme horizontal)	Taux d'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de 6 mois (histogramme vertical)	Couverture des interventions (texte, cinq indicateurs)
		Pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (texte, deux indicateurs)

Facteurs sous-jacents

Offre alimentaire (histogramme vertical groupé avec courbe de tendance, trois indicateurs)	Facteurs liés au sexe (texte, trois indicateurs)	Taux de scolarisation des femmes dans l'enseignement secondaire (histogramme vertical)
	Densité des personnels de santé pour 1 000 habitants (texte, trois indicateurs)	
Amélioration de la couverture en eau potable (100 % histogramme vertical empilé)	Amélioration de la couverture en assainissement (100 % histogramme vertical empilé)	Dépenses publiques (histogramme vertical empilé)

Ressources financières et politique, législation et dispositions institutionnelles

Transformations institutionnelles inspirées par le mouvement Renforcement de la nutrition (SUN) dans le pays, 2014 (histogramme horizontal)	Politiques et dispositions législatives (texte, cinq indicateurs)	Disponibilité et stade de la mise en œuvre des directives/ protocoles/normes de gestion des MNT (texte, deux indicateurs)
---	---	---

Source : Auteurs.

Remarque : FAP = femmes en âge de procréer. MNT = maladies non transmissibles.

ANNEXE 2: QUELS PAYS SONT EN VOIE D'ATTEINDRE PLUSIEURS CIBLES DE L'AMS ?

Les six cibles de nutrition de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) sont (1) la réduction de 40 % du retard de croissance, (2) la réduction de 50 % de l'anémie chez les femmes en âge de procréer, (3) la réduction de 30 % de l'insuffisance pondérale à la naissance, (4) la prévention d'une hausse de la surcharge pondérale chez les enfants, (5) une augmentation d'au moins 50 % du nombre de nourrissons nourris exclusivement au sein et (6) la réduction

et le maintien de l'émaciation chez moins de 5 % des enfants. Actuellement, seuls les progrès des pays pour les quatre objectifs liés au retard de croissance, à l'anémie, la surcharge pondérale et l'émaciation peuvent être évalués car l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale n'ont toujours pas finalisé les règles à utiliser pour déterminer les progrès réalisés par chaque pays sur l'insuffisance pondérale à la naissance et l'allaitement maternel exclusif.

TABLE A.2 PAYS EN VOIE D'ATTEINDRE PLUSIEURS CIBLES AMS

En voie d'atteindre 0 cible	En voie d'atteindre 1 cible	En voie d'atteindre 2 cible	En voie d'atteindre 3 cible	En voie d'atteindre 4 cible
Azerbaïdjan	Afrique du Sud	Algérie	Jamaïque	Colombie
Bangladesh	Albanie	Chili	Salvador	
Bénin	Arménie	Chine	Vietnam	
Bhoutan	Belize	États-Unis		
Botswana	Bolivie	Ex-République yougoslave de Macédoine		
Burkina Faso	Bosnie-Herzégovine	Géorgie		
Comores	Burundi	Guatemala		
Djibouti	Cambodge	Jordanie		
Égypte	Cameroun	Kenya		
Érythrée	Congo	Liberia		
Ghana	Côte d'Ivoire	Maroc		
Guyane	Éthiopie	Mongolie		
Haïti	Gabon	Nicaragua		
Indonésie	Gambie	Ouganda		
Irak	Guinée	Ouzbékistan		
Mali	Guinée équatoriale	Pérou		
Mozambique	Guinée-Bissau	Serbie		
Myanmar	Honduras	Togo		
Namibie	Inde	Tunisie		
Niger	Kazakhstan	Zimbabwe		
Oman	Koweït			
Pakistan	Kirghizistan			
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Lesotho			
Philippines	Malawi			
République arabe syrienne	Maldives			
République unie de Tanzanie	Mauritanie			
Sao Tomé-et-Principe	Mexique			
Sierra Leone	Monténégro			
Thaïlande	Népal			

Source : Auteurs, sur la base des données de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque mondiale (2014) et Stevens et al. (2013, et les règles de l'OMS (2014a) déterminant les pays en voie ou non d'atteindre leurs objectifs, mises à jour août 2014.

Remarque : Cette analyse ne comprend que les pays qui ont des données disponibles sur les quatre indicateurs – retard de croissance, anémie, surcharge pondérale et émasciation – pour lesquels les règles déterminant quels pays sont en voie ou non d'atteindre leurs objectifs ont été finalisées.

Suite

Tableau A.2 suite

En voie d'atteindre 0 cible	En voie d'atteindre 1 cible	En voie d'atteindre 2 cibles	En voie d'atteindre 3 cibles	En voie d'atteindre 4 cibles
Timor-Leste	Nigéria			
Zambie	République centrafricaine			
	République démocratique du Congo			
	République démocratique populaire lao			
	République dominicaine			
	Rwanda			
	Sénégal			
	Sri Lanka			
	Suriname			
	Swaziland			
	Tadjikistan			
	Tchad			
	Uruguay			
	Venezuela			
	Yémen			

ANNEXE 3 : QUELS PAYS SONT EN BONNE VOIE D'ATTEINDRE DES CIBLES AMS, ET LESQUELLES ?

TABLEAU A.3 PROGRÈS DES PAYS SUR LES QUATRE CIBLES DE L'AMS

Afrique (n = 54)	Retard de croissance chez les moins de 5 ans			Surcharge pondérale chez les moins de 5 ans			Émaciation chez les moins de 5 ans			Anémie chez les FAP		
	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	TRAM actuel (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	En bonne/mauvaise voie	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie	
Algérie	7,9	3,2	En bonne voie	12,9	2,7	En mauvaise voie	4,0	En bonne voie	0,9	5,2	En mauvaise voie	
Afrique du Sud	2,4	3,0	En mauvaise voie		-13,0	En mauvaise voie	4,7	En bonne voie	1,7	5,2	En mauvaise voie	
Angola		5,7					8,2	En mauvaise voie	1,3	5,2	En mauvaise voie	
Bénin	-2,7	5,2	En mauvaise voie	11,4	-30,6	En mauvaise voie	8,4	En mauvaise voie	2,2	5,2	En mauvaise voie	
Botswana	-1,1	3,7	En mauvaise voie	11,2	-1,1	En mauvaise voie	7,2	En mauvaise voie	1,8	5,2	En mauvaise voie	
Burkina Faso	2,6	5,5	En mauvaise voie	2,8	-3,9	En mauvaise voie	10,9	En mauvaise voie	1,0	5,2	En mauvaise voie	
Burundi	0,9	5,7	En mauvaise voie	2,9	-7,6	En mauvaise voie	6,1	En mauvaise voie	5,6	5,2	En bonne voie	
Cameroun	1,4	5,2	En mauvaise voie	6,5	4,7	En bonne voie	5,8	En mauvaise voie	1,0	5,2	En mauvaise voie	
Cap Vert									1,1	5,2	En mauvaise voie	
Comores	3,1	4,8	En mauvaise voie	10,9	5,5	En mauvaise voie	11,1	En mauvaise voie	1,8	5,2	En mauvaise voie	
Congo	3,6	5,4	En mauvaise voie	3,6	13,3	En bonne voie	5,9	En mauvaise voie	1,2	5,2	En mauvaise voie	
Côte d'Ivoire	5,1	5,4	En mauvaise voie	3,2	12,8	En bonne voie	7,6	En mauvaise voie	0,3	5,2	En mauvaise voie	
Djibouti	-2,2	3,8	En mauvaise voie	8,1	1,0	En mauvaise voie	21,5	En mauvaise voie	2,0	5,2	En mauvaise voie	
Égypte	-3,1	3,7	En mauvaise voie	20,5	-17,1	En mauvaise voie	7,9	En mauvaise voie	-0,1	5,2	En mauvaise voie	
Érythrée	-1,8	4,9	En mauvaise voie	9,7	-2,2	En mauvaise voie	15,3	En mauvaise voie	2,0	5,2	En mauvaise voie	
Éthiopie	2,3	4,7	En mauvaise voie	3,1	1,5	En bonne voie	10,1	En mauvaise voie	3,7	5,2	En mauvaise voie	
Gabon	3,3	4,8	En mauvaise voie	1,9	-2,7	En mauvaise voie	3,4	En bonne voie	0,3	5,2	En mauvaise voie	
Gambie	0,1	3,9	En mauvaise voie	-2,2	4,3	En bonne voie	9,5	En mauvaise voie	2,0	5,2	En mauvaise voie	
Ghana	2,8	4,4	En mauvaise voie	1,8	-0,7	En mauvaise voie	6,2	En mauvaise voie	-1,3	5,2	En mauvaise voie	
Guinée	1,4	5,2	En mauvaise voie	1,5	2,1	En bonne voie	9,9	En mauvaise voie	0,8	5,2	En mauvaise voie	
Guinée-Bissau	1,7	5,2	En mauvaise voie	7,7	6,1	En bonne voie	5,8	En mauvaise voie	0,7	5,2	En mauvaise voie	
Guinée équatoriale	4,7	5,2	En mauvaise voie	-17,1	3,1	En mauvaise voie	3,1	En bonne voie	1,1	5,2	En mauvaise voie	
Île Maurice				6,1					0,5	5,2	En mauvaise voie	
Kenya	1,3	5,0	En mauvaise voie	-2,7	4,8	En bonne voie	7,0	En mauvaise voie	5,6	5,2	En bonne voie	
Lesotho	3,3	4,0	En mauvaise voie	1,9	10,6	En mauvaise voie	3,9	En bonne voie	2,0	5,2	En mauvaise voie	
Liberia	1,0	5,1	En mauvaise voie	4,3	1,3	En bonne voie	2,8	En bonne voie	1,2	5,2	En mauvaise voie	
Libye		2,5		2,6		En mauvaise voie	6,5	En mauvaise voie	0,9	5,2	En mauvaise voie	
Madagascar	1,4	5,8	En mauvaise voie	-0,7					2,6	5,2	En mauvaise voie	
Malawi	1,3	5,6	En mauvaise voie	3,8	2,9	En mauvaise voie	4,1	En bonne voie	3,3	5,2	En mauvaise voie	
Mali	2,0	6,5	En mauvaise voie	2,1	-8,7	En mauvaise voie	15,3	En mauvaise voie	1,1	5,2	En mauvaise voie	
Maroc	5,3	3,6	En bonne voie	5,0	2,7	En mauvaise voie	2,3	En bonne voie	0,6	5,2	En mauvaise voie	
Mauritanie	3,9	5,1	En mauvaise voie	3,2	6,4	En bonne voie	11,6	En mauvaise voie	1,0	5,2	En mauvaise voie	
Mozambique	1,4	5,5	En mauvaise voie	7,9	-1,4	En mauvaise voie	6,1	En mauvaise voie	1,0	5,2	En mauvaise voie	
Namibie	5,5	4,5	En mauvaise voie	-1,4	-4,9	En mauvaise voie	7,5	En mauvaise voie	1,4	5,2	En mauvaise voie	
Niger	0,0	7,4	En mauvaise voie	4,6	-5,4	En mauvaise voie	18,7	En mauvaise voie	1,2	5,2	En mauvaise voie	
Nigéria	2,0	5,9	En mauvaise voie	4,9	6,9	En bonne voie	18,1	En mauvaise voie	0,7	5,2	En mauvaise voie	
Ouganda	2,6	6,0	En mauvaise voie	3,8	2,2	En bonne voie	4,8	En bonne voie	3,0	5,2	En mauvaise voie	
RDC	0,1	5,6	En mauvaise voie	4,9	2,6	En bonne voie	8,5	En mauvaise voie	1,0	5,2	En mauvaise voie	

Source : Stevens et al. (2013); UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale (2014). Pour les règles déterminant les pays qui sont en voie ou non d'atteindre leurs objectifs, voir le Tableau 3.3 et l'OMS (2014A), mises à jour en août 2014.

Remarques : Vert = actuellement en bonne voie; rose = actuellement en mauvaise voie ; cellule vide = pas de données disponibles; TRAM = taux de réduction annuel moyen ; FAP = femmes en âge de procréer. Un TRAM > 0 signifie que le taux de prévalence est en baisse. Un TRAM < 0 signifie que le taux de prévalence est en hausse.

Suite

Tableau A.3 Suite

Afrique Suite	Retard de croissance chez les moins de 5 ans			Surcharge pondérale chez les moins de 5 ans			Émaciation chez les moins de 5 ans			Anémie chez les FAP		
	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	TRAM actuel (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	En bonne/mauvaise voie	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie	
République centrafricaine	0,8	4,8	En mauvaise voie	1,8	15,5	En bonne voie	7,4	En mauvaise voie	0,9	5,2	En mauvaise voie	
République unie de Tanzanie	1,9	5,7	En mauvaise voie	5,5	-4,7	En mauvaise voie	6,6	En mauvaise voie	1,3	5,2	En mauvaise voie	
Rwanda	0,9	4,9	En mauvaise voie	7,1	0,1	En mauvaise voie	3,0	En bonne voie	2,1	5,2	En mauvaise voie	
Sao Tomé-et-Principe	1,8	4,2	En mauvaise voie	11,6	-4,3	En mauvaise voie	11,2	En mauvaise voie	1,2	5,2	En mauvaise voie	
Sénégal	2,7	5,3	En mauvaise voie	1,5	7,0	En bonne voie	8,9	En mauvaise voie	0,2	5,2	En mauvaise voie	
Seychelles									2,2	5,2	En mauvaise voie	
Sierra Leone	-0,8	4,5	En mauvaise voie	10,3	-9,0	En mauvaise voie	9,2	En mauvaise voie	1,7	5,2	En mauvaise voie	
Somalie	-6,3	5,9	En mauvaise voie	4,7			13,2	En mauvaise voie	0,4	5,2	En mauvaise voie	
Soudan	2,2	3,9	En mauvaise voie	4,2			16,4	En mauvaise voie	2,0	5,2	En mauvaise voie	
Soudan du Sud	3,7	5,7	En mauvaise voie	6,0	13,9	En bonne voie	22,7	En mauvaise voie				
Swaziland	0,8	4,0	En mauvaise voie	10,7	3,3	En mauvaise voie	0,8	En bonne voie	1,5	5,2	En mauvaise voie	
Tchad	0,3	5,8	En mauvaise voie	2,8	0,3	En bonne voie	15,7	En mauvaise voie	0,9	5,2	En mauvaise voie	
Togo	-1,8	5,0	En mauvaise voie	1,6	23,6	En bonne voie	4,8	En bonne voie	0,9	5,2	En mauvaise voie	
Tunisie	4,2	3,2	En bonne voie	14,3	-8,4	En mauvaise voie	2,8	En bonne voie	0,4	5,2	En mauvaise voie	
Zambie	2,9	6,5	En mauvaise voie	8,4	3,5	En mauvaise voie	5,6	En mauvaise voie	2,1	5,2	En mauvaise voie	
Zimbabwe	0,1	4,8	En mauvaise voie	5,8	7,9	En bonne voie	3,1	En bonne voie	1,3	5,2	En mauvaise voie	
Asie (n = 47)												
Afghanistan									0,5	5,2	En mauvaise voie	
Arabie Saoudite		1,7		6,1			11,8	En mauvaise voie	1,1	5,2	En mauvaise voie	
Arménie	-1,6	1,8	En mauvaise voie	16,8	-0,5	En mauvaise voie	4,2	En bonne voie	-3,7	5,2	En mauvaise voie	
Azerbaïdjan	-3,8	2,7	En mauvaise voie	13,9	-18	En mauvaise voie	6,8	En mauvaise voie	0,9	5,2	En mauvaise voie	
Bahreïn									1,8	5,2	En mauvaise voie	
Bangladesh	2,7	3,3	En mauvaise voie	1,9	-6,6	En mauvaise voie	15,7	En mauvaise voie	0,6	5,2	En mauvaise voie	
Bhoutan	3,2	3,3	En mauvaise voie	7,6	-4,7	En mauvaise voie	5,9	En mauvaise voie	1,9	5,2	En mauvaise voie	
Brunei Darussalam									-2,3	5,2	En mauvaise voie	
Cambodge	2,1	4,0	En mauvaise voie	1,9	6,9	En bonne voie	10,8	En mauvaise voie	2,3	5,2	En mauvaise voie	
Chine	8,1	2,7	En bonne voie	6,6	-2,3	En mauvaise voie	2,3	En bonne voie	0,9	5,2	En mauvaise voie	
Chypre									-1,3	5,2	En mauvaise voie	
Émirats arabes unis									0,9	5,2	En mauvaise voie	
Géorgie	3,3	1,4	En bonne voie	19,9	-1,2	En mauvaise voie	1,6	En bonne voie	0,5	5,2	En mauvaise voie	
Inde	1,7	3,7	En mauvaise voie	1,9	5,9	En bonne voie	20,0	En mauvaise voie	1,1	5,2	En mauvaise voie	
Indonésie	0,5	3,0	En mauvaise voie	11,5	-19,6	En mauvaise voie	13,5	En mauvaise voie	4,0	5,2	En mauvaise voie	
Irak	2,2	5,3	En mauvaise voie	11,8	-7,5	En mauvaise voie	7,4	En mauvaise voie	0,7	5,2	En mauvaise voie	
Iran	0,6	3	En mauvaise voie				4,0	En bonne voie	1,7	5,2	En mauvaise voie	
Israël									-1,3	5,2	En mauvaise voie	
Japon									-0,9	5,2	En mauvaise voie	
Jordanie	4,4	3,4	En bonne voie	4,7	-0,9	En mauvaise voie	2,4	En bonne voie	-0,6	5,2	En mauvaise voie	
Kazakhstan	0,1	3	En mauvaise voie	13,3	-9,7	En mauvaise voie	4,1	En bonne voie	1,9	5,2	En mauvaise voie	
Kirghizistan	0,3	4	En mauvaise voie	9,0	2,8	En mauvaise voie	2,8	En bonne voie	1,4	5,2	En mauvaise voie	
Koweït	-0,8	5	En mauvaise voie	9,5	-1,1	En mauvaise voie	2,4	En bonne voie	0,4	5,2	En mauvaise voie	
Liban									0,1	5,2	En mauvaise voie	
Malaisie	2,6	4,6	En mauvaise voie						3,2	5,2	En mauvaise voie	
Maldives	5,5	3,3	En bonne voie	6,5	-6,6	En mauvaise voie	10,2	En mauvaise voie	3,2	5,2	En mauvaise voie	
Mongolie	5,4	3,2	En bonne voie	10,9	-2,1	En mauvaise voie	2,3	En bonne voie	-0,7	5,2	En mauvaise voie	

Suite

Tableau A.3 Suite

Asie Suite	Retard de croissance chez les moins de 5 ans			Surcharge pondérale chez les moins de 5 ans			Émaciation chez les moins de 5 ans			Anémie chez les FAP		
	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	TRAM actuel (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	En bonne/mauvaise voie	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie	
Myanmar	1,8	3,1	En mauvaise voie	2,6	-1,0	En mauvaise voie	7,9	En mauvaise voie	3,7	5,2	En mauvaise voie	
Népal	3,4	3,2	En bonne voie	1,5	-7,9	En mauvaise voie	11,2	En mauvaise voie	2,6	5,2	En mauvaise voie	
Oman	2,7	3,8	En mauvaise voie	1,7	-0,6	En mauvaise voie	7,1	En mauvaise voie	1,0	5,2	En mauvaise voie	
Ouzbékistan	6,2	3,3	En bonne voie	12,8	-3,6	En mauvaise voie	4,5	En bonne voie	1,2	5,2	En mauvaise voie	
Pakistan	-0,6	3,9	En mauvaise voie	4,8	-1,2	En mauvaise voie	10,5	En mauvaise voie	-0,3	5,2	En mauvaise voie	
Philippines	0,8	4,6	En mauvaise voie	5,0	-7,7	En mauvaise voie	7,9	En mauvaise voie	4,3	5,2	En mauvaise voie	
Qatar									0,8	5,2	En mauvaise voie	
République arabe syrienne	-0,4	4,3	En mauvaise voie	17,9	1,2	En mauvaise voie	11,5	En mauvaise voie	1,0	5,2	En mauvaise voie	
République de Corée		4,4		6,7			0,9	En bonne voie	-1,9	5,2	En mauvaise voie	
RDP lao	0,8	3,8	En mauvaise voie	2,0	3,0	En bonne voie	6,4	En mauvaise voie	2,9	5,2	En mauvaise voie	
RPD de Corée	4,8	4,1	En bonne voie	0,0			4,0	En bonne voie	3,3	5,2	En mauvaise voie	
Singapour									-1,7	5,2	En mauvaise voie	
Sri Lanka	1,3	2,8	En mauvaise voie	0,6	3,8	En bonne voie	21,4	En mauvaise voie	3,3	5,2	En mauvaise voie	
Tadjikistan	3,5	4,7	En mauvaise voie	6,6	0,8	En bonne voie	9,9	En mauvaise voie	3,8	5,2	En mauvaise voie	
Thaïlande	-0,6	2,4	En mauvaise voie	10,9	-5,3	En mauvaise voie	6,7	En mauvaise voie	0,3	5,2	En mauvaise voie	
Timor-Leste	-0,3	5,4	En mauvaise voie	5,8	-0,2	En mauvaise voie	18,9	En mauvaise voie	3,8	5,2	En mauvaise voie	
Turkménistan									1,1	5,2	En mauvaise voie	
Turquie	5,8	3,3	En bonne voie				0,8	En bonne voie	0,7	5,2	En mauvaise voie	
Vietnam	4,3	2,4	En bonne voie	4,6	-6,0	En mauvaise voie	4,4	En bonne voie	6,4	5,2	En bonne voie	
Yémen	2,6	4,5	En mauvaise voie	1,5	14,0	En bonne voie	13,3	En mauvaise voie	1,0	5,2	En mauvaise voie	
Europe (n = 43)												
Albanie	5,8	4,4	En bonne voie	23,4	2,8	En mauvaise voie	9,4	En mauvaise voie	1,1	5,2	En mauvaise voie	
Allemagne		3,7		3,5			1,0	En bonne voie	-1,4	5,2	En mauvaise voie	
Andorre									-1,5	5,2	En mauvaise voie	
Autriche									-1,3	5,2	En mauvaise voie	
Belgique									-1,7	5,2	En mauvaise voie	
Biélorussie		2,6		9,7		En mauvaise voie	2,2	En bonne voie	0,0	5,2	En mauvaise voie	
Bosnie-Herzégovine	2,5	4,8	En mauvaise voie	17,4	-0,5	En mauvaise voie	2,3	En bonne voie	0,4	5,2	En mauvaise voie	
Bulgarie									-0,1	5,2	En mauvaise voie	
Croatie									0,2	5,2	En mauvaise voie	
Danemark									-1,5	5,2	En mauvaise voie	
Espagne									-1,4	5,2	En mauvaise voie	
Estonie									-0,2	5,2	En mauvaise voie	
Ex-République yougoslave de Macédoine	4,0	3,0	En bonne voie	12,4	-2,2	En mauvaise voie	1,8	En bonne voie	-2,4	5,2	En mauvaise voie	
Fédération de Russie									0,1	5,2	En mauvaise voie	
Finlande									-1,7	5,2	En mauvaise voie	
France									-1,5	5,2	En mauvaise voie	
Grèce									-1,4	5,2	En mauvaise voie	
Hongrie									0,0	5,2	En mauvaise voie	
Irlande									-1,2	5,2	En mauvaise voie	
Islande									-1,5	5,2	En mauvaise voie	
Italie									-1,6	5,2	En mauvaise voie	
Lettonie									0,0	5,2	En mauvaise voie	
Liechtenstein												
Lituanie									-0,3	5,2	En mauvaise voie	
Luxembourg									-1,4	5,2	En mauvaise voie	
Malte									-1,5	5,2	En mauvaise voie	
Monaco												

Suite

Tableau A.3 Suite

Europe Suite	Retard de croissance chez les moins de 5 ans			Surcharge pondérale chez les moins de 5 ans			Émaciation chez les moins de 5 ans		Anémie chez les FAP		
	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	TRAM actuel (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	En bonne/mauvaise voie	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie
Monténégro	-2,2	2,7	En mauvaise voie	22,3	-4,6	En mauvaise voie	2,8	En bonne voie	0,0	5,2	En mauvaise voie
Norvège									-1,5	5,2	En mauvaise voie
Pays-Bas									-1,4	5,2	En mauvaise voie
Pologne									-0,2	5,2	En mauvaise voie
Portugal									-1,0	5,2	En mauvaise voie
République de Moldavie		1,7		9,1		En mauvaise voie	5,8	En mauvaise voie	0,6	5,2	En mauvaise voie
République tchèque									-0,4	5,2	En mauvaise voie
Roumanie	4,4				5,5				0,1	5,2	En mauvaise voie
Royaume-Uni									-2,8	5,2	En mauvaise voie
Saint-Marin											
Serbie	4,0	2,4	En bonne voie	15,6	4,2	En mauvaise voie	3,5	En bonne voie	0,5	5,2	En mauvaise voie
Slovaquie									-0,1	5,2	En mauvaise voie
Slovénie									-0,1	5,2	En mauvaise voie
Suède									-1,6	5,2	En mauvaise voie
Suisse									-1,6	5,2	En mauvaise voie
Ukraine									0,0	5,2	En mauvaise voie
Amérique latine et Caraïbes (n = 33)											
Antigua-et-Barbuda									2,9	5,2	En mauvaise voie
Argentine		3,6		9,9		En mauvaise voie	1,2	En bonne voie	0,7	5,2	En mauvaise voie
Bahamas									3,1	5,2	En mauvaise voie
Barbade									3,2	5,2	En mauvaise voie
Belize	2,8	4,4	En mauvaise voie	7,9	10,4	En mauvaise voie	3,3	En bonne voie	3,5	5,2	En mauvaise voie
Bolivie	3,5	4,4	En mauvaise voie	8,7	1,1	En mauvaise voie	1,4	En bonne voie	-0,2	5,2	En mauvaise voie
Brésil		3,3		7,3		En mauvaise voie	1,6	En bonne voie	1,0	5,2	En mauvaise voie
Chili	3,8	3,7	En bonne voie	10,1	2,0	En mauvaise voie	0,3	En bonne voie	-0,6	5,2	En mauvaise voie
Colombie	3,5	3,4	En bonne voie	4,8	1,0	En bonne voie	0,9	En bonne voie	5,9	5,2	En bonne voie
Costa Rica		3,6		8,1		En mauvaise voie	1,0	En bonne voie	1,6	5,2	En mauvaise voie
Cuba									3,3	5,2	En mauvaise voie
Dominique									3,1	5,2	En mauvaise voie
Équateur	1,7	3,9	En mauvaise voie				2,4	En bonne voie	3,0	5,2	En mauvaise voie
Grenade									3,2	5,2	En mauvaise voie
Guatemala	0,8	5,0	En mauvaise voie	4,9	4,2	En bonne voie	1,1	En bonne voie	3,2	5,2	En mauvaise voie
Guyane	-4,0	2,4	En mauvaise voie	6,7	-2,4	En mauvaise voie	5,3	En mauvaise voie	2,9	5,2	En mauvaise voie
Haiti	2,1	3,8	En mauvaise voie	3,6	-1,3	En mauvaise voie	5,2	En mauvaise voie	3,4	5,2	En mauvaise voie
Honduras	3,8	4,3	En mauvaise voie	5,2	-4,9	En mauvaise voie	1,4	En bonne voie	3,7	5,2	En mauvaise voie
Jamaïque	3,6	3,3	En bonne voie	4,0	2,2	En bonne voie	3,5	En bonne voie	3,2	5,2	En mauvaise voie
Mexique	2,2	3,2	En mauvaise voie	9,0	-2,9	En mauvaise voie	1,6	En bonne voie	4,8	5,2	En mauvaise voie
Nicaragua	2,4	3,3	En mauvaise voie	6,2	3,3	En bonne voie	1,5	En bonne voie	4,3	5,2	En mauvaise voie
Panama	3,0	4,0	En mauvaise voie				1,2	En bonne voie	4,2	5,2	En mauvaise voie
Paraguay		4,4		7,1		En mauvaise voie	1,1	En bonne voie	1,0	5,2	En mauvaise voie
Pérou	4,3	3,7	En bonne voie	7,2	3,0	En mauvaise voie	0,6	En bonne voie	4,9	5,2	En mauvaise voie
République dominicaine	-2,2	3,8	En mauvaise voie	8,3	-1,1	En mauvaise voie	2,3	En bonne voie	3,3	5,2	En mauvaise voie
Saint-Kitts-et-Nevis											
Sainte-Lucie		3,4		6,3			3,7	En bonne voie	2,9	5,2	En mauvaise voie
Saint-Vincent-et-les Grenadines									3,1	5,2	En mauvaise voie
Salvador	3,5	3,3	En bonne voie	5,7	0,3	En bonne voie	1,6	En bonne voie	3,4	5,2	En mauvaise voie
Suriname	4,9	3,6	En bonne voie	4,0	-3,4	En mauvaise voie	5,0	En mauvaise voie	3,2	5,2	En mauvaise voie

Suite

Tableau A.3 Suite

Amérique latine et Caraïbes suite	Retard de croissance chez les moins de 5 ans			Surcharge pondérale chez les moins de 5 ans			Émaciation chez les moins de 5 ans		Anémie chez les FAP		
	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	TRAM actuel (en %)	En bonne/mauvaise voie	Taux de référence	En bonne/mauvaise voie	TRAM actuel (en %)	TRAM visé (en %)	En bonne/mauvaise voie
Trinité-et-Tobago									3,1	5,2	En mauvaise voie
Uruguay	2,6	3,5	En mauvaise voie	7,2	2,7	En mauvaise voie	1,3	En bonne voie	0,6	5,2	En mauvaise voie
Venezuela	2,5	3,7	En mauvaise voie	6,4	-2,2	En mauvaise voie	4,1	En bonne voie	3,2	5,2	En mauvaise voie
Amérique du Nord (n = 2)											
Canada									-1,5	5,2	En mauvaise voie
États-Unis	3,9	4,2	En mauvaise voie	6	1,2	En bonne voie	0,5	En bonne voie	-3,4	5,2	En mauvaise voie
Océanie (n = 14)											
Australie									-1,2	5,2	En mauvaise voie
Fidji									2,7	5,2	En mauvaise voie
Îles Marshall									2,3	5,2	En mauvaise voie
Îles Salomon		4,3		2,5			4,3	En bonne voie	2,3	5,2	En mauvaise voie
Kiribati									2,3	5,2	En mauvaise voie
Micronésie									0,4	5,2	En mauvaise voie
Nauru		3,9		2,8			1,0	En bonne voie			
Nouvelle-Zélande									-2,8	5,2	En mauvaise voie
Palau											
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-3,0	4,7	En mauvaise voie	13,8	-41,9	En mauvaise voie	14,1	En mauvaise voie	2,1	5,2	En mauvaise voie
Samoa									2,0	5,2	En mauvaise voie
Tonga									2,1	5,2	En mauvaise voie
Tuvalu		3,9		6,3			3,3	En bonne voie			
Vanuatu		4,3		4,7			5,9	En mauvaise voie	5,2	5,2	En bonne voie

ANNEXE 4: DÉPENSES DES BAILLEURS DE FONDS CONSACRÉES AUX INTERVENTIONS ET PROGRAMMES SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION ET Y CONTRIBUANT

Le Tableau A.4 présente l'enveloppe des bailleurs de fonds destinée aux interventions et programmes spécifiques à la nutrition et ceux y contribuant en 2010 et 2012, et les montants effectivement décaissés sur la même période. Les interventions ou programmes spécifiques à la nutrition portent sur les facteurs immédiats de la nutrition et du développement du fœtus et de l'enfant. Il s'agit des aliments et de l'apport en nutriments adéquats, de l'alimentation, des soins et pratiques de soins parentaux et d'une incidence limitée des maladies infectieuses. Les exemples comprennent : l'alimentation des adolescents et prénatale, et la santé et la nutrition maternelles, le régime alimentaire et les apports en micronutriments chez la mère, la promotion d'un allaitement maternel optimal, l'alimentation complémentaire et les pratiques d'attention et de stimulation de l'enfant pendant les repas, les compléments alimentaires, la diversification et l'apport ou le renforcement en micronutriments pour les enfants, le traitement de la malnutrition aiguë sévère, la prévention et la gestion de la malnutrition aiguë modérée et la nutrition dans les situations d'urgence.

Les interventions ou programmes contribuant à la nutrition portent sur les facteurs sous-jacents de la nutrition et du développement du fœtus et de l'enfant. Il s'agit de la sécurité alimentaire, des prestations de soins adéquates pour la mère, les ménages et la communauté, et l'accès aux services de santé ainsi qu'à un environnement sûr et hygiénique. Ces programmes intègrent des objectifs et des actions spécifiques à

la nutrition. Les programmes contribuant à la nutrition peuvent servir de plateformes de livraison des interventions spécifiques à la nutrition, en augmentant potentiellement leur échelle, leur couverture et leur efficacité. Les divers exemples comprennent : l'agriculture et la sécurité alimentaire, les filets sociaux de sécurité, le développement de la petite enfance, la santé mentale maternelle, l'autonomisation des femmes, la protection de l'enfance, la scolarisation, l'eau, l'assainissement et l'hygiène ainsi que les services de santé et de planification familiale. Les définitions des expressions « spécifique à la nutrition » et « contribuant à la nutrition » sont compatibles avec la série 2013 de *The Lancet* sur la nutrition maternelle et infantile.

Pour les bailleurs de fonds, les engagements représentent le montant total réservé par chacun d'entre eux, par l'affectation crédit budgétaire ou la disponibilité des fonds nécessaires, à fournir une quantité donnée de ressources à un pays, une agence ou une organisation non gouvernementale bénéficiaire. Des engagements pluriannuels peuvent être réalisés en une seule année, mais décaissés sur plusieurs années. La présentation des décaissements montre des variations. Par exemple, pour l'année 2012, le montant total des décaissements de l'UE comprend tous les décaissements effectués par rapport aux engagements de 2012, quelle que soit l'année où ils sont effectivement versés. Tous les autres bailleurs de fonds ont présenté leurs décaissements par rapport aux engagements pris au cours des années précédentes et de l'année en cours.

TABLEAU A.4 DÉPENSES DES BAILLEURS DE FONDS CONSACRÉES AUX CATÉGORIES SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION ET Y CONTRIBUANT, EN 2010 ET 2012 (MILLIERS \$EU)

	Spécifiques à la nutrition				Contribuant à la nutrition				Total des engagements			Total des décaissements		
	Engagements		Décaissements		Engagements		Décaissements		2010	2012	Variation	2010	2012	Variation
Bailleurs de fonds	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	Variation	2010	2012	Variation
Allemagne ^a	4 550	1 687	2 987	2 719	19 104	37 951	18 856	29 139	23 654	39 638		21 843	31 858	
Australie			6 672	16 516			49 903	114 553				56 575	131 069	
Banque mondiale	54 513	248 171	61 160	21 873	1 928 471	852 750			1 982 984	1 100 921		61 160	21 873	
Canada ^b	61 280	163 118	98 846	205 463	49 053	76 948	80 179	90 171	110 333	240 066		179 025	295 634	
États-Unis ^c	414 730	339 879	8 820	68 380	3 259 518	3 157 153	AD	AD	3 674 248	3 497 032		AD	AD	AD
Fondation Bill & Melinda Gates	19 540	49 960	50 060	80 610	23 330	18 560	12 320	34 860	42 870	68 520		62 380	115 470	
Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance ^d	6 402	36 996	980	5 481					6 402	36 996		980	5 481	
France	3 585	4 737	2 895	3 852	23 340	27 141	23 003	27 141	26 925	31 878		25 898	30 993	
Irlande ^e	7 691	7 565	7 691	7 565	34 806	45 412	34 806	45 412	42 497	52 977		42 497	52 977	
Pays-Bas	448	36 314	2 661	4 007	381	80 674	2 484	20 160	4 868	116 988		5 145	24 167	
Royaume-Uni	20 762	12 925	39 860	63 127	164 992	246 065	302 215	412 737	185 754	258 990		342 075	475 864	
Suisse ^f					23 976	43 733	21 099	28 800	23 976	43 733		21 099	28 800	
UE ^g	67 060	24 075	50 889	8	425 917	543 883	392 563	309 209	492 977	567 958		443 452	309 217	
Total	664 600	925 427	333 521	479 601	5 952 888	5 130 270	937 428	1 112 182	6 617 488	6 055 697		1 262 129	1 523 403	

Source : Auteurs.

Remarques : Vert = augmentation; rose = diminution; AD = à déterminer.

^a Les données de référence pertinentes de la N4G couvrent seulement les engagements du ministère fédéral allemand pour la Coopération économique et le développement (BMZ) (en milliers de dollars EU) : engagements spécifiques à la nutrition (2010) : 1 766 dollars EU, et engagements contribuant à la nutrition (2010) : 19 104 dollars EU. Les totaux pour l'Allemagne excluent l'aide humanitaire.

^b L'engagement reflète le montant total consacré à cet investissement. Pour déterminer si le montant engagé est entièrement décaissé, les décaissements annuels de l'investissement devraient pouvoir être examinés. Une faible proportion du budget pour les investissements contribuant à la nutrition peut figurer dans le total des dépenses spécifiques à la nutrition en raison de l'utilisation de plusieurs codes pour le classement des investissements au Canada. À ce titre, ces investissements n'auraient pas été pris en compte dans les chiffres des investissements contribuant à la nutrition.

^c Le développement des budgets spécifiques à la nutrition et ceux y contribuant du gouvernement américain a été un effort de collaboration avec la participation de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), le Millennium Challenge Corporation et les départements d'État, du Trésor et de l'Agriculture américains. Sur la base des définitions des expressions « spécifique à la nutrition » et « contribuant à la nutrition » compatibles avec la série 2013 de *The Lancet*, les ministères et organismes ont analysé les programmes en vue d'identifier les ressources attribuables à des interventions spécifiques à la nutrition ou contribuant à la nutrition. Pour la programmation spécifique à la nutrition, les sources de financement suivantes ont été examinées : l'aide au développement de l'USAID, le Fonds de soutien économique de l'USAID, le Programme de santé mondiale de l'USAID, le Financement du développement communautaire de l'USAID, le « *Community Development Resilience Fund* » inscrit au Titre II du programme Vivres pour la paix de l'USAID, le Titre II (*Emergency and Development Food Assistance Programs*) du programme Vivres pour la paix de l'USAID, l'*Office of U.S. Foreign Disaster Assistance* de l'USAID, le Millennium Challenge Corporation, les Programmes de santé mondiale du Département d'État américain (Plan d'urgence du président pour la lutte contre le sida) et le Programme mondial pour l'agriculture et la sécurité alimentaire (GAFSP). Les ministères et organismes ont également fourni des descriptions d'activités considérées comme spécifiques à la nutrition ou contribuant à la nutrition pour accompagner les tableaux de ressources. Les programmes ont ensuite été examinés par des experts techniques et les décideurs en vue de s'assurer de la pleine compatibilité des ressources avec les définitions.

^d Les engagements et les décaissements de la Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance ont été inclus en termes de montants sous contrat (ou transférés) pour une seule année. La CIFF n'a pas conclu de contrats pluriannuels dans le passé.

^e Pour l'Irlande, les engagements sont égaux aux décaissements (sur une année budgétaire).

^f Ces chiffres pour la Suisse sont provisoires. Ils comprennent une part importante d'investissements contribuant à la nutrition comptabilisés en tant qu'« aide humanitaire » dans le Système de notification des pays créanciers du Comité d'aide au développement de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques, sous forme de fourniture en nature de produits laitiers suisses.

^g Les données de référence de l'initiative Nutrition pour la croissance (N4G) couvrent uniquement les engagements de l'UE. Ces derniers sont des accords fermes avec un partenaire et un budget particulier. Les décaissements déclarés des années 2010 et 2012 correspondent à la somme des paiements effectués sur les engagements des années 2010 et 2012 seulement. Pour l'aide humanitaire, les engagements sont versés dans un délai de maximum de 24 mois.

ANNEXE 5 : QUEL EST LE DEGRÉ DE REDEVABILITÉ DU RAPPORT SUR LA NUTRITION MONDIALE ?

Sur la base de récentes publications sur la redevabilité en matière de nutrition (Kraak et al. 2014 ; te Lintelo 2014), le présent rapport utilise un cadre de redevabilité simple pour guider son travail : identification des engagements, suivi des progrès, identification de la redevabilité, aide à la redevabilité et réponse à la redevabilité. Le Tableau A.5 décrit la mesure dans laquelle le rapport tente de promouvoir la redevabilité en matière de nutrition (y compris sa propre redevabilité) à chaque étape du cycle.

Les questions liées à (1) la validation des données, (2) l'indépendance, (3) la légitimité, et (4) la durabilité du rapport sont abordées dans un document disponible sur le site Internet du rapport (www.globalnutritionreport.org). Les trois premiers aspects du rapport peuvent être décrits brièvement comme suit :

1. *Validation des données.* Les données et les conclusions du rapport seront validées (ou non) par une large série d'examen (internes et externes), la transparence du processus, le libre accès à toutes les données et les lancements dans les pays.
2. *Indépendance.* Chaque membre du groupe d'experts indépendants (GEI) apporte un point de vue spécifique reflétant sa formation disciplinaire, son contexte géographique et institutionnel et son expérience personnelle. L'adhésion au GEI est diversifiée, basée

principalement sur les perspectives individuelles, la réputation et l'expertise. Les experts ont été nommés à l'issue d'un processus de sélection transparent, expliqué au moment de la nomination. Les déclarations d'intérêts divergents des membres du GEI sur le site Internet favorisent la transparence et la fiabilité de l'indépendance. Par ailleurs, le groupe des bailleurs de fonds du rapport est hétérogène, et cette diversité assure une protection contre la dépendance.

3. *Légitimité.* Au nom de qui ce rapport s'exprime-t-il et pourquoi voudrait-on en tenir compte ? La légitimité du rapport découle de la demande de redevabilité dans le cadre du Pacte mondial sur la nutrition pour la croissance. Cette demande a été davantage peaufinée avec la création d'un groupe de parties prenantes qui a édicté des termes de référence officiels pour le rapport, y compris la formation d'un GIE assumant la responsabilité de la qualité du rapport. Néanmoins, le groupe de parties prenantes et le GEI ne sont pas des entités formelles et les questions de légitimité sont par conséquent particulièrement pertinentes. Nous avons cherché à renforcer notre légitimité en étant inclusif à tous les stades. Enfin, la qualité de ces pages (leur rigueur, pertinence, innovation, exhaustivité, célérité et accessibilité) sera un élément décisif dans l'attention qui sera accordée à ce rapport.

TABLEAU A.5 APPLIQUER LE CADRE DE REDEVABILITÉ AUX PROCESSUS PROPRES A CE RAPPORT

Stade du cycle de redevabilité	Mesures visant à promouvoir la redevabilité à ce stade	Observations
1. Identifier les engagements (qui s'est engagé à faire quoi et quand ?)	<p>Explicite : Déclarations publiques d'engagement</p> <p>Nous soulignons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cibles de l'Assemblée mondiale pour la santé (AMS) • Engagements de la N4G • Chartes/lois/politiques/plans <p>Implicite : Sans cibles</p> <p>Nous soulignons la direction et la vitesse de changement des indicateurs qui, sur la base des faits et de la théorie, passent pour de bons indicateurs des résultats et des facteurs de l'état nutritionnel.</p>	Certains engagements (par exemple, les résultats de l'état nutritionnel) sont difficiles à identifier auprès d'une seule partie responsable (par exemple, les gouvernements ne sont pas en pleine possession desdits résultats).
2. Suivre les progrès d'un ensemble d'indicateurs clés, dont certains peuvent comporter des engagements explicites	<ul style="list-style-type: none"> • Nous observons un ensemble de 84 indicateurs pour autant de pays que possible. • Les progrès de certains indicateurs sont comparés à des objectifs limités dans le temps. • Certains progrès peuvent être vérifiés (par exemple, les données des enquêtes sur l'état nutritionnel, l'adhésion à la mise en œuvre nationale du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel), contrairement à d'autres (les indicateurs autodéclarés qui sont impossibles à vérifier, tels que les dépenses des organisations de la société civile). 	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité et la disponibilité des données varient selon les indicateurs. • Bon nombre d'indicateurs sont autodéclarés. • Nous signalons des problèmes de variabilité de la qualité .
3. Identifier la responsabilité (l'engagement a-t-il été tenu ?)	Nous identifions en toute transparence les engagements qui ont été tenus ou non, en mettant l'accent sur la façon de remédier aux goulets d'étranglement.	Nous prenons soin d'éviter la « dénonciation et stigmatisation » contre-productive.
4. Utiliser la redevabilité	Le rapport vise à créer une série d'espaces et d'outils réels et virtuels (tels que la visualisation de données et les profils nutritionnels pays) afin de permettre à la société civile de responsabiliser ceux qui ont pris des engagements et de leur fournir un format pour présenter leurs constats (blogs, encadrés et 10 lancements de rapport).	Outre la pression de l'opinion publique, il existe peu de moyens formels de créer des incitations à respecter les engagements, ou des sanctions le cas échéant. Des sanctions trop lourdes peuvent réduire le nombre d'engagements.
5. Apporter une réponse à la redevabilité	Dans les rapports ultérieurs, les engagements seront actualisés et leurs progrès feront l'objet d'un suivi à l'aide d'encadrés et de résumés.	Dans une certaine mesure, nous devons nous fier aux autodéclarations.

Source : Auteurs, sur la base de Kraak et al. (2014) et de Lintelo (2014).

ANNEXE 6 : DISPONIBILITÉ DES DONNÉES SUR LES INDICATEURS DU PROFIL NUTRITIONNEL PAYS

TABLEAU A.6 NOMBRE DE PAYS DISPOSANT DE DONNÉES POUR CHAQUE INDICATEUR

Indicateur	Nombre de pays disposant de données	Commentaire sur la méthode utilisée pour déterminer le nombre de pays disposant de données de tendance
Économie et démographie		
Population (en milliers)	193	
Population des enfants de moins de 5 ans (en milliers)	183	
Population urbaine (%)	193	
Population > 65 ans (%)	183	
Taux de mortalité des moins de 5 ans (décès pour 1 000 naissances vivantes)	192	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2012).
Taux de pauvreté (% de la population vivant avec moins de 1,25 dollar EU/jour)	35	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2010).
Taux de pauvreté (% de la population vivant avec 2 dollars EU/jour)	35	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2010).
PIB par habitant (parité des pouvoirs d'achat en dollars constants de 2011)	168	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2013).
Inégalité des revenus (coefficient de Gini)	35	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2010).
Anthropométrie des enfants		
Retard de croissance chez les moins de 5 ans (%)	125	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente.
Émaciation chez les moins de 5 ans (%)	123	
Émaciation sévère chez les moins de 5 ans (%)	114	
Surcharge pondérale chez les moins de 5 ans (%)	117	
Retard de croissance chez les moins de 5 ans, population totale touchée (en milliers)	123	
Émaciation chez les moins de 5 ans, population totale touchée (en milliers)	121	
Surcharge pondérale chez les moins de 5 ans, population totale touchée (en milliers)	115	
Changements dans la prévalence du retard de croissance au fil du temps, par quintile de richesse	80	
Incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance (%)	176	
État nutritionnel des adolescents et des adultes		
Surcharge pondérale chez les adolescents (%)	60	
Obésité chez les adolescents (%)	60	
Femmes en âge de procréer, minceur (%)	67	
Femmes en âge de procréer, petite taille (%)	67	
Surcharge pondérale chez les adultes (%)	188	
Obésité chez les adultes (%)	188	
Femmes en âge de procréer anémiées, population totale touchée (%)	185	
Femmes en âge de procréer anémiées, population totale touchée (en milliers)	185	
Carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire (%)	154	
Classification de la nutrition en iode de la population	125	
Glycémie élevée (%)	188	
Tension artérielle élevée (%)	188	
Taux de cholestérol élevé (%)	188	

Source : Auteurs.

Remarques : MNT = maladies non transmissibles ; FAP = femmes en âge de procréer.

Suite

Indicateur	Nombre de pays disposant de données	Commentaire sur la méthode utilisée pour déterminer le nombre de pays disposant de données de tendance
Indicateurs de l'Assemblée mondiale de la santé : progrès par rapport aux objectifs mondiaux de l'AMS		
Retard de croissance chez les moins de 5 ans actuellement en bonne/mauvaise voie d'atteindre les objectifs	109	
Émaciation chez les moins de 5 ans actuellement en bonne/mauvaise voie d'atteindre les objectifs	123	
Surcharge pondérale chez les moins de 5 ans actuellement en bonne/mauvaise voie d'atteindre les objectifs	117	
Anémie chez les FAP actuellement en bonne/mauvaise voie d'atteindre les objectifs	185	Il s'agit de données modélisées ; le nombre d'enquêtes réelles est très faible.
Couverture des interventions et pratiques en matière d'alimentation des enfants		
Régime alimentaire minimum acceptable des enfants âgés de 6 à 23 mois (en %)	27	
Diversité alimentaire minimale des enfants âgés de 6 à 23 mois (en %)	27	
Soins prénatals (+ de 4 visites) (en %)	123	
Personnel qualifié à la naissance (%)	176	
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (%)	131	
Initiation précoce à l'allaitement maternel (1 heure après la naissance) (%)	116	
Taux d'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de 6 mois (%)	112	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente.
Poursuite de l'allaitement à 1 an (%)	120	
Malnutrition aiguë sévère, couverture géographique (%)	47	
Apport en vitamine A, couverture complète (%)	62	
Enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant de sels de réhydratation orale (SRO) (en %)	115	
Couverture vaccinale, vaccination complète contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC3) (%)	192	
Consommation de sel iodé (en%)	128	
Facteurs sous-jacents		
Sous-alimentation (%)	81	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2014).
Disponibilité des fruits et légumes (grammes)	169	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2011).
Calories disponibles dans les denrées autres que les denrées de base (en %)	169	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2009).
Indice des inégalités entre les sexes (note)	148	
Indice des inégalités entre les sexes (rang du pays)	148	
Densité de la population de travailleurs de la santé (pour 1 000 habitants) : Médecins	191	
Densité de la population de travailleurs de la santé (pour 1 000 habitants) : Infirmières et sages-femmes	186	
Densité de la population de travailleurs de la santé (pour 1 000 habitants) : Travailleurs en santé communautaire	62	
Grossesses précoces : accouchements à l'âge de 18 ans (%)	105	
Taux de scolarisation des femmes dans le secondaire (%)	110	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2012).
Couverture améliorée en assainissement (%)	188	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente.
Couverture améliorée en eau potable (%)	189	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente.
Ressources financières et politique, législation et dispositions institutionnelles		
Dépenses publiques pour l'agriculture (%)	74	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2010).
Dépenses publiques de protection sociale (%)	79	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2010).
Dépenses publiques pour l'éducation (%)	80	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2010).
Dépenses publiques pour la santé (%)	80	Il s'agit de données sur les tendances, et la disponibilité des données est calculée ici à partir de l'année la plus récente (2010).

Suite

TABLEAU A.6 Suite

Indicateur	Nombre de pays disposant de données	Commentaire sur la méthode utilisée pour déterminer le nombre de pays disposant de données de tendance
Ressources financières et politique, législation et dispositions institutionnelles		
Mise en œuvre au plan national du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	165	
Étendue du droit constitutionnel à l'alimentation	136	
Protection de la maternité (Convention 183)	169	
Législation relative à la fortification du blé	181	
Sous-nutrition dans les plans nationaux de développement et les stratégies de croissance économique	107	
Disponibilité et stade de la mise en œuvre des directives/ protocoles/normes de gestion des MNT : Diabète	179	
Disponibilité et stade de la mise en œuvre des directives/ protocoles/normes de gestion des MNT : Hypertension	178	
Transformations institutionnelles dans les pays de l'initiative Renforcement de la nutrition (SUN) : Rassembler la population dans un espace partagé pour l'action (%)	50	
Transformations institutionnelles dans les pays de l'initiative Renforcement de la nutrition (SUN) : Assurer une politique cohérente et un cadre juridique (%)	50	
Transformations institutionnelles dans les pays de l'initiative Renforcement de la nutrition (SUN) : Aligner les actions dans un cadre commun de résultats (%)	50	
Transformations institutionnelles dans les pays de l'initiative Renforcement de la nutrition (SUN) : Suivi financier et mobilisation des ressources (%)	50	
Transformations institutionnelles dans les pays de l'initiative Renforcement de la nutrition (SUN) : Total pondéré (%)	50	

CHAPITRE 1

- 1 L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'au moins un tiers de la population mondiale souffre de carences en micronutriments (Allen et coll., 2006) et qu'en 2008, plus de 1,4 milliard d'adultes de plus de 20 ans souffraient de surcharge pondérale (OMS, 2014b).
- 2 Les besoins nutritionnels évoluent au cours de la vie et une nutrition adéquate — particulièrement pendant les 1 000 jours entre le début de la grossesse et le deuxième anniversaire de l'enfant — est très bénéfique tout au long du cycle de vie et pour les générations suivantes.
- 3 Les marges de progrès des résultats en matière de nutrition dépendront de facteurs externes comme le climat, les conflits, le commerce et les chocs financiers ; des opportunités politiques générées par les changements de dirigeants ou les crises ; et de la capacité des différents acteurs à entreprendre des actions pertinentes en faveur de la nutrition. Les données peuvent jouer un rôle essentiel pour renforcer l'engagement et orienter les actions, mais elles ne sont qu'un des facteurs qui entrent en jeu.
- 4 Pour plus d'informations, consulter <http://globalnutritionreport.org/governance/concept-note/>.
- 5 Le principal critère de sélection des indicateurs était la preuve de leur pertinence en vue de l'amélioration des résultats nutritionnels. De nombreux autres indicateurs ont été examinés, mais ils n'ont pas été retenus parce que les preuves de leur importance n'étaient pas suffisamment établies ou qu'ils n'étaient disponibles que pour quelques pays. Le document des profils nutritionnels par pays sur le site Internet du *Rapport sur la nutrition mondiale* (www.globalnutritionreport.org) fournit une justification pour chaque indicateur retenu et pour les indicateurs examinés mais non retenus. L'Annexe 1 explique comment utiliser les profils nutritionnels par pays comme outil de diagnostic, et l'Annexe 6 résume les indicateurs par catégorie. La Note technique 1 (disponible sur www.globalnutritionreport.org) fournit les définitions et les sources de données complètes pour les 82 indicateurs.
- 6 Outre le présent rapport, des données clés sont disponibles sur le site du *Rapport sur la nutrition mondiale* (www.globalnutritionreport.org), notamment des profils nutritionnels par pays, des encadrés plus approfondis et des encadrés supplémentaires complétant ceux présentés dans le rapport, des tableaux de suivi détaillés de Nutrition pour la croissance et des articles de blog et de presse pertinents.

Encadré 1.1

- 1 Ces concepts reposent sur Ruel et Alderman (2013), Gillespie et coll. (2013) et Haddad et Isenman (2014).

CHAPITRE 2

- 1 En fait, ils pourraient être plus compétitifs car ces analyses excluent plusieurs catégories d'avantages comprises dans les études sectorielles de santé : (1) la valeur sociale de la vie humaine, (2) la morbidité évitée et (3) les évolutions du taux de dépendance dues à la baisse conséquente de la fertilité liée à l'amélioration de la survie des enfants.
- 2 Le rythme de progrès requis pour la réalisation de ces objectifs est exprimé par l'OMS par le taux de réduction annuel moyen (TRAM) ou le taux de croissance annuel moyen (TCAM). Ces concepts peuvent être appliqués aux taux de prévalence ou aux nombres d'individus. Par exemple, pour passer d'un taux de retard de croissance de 40 % en 2005 (P1) à un taux de 30 % en 2012 (P2), sur un délai de sept ans, le TRAM se calcule ainsi : $(\sqrt[7]{P2/P1}) - 1) * 100 = \text{TCAM}$ de 4,026 % ou TRAM de 4,026 %. Le TCAM est analogue à un taux d'intérêt composé qui génère P2 après avoir été appliqué à P1 sur une période de sept ans, dans ce cas. Pour plus de détails, voir http://www.childinfo.org/files/Technical_Note_AARR.pdf.

- 3 Par exemple, l'objectif de l'AMS sur la réduction du nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance de 162 millions en 2012 à 102,5 millions en 2025 se traduit par un taux de réduction annuel moyen (TRAM) de 3,9 % (de Onis et coll., 2013). Mais les nouvelles données sur le retard de croissance en Inde peuvent nous pousser à viser des mesures plus ambitieuses. Si le nombre d'enfants souffrant de retard de croissance dans le monde est actuellement d'environ 150 millions (et non 162 millions comme l'indique le Tableau 2.3) en raison des nouveaux résultats en Inde, alors un TRAM de 3,9 % de 2013 à 2025 réduirait le nombre d'enfants en retard de croissance à environ 93 millions en 2025 et 76 millions en 2030. De plus, à mesure que les taux de prévalence diminuent, il devient mathématiquement plus facile d'atteindre un TRAM donné, ce qui suggère que nous devons revoir à la hausse nos ambitions en termes de TRAM à mesure que les taux de retard de croissance diminuent. Une modeste augmentation de l'objectif du TRAM, à hauteur de 4,2 %, appliqué de 2013 à 2030 sur une base de 150 millions d'enfants aurait pour résultat un objectif pour 2030 de 61 millions. Nous ne proposons pas ce chiffre comme objectif SDG pour 2030 en matière de retard de croissance. Ce que nous suggérons, c'est qu'il est temps de réévaluer à la hausse nos aspirations pour les améliorations de l'état nutritionnel à l'horizon 2030, à la lumière des nouveaux éléments de preuve et de données.

Encadré 2.2

- 1 Des mesures anthropométriques ont été effectuées sur 90 667 enfants de moins de 5 ans. Les questions sur les détails méthodologiques peuvent être adressées au bureau de l'UNICEF en Inde.

Encadré 2.3

- 1 Haddad et coll. (2014) ont consulté des études et rapports, une comparaison des données d'enquêtes de 2005-2006 et 2012 et une série de 28 entretiens avec des parties prenantes dans quatre districts.

Encadré 2.4

- 1 En utilisant un échantillon pluriannuel couvrant la période de 1970 à 2012 pour 116 pays en développement à revenu faible ou intermédiaire (représentant 96 % de la population du monde en développement), nous avons utilisé une analyse de régression pour mesurer les relations entre la prévalence du retard de croissance et les six facteurs sous-jacents. Le modèle de régression (six facteurs sous-jacents comme variables de remplacement, variables fictives pour les pays et les différentes périodes) a prévu la majeure partie de l'évolution du retard de croissance et a été stable au fil du temps (avant et après 2000).
- 2 Pour l'accès à une source d'eau améliorée, le Brésil avait un niveau de 95 % en 2006 ; le Vietnam avait un taux d'accès à des installations sanitaires améliorées de 76 % en 2011 et le Sri Lanka de 89 % en 2006. Pour la scolarisation des filles dans le secondaire, l'Afrique du Sud affichait un taux de 95 % en 2008. Le ratio d'espérance de vie des femmes par rapport à celle des hommes était de 1,06 pour l'Indonésie en 2004, de 1,07 pour le Honduras en 2005 et de 1,08 pour la République centrafricaine en 2010. L'apport énergétique alimentaire au Ghana était de 2 934 calories en 2011. Enfin, la part de l'apport énergétique alimentaire de denrées autres que les denrées de base était de 49% pour le Guatemala en 2008, de 64% pour le Brésil en 2006, de 50% pour la Thaïlande en 2005 et de 45% pour le Swaziland en 2005.

CHAPITRE 3

- 1 La justification et la formulation des objectifs nutritionnels de l'AMS sont fournies dans OMS (2012b).
- 2 Il est actuellement impossible de déterminer si des progrès suffisants sont réalisés pays par pays dans la réalisation des objectifs mondiaux concernant l'insuffisance pondérale à la naissance et l'allaitement

maternel exclusif, car les règles pour évaluer ces avancées n'ont pas encore été déterminées par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale.

- 3 Le retard de croissance est défini comme une taille-pour-âge inférieure à deux écarts-types par rapport à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de 0 à 59 mois de l'OMS.
- 4 Cela reflète en partie le fait qu'une évolution du point de pourcentage donnée génère un taux de réduction ou de croissance annuel moyen plus fort pour les prévalences plus faibles.
- 5 La surcharge pondérale est définie comme un poids-pour-taille supérieur à deux écarts-types par rapport à la médiane des Normes de croissance des enfants de 0 à 59 mois de l'OMS.
- 6 L'émaciation est définie comme un poids-pour-taille inférieur à deux écarts-types par rapport à la médiane des Normes de croissance des enfants de 0 à 59 mois de l'OMS.
- 7 L'allaitement maternel exclusif est défini comme la pratique consistant à alimenter les nourrissons de moins de six mois uniquement au lait maternel.
- 8 Nous ne pouvons pas intégrer l'Europe et l'Amérique du Nord au rapport en raison de données manquantes. Aucune donnée internationalement comparable n'est disponible pour l'Amérique du Nord, et pour l'Europe, seuls 10 des 43 pays disposent de données, soit seulement 14 % de la population régionale.
- 9 L'insuffisance pondérale à la naissance est définie comme un poids inférieur à 2 500 grammes.
- 10 La majorité des bébés nés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne sont pas pesés. Pour mieux rendre compte de la forte proportion de bébés non pesés à la naissance, les données des enquêtes subissent plusieurs ajustements (voir Note technique 9, disponible sur www.globalnutritionreport.org). Tandis que les méthodes étaient applicables lorsqu'elles ont été proposées à l'origine, et donnaient des valeurs plausibles pour le faible poids à la naissance dans les pays disposant de données à l'époque, l'évolution de divers facteurs (tels que la proportion de bébés pesés à la naissance et la proportion de poids à la naissance enregistrés d'après les souvenirs de la mère plutôt que sur une carte de santé) semblent avoir rendu les ajustements moins solides dans certains cas. Cela a soulevé des questions liées aux séries chronologiques dans un certain nombre de pays. C'est pourquoi l'UNICEF, l'OMS, l'Université Johns-Hopkins et l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres ont entrepris un travail méthodologique pour déterminer s'il est nécessaire de réviser les procédures d'ajustement. Entre-temps, les séries chronologiques ne sont pas disponibles auprès de l'UNICEF et l'OMS.
- 11 L'anémie est définie comme un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dL pour les femmes non enceintes en âge de procréer (15 à 49 ans) et à 11 g/dL pour les femmes enceintes.
- 12 Le Groupe d'experts indépendants du Rapport sur la nutrition mondiale est seul responsable de la classification des pays dans ce rapport, laquelle ne reflète pas nécessairement la vision ou l'évaluation de l'OMS. L'OMS rendra compte des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs nutritionnels mondiaux de l'AMS lors de la 68e session de l'AMS en mai 2015.
- 13 Les pays de chaque catégorie sont énumérés à l'Annexe 2.
- 14 Compte tenu de leur sensibilité au temps, les tendances de l'émaciation entre des enquêtes réalisées à plusieurs années d'intervalle ne sont pas considérées comme significatives par l'OMS. Le taux annuel moyen de réduction n'est donc pas utilisé pour déterminer si les pays sont en bonne voie ou non. Néanmoins, ce n'est pas une opinion universelle et toutes les tendances en matière d'émaciation ne sont pas liées à des chocs — d'où la valeur du Tableau 3.2.
- 15 L'Annexe 3 indique si chaque pays est bien ou mal parti pour chacun des indicateurs.
- 16 Le Mouvement 1 000 jours et la Fondation Bill & Melinda Gates, deux membres du groupe de parties prenantes de ce rapport, développent des synthèses politiques de l'AMS, et nous nous efforcerons de collaborer à l'élaboration de ces synthèses, pour les rendre aussi utiles que possible aux responsables politiques nationaux.

CHAPITRE 4

- 1 La minceur et la petite taille des femmes en âge de procréer et l'obésité féminine coexistent uniquement au Yémen.

Encadré 4.4

- 1 Les termes d'Amérindiens et natifs de l'Alaska sont la dénomination officielle pour ces groupes de populations dans le recensement des États-Unis (Bureau de recensement des États-Unis, 2014).
- 2 Les objectifs en termes d'état nutritionnel et pondéral sont disponibles auprès du Département de la santé et des services sociaux des États-Unis (2014).

CHAPITRE 5

- 1 La couverture en eau potable et assainissement est décrite au Chapitre 6.
- 2 D'autres indicateurs de la supplémentation en fer et acide folique sont disponibles ; nous avons choisi celui susceptible d'avoir le plus d'impact sur l'état nutritionnel.
- 3 La diversité alimentaire minimale est la proportion d'enfants de 6 à 23 mois recevant des aliments relevant d'au moins quatre groupes. Le régime acceptable minimal est un indicateur composite calculé à partir de (1) la proportion des enfants allaités et âgés de 6 à 23 mois qui ont bénéficié au moins de la diversité alimentaire minimale et de la fréquence minimale des repas la veille de l'enquête, et (2) la proportion d'enfants non allaités et âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu au moins deux portions de lait et bénéficié au moins de la diversité alimentaire minimale, en dehors des portions de lait, et de la fréquence minimale des repas la veille de l'enquête (OMS, 2008b).
- 4 En 2007, l'OMS a introduit des changements dans les définitions des indicateurs des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS, 2008b). Le critère de la diversité alimentaire minimale a été modifié pour comprendre au moins quatre groupes d'aliments pour tous les enfants de 6 à 23 mois, plutôt que d'utiliser des critères distincts pour les enfants allaités (au moins trois groupes d'aliments) et les enfants non allaités (au moins quatre groupes d'aliments), afin de refléter la qualité de l'alimentation complémentaire. En outre, les « œufs » comptent à présent comme un groupe alimentaire distinct de la volaille. Les Enquêtes démographiques et sanitaires dans lesquelles ces deux changements n'étaient pas reportés de façon adéquate ont été exclues de la base de données, même si elles ont été réalisées après 2007 (OMS, 2008a), dans un effort visant à présenter uniquement des données utilisant la définition et les critères les plus récents. Dans la mesure où le régime minimal acceptable est un indicateur composite intégrant la diversité alimentaire minimale, des critères similaires ont été appliqués. Les enquêtes de 27 pays ont satisfait ces deux critères.
- 5 La disponibilité limitée des taux de couverture nationale de la supplémentation en vitamine A pour certaines sous-régions des Nations Unies implique que nous ne pouvons intégrer au rapport que les sous-régions dans lesquelles les données sont communiquées pour au moins 50 % de la population sous-régionale.
- 6 La méthode la plus couramment utilisée dans les enquêtes auprès des ménages pour évaluer la teneur en iode du sel est le kit de test rapide (RTK - Rapid Test Kit). Bien que les RTK aient longtemps été utilisés pour déterminer si le sel avait une teneur en iode « adéquate » (> 15 parts par million) ou « inadéquate » (0 – 15 parts par million), les directives les plus récentes indiquent que les RTK ne peuvent donner des informations que sur la présence ou l'absence d'iode. Des méthodes alternatives comme le titrage iodométrique sont nécessaires pour évaluer la teneur en iode du sel et donc pour la mesure de l'indicateur standard (OMS, UNICEF, ICDD, 2007). Le manque de précision apparent des estimations basées sur les RTK peut conduire à s'interroger sur la comparabilité dans le temps ; l'UNICEF estime inadéquat de présenter des tendances à l'heure actuelle.
- 7 Nous ne nous attendons pas à disposer de données sur l'ensemble de ces interventions pour les pays à revenu élevé parce que certaines interventions sont de prise autonome (comme la supplémentation en fer et acide folique) et ne sont donc pas saisies dans les données, et d'autres ne sont pas recommandées pour tous les pays (comme la supplémentation en vitamine A).
- 8 Nous excluons de l'analyse du tableau la supplémentation en zinc pour la diarrhée parce que sa couverture est trop faible. Pour chacune des cinq autres interventions et pratiques, nous utilisons un niveau de couverture conservateur de 50 %.

9 Pour les enfants de moins de cinq ans, l'OMS / UNICEF définit la MAM comme un z-score de poids-pour-taille < 2 écarts-types (SD — Standard Deviation) mais > 3 SD. La MAS se définit comme un z-score de poids-pour-taille < 3 SD (émaciation sévère), une circonférence de la partie supérieure du bras < 11,5 cm, un œdème bilatéral prenant le godet ou un kwashiorkor — marasme (émaciation et œdème). La définition est disponible sur <http://www.unicef.org/nutrition/training/2.3/13.html>.

10 L'émaciation se définit comme un z-score de poids-pour-taille < 2 SD.

Encadré 5.1

1 Le Réseau de surveillance de couverture est une initiative multi-agences, cofinancée par le Service d'aide humanitaire et de protection civile de la Commission européenne et le Bureau d'assistance au développement à l'étranger de l'Agence américaine pour le développement international. Il est conçu pour améliorer les programmes nutritionnels en promouvant des outils d'évaluation de la couverture de haute qualité, le renforcement des capacités et le partage de l'information. Pour plus d'informations, voir www.coverage-monitoring.org.

CHAPITRE 6

- 1 Il existe peu d'analyses économétriques des facteurs sous-jacents de l'obésité dans un large éventail de pays, et elles ont tendance à se concentrer sur le revenu, l'urbanisation et les prix des denrées alimentaires (par exemple, Font et coll., 2010 ; Popkin et coll., 2012 ; Ruel et Alderman, 2013).
- 2 Notre objectif est de mettre l'accent sur la protection sociale, l'éducation, les systèmes de santé et les programmes d'autonomisation des femmes dans les futurs Rapports sur la nutrition mondiale.
- 3 Voir Note technique 3 sur www.globalnutritionreport.org pour plus de détails sur la méthodologie. Il reste beaucoup à faire pour comprendre si cet indicateur apporte une valeur ajoutée et s'il doit être présenté dans les futurs rapports.
- 4 Comme pour la prévalence de l'anémie, les données de couverture pour l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène sont modélisées ; c'est pourquoi des estimations (et non pas des données) sont disponibles pour chaque pays.
- 5 En outre, il n'apparaît pas clairement à quel point les « autres sources d'eau améliorées » représentent une amélioration. L'OMS et l'UNICEF (2014) définissent les bénéficiaires d'« autres sources d'eau améliorées » comme le « nombre de membres d'un ménage vivant dans des foyers utilisant robinets publics ou bornes-fontaines, puits, sources protégées ou collecte des eaux de pluie ».
- 6 Le taux peut être bien plus élevé que 100 s'il y a beaucoup de redoublement, un taux optimal se situe donc juste au-dessus de 100.
- 7 Les données concernant les dépenses en eau, assainissement et hygiène (WASH — Water, Sanitation, and Hygiene) sont difficiles à obtenir. Le rapport Government Spending Watch (2013) a obtenu des données pour seulement 30 pays. Le rapport déclare :

En raison de la difficulté de désagréger les dépenses en eau et assainissement au niveau des pays, ce rapport GSW évalue donc les progrès du pays par rapport à un objectif global de 1,5 % du PIB. Les dépenses prévues sont bien au-dessous de cet objectif dans la plupart des pays, comme le montre la Figure 3.21. Parmi les 30 pays pour lesquels le GSW dispose de données, 7 (Cambodge, Lesotho, Mozambique, Niger, Samoa, îles Salomon et Tanzanie) ont récemment dépensé plus de 1,5 % du PIB en WASH. Cependant, 9 autres (République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Ghana, Guyana, Haïti, Madagascar, Libéria, Papouasie Nouvelle-Guinée et Gambie) dépensent bien moins de 0,5 % du PIB (le montant nécessaire pour l'assainissement seulement) sur tous les aspects de WASH. (p. 39)

- 8 L'USAID (2013) fournit une bonne revue de la façon d'intégrer l'eau, l'assainissement et l'hygiène à l'élaboration de programmes nutritionnels, mais nous n'avons pas trouvé de lignes directrices sur le processus inverse — c'est-à-dire intégrer la nutrition à l'élaboration de programmes sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Toute information sur de telles lignes directrices sera appréciée : globalnutritionreport@ids.ac.uk.

Encadré 6.2

- 1 Pour l'Inde, entre 1999 et 2006, la baisse de la prévalence du retard de croissance des moins de 5 ans a été de 5 points de pourcentage, de 51 % à 46 %, soit 0,85 point de pourcentage par an (Inde, Ministère de la Santé et du Bien-être de la famille, 2009). Pour le Bangladesh, entre 1997 et 2007, le taux est passé de 59 % à 43 %, soit 1,6 point de pourcentage par an.

CHAPITRE 7

- 1 Pour plus d'informations sur la mise en place d'environnements propices à la nutrition et sur les questions de gouvernance, voir Gillespie et coll. (2013), Swinburn et coll. (2011), et Nisbett et coll. (2014).
- 2 Ce chiffre est basé sur les estimations de coût annuel de Bhutta et coll. (2013a).
- 3 Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* vise à mieux informer sur cette question essentielle, mais pour le moment, les Encadrés 7.1 et 7.2 sont des résumés utiles de la situation actuelle.
- 4 Les flux spécifiques à la nutrition sont ceux définis par le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), code 12240 du Système de notification des pays créanciers. (Veuillez noter que cette façon de classer les interventions spécifiques à la nutrition n'est pas sans problèmes ; voir Action contre la faim, 2012). Selon le Réseau des donateurs de SUN (2013) :

Pour contribuer à la nutrition, des actions doivent satisfaire TOUS les critères suivants : viser des personnes : les actions doivent s'efforcer d'améliorer la nutrition des femmes, des adolescentes ou des enfants ; ET le projet comprend un objectif nutritionnel OU un/des indicateur(s) nutritionnel(s) significatif(s) ; ET le projet doit viser des résultats contribuant à la nutrition, résultats exprimés de manière explicite dans la conception du projet à travers les activités, les indicateurs et particulièrement les résultats finaux attendus .. (p. 2)

Plus de détails sur la méthodologie utilisée par les bailleurs de fonds sont disponibles auprès du Réseau des donateurs de SUN (2013).

- 5 Veuillez noter que la Suisse n'est pas un pays signataire de N4G, contrairement aux autres donateurs.
- 6 Un représentant de l'USAID nous a informés que celle-ci a présenté un rapport sur les décaissements tels que signalés au CAD de l'OCDE pour les investissements spécifiques à la nutrition (hors alimentation scolaire), mais pas sur les investissements contribuant à la nutrition, car ils affinent encore leur méthodologie de suivi pour ce domaine. Un représentant de la Banque mondiale nous a informés qu'étant donné le large portefeuille de projets de la Banque impliquant des décaissements chaque année, un décompte des décaissements contribuant à la nutrition — utilisant la méthode adoptée par le présent rapport — n'était pas disponible.
- 7 Le document d'engagement N4G est Nutrition pour la croissance (2013).
- 8 Quarante pays qui avaient rejoint le Mouvement SUN avant septembre 2013 ont participé à l'exercice d'auto-évaluation réalisé entre avril et juillet 2014. Trente-sept pays ont été en mesure de terminer et transmettre leurs rapports et notation.

Encadré 7.2

- 1 Ce site Internet est <https://sico.in.minfin.gob.gt/sico/web/login/frmlogin.htm>. Pour y accéder, procéder comme suit : Utilisateur = prensa, mot de passe = prensa, se connecter, sélectionner l'année, cliquer sur « Reportes para la ley de acceso a la información pública », cliquer sur « 00818983 Plan del Pacto Hambre Cero », valeurs de paramètre = sélectionner la période, continuer.

CHAPITRE 8

- 1 L'Annexe 5 décrit comment le rapport cherche à promouvoir la redevabilité en matière de nutrition (y compris sa propre redevabilité) à chaque étape du cycle.

- 2 Nous augmenterons le nombre d'évaluateurs indépendants pour le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.
- 3 Le Réseau du secteur privé SUN indique que le secteur privé va au-delà des engagements N4G. À ce jour, des entreprises se sont engagées à améliorer leurs interventions nutritionnelles d'ici à 2020 pour un nombre significatif de consommateurs dans les marchés en développement et émergents. Pour plus d'informations, voir le site Internet du Réseau du secteur privé SUN à l'adresse www.sunbusinessnetwork.org.
- 4 Il est nécessaire d'avoir une petite équipe axée sur l'engagement et le suivi des signataires et leurs réponses pour obtenir des informations complètes. Compte tenu des échéances de 2014, cette année, trop d'individus et d'organisations ont participé à ce suivi, et le processus s'est révélé assez chaotique. Il est important de conserver les coordonnées du point de contact et de son poste au sein de chaque organisation. Il arrive très souvent que les personnes aptes à signer des engagements quittent leur poste, et leurs successeurs ne se sentent pas toujours obligés de respecter l'engagement, ou ne comprennent pas comment procéder ou préparer les rapports. Les modèles de production de rapports doivent être simplifiés, et fournir plus de contexte et d'orientations sur le pourquoi et le comment de ces rapports. Il est nécessaire de créer une plateforme en ligne où les signataires peuvent consigner leurs progrès et réaliser des auto-évaluations en plus des

évaluations indépendantes. Cela réduira les erreurs et les coûts de transaction et encouragera la transparence, la pression par les pairs et l'apprentissage. Enfin, il est nécessaire de formaliser le système simple de signalisation utilisé dans ce rapport pour indiquer qui fait des progrès et qui n'en fait pas. Pour ce faire, le groupe d'experts indépendants élaborera des procédures dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.

CHAPITRE 9

- 1 Cette information apparaît dans l'Annexe 6.
- 2 Par exemple, l'engagement à réduire la faim s'est révélé faiblement corrélé à l'engagement d'améliorer l'état nutritionnel. Voir le site Internet de l'HANCI sur www.hancindex.org.
- 3 Le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD – *New Partnership for Africa's Development*) et ses partenaires au développement ont soutenu 50 pays africains pour qu'ils intègrent des considérations nutritionnelles dans leurs plans nationaux d'investissement agricole à l'aide d'une approche multisectorielle, dans le cadre du Programme détaillé de développement de l'agriculture africaine (PDDAA). Il s'agit d'un bon exemple d'investissement dans les capacités en matière de données afin de déterminer la redevabilité.

BIBLIOGRAPHIE

- ACF International. 2013. *Semer les graines d'une bonne nutrition. Mobiliser l'agriculture au service de la nutrition*. Paris: Action Contre la Faim.
- Action Contre la Faim. 2012. *L'aide à la nutrition : améliorer le suivi des investissements pour accroître l'efficacité de l'aide?* Londres: Action Contre la Faim/ACF International.
- Adair, L. S., C. H. D. Fall, C. Osmond, A. D. Stein, R. Martorell, M. Ramirez-Zea, H. S. Sachdev, et al. 2013. *Associations of Linear Growth and Relative Weight Gain during Early Life with Adult Health and Human Capital in Countries of Low and Middle Income: Findings from Five Birth Cohort Studies. The Lancet* 382 (9891): 525–534.
- Alderman, H. 2014. *Can Transfer Programs Be Made More Nutrition Sensitive?* Document e réflexion IFPRI 1342. Washington, DC: Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- Alianza por la Salud Alimentaria. 2014. "Quienes Somos." Consulté le 01/08/2014. <http://alianzasalud.org.mx/quienes-somos/>.
- Allen, L., B. de Benoist, O. Dary, et R. Hurrell, ed. 2006. *Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé ; Rome: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture.
- Assemblée Générale des Nations Unies. 2011. "Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles." New York. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=/english/&Lang=F
- Banque Mondiale. 2003. *Rapport sur le développement dans le monde*. Washington, DC: Banque Mondiale.
- . 2005. *East Asia Decentralizes: Making Local Government Work*. Washington, DC.
- . 2013. *Improving Nutrition through Multisectoral Approaches*. Washington, DC.
- . 2014. "GDP Per Capita (current US\$)." Consulté le 31/07/2014. <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>.
- Bergeron, G. et T. Castleman. 2012. "Program Responses to Acute and Chronic Malnutrition: Divergences and Convergences." *Advances in Nutrition: An International Review Journal* 3 (2): 242–249. <http://dx.doi.org/10.3945/an.111.001263>.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, et al. 2013a. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" *The Lancet* 382 (9890): 452–477.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, N. Walker, A. Rizvi, H. Campbell, I. Rudan, et R. E. Black. 2013b. "Interventions to Address Deaths from Childhood Pneumonia and Diarrhoea Equitably: What Works and at What Cost?" *The Lancet* 381 (9875): 1417–1429. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60648-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60648-0).
- Björkman, M., et J. Svensson. 2009. "Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda." *Quarterly Journal of Economics* 124 (2): 735–769. <http://dx.doi.org/10.1162/qjec.2009.124.2.735>.
- Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker, Z. A. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, M. Ezzati, et al. 2013. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet* 382 (9890): 427–451.
- Bloomberg Philanthropies. 2014. "Obesity Prevention." Consulté le 01/08/2014. www.bloomberg.org/program/public-health/obesity-prevention/.
- Bredenkamp, C., L. R. Buisman, et E. Van de Poel. 2014. "Persistent Inequalities in Child Undernutrition: Evidence from 80 Countries, from 1990 to Today." *International Journal of Epidemiology* 43 (4): 1328–1335. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyu075>.
- Bureau du recensement des États-Unis. 2014. Race: About. <http://www.census.gov/topics/population/race/about.html>.
- Carvajal, L. 2014. Personal communication, 9 septembre 2014. UNICEF.
- Chalmers, I., M. B. Bracken, B. Djulbegovic, S. Garattini, J. Grant, A. Metin Gülmezoglu, D. Howells, et al. 2014. "How to Increase Value and Reduce Waste When Research Priorities Are Set." *The Lancet* 383 (9912): 156–165.
- Chu, K. M., S. Jayaraman, P. Kyamanywa, et G. Ntakyiruta. 2014. "Building Research Capacity in Africa: Equity and Global Health Collaborations." *PLoS Med* 11 (3): e1001612. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001612>.
- Collins, S., K. Sadler, N. Dent, T. Khara, S. Guerrero, M. Myatt, M. Saboya, et A. Walsh. 2006. "Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition." *Food and Nutrition Bulletin* 27 (3): S49–82.
- Commission de l'Union Africaine, Agence de planification et de coordination du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), UNECA (Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique), Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies. 2014. *Le coût de la faim en Afrique: L'impact social et économique de la sous-nutrition en Égypte, en Éthiopie, au Swaziland et en Ouganda*. Addis-Abeba: UNECA.
- Compte à rebours 2015. 2014. *Fulfilling the Health Agenda for Women and Children: The 2014 Report*. New York: UNICEF; Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Curran, S., J. Gittelsohn, J. Anliker, B. Ethelbah, K. Blake, S. Sharma, et B. Caballero. 2005. "Process Evaluation of a Store-Based Environmental Obesity Intervention on Two American Indian Reservations." *Health Education Research* 20 (6): 719–729. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyh032>.
- Dangour, A. D., L. Watson, O. Cumming, S. Boisson, Y. Che, Y. Velleman, S. Cavill, et al. 2013. "Interventions visant à améliorer la qualité de l'eau et l'approvisionnement en eau, les pratiques sanitaires et hygiéniques, et leurs effets sur l'état nutritionnel des enfants." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8: CD009382.
- Davis, S. M. 2003. "Introduction. Pathways, an Intervention Trial for the Primary Prevention of Obesity in American Indian Schoolchildren." *Preventative Medicine* 37 (6 Pt 2): S1–2.
- Demographic and Health Surveys. 2014. "The DHS Program." Consulté le 01/06/2014. <http://www.dhsprogram.com/Data/>.
- Demographic and Health Surveys STATcompiler. 2014. "Anthropometric Indicators of Maternal Nutritional Status." 2012. Consulté: 01/06/2014. <http://www.statcompiler.com/?share=1856217EEAF>.
- de Onis, M., K. G. Dewey, E. Borghi, A. W. Onyango, M. Blossner, B. Daelmans, E. Piwoz, et F. Branca. 2013. "The World Health Organization's Global Target for Reducing Childhood Stunting by 2025: Rationale and Proposed Actions." *Maternal and Child Nutrition* 9 (2): 6–26.

- Département de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis. 2014. Healthy People: Nutrition and Weight Status. <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicid=29>.
- El Poder del Consumidor. 2014. "Quienes Somos." Consulté le 01/08/2014. <http://elpoderdelconsumidor.org/quienessomos/>.
- Fan, S., J. Brzeska, et G. Shields. 2007. *Investment Priorities for Economic Growth and Poverty Reduction*. 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People. Washington, DC: Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- Fanzo, J., S. Curran, R. Remans, V. Mara, J. S. Briseño, D. Cisewski, G. Denning, et P. Fracassi. 2014. *Simulating Potential of Nutrition-Sensitive Interventions*. New York: Columbia University, Earth Institute, Center on Globalization and Sustainable Development. Consulté le 01/09/2014. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/07/SUN-Report-CU_Jan-21-2014.pdf.
- FAO (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture). 2013a. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2013*. Rome.
- . 2013b. *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture*. Rome.
- . 2014a. Base de données FAOSTAT: "Sécurité alimentaire/ Données de la Sécurité alimentaire" Consulté le 01/06/2014. <http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/search/food%20security%20indicator/E>.
- . 2014b. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2014*. Rome.
- Finkelstein, E. A., M. daCosta DiBonaventura, S. M. Burgess, et B. C. Hale. 2010. "The Costs of Obesity in the Workplace." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 52 (10): 971–976. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181f274d2>.
- Fischer Walker, C. L., O. Fontaine, et R. E. Black. 2013. "Measuring Coverage in MNCH: Current Indicators for Measuring Coverage of Diarrhea Treatment Interventions and Opportunities for Improvement." *PLoS Med* 10 (5): e1001385. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001385>.
- FMI (Fond Monétaire International). 2014. «*Perspectives économiques régionales: Afrique subsaharienne pour une croissance durable et plus solidaire*». Washington, DC.
- FMRC (Fond Mondial de Recherche contre le Cancer). 2013. "WCRF International Food Policy Framework for Healthy Diets: Nourishing." Consulté le 01/06/2014. <http://www.wcrf.org/int/policy/our-policy-work/our-policy-framework-promote-healthy-diets-reduce-obesity>.
- Fonds international de développement agricole. 2014. *Improving Nutrition through Agriculture*. Rome.
- Font, J. C., D. Fabbri, et J. Gil. 2010. "Decomposing Cross-Country Differences in Levels of Obesity and Overweight: Does the Social Environment Matter?" *Social Science & Medicine* 70 (8): 1185–1193. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.011>.
- Fry, J., et W. Finley. 2005. "The Prevalence and Costs of Obesity in the EU." *Proceedings of the Nutrition Society* 64 (3): 359–362.
- Garrett, J., et M. Natalichio, ed. 2011. *Working Multisectorally in Nutrition: Principles, Practices, and Case Studies*. Washington, DC: Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- Gaventa, J., et G. Barrett. 2012. "Mapping the Outcomes of Citizen Engagement." *World Development* 40 (12): 2399–2410.
- Gillespie, S., L. Haddad, V. Mannar, P. Menon, et N. Nisbett. 2013. "The Politics of Reducing Malnutrition: Building Commitment and Accelerating Progress." *The Lancet* 382 (9891): 552–569.
- Gittelsohn, J., et M. Rowan. 2011. "Preventing Diabetes and Obesity in American Indian Communities: The Potential of Environmental Interventions." *The American Journal of Clinical Nutrition* 93 (5): 1179s–1183s. <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.110.003509>.
- Gittelsohn, J., E. M. Kim, S. He, et M. Pardilla. 2013. "A Food Store–Based Environmental Intervention Is Associated with Reduced BMI and Improved Psychosocial Factors and Food-Related Behaviors on the Navajo Nation." *Journal of Nutrition* 143 (9): 1494–1500. <http://dx.doi.org/10.3945/jn.112.165266>.
- Gonzalez, J. A., J. L. Guasch, et T. Serebrisky. 2007. *Latin America: Addressing High Logistics Costs and Poor Infrastructure for Merchandise Transportation and Trade Facilitation*. Washington, DC: Banque Mondiale.
- Gonzalez-Suarez, C., A. Worley, K. Grimmer-Somers, et V. Dones. 2009. "School-Based Interventions on Childhood Obesity: A Meta-Analysis." *American Journal of Preventive Medicine* 37 (5): 418–427. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.07.012>.
- Gortmaker, S. L., K. Peterson, J. Wiecha, A. M. Sobol, S. Dixit, M. K. Fox, et N. Laird. 1999. "Reducing Obesity via a School-Based Interdisciplinary Intervention among Youth: Planet Health." *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153 (4): 409–418.
- Government Spending Watch. 2013. *Putting Progress at Risk? MDG Spending in Developing Countries*. Rapport de recherche. Oxford, UK: Development Finance International et Oxfam International.
- Groupe de Travail Ouvert sur les Objectifs de Développement Durable. 2014. "Introduction to the Proposal of the Open Working Group on Sustainable Development Goals." Consulté le 01/08/2014. <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>.
- Guatemala, Ministère de la Santé. 2009. "Enquête Nationale sur la Santé Maternelle et Infantile 2008–09 (ENSMI)." Guatemala City.
- Guerrant, R. L., R. B. Oriá, S. R. Moore, M. O. Oriá, and A. A. Lima. 2008. "Malnutrition as an Enteric Infectious Disease with Long-Term Effects on Child Development." *Nutrition Reviews* 66 (9): 487–505. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2008.00082.x>.
- Haddad, L. 2013. "How Should Nutrition Be Positioned in the Post-2015 Agenda?" *Food Policy* 43: 341–352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodpol.2013.05.002>.
- . 2014. "Equity: Not Just for Optimists." *Development Policy Review*, à paraître.
- Haddad, L., et P. Isenman. 2014. "Which Aid Spending Categories Have the Greatest Untapped Potential to Support the Reduction of Undernutrition? Some Ideas on Moving Forward." *Food Nutrition Bulletin* 35 (2): 266–276.
- Haddad, L., J. Lindstrom, et Y. Pinto. 2010. "The Sorry State of M&E in Agriculture: Can People-Centred Approaches Help?" *IDS Bulletin* 41 (6): 6–25. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2010.00177.x>.
- Haddad, L., N. Nisbett, I. Barnett, et E. Valli. 2014. "Maharashtra's Child Stunting Declines: What Is Driving Them? Findings of a Multidisciplinary Analysis". Brighton, Royaume-Uni: Institute of Development Studies.
- Headey, D. D. 2013. "Developmental Drivers of Nutritional Change: A Cross-Country Analysis." *World Development* 42: 76–88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2012.07.002>.
- Headey, D. D., J. Hoddinott, D. Ali, R. Tesfaye, et M. Dereje. 2014. "The Other Asian Enigma: Explaining the Rapid Reduction of Undernutrition in Bangladesh". IFPRI Article-débat 1358. Washington, DC: Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

- Healthy Caribbean Coalition. 2014a. "A Civil Society Regional Status Report: Responses to NCDs in the Caribbean Community." http://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/HCC%20NCD%20RSR%20FINAL.pdf
- . 2014b. "About Us." Consulté le 01/08/2014. http://www.healthycaribbean.org/about_us.html.
- Herforth, A., A. Jones, et P. Pinstrup-Andersen. 2012. "Prioritizing Nutrition in Agriculture and Rural Development: Guiding Principles for Operational Investments". Health, Nutrition and Population Discussion Paper Series. Washington, DC: Banque Mondiale.
- High-Level Panel on the Post-2015 Development Agenda. 2013. "Goal 5: Ensure Food Security and Good Nutrition." In *The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda*. Consulté le 23/09/2014. <http://report.post2015hlp.org/digital-report-goal-5-ensure-food-security-and-good-nutrition.html>.
- Hoddinott, J., H. Alderman, J. R. Behrman, L. Haddad, et S. Horton. 2013. "The Economic Rationale for Investing in Stunting Reduction." *Maternal and Child Nutrition* 9: 69–82.
- Hodgins, S., et A. D'Agostino. 2014. "The Quality-Coverage Gap in Antenatal Care: Toward Better Measurement of Effective Coverage." *Global Health: Science and Practice* 2 (2): 173–181. <http://dx.doi.org/10.9745/ghsp-d-13-00176>.
- Hofman, B., et K. Kaiser. 2002. "The Making of the Big Bang and Its Aftermath: A Political Economy Perspective." Article présenté lors de la conférence "Can Decentralization Help Rebuild Indonesia?" Georgia State University, Atlanta, 1–3 Mai.
- Holdsworth, M., A. Kruger, E. Nago, C. Lachat, P. Mamiro, K. Smit, C. Garimoi-Orach, et al. 2014. "African Stakeholders' Views of Research Options to Improve Nutritional Status in Sub-Saharan Africa." *Health Policy and Planning*. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czu087>.
- Horton, R. 2014. "Offline: Why the Sustainable Development Goals Will Fail." *The Lancet* 383 (9936): 2196.
- Horton, S., et R. H. Steckel. 2011. *Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050*. Copenhague: Consensus de Copenhague sur les Défis de l'Humanité.
- . 2013. "Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050." Dans *How Much Have Global Problems Cost the Earth? A Scorecard from 1900 to 2050*, Editions B. Lomborg, 247–272. New York: Cambridge University Press.
- Humphrey, J. H. 2009. "Child Undernutrition, Tropical Enteropathy, Toilets, and Handwashing." *The Lancet* 374 (9694): 1032–1035.
- IFPRI (Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires). 2014. "Statistics of Public Expenditure for Economic Development." Consulté le 01/06/2014. www.ifpri.org/book-39/ourwork/programs/priorities-public-investment/speed-database.
- Inde, Ministère de la Santé et du Bien-être familial. 2009. *Nutrition in India: National Family Health Survey (NFHS-3) India, 2005–2006*. Bombay: International Institute for Population Sciences.
- Indonésie, Ministère de la Santé. 2008. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007: Laporan Nasional 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Institut de Statistique de l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture). 2014. "Éducation: Taux brut de scolarisation par niveau d'enseignement." Consulté le 31/07/2014. <http://data.uis.unesco.org/index.aspx?lang=fr&SubSessionId=d695064a-4372-4f57-afc-5812f45f8d55&themetreeid=-200>.
- International Baby Food Action Network. 2014. "State of the Code Charts." Consulté le 01/06/2014. <http://ibfan.org/code-watch-reports>.
- Jamison, D. T., L. H. Summers, G. Alleyne, K. J. Arrow, S. Berkley, A. Binagwaho, F. Bustreo, et al. 2013. "Global Health 2035: A World Converging within a Generation." *The Lancet* 382 (9908): 1898–1955. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62105-4).
- Joshi, A. 2013. "Do They Work? Assessing the Impact of Transparency and Accountability Initiatives in Service Delivery." *Development Policy Review* 31: s29–s48. <http://dx.doi.org/10.1111/dpr.12018>.
- Keats, S., et S. Wiggins. 2014. *Future Diets: Implications for Agriculture and Food Prices*. London: Overseas Development Institute.
- Kraak, V. I., B. Swinburn, M. Lawrence, et P. Harrison. 2014. "An Accountability Framework to Promote Healthy Food Environments." *Public Health Nutrition*: 17 (11): 2467–2483. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980014000093>.
- Kurz, K. 2013. "Nutrition-Sensitive Interventions and Agriculture Value Chains: Preliminary Lessons from Feed the Future Implementation in Four Countries." Document de travail sur les systèmes alimentaires et agricoles améliorant la nutrition pour la Deuxième Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN-2) de la FAO-OMS. Rome: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture.
- Lachat, C., D. Roberfroid, L. van den Brouck, I. N. van den Brie, E. Nago, A. Kruger, et al. 2014. "A Decade of Nutrition Research in Africa: Assessment of the Evidence Base and Academic Collaboration." *Public Health Nutrition*. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980014002146>.
- Lamberti, L., C. Walker, K. Chan, W.-Y. Jian, et R. Black. 2013. "Oral Zinc Supplementation for the Treatment of Acute Diarrhea in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Nutrients* 5 (11): 4715–4740.
- Lim, S. S., T. Vos, A. D. Flaxman, G. Danaei, K. Shibuya, H. Adair-Rohani, M. Amann, et al. 2012. "A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions, 1990–2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 380 (9859): 2224–2260.
- Mansuri, G., et V. Rao. 2013. *Localizing Development. Does Participation Work?* Washington, DC: Banque Mondiale.
- Mason, J. B., R. Shrimpton, L. S. Saldanha, U. Ramakrishnan, C. G. Victora, A. W. Girard, D. A. McFarland, et al. 2014. "The First 500 Days of Life: Policies to Support Maternal Nutrition." *Global Health Action* 7: 23623. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23623>.
- Masset, E., L. Haddad, A. Cornelius, et J. Isaza-Castro. 2012. "Effectiveness of Agricultural Interventions that Aim to Improve Nutritional Status of Children: Systematic Review." *BMJ* 344: d8222.
- May, A. L., D. Freedman, B. Sherry, et H. M. Blanck. 2013. "Obesity: United States, 1999–2010." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 62 (3): 120–128.
- Menon, P., N. M. Covic, P. B. Harrigan, S. E. Horton, N. M. Kazi, S. Lamstein, L. Neufield, et al. 2014. "Strengthening Implementation and Utilization of Nutrition Interventions through Research: A Framework and Research Agenda." *Annals of the New York Academy of Sciences*. <http://dx.doi.org/10.1111/nyas.12447>.
- Ministère des Affaires étrangères du Danemark (DANIDA). 2008. *Strategy for Danish Support to Civil Society in Denmark*. Copenhague. http://www.netpublikationer.dk/um/9218/pdf/samfundsstrategien_uk.pdf.

- Myatt, M., E. Guevarra, et L. Fieschi, A. Norris, S. Guerrero, L. Schofield, D. Jones, E. Emru, et K. Sadler. 2012. *Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference*. Washington, DC: FHI 360/FANTA.
- Nations Unies. 2013a. *Pour un nouveau partenariat mondial: vers l'éradication de la pauvreté et la transformation des économies par le biais du développement durable. Dans le Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015*. New York: Nations Unies.
- . 2013b. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. New York: Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales, Division de la Population.
- . 2014. "Le Défi Faim Zéro. La faim peut être éliminée de notre vivant." New York. <http://www.un.org/fr/zerohunger/#&panel1-1>
- NCD Alliance. 2014a. "Building a Movement: National and Regional NCD Alliances." Consulté le 01/08/2014. www.ncdalliance.org/nationalalliances.
- . 2014b. "National/Regional NCD Civil Society Benchmarking Tool. In: An Online Advocacy Toolkit." <http://ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/NCD%20Toolkit%20FINAL.pdf>.
- Ng, M., T. Fleming, M. Robinson, B. Thomson, N. Graetz, C. Margono, E. C. Mullany, et al. 2014 "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) 766–781. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8).
- Nisbett, N., S. Gillespie, L. Haddad, et J. Harris. 2014. "Why Worry about the Politics of Childhood Undernutrition?" *World Development* 64: 420–433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.06.018>.
- Nutrition for Growth. 2013. "Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary." Consulté le 03/10/2014. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf.
- O'Connell, J., R. Yi, C. Wilson, S. M. Manson, et K. J. Acton. 2010. "Racial Disparities in Health Status: A Comparison of the Morbidity among American Indian and U.S. Adults with Diabetes." *Diabetes Care* 33 (7): 1463–1470. <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-1652>.
- OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques). 2014. "Rebond de l'aide aux pays en développement en 2013, qui atteint un niveau sans précédent." 4 Août. <http://www.oecd.org/fr/presse/rebond-de-laide-aux-pays-en-developpement-en-2013-qui-atteint-un-niveau-sans-precedent.htm>.
- Ogden, C. L., M. D. Carroll, B. K. Kit, et K. M. Flegal. 2014. "Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011–2012." *Journal of the American Medical Association* 311 (8): 806–814. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.732>.
- Olds, T., C. Maher, S. Zumin, S. Peneau, S. Lioret, K. Castetbon, Bellisle, et al. 2011. "Evidence That the Prevalence of Childhood Overweight Is Plateauing: Data from Nine Countries." *International Journal of Pediatric Obesity* 6 (5–6): 342–360. <http://dx.doi.org/10.3109/17477166.2011.605895>.
- Olney, D. K., A. Pedehombga, M. Ruel, et A. Dillon. 2014. "The Impacts of an Integrated Agriculture and Nutrition and Health Behavior Change Communication Program Targeted to Women in Burkina Faso on Children's Growth, Anemia, and Diarrhea: A Cluster-Randomized Controlled Trial." Washington, DC: Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires. Article non publié.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). 2004. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève.
- . 2008a. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 3 Country Profiles*. Consulté le 03/09/2014. http://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_Indicators_part_III_country_profiles.pdf.
- . 2008b. *Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Première partie Définitions. Consulté le 03/09/2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf?ua=1.
- . 2010a. *Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators: Interpretation Guide*. Genève.
- . 2010b. *Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants*. Genève.
- . 2010c. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Non communicable Diseases: Report of the 2010 Global Survey*. Genève.
- . 2012a. "Cibles mondiales 2025" Consulté le 01/07/2014. http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/fr/
- . 2012b. Document WHA65/2012/REC1 Annex 2 "Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant". Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 21–26 Mai 2012. Consulté le 26/08/2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130454/1/WHO_NMH_NHD_14.1_fre.pdf
- . 2013a. "Cadre de suivi et cibles pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles". http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper3_FR.pdf?ua=1
- . 2013b. «Mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles: projet de mandat». Genève.
- . 2014a. "Indicateurs des cibles mondiales: Ce qui est mesuré est fait." Consulté le 29/08/2014. http://www.who.int/nutrition/globaltarget_indicators_flyer_fr.pdf?ua=1
- . 2014b. "Obésité et surpoids" Aide-mémoire N°311. Consulté le 01/09/2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- . 2014c. "Indicateurs des cibles mondiales 2025: Ce qui est mesuré est fait". Consulté le 26/08/2014. http://www.who.int/nutrition/globaltarget_indicators_flyer_fr.pdf?ua=1
- . 2014d. Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/home>.
- . 2014e. "Tracking Progress in Achieving the Global Nutrition Targets – mai 2014." Consulté le 15/07/2014. http://www.who.int/nutrition/targets_indicators_may2014v2.pdf.
- . 2014f. "Country Indicator Status." Consulté le 01/06/2014. http://www.who.int/nutrition/country_statusv2.pdf.
- . 2014g. "Base de données de l'Observatoire mondial de la santé". Consulté le 19/06/2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A896?lang=ens>.
- . 2014h. "Global Health Observatory Data Repository: Management of NCDs: Data by Country." Consulté le 17/06/2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A909?lang=en>.
- . 2014i. "Global Health Observatory Data Repository: Raised Fasting Blood Glucose (≥ 7.0 mmol/L or on Medication): Data by Country." Consulté le 16/06/2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en>.
- . 2014j. "Global Health Observatory Data Repository: Raised Blood Pressure (SBP ≥ 140 OR DBP ≥ 90 OR on medication): Data by Country." Consulté le 16/06/2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A878?lang=en>.

- . 2014k. "Global Health Observatory Data Repository: Health Workforce: Density per 1000: Data by Country." Consulté le 17/06/2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en>.
- OMS et UNICEF. 2009. *OMS Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition sévère aiguë chez l'enfant*. Genève et New York.
- . 2014. "OMS/UNICEF Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement". Consulté le 27/05/2014. http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/fr/
- OMS, UNICEF et ICDD (Conseil International pour le Contrôle des Troubles dus à la Déficience en Iode). 2007. "Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers." 3rd ed. Genève: OMS. Consulté le 01/09/2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595827_eng.pdf.
- Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Europe. 2014. *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the European Region: A Progress Report*. Copenhagen.
- Pérez-Escamilla, R., L. Curry, D. Minhas, L. Taylor, et E. Bradley. 2012. "Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low- and Middle-Income Countries: The 'Breastfeeding Gear' Model." *Advances in Nutrition: An International Review Journal* 3 (6): 790–800. <http://dx.doi.org/10.3945/an.112.002873>.
- Picanyol, C. 2014. "Tracking Investments on Nutrition." Document de travail. Genève: Mouvement SUN. Consulté le 01/09/2014. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/08/140703_FR_SUMMARY-3-STEP-APPROACH_Tracking_Domestic_Investments.pdf
- Picanyol, C., et P. Fracassi. 2014. "Tracking Investments at Country Level." 16 Juin. Secrétariat du Mouvement SUN, Genève.
- Popkin, B. M. 2009. *The World Is Fat: The Fads, Trends, Policies, and Products That Are Fattening the Human Race*. New York: Avery-Penguin.
- Popkin, B. M., L. S. Adair, et S. W. Ng. 2012. "Global Nutrition Transition and the Pandemic of Obesity in Developing Countries." *Nutrition Reviews* 70 (1): 3–21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x>.
- Popkin, B. M., S. Kim, E. R. Rusev, S. Du, et C. Zizza. 2006. "Measuring the Full Economic Costs of Diet, Physical Activity, and Obesity-Related Chronic Diseases." *Obesity Reviews* 7 (3): 271–293. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00230.x>.
- Réseau des donateurs du Mouvement SUN. 2013. *Méthodologie et note d'orientation en vue de répertorier l'ensemble des investissements consacrés à la nutrition*. Genève. <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/02/M%C3%A9thodologie-suivi-des-financements-SUN1.pdf>
- Ruel, M. T., et H. Alderman. 2013. "Nutrition-Sensitive Interventions and Programmes: How Can They Help to Accelerate Progress in Improving Maternal and Child Nutrition?" *The Lancet* 382 (9891): 536–551.
- Smith, L., et L. Haddad. 2014. *Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era*. Document de travail IDS n° 441. Brighton, Royaume-Uni: Institute of Development Studies (IDS).
- Sodjinou, R., W. K. Bosu, N. Fanou, L. Déart, R. Kupka, F. Tchibindat, et S. Baker. 2014. "A Systematic Assessment of the Current Capacity to Act in Nutrition in West Africa: Cross-Country Similarities and Differences." *Global Health Action* 7: 24763.
- Spears, D., A. Ghosh, et O. Cumming. 2013. "Open Defecation and Childhood Stunting in India: An Ecological Analysis of New Data from 112 Districts." *PLoS ONE* 8 (9): e73784. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0073784>.
- Statistics Indonesia. 2014. "Per Capita Gross Domestic Product, Per Capita Gross National Product, and Per Capita National Income, 2000–2013 (Rupiahs)." Consulté le 01/09/2014. http://www.bps.go.id/eng/tab_sub/view.php?label=1&id_subyek=11¬ab=76.
- Stenberg, K., H. Axelson, P. Sheehan, I. Anderson, A. M. Gulmezoglu, M. Temmerman, E. Mason, et al. 2014. "Advancing Social and Economic Development by Investing in Women's and Children's Health: A New Global Investment Framework." *The Lancet* 383 (9925): 1333–1354. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62231-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62231-x).
- Stevens, G. A., M. M. Finucane, L. M. De-Regil, C. J. Paciorek, S. R. Flaxman, F. Branca J. P. Peña-Rosas, et al. 2013. "Global, Regional, and National Trends in Haemoglobin Concentration and Prevalence of Total and Severe Anaemia in Children and Pregnant and Non-Pregnant Women for 1995–2011: A Systematic Analysis of Population-Representative Data." *The Lancet Global Health* 1 (1): e16–25. [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(13\)70001-9](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(13)70001-9).
- Sumarto, S., M. Vothknecht, et L. Wijaya. 2013. *Explaining Regional Heterogeneity of Poverty: Evidence from Decentralized Indonesia*. Document de travail du SMERU. Jakarta: Institut de recherche SMERU.
- SUN (Scaling Up Nutrition). 2014a. *Planning and Costing for the Acceleration of Actions for Nutrition: Experiences of Countries in the Movement for Scaling Up Nutrition*. Genève.
- . 2014b. Activités du réseau de la société civile SUN dans le cadre de la Journée mondiale d'action 2014. Consulté le 07/10/2014. <http://scalingupnutrition.org/fr/news/activites-du-reseau-de-la-societe-civile-sun-dans-le-cadre-de-la-journee-mondiale-daction-2014#.VGt6gfmG80c>
- Swain, B., et P. D. Sen. 2009. "Bridging the Malnutrition Gap with Social Audits and Community Participation." *IDS Bulletin* 40 (4): 95–102. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2009.00064.x>.
- Swinburn, B. A., G. Sacks, K. D. Hall, K. McPherson, D. T. Finegood, M. L. Moodie, et S. L. Gortmaker. 2011. "The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments." *The Lancet* 378 (9793): 804–814.
- Swinburn, B., G. Sacks, S. Vandevijvere, S. Kumanyika, T. Lobstein, B. Neal, S. Barquera, et al. 2013. "INFORMAS (International Network for Food and Obesity/Non-Communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support): Overview and Key Principles." *Obesity Reviews* 14 (1): 1–12. <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12087>.
- Tappenden, K. A., B. Quatrara, M. L. Parkhurst, A. M. Malone, G. Fanjiang, et T. R. Ziegler. 2013. "Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition." *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 113 (9): 1219–1237. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2013.05.015>.
- te Lintelo, D. 2014. *Accountability for International Nutrition Commitment Initiatives*. Brighton, Royaume-Uni : Institute of Development Studies.
- te Lintelo, D. J. H. , L. J. Haddad, R. Lakshman, et K. Gatellier. 2014. *The Hunger and Nutrition Commitment Index (HANCI 2013): Measuring the Political Commitment to Reduce Hunger and Undernutrition in Developing Countries*. IDS Evidence Report 78. Brighton, Royaume-Uni : Institute of Development Studies.
- UNECA (Commission Économique des Nations Unies pour l'Afrique). 2013. *Réunion régionale africaine de consultation sur les objectifs de développement durable*. Rapport final. Addis-Abeba.
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2012. *Rapport mondial actualisé sur la prise en charge de la Malnutrition Sévère Aiguë (SAM, Severe Acute Malnutrition)*. New York.
- . 2014a. Base de données mondiale de l'UNICEF. "Nutrition: Iodine Deficiency." Consulté le 29/08/2014. <http://data.unicef.org/nutrition/iodine>.

- . 2014b. Base de données mondiale de l'UNICEF. "Nutrition: Low Birth Weight." Consulté le 21/05/2014. <http://data.unicef.org/nutrition/low-birthweight>.
- . 2014c. Base de données mondiale de l'UNICEF. "Nutrition: Vitamin A Supplementation." Consulté le 23/05/2014. <http://data.unicef.org/nutrition/vitamin-a>.
- . 2014d. *Multisectoral Approaches to Nutrition: The Case for Investment by Social Protection Programmes*. New York: UNICEF.
- . 2014e. Base de données mondiale de l'UNICEF. "Nutrition: Infant and Young Child Feeding." Consulté le 01/06/2014. <http://data.unicef.org/nutrition/iycf>.
- UNICEF, CMN (Coverage Monitoring Network), et ACF International. 2013. *The State of Global SAM Management Coverage 2012*. New York: UNICEF; Londres: ACF International.
- UNICEF, OMS (Organisation Mondiale de la Santé), et Banque Mondiale. 2014. 2013 Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends. Dans la Base de données mondiale sur la croissance infantile et la malnutrition (Global Database on Child Growth and Malnutrition). New York ; Genève ; Washington, DC. <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2013/en/>.
- UNSCN (Comité Permanent de la Nutrition de l'ONU). 2013. *La contribution à la nutrition des politiques alimentaires et agricoles : Synthèse de huit études de cas nationales*. Genève. http://www.unscn.org/files/Publications/Country_Case_Studies/french_UNSCN%20Synthesis%20Report_FINAL.pdf
- USAID (Agence des États-Unis pour le développement international). 2013. *Integrating Water, Sanitation, and Hygiene into Nutrition Programming*. Washington, DC.
- van Royen, K., C. Lachat, M. Holdsworth, K. Smit, J. Kinabo, D. Roberfroid, E. Nago, et al. 2013. "How Can the Operating Environment for Nutrition Research Be Improved in Sub-Saharan Africa? The Views of African Researchers." *PLoS ONE* 8 (6): e66355. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0066355>.
- Victora, C. G., E. M. Aquino, M. do Carmo Leal, C. A. Monteiro, F. C. Barros, et C. L. Szwarcwald. 2011. "Maternal and Child Health in Brazil: Progress and Challenges." *The Lancet* 377 (9780): 1863–1876. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60138-4).
- Victora, C. G., R. E. Black, J. T. Boerma, et J. Bryce. 2011. "Measuring Impact in the Millennium Development Goal Era and Beyond: A New Approach to Large-Scale Effectiveness Evaluations." *The Lancet* 377 (9759): 85–95. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60810-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60810-0).
- von Grebmer, K., A. Saltzman, E. Birol, D. Wiesman, N. Prasai, S. Yin, Y. Yohannes, P. Menon, J. Thompson, et A. Sonntag. 2014. *2014 Global Hunger Index: The Challenge of Hidden Hunger*. Washington, DC: Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires ; Dublin: Concern Worldwide; Bonn: Welthungerhilfe.
- Vos, T., A. D. Flaxman, M. Naghavi, R. Lozano, C. Michaud, M. Ezzati, K. Shibuya, et al. 2012. "Years Lived with Disability (YLDs) for 1160 Sequelae of 289 Diseases and Injuries 1990–2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 380 (9859): 2163–2196. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2).
- Wang, D. D., C. W. Leung, Y. Li, E. L. Ding, S. E. Chiuev, F. B. Hu, et W. C. Willett. 2014. "Trends in Dietary Quality among Adults in the United States, 1999 through 2010." *JAMA Internal Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.3422>.
- Wang, Y., and M. A. Beydoun. 2007. "The Obesity Epidemic in the United States—Gender, Age, Socioeconomic, Racial/Ethnic, and Geographic Characteristics: A Systematic Review and Meta-regression Analysis." *Epidemiologic Reviews* 29: 6–28. <http://dx.doi.org/10.1093/epirev/mxm007>.
- Wang, Y. C., K. McPherson, T. Marsh, S. L. Gortmaker, et M. Brown. 2011. "Health and Economic Burden of the Projected Obesity Trends in the USA and the UK." *The Lancet* 378 (9793): 815–825.
- World Vision International. 2014. "Importance of Nutrition-Sensitive Agriculture." Consulté le 01/06/2014. www.wvi.org/nutrition/nutrition-sensitive-agriculture.
- You, L. Z. 2008. *Africa: Irrigation Investment Needs in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: Banque Mondiale

PARTENAIRES DU RAPPORT SUR LA NUTRITION MONDIALE 2014



Ethiopia



Guatemala (SESAN)



Indonesia



Malawi



Nigeria



Pakistan



Senegal (CLM)



Government of Canada

Gouvernement du Canada



THE AGA KHAN UNIVERSITY



University of Abomey-Calavi



University of Ghana



University of Indonesia

